ФР&

ФИНАНСЫ и РАЗВИТИЕ

Декабрь 2014 года

Угрозы для здоровья в XXI веке

Представляем мастера Элвина Рота

Китай учится танго

БОРЬБА ЗА ВСЕМИРНУЮ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВАЛЮТНЫЙ ФОНД

Финансы и развитие издается
Международным Валютным Фондом ежеквартально на английском, арабском, испанском, китайском, русском и французском языках.
Издание на русском языке
ISSN 1020-8151

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Джеффри Хейден

РУКОВОДЯЩИЙ РЕДАКТОР
Марина Приморац

СТАРШИЕ РЕДАКТОРЫ
Халед Абдель-Кадер, Ен Сун Кан
Гита Бхат, Натали Рамирес-Джумена
Гленн Готтселиг, Джеймс Роу
Жаклин Делорье, Саймон Уилсон

МЛАДШИЕ РЕДАКТОРЫ
Морин Берк, Брюс Эдвардс

СПЕЦИАЛИСТ ПО ПОДГОТОВКЕ ПЕЧАТНОЙ И ВЕБ-ВЕРСИИ
Лиджун Ли

МЕНЕДЖЕР ПО СОЦИАЛЬНЫМ МЕДИА
Сара Хаддад

ПОМОЩНИК РЕДАКТОРА
Жимин Ю

РУКОВОДИТЕЛЬ ТВОРЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
Луиса Менхивар

ХУДОЖНИКИ-ОФОРМИТЕЛИ
Стивен Колман, Мишель Мартин

СОВЕТНИКИ РЕДАКТОРА
Бернардин Акитоби, Жан Мария Милези Ферретти
Бас Баккер, Инджи Откер-Роуб
Хельге Бергер, Лора Папи
Джеймс Гордон, Ума Рамакришнан
Тим Каллен, Абдельхак Сенхаджи
Пол Кашин, Джанет Стотски
Стийн Классенс, Алисон Стюарт
Лора Кодрес, Наталья Тамириса
Луис Куббеду, Доменико Фаницца
Альфредо Куэвас, Томас Хелблинг
Паоло Мауро, Эдриан Чисти
Пол Милс

ИЗДАНИЕ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ
подготовлено Службой переводов МВФ

РЕДАКТОР
Александра Акчурина

© 2014 Международный Валютный Фонд. Все права защищены. Для получения разрешения на перепечатку статей *Ф&Р* заполните форму онлайн (www.imf.org/external/terms.htm) или обратитесь по электронной почте в copyright@imf.org. Разрешение на перепечатку статей **в коммерческих целях** можно также получить за номинальную плату в **Copyright Clearance Center** (www.copyright.com).

Мнения, выраженные в статьях и других материалах, принадлежат авторам и не обязательно отражают политику МВФ.

Услуги подписчикам, изменение адреса и заявки на рекламу:
IMF Publication Services
Finance & Development
P.O. Box 92780
Washington, DC, 20090, USA
Телефон: (202) 623–7430
Факс: (202) 623–7201
Эл. почта: publications@imf.org

Postmaster: send changes of address to *Finance & Development*, International Monetary Fund, PO Box 92780, Washington, DC, 20090, USA. Periodicals postage is paid at Washington, DC, and at additional mailing offices.
The English edition is printed at Dartmouth Printing Company, Hanover, NH.

ФИНАНСЫ И РАЗВИТИЕ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ МЕЖДУНАРОДНОГО ВАЛЮТНОГО ФОНДА
Декабрь 2014 • Выпуск 51 • Номер 4

ОСНОВНЫЕ СТАТЬИ

БОРЬБА ЗА ВСЕМИРНУЮ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

6 **Состояние здравоохранения в мировом масштабе**
Мир значительно продвинулся по этому пути, но многое еще предстоит сделать
Дэйвид И. Блум

12 **На местах**
В странах с формирующимся рынком и развивающихся странах расходы на здравоохранение переходят от центральных правительств к штатам и городам
Виктория Фэн и Аманда Глассман

16 **Угрозы глобальному здравоохранению XXI века**
Мир сегодня стал здоровее, но человечество по-прежнему сталкивается с серьезными проблемами
Ольга Джонас, Иэн Пэрри, Дэн Чисхолм и Ник Банатвала, а также Раманан Лаксминараян

21 **Цена прогресса**
Цены на новые лекарственные препараты угрожают реформе здравоохранения в Колумбии
Алехандро Гавирия

22 **Медицинская справка**
Недавнее сокращение государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, не будет продолжительным
Бенедикт Клементс, Санджив Гупта и Шан Баопин

26 **Осуществление контроля над мировым здравоохранением**
Арену, которую Всемирная организация здравоохранения некогда считала своей, заполняют новые действующие лица с новыми приоритетами
Деви Шридхар и Челси Клинтон

30 **Настоятельно необходимая эффективность**
Чтобы избежать чрезмерной нагрузки на казну, государственные расходы на здравоохранение должны стать более эффективными
Дэвид Коади, Маура Франчезе и Баопин Шан

33 **Первостепенное значение подготовки**
Действия Руанды по предотвращению проникновения вируса Эбола на территорию страны свидетельствуют о необходимости многоотраслевого подхода, не ограничивающегося системой здравоохранения
Агнес Бинагвахо

34 **Частный сектор или государственный**
Во многих странах предметом дискуссии должны быть не источники финансирования первичного здравоохранения, а его качество
Хорхе Коараса, Джишну Дас и Джеффри Хаммер

37 **Налоговый фитнес**
Использование налогов для подталкивания населения к более здоровому образу жизни имеет свой предел
Патрик Пети, Марио Мансур и Филипп Уинжендер

Интернет-подписка по адресу: www.imfbookstore.org/f&d

38 **Внимание к инновациям**
Препятствия на пути разработки лекарств для борьбы с новыми заболеваниями
Кэрол А. Нэйси

А ТАКЖЕ В ЭТОМ НОМЕРЕ

39 **Замедление торговли**
Замедление мировой торговли после кризиса частично определялось структурными, а не циклическими факторами
Кристина Константинеску, Аадитья Матту и Мишель Рута

44 **Дракон среди игуан**
Экономические и финансовые связи Китая с Латинской Америкой приобретают все большее значение для этого региона
Энтони Элсон

47 **Положительная сторона «больших данных»**
Анализ данных можно использовать в качестве локомотива экономического роста в развивающихся странах
Кристофер У. Сурдак и Сара Агарвал

52 **Распределение богатства**
Страны, располагающие непредвиденными доходами от ресурсов, должны осмотрительно подходить к непосредственному распределению этих доходов среди населения
Санджив Гупта, Алекс Сегура-Убьерго и Энрике Флорес

РУБРИКИ

2 **Люди в экономике**
Мастер
Морин Берк представляет лауреата Нобелевской премии Элвина Рота, который использует теорию игр, для того чтобы улучшить жизнь людей

42 **Представьте себе**
Прирост продолжается
К 2050 году две трети населения мира будет проживать в городских районах
Натали Рамирес-Джумена

50 **Возвращение к основам**
Принципы налогообложения
Оптимальное использование вынужденных мер «необходимого зла»
Рууд де Муйдж и Майкл Кин

56 **Книжное обозрение**
How Adam Smith Can Change Your Life: An Unexpected Guide to Human Nature and Happiness, Russ Roberts
The Social Life of Money, Nigel Dodd

Читайте журнал онлайн: www.imf.org/fandd

См. страницу *F&D* на Facebook.com: www.facebook.com/FinanceandDevelopment

ОТ РЕДАКТОРА

Главное богатство

«ГЛАВНОЕ богатство — это здоровье», — писал американский философ Ральф Уолдо Эмерсон в 1860 году.

Слова Эмерсона, цитируемые гарвардским экономистом и экспертом по здравоохранению Дэйвидом И. Блумом в передовой статье этого выпуска, напоминают нам, что здоровье является фундаментом для дальнейшего строительства — жизни, общества, экономики.

Человечество намного продвинулось вперед, разрабатывая вакцины и методы лечения, которые позволяют нам жить дольше, сохраняя более крепкое здоровье. Другие изменения, такие как расширение доступа к чистой воде и канализации, помогли справиться с давними проблемами и создать условия для улучшения здоровья населения.

Однако нельзя сказать, что история представляет собой непрерывный прогресс. Когда мы готовили этот номер к выпуску, мир переживал самую сильную за всю историю вспышку вируса Эбола, что стало суровым напоминанием о нашей уязвимости и о том, какой путь нам еще предстоит пройти. Кроме того, хотя эта тема нечасто встречается в заголовках новостей, большие различия в состоянии здоровья, которые проявляются, например, в 38-летнем разрыве между средней продолжительностью жизни в Японии (83 года) и Сьерра-Леоне (45 лет), поднимают вопросы справедливости и указывают на необходимость продолжения работы по многим направлениям.

В этом выпуске мы собрали группу видных авторов, чтобы рассмотреть мировое здравоохранение под различными углами. Они рассматривают сегодняшние системы здравоохранения, представляющие собой соединение людей, практики, правил и институтов, обслуживающих потребности населения в области здоровья, и стоящие за ними экономические механизмы.

В своей широкой по охвату статье Блум подчеркивает роль здоровья для способности человека или домохозяйства подняться выше черты бедности или оставаться над этой чертой. В нескольких статьях анализируются расходы на здравоохранение. Виктория Фэн и Аманда Глассман рассматривают перевод расходов на здравоохранение от центральных правительств к штатам и городам; а Бенедикт Клементс, Санджив Гупта и Шан Баопин выясняют, является ли недавнее сокращение государственных расходов на здравоохранение постоянным.

Мы публикуем несколько сообщений с передовых рубежей: министры здравоохранения Колумбии и Руанды обсуждают основные проблемы в своей работе, а директор фармацевтической компании пишет о препятствиях для разработки препаратов в борьбе с возникновением новых болезней. В другом специальном разделе рассматриваются четыре основных угрозы в области здравоохранения в XXI веке.

Также в этом выпуске Морин Берк представляет лауреата Нобелевской премии 2012 года Элвина Рота, а в рубрике «Представьте себе» изложены факты, характеризующие наш, становящийся все более глобализованным, мир.

Джеффри Хейден,
главный редактор

Иллюстрации: стр. 42, 43, ThinkStock Images; стр. 44, Майкл Гиббс; стр. 45, ThinkStock Images и Мишель Мартин/МВФ.

Фотографии: обложка, Нариндер Нану/AFP/Getty Images; стр. 2, Ной Бергер; стр. 6 Джуди Костон/Getty Images; стр. 12, Уильям Кемпбелл/Corbis; стр. 16, Министерство обороны Испании/Corbis; стр. 17, Майкл Принс/Corbis; стр. 18, Эдвард Россо/Corbis; стр. 19, Science Stills/Visuals Unlimited/Getty; стр. 21, Эрминсо Руис; стр. 23, Эмили Бенуа/BSIP/Corbis; стр. 26, Стефан Сапорито, ВОЗ; стр. 28, ВОЗ; стр. 30, Карен Касмауски /Corbis; стр. 33, Стефани Новак; стр. 34, Жаипал Сингх/epa/Corbis; стр. 37, ThinkStock Images/Getty Images; стр. 38, Виолетта Маркелу; стр. 39, Тим Мартин/Getty Images; стр. 42, Фредерик Солтан/Corbis; стр. 43, Стивен Яффе /IMF; стр. 47, G.M.B. Akash/Panos; стр. 52, Грег А. Сиверсон/Getty Images; стр. 56, 57, Майкл Спилотро /МВФ.

МАСТЕР

Морин Берк **представляет лауреата Нобелевской премии Элвина Рота, который использует теорию игр, для того чтобы улучшить жизнь людей**

ЭЛВИН Рот до сих пор помнит свою инстинктивную реакцию в 1995 году, когда ему позвонил Боб Беран из Национальной программы подбора для медицинской резидентуры. Руководители программы, своего рода биржи, где ежегодно тысячи новоиспеченных терапевтов США находят себе работу, подыскивали кого-нибудь для руководства процессом реорганизации.

Рот вспоминает, что подумал с тяжелым сердцем: «Почему выбрали меня?». Он, конечно, знал, почему Беран обратился к нему. Рот написал книгу о подборе соответствий и изучил множество сбоев рынка, которые не позволяют спросу и предложению правильно работать, в том числе на медицинском рынке труда. Его исследования бирж и оптимальных соответствий (таких как невесты и женихи или врачи и больницы) завоевали ему известность в данной области.

Но будучи теоретиком, ему не приходилось беспокоиться о деталях внедрения механизма, обеспечивающего «стабильное соответствие» (так называется оптимальный подбор пары). Достаточно было обнаружить проблемы в данном процессе. Однако если он согласится реорганизовать Программу подбора, то ему надо будет найти решения этих проблем.

Этот проект ознаменовал собой первую попытку создания на практике реального рынка, за которую он совместно с Ллойдом Шепли получил Нобелевскую премию по экономике 2012 года.

Врач, исцели свой рынок

Рот изучал рынок труда для новых врачей. Он знал, что в 1940-е годы конкуренция за дефицитных студентов-медиков вынуждала больницы предлагать студентам резидентуру на все более раннем этапе их обучения, иногда больше чем за год до их выпуска.

Очевидно, неисправная система была пересмотрена через несколько лет, когда медицинские вузы согласились не раскрывать информацию о своих студентах до определенной даты, но тогда возникли новые проблемы. Студенты, стоящие на листе ожидания в выбранных ими в первую очередь больницах, не принимали предложения от выбранных ими альтернативных больниц, выжидая как можно дольше. В результате очереди оставались неизменными до самого конца периода отбора, когда решения часто принимались поспешно. А когда предложение в конечном итоге отвергалось, то больница не успевала сделать предложение другим желательным кандидатам.

Процесс подбора соответствий врачей и больниц стал сложным, и им были недовольны и студенты-медики, и их потенциальные работодате-

ли. Для того чтобы предпочтения студентов-медиков и больниц лучше соответствовали друг другу, в начале 1950-х годов была создана Программа подбора, которая подбирала пары для студентов и больниц, используя очередность предпочтений с обеих сторон.

Но возникли новые проблемы. В медицинских вузах резко возросло число студенток, и многие пары, которые познакомились в этих вузах, искали резидентуру в одном и том же городе. Программа подбора не могла удовлетворить эти заявки, поэтому многие просто ее обходили, что свидетельствовало о сбое в системе.

Рот согласился усовершенствовать и модернизировать программу и вместе с Эллиоттом Перансоном разработал математическую процедуру (или алгоритм), который до сих пор используется сегодня для подбора соответствий новых врачей и работодателей. Этот алгоритм применяется более чем тремя десятками пулов на рынке труда.

Рынки соответствий

Экономисты традиционно изучают рынки, где цены изменяются, с тем чтобы предложение было равно спросу. Но Рот является экспертом теории игр, который специализируется на «рынках соответствий», — рынках, где одни только изменения цен не приводят к равновесию спроса и предложения на рынке. Участники не могут просто выбирать то, что им хочется, даже если они могут себе это позволить; их также должны выбрать. Примерами являются прием в вузы или рынок знакомств.

Будучи первопроходцем в новой отрасли экономики, называемой проектированием рынка, Рот применяет математические средства теории игр для исправления систем, в которых рыночный механизм дает сбои. Проектировщики рынка сталкиваются с очевидной задачей на рынках без цен, так как если цена не играет сигнальной роли, то должен быть иной механизм для установления равновесия спроса и предложения на рынке. Такие экономисты, как Рот, помогают проектировать эти механизмы.

Проектировщики рынка стараются понять «правила и процедуры, которые приводят к успешной или плохой работе разных видов рынков, — объяснил Рот в статье 2007 года в издании *Harvard Business Review*. — Их цель состоит в том, чтобы достаточно хорошо узнать порядок работы и потребности конкретных рынков, чтобы исправить их, когда они дают сбои, или создать рынки с нуля, когда они отсутствуют».

Значительная часть исследований Рота построена на теории, изначально выдвинутой Шепли. Присуждая Нобелевскую премию, Шведская королевская академия наук отметила эту пару ученых за «теорию стабильных распределений и практику проектирования рынка». Как правило, Шепли ставят в заслугу его вклад в теорию, а Роту — применение этой теории на практике.

В основе этой работы лежит алгоритм отложенного согласия, предложенный Шепли и Дэвидом Гейлом в их работе 1962 года «Поступление в колледж и стабильность браков», опубликованной в издании *American Mathematical Monthly*.

Этот алгоритм позволяет рассмотреть возможные методы подбора пар из 10 женщин и 10 мужчин на основе индивидуальных предпочтений каждого участника. Женщины могут делать предложения мужчинам, или мужчины могут делать предложения женщинам. В наиболее традиционном сценарии процесс начинается с того, что каждый мужчина делает предложение женщине, которая ему больше всего понравилась. Каждая женщина затем рассматривает различные предложения, которые она получила (если таковые были сделаны), оставляет то предложение, которое она считает лучшим (но еще не принимает его), и отвечает отказом на все остальные.

Мужчины, получившие отказ в первом раунде, затем делают предложения вторым избранницам, тогда как женщины вновь оставляют наиболее привлекательное предложение и отказывают всем остальным. Это продолжается до тех пор, пока ни один мужчина не желает делать дальнейших предложений. Каждая женщина принимает оставленное предложение, и дальнейшие итерации не требуются. Гейл и Шепли доказали математически, что этот алгоритм всегда ведет к стабильному соответствию, то есть такому состоянию, когда пары не разбиваются и не образуют новые пары, которые были бы лучше.

Рот использовал разновидности этого алгоритма, чтобы подбирать соответствия между студентами и вузами, судебными делопроизводителями и судьями и так далее. «Рынки помогают людям жить лучше, — кратко отмечает Рот. — Мы должны их совершенствовать, когда это возможно».

Трудный ребенок

Элвин Рот родился в 1951 году в городе Нью-Йорке в районе Куинс. Его родители, американцы в первом поколении, преподавали машинопись и стенографию в системе государственных средних школ. Рот, по собственному утверждению, всегда был «немного трудным ребёнком». Школа ему не нравилась, и он бросил занятия в 16 лет.

В то время он участвовал в факультативной программе естественных наук Колумбийского университета, в рамках которой для одаренной молодежи из города Нью-Йорка и окрестностей по субботам утром велись занятия по математике и естественным наукам. С помощью людей, связанных с этой программой, его приняли студентом на инженерный факультет в Колумбийский университет без диплома средней школы. Он закончил обучение за три года, получив степень бакалавра в области исследований операций.

«Кто бы мог подумать, что я буду охотно ходить на занятия и учиться? Но средняя школа мне не нравилась, — говорит Рот. — Мы не очень подходили друг другу».

В 1971 году Рот перебрался в Стэнфордский университет, чтобы получить степень доктора наук в области исследований операций, иногда рассматриваемой как научный подход к управлению сложными системами. Там он стал тяготеть к теории игр, его интерес пробудили занятия, который вел приглашенный профессор Майкл Машлер из Еврейского университета в Иерусалиме. Рот также установил контакты с Бобом Уилсоном — специалистом по теории игр, который преподавал в бизнес-школе Стэнфордского университета и стал для него важным ментором.

Диссертация Рота решала задачу, которая была поставлена тридцатью годами раньше в основополагающей книге математика Джона фон Неймана и экономиста Оскара Моргенстерна «*Теория игр и экономическое поведение*», которая положила начало области теории игр. Рот не придает большого значения этому достижению, утверждая, что вся тема оказалась тупиковой. «Но тупики необязательно вредны, — добавляет он. — В этой области были достигнуты большие успехи благодаря исследованию тупиковых направлений».

Прежде чем уехать из Калифорнии на преподавательскую работу в Университете Иллинойса, Урбана-Шампейн, он совершил своего рода паломничество, чтобы повидаться с Шепли, который тогда был видным специалистом по теории игр в RAND Corporation, аналитическом центре в Санта-Монике. Молодой Рот не знал Шепли, но поскольку эта область в те дни была так мала, имело определенный смысл обратиться к лидерам. «Вполне естественной была мысль о том, что если вы доказали новую теорему в теории игр, то вам следует рассказать об этом Шепли».

Тем временем границы дисциплины смещались. «Вскоре после того как я получил степень доктора в 1974 году, казалось, что теория игр будет успешно развиваться в рамках исследований операций. Но оказалось, что это не так, и она стала успешно развиваться в рамках экономической науки», — утверждает Рот.

В Иллинойсе, где Рот в возрасте 22 лет был назначен доцентом на кафедрах экономики и делового администрирования, он начал эксперименты по теории игр с коллегами-психологами, в том числе с Дж. Китом Мурниганом.

Мурниган, который в настоящее время работает профессором в школе бизнеса Келлога при Северо-Западном университете, вспоминает Рота как блестящего исследователя. «Какое-то время он беспокоился, что у него не будет никаких замечательных идей после того, как ему исполнится 25 лет, учитывая тенденцию математиков достигать пика в юном возрасте», — отмечает Мурниган.

Рынки помогают людям жить лучше. Мы должны их совершенствовать, когда это возможно.

Со временем Рот понял, что две науки по-разному смотрят на то, как проверять теоретико-игровые предсказания в лаборатории. Но его интерес к экспериментальной экономике сохраняется, и он по-прежнему считает лабораторную работу важным методом проверки предположений относительно поведения.

«Если вы специалист по теории игр, то правила представляют собой данные. Одним из вопросов, которые я хочу выяснить о рынках, заключается в том, каковы правила и каковы *новейшие* правила? — поясняет Рот. —Потому что когда вы замечаете, что люди устанавливают правила, вы начинается подозревать, что они наблюдают какое-то поведение, которое они стараются ограничить». Это, в свою очередь, как отмечает Рот, позволяет исследователю наблюдать работу рынка и получать сведения о том, какой могла быть оптимальная структура рынка.

Обмен почками

В 1982 году Рот перешел на экономический факультет Питтсбургского университета, тогда как его жена Эмили, когнитивный психолог, с которой он познакомился в Иллинойсе, приступила к работе в Центре исследований и разработок Westinghouse Corporation в Питтсбурге.

Их 16-летнее пребывание в Питтсбурге совпало с двумя заметными событиями. В 1985 году открылся Центр трансплантации Питтсбургского университета (одна из ведущих больниц мира, занимающихся трансплантацией), который возглавлял Томас Старзл, часто называемый основоположником трансплантации органов (теперь этот Центр носит его имя). Через несколько лет бостонский хирург Джозеф Мюррей получил Нобелевскую премию по медицине за проведение первой успешной операции по пересадке почки.

Поэтому не удивительно, что проблема поиска соответствий между пациентами, нуждающимися в пересадке почки, и подходящими почками, привлекла внимание Рота.

К началу 2000-х годов больницы стали осуществлять ограниченное число обменов почками от живущих доноров, которые предусматривали две пары доноров и пациентов. При таких обменах пациент в каждой из двух пар «пациент с несовместимостью/донор» был совместим с донором в другой паре, что позволило каждому пациенту получить почку от предполагаемого донора другого пациента.

Тем не менее, имела место значительная нехватка почек. В 2002 году в США свыше 55 000 пациентов ожидали пересадки почки от умерших доноров. Примерно 3400 пациентов скончались, находясь на листе ожидания, а состояние еще 900 пациентов ухудшилось и не позволяло проводить пересадку.

Рот, который к тому времени работал в Гарвардском университете, вместе с Утку Унвером и Тайфуном Сонмезом написал в 2004 году работу, в которой они утверждали, что число пересадок могло бы значительно возрасти, если был бы создан «надлежащим образом разработанный пул», в котором используется база данных о парах «пациент с несовместимостью/донор». Их предложение, опубликованное в *Quarterly Journal of Economics,* предусматривало пулы без ограничений по численности.

Они направили свою работу нескольким хирургам, но ответил только один — Фрэнк Делмонико, который тогда был медицинским директором Банка органов Новой Англии. Их работа с Делмонико привела к созданию Программы обмена почками Новой Англии, которая объединила 14 центров трансплантации в этом регионе.

Но несмотря на успех в организации пулов обмена почками, Рот заметил, что число операций, организованных Программой обмена почками Новой Англии, росло намного медленнее, чем ожидалось. «Совместно с моим коллегой Итаи Ашлаги из Массачусетского технологического института я пытался выяснить, что происходит, — отмечает Рот. — Среди общей массы пациентов число пациентов, для которых легко подобрать доноров, превышает число пациентов, для которых тяжело найти доноров». Но когда они посмотрели, кто записывается на обмен, то обнаружили меньше пар пациент/донор, для которых легко подобрать соответствие, и намного больше пар, для которых трудно найти соответствие.

«Происходило нечто, относящееся к теории игр, — говорит Рот. — Когда мы начали пул обмена почками, мы в основном имели дело с пациентами и их хирургами, но когда обмен почками стал обычной частью трансплантации в США (хотя еще на невысоком уровне), изменился состав игроков, и важными игроками стали директора центров трансплантации».

«Но у директоров центров трансплантации иная стратегия, чем у отдельных хирургов, поскольку они видят намного больше пациентов и доноров, — объясняет Рот. — Они стали придерживать пары, для которых легко подобрать соответствие, находить им соответствия у себя в больницах и сообщать нам только о тех парах, для которых тяжело найти соответствие. Это проблема поддавалась решению, но она была политически непростой», — отмечает Рот.

«Но именно это является одним из увлекательных аспектов проектирования рынка, — подчеркивает Рот. — Дело не только в том, что рынок не соответствовал в точности нашему замыслу, когда мы готовили нашу первую работу, но и в том, что сам факт наличия рынка изменил его характер».

Все чаще, по словам Рота, пересадки почек организуются через так называемые «несинхронные цепочки», в которых со временем может произойти длинная цепь трансплантаций, которую начинает альтруистический донор, который готов отдать почку, но не имеет в виду никакого конкретного реципиента.

Цепочка начинается, когда донор отдает почку пациенту, для которого есть здоровый донор, но который несовместим по иммунологической причине. Будущий донор первого реципиента затем отдает почку больному в другой несовместимой паре и так далее до тех пор, пока цепочка не закончится, иногда при этом последний донор отдает почку пациенту, стоящему на очереди. Такие цепочки, которые включают до 60 человек, позволяют донорским программам охватывать намного больше людей, чем первоначальные обмены.

Возможности для торговли органами?

Безусловно, некоторые считают, что нехватку почек можно было бы существенно сократить, если эти органы можно было бы покупать и продавать законным образом. Организм человека может прекрасно функционировать с одной почкой.

Поэтому при правильной пересадке донорство почки представляет собой низкорисковую процедуру, которая может спасать жизни. Поэтому широко распространенное нежелание рассматривать вопрос о рынке почек за вознаграждение является объектом интереса Рота, который стремится лучше его понять.

Купля-продажа почек незаконна во всех странах, кроме Ирана, где, по-видимому, нет никакой нехватки почек. «Это поражает меня как очень важный факт, который мы напрасно игнорируем», — отмечает Рот.

«Может быть, благодаря тщательному разъяснению того, что хорошо регулируемый рынок может принести блага в виде добровольного обмена между сознательными взрослыми, мы могли бы продвигаться в данном направлении, — добавляет он. — Но когда видно нечто, что противоречит закону практически во всех странах, приходится также думать о том, что, возможно, есть какое-то препятствие, даже если вы не поняли его до конца».

Эти различные отношения к продаже органов и другим «отвратительным сделкам» (сделкам, за которые выступают некоторые люди, в то время как другие хотят их запретить) заставляют Рота изучать это явление более глубоким образом (см. вставку).

Рот провел почти так же много времени (14 лет) в Кембридже, как и в Питтсбурге, работая одновременно на факультете экономики Гарвардского университета и в Гарвардской бизнес-школе (ГБШ).

«В Гарвардском университете у меня было два офиса, и практически ежедневно я дважды переходил через реку Чарльз, когда я шел из ГБШ на факультет экономики, а потом назад, чтобы сесть на велосипед или на машину для поездки домой», — писал Рот в своем автобиографическом заявлении на сайте nobelprize.org. — Это была короткая прогулка, но иногда она воспринималась как существенное изменение перспективы. Будучи проектировщиком рынка, я был рад возможности работать по обеим сторонам того, что иногда казалось широкой рекой, между теорией и практикой, и простой абстракцией, и запутанными деталями».

В течение этого периода, помимо работы по обмену почками, он помог реорганизовать систему школьных альтернатив для государственных школ в Нью-Йорке и Бостоне, пользуясь видоизмененной формой алгоритма отложенного согласия. Он также помог исправить рынки труда, в частности, для начинающих гастроэнтерологов и экономистов с докторской степенью. Рот подробно описал каждый из этих примеров, выявляя множество путей, которые могут привести к нарушению работы рынка.

Он излагает это на удивление доступным образом.

«У Элвина замечательный талант брать экономические концепции и объяснять их неспециалистам», — отмечает Параг Патак из Массачусетского технологического института, который изучал проектирование рынка под руководством Рота в Гарвардском университете и позднее работал с ним над реорганизацией системы школьных альтернатив в городе Нью-Йорке. — Он смог преобразовать наши идеи в весьма понятный материал, который Департамент образования мог затем использовать, чтобы объяснить общественности, почему он меняет систему».

«В мире науки действительно легко потеряться — создать свой собственный мир и оставаться оторванным от реальности», — говорит Атила Абдулкадироглу, профессор экономики в Университете Дьюка, который работал с Ротом над системой школьных альтернатив. «А Элвин всегда спрашивает, кому это исследование принесет пользу за пределами научного сообщества».

Летом 2012 года, почти сорок лет спустя, Рот вернулся в Стэнфордской университет — но на этот раз на кафедру экономики в качестве профессора экономики на гранте Крейга и Сюзан Маккоу. (Он остается почетным профессором в Гарвардском университете.)

Через несколько месяцев Роту была присуждена Нобелевская премия, что он счел «великой честью», но это привело к наплыву электронных сообщений, а также выступлений и других обязательств. «После года, проведенного в разъездах, я стал беспокоиться о том, что я буду приговорен к бесконечным рассказам о работе, которую я выполнил много лет назад, а не о работе, которой я занимался в то время», — шутит он.

Однако премия помогла завершить одно незаконченное дело. Узнав о Нобелевской премии, его средняя школа им. Мартина Ван Бурена в 2014 году выдала ему диплом средней школы, хотя и почетный. ■

Морин Берк — младший редактор в редакции журнала «Финансы и развитие».

Отвратительные сделки — почему мы должны ими интересоваться?

Это — сделки, за которые выступают некоторые люди, в то время как другие хотят их запретить. Рот пишет о таких сделках в своей работе 2007 года «Отвращение как сдерживающий фактор рынка» и считает, что они заслуживают дальнейшего исследования.

Рот отмечает, что даже при наличии готовых поставщиков и потребителей некоторых продуктов отвращение других людей может ограничивать или предотвращать сделку. Проституция является одним из примеров «отвратительной сделки», купля-продажа слоновой кости представляет собой другой пример. Представления о том, что такое отвратительная сделка, очень различны в разных культурах. Суррогатное материнство, плата за вынашивание ребенка другой женщины, является легальным в Калифорнии, но запрещено во многих других юрисдикциях.

То, что люди считают отвратительным, может также меняться со временем. Например, рабство за долги одно время было распространенным способом оплаты проезда через Атлантику в Америку для европейцев. Сейчас эта практика считается неприемлемой и противозаконной.

Обратная динамика наблюдается в случае однополых браков. До недавнего времени они были запрещены повсеместно в США, а сейчас легальны более чем в 30 штатах и получают все более широкое признание. «Трудно найти негативные внешние последствия, которые заставляют некоторых людей возражать против браков других людей, — подчеркивает Рот. — Но люди действительно против них возражают».

Некоторые сделки, которые считаются вполне приемлемыми как натуральный обмен, становятся отвратительными, как только в уравнение добавляются деньги. Денежная компенсация за донорство органов является наглядным примером. Против этого обычно выдвигаются три аргумента — что части организма человека станут объектами, что бедные будут чувствовать себя вынужденными продавать свои органы, и что такие сделки приведут к еще более аморальной практике, такой как использование органов в качестве залогового обеспечения кредита.

Почему экономистам следует изучать отвратительные сделки? Рот указывает на запрет церкви на взимание процентов по кредитам в средневековой Европе, такое отторжение все еще присутствует в некоторых культурах, но его трудно представить в больших масштабах сегодня. «Вряд ли бы у нас была капиталистическая экономика, если бы у нас не было рынка капитала», —отмечает Рот.

Поэтому роль экономистов состоит в том, чтобы выяснить, что люди считают отвратительным в некоторых сделках, а затем постараться спроектировать и регулировать эти рынки таким образом, чтобы это благоприятствовало обществу без нанесения очевидного ущерба.

Состояние здравоохранения в мировом масштабе

Мир значительно продвинулся по этому пути, но многое еще предстоит сделать

Дэйвид И. Блум

ВСПЫШКА лихорадки Эбола занимала ведущее место в новостях о глобальном здравоохранении на протяжении большей части второй половины 2014 года. Это понятно в свете ужасающего и смертельного характера вирусного заболевания Эбола, отсутствия в настоящее время вакцины или лечения, а также перспектив быстрого и широкого распространения лихорадки Эбола при слабых и медленно реагирующих системах здравоохранения на местном, национальном и глобальном уровнях — усугубляемого возможностью ошибки, связанной с человеческим фактором.

Лихорадка Эбола также может наложить тяжелое бремя на экономику пострадавших стран, вызвать панику и способствовать политической и социальной нестабильности и без того неустойчивой обстановки. Напрашивается сравнение лихорадки Эбола с другими смертельными инфекционными заболеваниями — такими как бубонная чума, оспа, полиомиелит, грипп и ВИЧ.

Но несмотря на прошлые серьезные удары по здравоохранению и современные угрозы, важно помнить о колоссальных достижениях человечества в профилактике и лечении инфекционных заболеваний. Эти достижения стали возможными во многом благодаря расширению доступа к чистой воде и канализации, разработке и широкому распространению безопасных и эффективных вакцин, революции в медицинской диагностике и лечении, а также улучшению в сферах питания, образования и доходов. Системы здравоохранения — сочетание людей, официальных правил и институтов, неформальной практики и других ресурсов, которые удовлетворяют потребности населения в услугах здравоохранения, — также внесли важный вклад. Особенно действенны системы, делающие упор на профилактику заболеваний, стремящиеся к всеобщему охвату и умело ведущие наблюдение для выявления фактических и потенциальных угроз для здоровья населения, — содействуя более здоровым привычкам и повышая стандарты здоровья и учебы, сохраняя, мотивируя работников здравоохранения и оказывая им содействие.

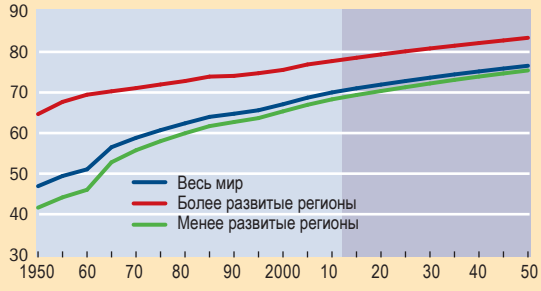
Несомненно, здоровье относится к фундаментальным аспектам благосостояния, а его защита и укрепление множеством способов повышают благосостояние отдельных людей и общества. Несмотря на будущие опасности, технологические и организационные инновации открывают широкие перспективы для более здорового, богатого, а также справедливого и безопасного мира. Расходы на здравоохранение не сводятся к обременительным расходам на потребление, речь идет об инвестициях в производительность, рост доходов и сокращение бедности.

Рисунок 1

Более долгая жизнь

Продолжительность жизни увеличивается во всем мире и, по прогнозам, это увеличение в ближайшие десятилетия продолжится.

(Продолжительность жизни, в годах)



Источник: Организация Объединенных Наций, *World Population Prospects* (2013).
Примечание. Отдел по вопросам народонаселения ООН относит к «более развитым регионам» Австралию, Европу, Новую Зеландию, Северную Америку и Японию; к «менее развитым регионам» относятся страны Африки, Азии (кроме Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна, а также Меланезия, Микронезия и Полинезия. Данные после 2012 года — прогнозы.

Дополнительные годы жизни

Одним из наиболее наглядных проявлений прогресса в здравоохранении является резкое увеличение продолжительности жизни. За последние шесть десятилетий продолжительность жизни в мире увеличилась более чем на 23 года и, по прогнозам отдела по вопросам народонаселения Организации Объединенных Наций, возрастет еще почти на 7 лет к 2050 году (см. рис. 1). На графике оценивается ожидаемая продолжительность жизни детей, рожденных в указанный год, если бы на них распространялись коэффициенты смертности возрастной группы того года в течение всей их жизни. Устойчивое увеличение продолжительности жизни с 1950 по 2010 годы отражает резкое снижение младенческой и детской смертности (коэффициент младенческой смертности снизился в мировом масштабе со 135 на 1 000 живорожденных в 1950 году до 37 в 2010 году) и увеличение продолжительности жизни взрослых. Продолжительность жизни колебалась на уровне 25–30 лет на протяжении большей части истории человечества, так что недавнее и прогнозируемое ее продление относятся к величайшим достижениям человечества.

Бремя болезни неодинаково

Инфекционные заболевания уносят больше жизней в развивающихся странах, тогда как бремя неинфекционных заболеваний заметнее в странах с развитой экономикой.
(В процентах)

	Доля скорректированных на инвалидность лет жизни			Доля смертей		
	Весь мир	Развивающиеся страны	Развитые страны	Весь мир	Развивающиеся страны	Развитые страны
Неинфекционные заболевания						
Сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения	11,9	10,2	21,3	29,6	25,1	43,4
Опухоли	7,6	6,2	15,3	15,1	12,3	23,7
Психические расстройства и расстройства поведения	7,4	6,7	11,1	0,4	0,3	1
Скелетно-мышечные нарушения	6,7	5,7	12,3	0,3	0,3	0,4
Диабет, мочеполовые болезни, заболевания крови и эндокринные болезни	4,9	4,7	5,8	5,2	5,2	5,1
Хронические респираторные заболевания	4,8	4,8	4,5	7,2	7,9	5
Неврологические расстройства	3	2,7	4,4	2,4	1,9	4,1
Цирроз печени	1,3	1,2	1,7	1,9	2	2
Болезни пищеварительного тракта	1,3	1,3	1,5	2,1	2,1	2,2
Другие неинфекционные заболевания	5,1	5,1	5,2	1,2	1,4	0,6
Инфекционные болезни						
Диарея, инфекции нижних дыхательных путей и другие распространенные инфекционные заболевания	11,4	13	2,5	10	12	4
ВИЧ/СПИД и туберкулез	5,3	6	1,7	5	6,3	1,1
Забытые тропические болезни и малярия	4,4	5,2	0,1	2,5	3,3	0,03
Прочие	24,9	27,2	12,6	17,1	19,9	7,37

Источник: Институт медико-санитарных показателей, измерений и оценки, Мировое бремя заболеваний (2010).

Примечание. Скорректированные на инвалидность годы жизни показывают фактические годы жизни, потерянные из-за болезни, инвалидности или смерти. Категория «Прочие» включает смертность от травм, болезней нарушения питания, неонатальных и родовых осложнений.

Тем не менее экономические и бюджетные последствия увеличения продолжительности жизни и значение более долгой жизни для благосостояния человечества не установлены. Исследования представляют неоднозначные выводы относительно того, насколько отсрочка смерти также переносит возраст, в котором мозг и тело людей начинают разрушаться, и люди утрачивают свою функциональную независимость.

Несмотря на то, что более долгая жизнь людей не всегда означает, что они живут лучше, увеличение продолжительности жизни — обнадеживающий показатель возможностей в отношении как давних, так и новых угроз для здоровья. Эти угрозы включают инфекционные заболевания, такие как лихорадка Эбола, малярия, туберкулез, ВИЧ, гепатит, диарея и лихорадка денге (включая лекарственно устойчивые формы этих и других патогенов), а также хронические недуги, такие как сердечно-сосудистые заболевания, рак, респираторные заболевания, диабет, нервно-психиатрические состояния, расстройства органов чувств и скелетно-мышечные нарушения.

В 2013 году 6,3 млн детей умерло в возрасте до пяти лет. Их число сократилось с 90 смертей детей на тысячу живорожденных в 1990 году до 46 в 2013 году. Несмотря на значение этого достижения, даже столь небольшое число смертей в раннем детстве указывает на серьезные недостатки в системе здравоохранения. Большинство смертей в раннем детстве можно предотвратить путем применения имеющихся знаний и относительно недорогих мер, таких как вакцинация, оральная регидратация, улучшение питания, доступ к средствам контрацепции, применение обработанных инсектицидом противомоскитных сеток, улучшенный дородовой уход и опора на квалифицированных акушерок. Нежелательные беременности также являются важным фактором детской и материнской смертности. Незапланированные беременности, по оценкам, составили 40 процентов из 213 миллионов беременностей во всем мире в 2012 году. Тридцать восемь процентов этих незапланированных беременностей закончились рождением ребенка, на них, по оценкам, приходилось диспропорциональное (примерно 300 000) число смертей среди матерей, вызванных осложнениями во время беременности и родов.

Неинфекционные заболевания

Кампании, приведшие к ликвидации оспы и почти полному искоренению полиомиелита, как правило, считаются наиболее успешными мероприятиями всех времен в области здравоохранения. Но уроки, преподнесенные усилиями по их ликвидации, для борьбы с неинфекционными заболеваниями, на долю которых приходится почти две трети предполагаемых 53–56 миллионов смертей в год в мире, не однозначны.

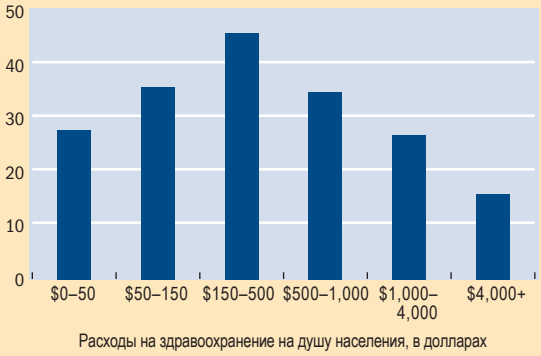
Дело в том, что в случае лечения неинфекционных заболеваний вопрос стоит не только о смерти или ее предотвращении. Также важен здоровый образ жизни. Показатель продолжительности жизни с поправкой на инвалидность (DALY) измеряет фактическое число лет, потерянных из-за инвалидности или преждевременной кончины. В таблице показано распределение смертей и DALY по причинам (в мире и в разбивке на развитые и развивающиеся страны). На инфекционные заболевания приходится непропорционально больше смертей в развивающихся странах, тогда как неинфекционные заболевания относительно более заметны в развитых странах. Этот контраст отражает явление, известное как эпидемиологический переход. Переход является признаком прогресса, главным образом потому, что инфекционные заболевания обычно приходятся на более молодой возраст, но факт остается фактом — многие случаи смерти от неинфекционных заболеваний являются преждевременными в том смысле,

Рисунок 2

Низкие расходы, большие расходы

Расходы на здравоохранение значительно различаются в разных странах

(Число стран по категориям расходов)



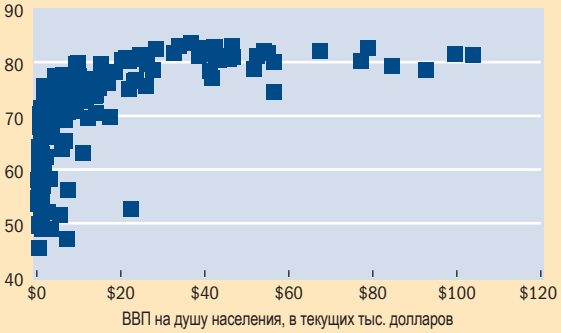
Источник: Всемирный банк, *«Показатели мирового развития»*, 2014 год.
Примечание. Данные за 2012 год.

Рисунок 3

Богатые люди здоровее

Люди, живущие в странах с более высокими доходами, обычно живут дольше, чем жители стран с низкими доходами.

(Продолжительность жизни, в годах)



Источник: Всемирный банк, *«Показатели мирового развития»*, 2014 год.
Примечание. Данные за 2012 год.

что они наступают в возрасте до 70 лет. Некоторые развивающиеся страны, такие как Бангладеш и Гана, прошли через эпидемиологический переход только наполовину и несут тяжелое двойное бремя инфекционных и неинфекционных болезней. Среди неинфекционных заболеваний основной причиной смерти являются сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения, а также рак. Согласно показателям DALY, психические заболевания также вносят значительный вклад в мировое бремя болезней — с соответствующим негативным воздействием на производительность труда и качество жизни.

Ожидается, что на неинфекционные заболевания придется растущая доля общего бремени болезней — как из-за старения населения, так и в результате негативного воздействия потребления табака, физической бездеятельности, неправильного питания и вредного для здоровья употребления алкоголя.

В мире насчитывается 967 млн взрослых курильщиков (18 процентов взрослого населения), при почти 6 млн связанных с табаком смертей в год. Доля пользователей табачных изделий наиболее высока в Восточной Европе и Восточной и Юго-Восточной Азии. Табак также употребляется в бездымной форме, главным образом в Южной и Юго-Восточной Азии. Несмотря на снижение доли курильщиков в мире (а также числа сигарет, потребляемых каждым из них) примерно на 10 процентных пунктов с 1980 года, число курильщиков возросло в результате прироста населения. Основной причиной болезней и смертей, связанных с потреблением табака, является хроническая обструктивная болезнь легких, на которую, по оценкам, приходится примерно 3 млн смертей и 77 млн DALY в год. На рак легких приходится 1,5 млн смертей и 32 млн DALY. Обычно доля курильщиков среди женщин значительно ниже, но в последние десятилетия гендерный разрыв сократился.

Сидячий образ жизни

В последние десятилетия заметно повысилась и широко распространилась занятость в сфере услуг, в ущерб сельскому хозяйству и промышленности, которая сопровождается распространением сидячего образа жизни. Этот сдвиг увеличивается за счет роста доли мирового населения, проживающего в городской местности, где часто бывает меньше возможностей для физической активности. В 1950 году 30 процентов населения мира проживало в городах; сегодня — 54 процента (см. «Прирост продолжается» в этом выпуске *Ф&Р*). По оценке Всемирной организации здравоохранения в 2008 году, 31 процент взрослого населения во всем мире не был в достаточной степени физически активен.

По мере того как люди едят меньше фруктов и овощей и больше рафинированного крахмала, сахара, соли и нездоровых жиров, возрастает число взрослых (с 29 процентов населения мира в 1980 году до 38 процентов в 2013 году) и детей с избыточным весом или страдающих ожирением (с примерно 10 до 14 процентов за тот же период). Проблемы с весом способствуют высокому кровяному давлению, высокому уровню сахара в крови и холестерина, а также распространению сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и некоторых видов рака.

Потребление алкоголя растет во всем мире, особенно в Китае и Индии. Многие группы населения демонстрируют высокие коэффициенты эпизодического злоупотребления алкоголем, что приводит к циррозу печени, сердечным заболеваниям, раку и травмам. Пьянство весьма широко распространено в Украине и России и обычно возрастает с повышением доходов на душу населения в разных странах. Примерно 6 процентов смертей в мире объясняется алкоголем (7,6 процента среди мужчин и 4 процента среди женщин).

Дестабилизирующие расхождения

Во многих отношениях к наиболее примечательным характеристикам мировой картины здравоохранения относятся резкие расхождения между его достижениями и неудачами. Например,

- Разрыв в 38 лет между страной с самой высокой продолжительностью жизни, Японией, где она составляет 83 года, и страной с самой низкой — Сьерре-Леоне, где она составляет 45 лет.
- В четырнадцати странах продолжительность жизни при рождении не достигает 55 лет, тогда как в 25 странах она превышает 80 лет.
- Продолжительность жизни за последние два десятилетия увеличилась в каждой богатой промышленно развитой стране, но снизилась в пяти африканских странах: Ботсване, Зимбабве, Лесото, Свазиленде и ЮАР, в основном, из-за смертей, связанных с ВИЧ.
- В девятнадцати странах коэффициент младенческой смертности превышает 60 на 1 000 живорожденных, тогда как в 32 странах на 1 000 живорожденных приходится менее 4 смертей младенцев.
- Девяносто девять процентов смертей среди детей приходится на страны с низкими и средними доходами.
- Коэффициент детской смертности в странах с низкими доходами в 12 раз выше коэффициента стран с высокими доходами.

• Во всем мире женщины могут рассчитывать, что проживут на четыре года дольше, чем мужчины. Но эта разница составляет менее двух лет в 24 странах, по-видимому, отражая предпочтение, отдаваемое сыновьям, которое проявляется в плохом обращении с девочками, гендерном насилии и гендерном неравенстве, таком как ограничения на доступ женщин к адекватному питанию и здравоохранению.

• В 2012 году расходы на здравоохранение в 28 странах (в основном в странах Африки к югу от Сахары, на которые приходится примерно 13 процентов населения мира) составили менее 50 долларов США на душу населения, тогда как в 16 странах (10 процентов населения мира) они превысили 4 000 долларов США на душу населения (см. рис. 2). Эти расходы были самыми высокими в Норвегии, составив 9055 долларов США на душу населения, и примерно в 600 раз превысили расходы Эритреи на другом конце спектра, составив 15 долларов США на душу населения.

Здоровье имеет значение

Американскому философу Ральфу Уолдо Эмерсону принадлежит знаменитая фраза, написанная в 1860 году: «Главное богатство — это здоровье».

Здоровье имеет значение потому, что люди ценят долгую жизнь, по мере возможности без ограничения физической и умственной деятельности. Экономисты, специализирующиеся на вопросах развития, обычно иллюстрируют устоявшуюся связь между доходом и здоровьем, показанную на страновой основе на рис. 3. Население стран с более высокими доходами, как правило, здоровее, что по традиции считается результатом лучшего питания и доступа к безопасному водоснабжению, канализации и здравоохранению, что обеспечивается более высокими доходами.

Но помимо индивидуального здоровья здоровье других людей также имеет значение по причинам, включающим моральные, этические и гуманитарные соображения и законы в области прав человека. Здравоохранение важно и потому, что вносит вклад в построение социально сплоченного и политически стабильного общества. Например, неспособность правительств удовлетворить основные потребности своего населения в услугах здравоохранения подрывает доверие и может привести к повторяющимся циклам нестабильности и распада. Это одна из причин, по которой Совет Безопасности Организации Объединенных Наций в сентябре 2014 года объявил лихорадку Эбола не только кризисом здравоохранения, но и угрозой миру и безопасности — такая оценка давалась несколько лет назад ВИЧ/СПИДу.

В последние годы экономисты стали лучше понимать экономическое значение здоровья, рассматривая его как форму человеческого капитала, который можно продуктивно использовать, точно так же как знания и навыки людей. Поскольку здоровье является фундаментальным фактором, определяющим стоимость труда, который является основным активом в распоряжении большинства бедных людей, это особенно важно для способности человека или домохозяйства подняться выше черты бедности или оставаться над этой чертой.

Наиболее убедительное доказательство экономической ценности здоровья дает микроэкономический анализ — поскольку он, как правило, основан на больших выборках и всеобъемлющих показателях здоровья и доходов, а также определяющих их факторов. Кроме того, многие микроисследования, посвященные отдельным вопросам здоровья, основаны на контролируемых рандомизированных исследованиях, которые принято считать золотым стандартом в этой области. Некоторые из наиболее убедительных исследований показали положительное воздействие таких факторов, как:

• дегельминтизация при посещении школы на последующие доходы в Кении;

• добавки железа на участие в рабочей силе, производительность и доходы в Индонезии;

• добавки йода на когнитивную функцию в Танзании;

• искоренение анкилостомоза и малярии на посещаемость школ и трудовые заработки в Америке в прошлом веке.

Макроэкономические исследования, рассматривающие общую картину, по своей природе носят менее строгий характер, но указывают, что крепкое общее и репродуктивное здоровье являются мощными двигателями экономического роста, при расчетном росте ВВП на душу населения на 4 процента с каждым дополнительным годом продолжительности жизни. В этом случае, по всей видимости, задействовано несколько каналов. К ним относятся положительное воздействие здоровья на производительность труда; посещение школы, уровень образования, когнитивные функции; сбережения, поскольку люди увеличивают сбережения в ожидании более длительного пенсионного периода; прямые иностранные инвестиции, которые часто приносят новые технологии, создание новых рабочих мест и увеличение объема торговли. Рождаемость также обычно снижается при более здоровом населении, что приносит так называемый демографический дивиденд в виде общего роста доходов, ввиду того что что рабочая сила растет быстрее, чем зависящая от нее часть населения (молодежь и престарелые).

Ориентация на будущее

Значение здоровья в глобальном масштабе за последние два десятилетия резко возросло, заняв центральное место в качестве как индикатора, так и инструмента социально-экономического развития.

Согласно статье, напечатанной в ноябре 2013 года в журнале *The Atlantic*, из 20 изобретений, в наибольшей степени преобразивших характер современной жизни со времен изобретения колеса примерно 6000 лет назад, пять непосредственно связаны со здоровьем: пенициллин, оптические линзы, вакцинация, системы канализации и оральные контрацептивы.

Инноваций в области здравоохранения предостаточно. *Персонализированные и точные медикаменты*, основанные на достижениях в области молекулярного и генетического тестирования, открывают новые возможности для индивидуального прогнозирования и лечения болезней. Т*ехнологические инновации,* такие как развитие новых или усовершенствованных вакцин и лекарственных препаратов и генетически модифицированных организмов, открывают новые перспективы профилактики и лечения заболеваний. Появление *цифрового здравоохранения*, в том числе телемедицины, носимых датчиков, электронных медицинских записей, достижения в наших возможностях анализировать большие объемы данных, а также новые методы передачи информации о здоровье и рекомендаций, открывает новые захватывающие возможности для более качественной медицинской помощи с меньшими затратами. *Новые диагностические, вспомогательные и лечебные аппараты* тоже открывают подобные возможности.

Но до начала реализации многообещающих возможностей этих нововведений в полном объеме во всем мире необходимо решить многочисленные проблемы. Для этого потребуется финансовая мощь, политическая воля и сотрудничество между многими заинтересованными сторонами и субъектами, в том числе неправительственными организациями, частными компаниями, средствами массовой информации, научными кругами, медицинским сообществом и государственными ведомствами в области здравоохранения и в смежных секторах — как в рамках стран, так и между странами.

Некоторые решения просто потребуют больше ресурсов, чтобы позволить поставщикам услуг здравоохранения более эффективно использовать имеющиеся знания о том, как укреплять

Вспышка лихорадки Эбола

Ученые открыли вирус лихорадки Эбола в 1976 году после вспышек этой болезни в Демократической Республике Конго (недалеко от реки Эбола) и в Судане.

Вспышки лихорадки Эболы в настоящее время в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне связаны с заирским штаммом вируса Эбола, который считается самым смертельным из пяти известных видов. Текущая эпидемия — самая тяжелая, пожалуй, намного серьезней других, ввиду существенного занижения данных о лихорадке Эбола из-за страха, стереотипов и слабого надзора в системах здравоохранения. Вирус, скорее всего, перешел к человеку через контакт с кровью или другими жидкостями от зараженного животного.

После появления симптомов у инфицированного человека (которое обычно занимает от нескольких дней до нескольких недель) вирус может передаваться другим людям через контакт с биологическими жидкостями, которые проникают через слизистые оболочки или поврежденную кожу, в том числе после смерти, если, например, люди не принимают соответствующие меры предосторожности при подготовке тела к похоронам. В испытывающих резкую нехватку кадров, ресурсов и слабых национальных системах здравоохранения, коэффициент смертности от лихорадки Эбола достигает от 40 до 80 процентов. Кроме того, болезнь распространяется на медицинских работников, а уменьшение числа работников здравоохранения ведет к повышению коэффициентов заболеваемости и смертности от других заболеваний и состояний.

По прогнозам, вспышки нанесут ущерб в размере миллиардов долларов как в результате самой болезни, так и страха перед инфекцией, из-за которого учащаются случаи невыхода на работу и нарушаются многие виды экономической деятельности. Из страха перед инфекцией люди также покидают зараженные районы, что может способствовать распространению вируса и затрудняет отслеживание контактов.

Врачи в основном лечат лихорадку Эбола лекарствами против симптомов и пополняя потерянную жидкость. Проводятся испытания экспериментальных препаратов, разрушающих вирус, наряду с использованием сыворотки крови переживших лихорадку Эбола пациентов.

Перспективные вакцины разработаны, но до сих пор не проверены на людях. Их распространение, скорее всего, трудно будет обеспечить в местах с неразвитой инфраструктурой, в которых потребности намного превышают предложение. Также вызывает беспокойство возможность мутации вируса.

Помимо Гвинеи, Либерии и Сьерра-Леоне, подозреваемые и подтвержденные случаи отмечены в Нигерии и Сенегале, хотя обе страны быстро взяли вспышки под контроль и объявлены свободными от передачи вируса лихорадки Эбола. Во время написания этой статьи отдельные случаи обнаружены в Испании, Мали и США. В дополнение к повышению степени информированности о практике, которая подвергает людей опасности заражения вирусом лихорадки Эбола, и поощрению методов профилактики инфекции, в меры, принимаемые системами здравоохранения по борьбе с лихорадкой Эбола, входят карантин подозрительных случаев и выявление, отслеживание и мониторинг здоровья людей, с которыми они имели контакты.

и беречь здоровье. Другие потребуют создания инфраструктуры для канализации, питьевой воды, транспорта, связи, образования и энергетики — важных составляющих в обеспечении качественной медицинской помощи и доступа к ней. Некоторые решения потребуют новой политики и институциональных механизмов, побуждающих людей к внесению положительных изменений в свой образ жизни и поощряющих деловые инновации в разработке и поставке укрепляющих здоровье продуктов, таких как вакцины и лекарства, и услуг, таких как медицинские осмотры, сообщения служб здравоохранения и хирургические операции. Непрерывный прогресс науки должен питать эти потоки продуктов и цепочки поставок и решать серьезные задачи, поставленные угрозой для здоровья такими болезнями, как лихорадка Эбола; чикунгунья (вирусная инфекция, распространяемая комарами, которая обычно вызывает лихорадку и боль в суставах); MRSA (золотистый стафилококк, устойчивый к метициллину) и другие устойчивые к антибиотикам инфекции; и неинфекционные угрозы для здоровья, такие как ожирение, депрессия и проблемы здоровья, связанные с окружающей средой (см. «Угрозы глобальному здравоохранению XXI века» в этом выпуске *Ф&Р*).

Мощности и охват системы здравоохранения также необходимо расширять, используя новые модели для осуществления эпидемиологического мониторинга и эффективного размещения врачей, медицинских сестер, фармакологов, работников здравоохранения на местном уровне и консультантов. Потребуется координация деятельности разных участников и заинтересованных сторон на местном, национальном и мировом уровнях во избежание дублирования усилий и для обеспечения продуктивного обмена информацией, рациональных и обоснованных приоритетов и технико-экономической эффективности. Координация необходима также для защиты здоровья от таких вторичных эффектов экономического прогресса и глобализации, как трансграничная мобильность, изменение климата, опустынивание, засуха и загрязнение пищи и лекарств.

Вся эта работа должна проводиться с чувством финансовой ответственности, что будет все сложнее осуществлять по мере роста и старения населения, выходящего за рамки традиционного периода трудовой деятельности, и расширения охвата систем здравоохранения и их мандатов по предоставлению услуг. Бюджетные проблемы во многих странах затруднят выделение правительствами дополнительных ресурсов на здравоохранение (см. «Настоятельно необходимая эффективность» в этом выпуске *Ф&Р*).

Когда речь идет о стратегиях здравоохранения, понятие универсального подхода плохо обоснованно ввиду значительных различий в общественном строе, обычаях, политических системах, экономических возможностях и историческом наследии разных стран. Например, в некоторых обществах недопустимо, чтобы женщин обследовали и лечили врачи-мужчины. В других от семей ожидается активное участие в уходе за пациентами в стационаре. Стандарты для сертификации практикующих врачей, и даже философия и характер медицинской практики (например, стандартной гомеопатической, индусской аюрведической и традиционной китайской) также различны в разных условиях.

Другие вопросы, требующие изучения, включают децентрализацию системы здравоохранения страны (см. «На местах» в этом выпуске *Ф&Р*), внедрение моделей с оплатой работы по результатам, и стимулирование нынешнего и будущего здоровья и благополучия населения при помощи подходов на основе обусловленных денежных трансфертов, которыми неимущие домохозяйства награждаются за конкретные действия, такие как вакцинация детей (или посещение ими школы).

Правительство призвано играть естественную роль в принятии мер по эффективному содействию желательным для общества уровням предоставления услуг здравоохранения. Нерегулируемым рынкам будет трудно это делать по причинам, включающим вторичные эффекты, связанные с инфекционными заболеваниями, и порой оппортунистическое поведение частных поставщиков медицинских услуг, которые используют свое информационное превосходство и предполагаемый статус для эксплуатации потребителей, советуя им идти на ненужные и дорогостоящие процедуры.

В основе лежит вопрос организации системы здравоохранения. Является ли наиболее эффективной и прагматической организацией системы здравоохранения вертикальная организация в виде набора конкретных программ по конкретным болезням и расстройствам (специализирующихся, например, по ВИЧ/СПИДу и малярии) или горизонтальная организация в виде единой системы для всех болезней и расстройств — предмет многолетних дискуссий среди исследователей и разработчиков политиков в области здравоохранения. Несмотря на весьма впечатляющие успехи вертикальных программ в области здравоохранения и относительную легкость их более строгой оценки, в последние годы наблюдается переключение политики с вертикального на горизонтальное вмешательство (и вмешательство по диагонали, при котором инициативы по конкретным болезням используются для совершенствования системы в целом). Этот сдвиг отчасти продиктован опасением того, что успех вертикальных программ часто достигается за счет отвлечения жизненно важных кадровых и финансовых ресурсов из других частей сектора здравоохранения. Сдвиг также отражает мнение, согласно которому в организованной по вертикали системе здравоохранения неэффективно дублируются инфраструктура и механизмы оказания медицинской помощи. Многие специалисты также считают, что горизонтальные программы в большей степени способны учитывать новые возникающие угрозы для здоровья и формировать социальную среду, поощряя здоровый образ жизни и соблюдение установленных схем лекарственного лечения.

Роль частного сектора

Частное предпринимательство также важно для улучшения здоровья и, возможно, могло бы расширить свою роль. К его сильным сторонам относятся: эффективные каналы передачи сообщений и распределения; способность к инновациям, внедрению и быстрому расширению; соблюдение коммерческих принципов, способствующих устойчивости бюджета. Частные расходы на здравоохранение (более 2,9 трлн долл. в 2012 году, 44 процента из которых составили прямые расходы домохозяйств) значительны во всех странах, но особенно высоки в странах с низким и средним уровнем доходов (см. «Частный сектор или государственный» в этом выпуске *Ф&Р*). Несмотря на достоинства частного сектора, правительства все же должны участвовать в основных мероприятиях, включая предоставление систем защиты для тех, кто не получает адекватных услуг частных поставщиков, мониторинг и регулирование рынков здравоохранения, чтобы не допускать эксплуатации, коррупции и других злоупотреблений. Партнерства между государственным и частным секторами, объединяющие правительства, международные организации и частных операторов для финансирования и предоставления услуг здравоохранения, особенно желательны, когда они обеспечивают эффективное разделение труда между секторами.

Характер профилактики, раннего выявления, лечения заболеваний и ухода за больными — и баланса между ними — всегда будет важен. В будущем важную роль будет играть профилактика заболеваний, скорее всего, путем расширения программ вакцинации, запрета на курение в помещениях, запрета на рекламу табачных изделий, налогообложения табака и большего акцента на меры по укреплению здоровья в утробе матери и в раннем детстве. Раннее выявление имеет решающее значение, поскольку заболевания, выявленные на ранней стадии, как правило, легче и дешевле лечить. При лечении, особенно пожилых людей с их многочисленными недугами, необходимо учитывать взаимодействие заболеваний и лекарств и смещать акцент с лечения на качество жизни. Вполне вероятно также, что государству придется взять на себя растущее бремя расходов по долгосрочному уходу, так как снижение рождаемости и расширение участия женщин в трудовой деятельности по найму сокращает число членов семьи, физически способных обеспечить уход за пожилыми людьми и общение с ними. Инвестиции в здоровье могут дать большую отдачу и способствовать платежеспособности бюджета, особенно если они ограничат расходы на здравоохранение, сосредоточившись на профилактике и раннем выявлении заболеваний, помогая людям работать дольше и продуктивнее.

Управление здравоохранением в мировом масштабе — растущая и сложная структура и взаимодействие организаций, занимающихся глобальными вопросами здравоохранения, — нуждается в укреплении для содействия прозрачности, подотчетности, эффективности и более широкому распространению активного и координированного участия в управлении сетью национальных проблем и решений в сфере здравоохранения (см. «Осуществление контроля над мировым здравоохранением» в этом выпуске *Ф&Р*). Всемирная организация здравоохранения давно стала краеугольным камнем управления здравоохранением в мировом масштабе. Но в последние годы появились новые и убедительные варианты глобального партнерства, такие как Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, ГАВИ (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации за расширение доступа к иммунизации в бедных странах) и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (для финансирования мероприятий по профилактике и лечению). Тем не менее, необходимы также новые механизмы для содействия более своевременному и эффективному мониторингу инфекционных болезней и ответным мерам, международному обмену данными и стандартам в области интеллектуальной собственности, которые гарантировали бы частному сектору, особенно фармацевтическим компаниям, надлежащие финансовые стимулы к ведению научных исследований и разработок, сохраняя при этом гибкость для удовлетворения неотложных потребностей неимущих в медицинских услугах.

Цели развития тысячелетия (ЦРТ), поставленные Организацией Объединенных Наций в 2000 году для определения целевых показателей улучшения в сфере бедности, образования и здравоохранения, являются прекрасным символом хорошего глобального управления здравоохранением. Несмотря на то, что ЦРТ не имеют юридической силы, они легитимны, потому что утверждены 189 странами-членами Организации Объединенных Наций. Они также способствуют подотчетности, поскольку их просто измерять и оглашать. Несмотря на невозможность точной оценки вклада ЦРТ в улучшение глобального здравоохранения, они, по всей видимости, привлекли внимание международного сообщества по развитию к здоровью и привели к увеличению расходов на здравоохранение, особенно в странах с низкими доходами. ЦРТ также подчеркивают необходимость в активизации усилий по борьбе с голодом, детской смертностью и хроническим недоеданием, а также материнской смертностью.

Здоровье, безусловно, займет важное место в программе развития и после 2015 года, хотя природа, направленность и конкретные показатели достижения новой цели (или целей) пока не ясны. Особое место будут занимать неинфекционные заболевания; упор на процесс, вводимые ресурсы и факторы риска, а не результаты в виде состояния здоровья; и все уроки, которые мировое сообщество извлечет из распространения таких болезней, как лихорадка Эбола, и использует при определении нового набора целей глобального здравоохранения. ■

Дэйвид И. Блум — профессор экономики и демографии на факультете общественного здравоохранения Гарвардского университета.

На МЕСТАХ

В странах с формирующимся рынком и развивающихся странах расходы на здравоохранение переходят от центральных правительств к штатам и городам

Посещение больницы, построенной организацией “Partners in Health” для Министерства здравоохранения Руанды в Бутаро (район Бюрера, Руанда).

Виктория Фэн и Аманда Глассман

В этом мире неизбежны только смерть и налоги — как-то так звучит одно известное изречение. Экономисты могут добавить еще и третью неизбежность: рост расходов на здравоохранение. По мере экономического роста стран сходятся воедино две тенденции в рамках *изменения модели финансирования здравоохранения* — увеличиваются расходы на здравоохранение на одного человека и сокращаются расходы на медицинские услуги, оплачиваемые за собственный счет (см. рис. 1).

Но если увеличение совокупных расходов на здравоохранение кажется неизбежным, сокращение разорительных медицинских платежей таковым не является. Несмотря на снижение в среднем расходов за свой счет, многие домохозяйства по-прежнему разоряются на медицинских счетах, особенно в странах с низким доходом. Исследования показывают, что мобилизация расходов государства или казны на здравоохранение, а с ней и мер политики, повышающих эффективность расходования государственных денег в рамках национальных систем здравоохранения, должна увеличиваться, если расходы из собственных средств населения продолжают сокращаться.

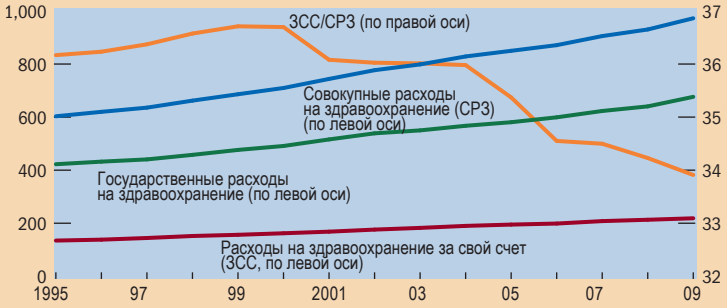
Тем не менее, государственные расходы на здравоохранение осуществляются не на общенациональном уровне, особенно в крупных федеративных государствах, состоящих из самоуправляемых региональных субъектов, таких как штаты или провинции (см. рис. 2). Многие сложные решения относительно эффективного и действенного распределения государственных средств на здравоохранение принимаются не в столице, а на уровне региональных и местных правительств. Это не новое явление для стран с развитой экономикой. По мере роста доходов в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах, а также развития процессов демократизации, децентрализации и урбанизации расходы субнациональных правительств, вероятно, продолжат расти. В Бразилии, например, субнациональные расходы на здравоохранение возросли с 25 процентов до 55 процентов от совокупных расходов на здравоохранение за период между 1980 и 2009 годами (см. рис. 3).

Однако эффективность расходов в рамках региональных и местных систем здравоохранения на цели улучшения здоровья и сокращения обнищания населения в результате оплаты медицинских услуг очень сильно различается. Более того, в слишком большом числе случаев государственные системы здравоохранения (которые стремятся к защите благополучия населения через программы профилактики, такие как вакцинация и эпидемиологический надзор

Рисунок 1

Вверх, вверх и в сторону

Расходы на здравоохранение устойчиво растут по всему земному шару, но пациенты оплачивают все меньшую долю за свой счет.



Источник: Fan and Savedoff (2014).

Примечание. Данные являются средними по 126 странам с развитой экономикой, странам с формирующимся рынком и развивающимся странам. ЗСС/СПЗ = расходы за свой счет, в процентах от совокупных расходов.

и контроль, как в случае с недавней вспышкой лихорадки Эбола) отходят на второй план на фоне более заметных и престижных медицинских видов деятельности по лечению заболеваний, зачастую в больницах, использующих дорогостоящие технологии, при этом дающих лишь небольшое улучшение ситуации со здоровьем населения.

Эти тенденции требуют изучения расходов на здравоохранение на субнациональном уровне, в том числе успешных реформ местного здравоохранения в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах, а также усилий центральных правительств по стимулированию инноваций и результативности работы на местном уровне.

Инициативы на местах

Многие субнациональные субъекты провели успешные реформы в области здравоохранения, медицины и профилактики, даже когда реформы на общенациональном уровне провалились. В число сфер таких реформ входят изменение финансирования и оплаты, действия в области организации и регулирования и даже попытки изменения поведения отдельных людей путем стимулирования занятий физическими упражнениями или противодействия курению.

Некоторые такие изменения происходили в странах с развитой экономикой. В США, например, штат Массачусетс в 2006 году расширил сферу действия медицинских страховок. От незастрахованных людей требовалась покупка частных страховых полисов, а приобретение страховок бедными субсидировалось. Этот эксперимент стал эталоном для спорного, стремительного и масштабного расширения охвата населения медицинским страхованием на национальном уровне, проведенного в 2014 году.

Но многие изменения также происходили в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах:

Китай. Шанхай, главный торговый город страны, провел комплексную реформу здравоохранения в целях снижения медицинских расходов населения за свой счет и улучшения здоровья с меньшими издержками (Cheng, 2013). Например, шанхайские поликлиники предлагали жителям 1000 лекарств из списка жизненно важных лекарственных средств — еще до того как Китай начал проведение общенациональной реформы в 2009 году, в результате которой 307 жизненно важных лекарств стали доступными для всех жителей страны. В городе функционирует, возможно, самая передовая и интегрированная информационно-технологическая система в области здравоохранения в Китае, с помощью которой все больницы и врачи получают доступ к медицинской документации пациентов. Это помогает регулирующим органам следить за поведением терапевтов, контролировать затраты и в конечном счете улучшать здоровье населения. Город также идет в авангарде разработки интегрированной системы предоставления медицинской помощи всех уровней — первичной, специализированной и высокоспециализированной. Другие регионы Китая внимательно следят за ведущейся в Шанхае работой.

Колумбия. В Медельине, втором по величине городе этой южноамериканской страны, правительство запустило объединенную сеть предоставления услуг в области здравоохранения с целью выравнивания качества медицинских услуг по всему городу (Guerrero et al., 2014).

Пакистан. В провинции Пенджаб правительство ввело в действие модель распределения ресурсов на основе оценки показателей работы, разработанную для обеспечения четкой увязки финансирования каждого административного района с его потребностями в области здравоохранения. В рамках этой модели каждый район Пенджаба автоматически получает 70 процентов от базовой суммы финансирования. Для получения оставшихся 30 процентов район должен повысить показатели в соответствии с определенными индикаторами, такими как доля детей, рожденных в медицинских учреждениях или с помощью квалифицированного акушера, и доля полностью вакцинированных детей в возрасте от 18 до 30 месяцев. Подход на основе оценки показателей работы дает административным районам Пенджаба четкие стимулы по улучшению здоровья своего населения.

Бразилия. В городе Сан-Паулу проводится программа «Агита Сан-Паулу», которая популяризирует активный образ жизни с помощью идеи о том, что 30 минут физических упражнений в день — это вполне достижимая и приятная цель для здоровья. В Сан-Паулу также проводятся крупномасштабные мероприятия, имеющие целью заставить людей изменить свое поведение и улучшить в целом здоровье населения. Эти кампании были скопированы многими другими бразильскими городами (PAHO, 2011).

Стимулы сверху

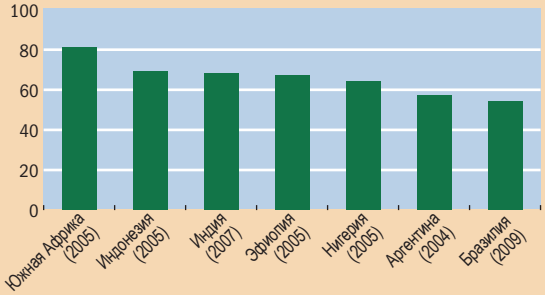
Несмотря на то что расходы и инновации переходят на уровень региональных правительств, национальные правительства играют ключевую роль в контроле над деятельностью субнацональных

Рисунок 2

Расходы на местном уровне

Во многих странах с формирующимся рынком и развивающихся странах расходы на здравоохранение региональных и местных органов власти растут быстрее, чем расходы центральных правительств.

(Доля от совокупных расходов на здравоохранение на субнациональном уровне, в процентах)



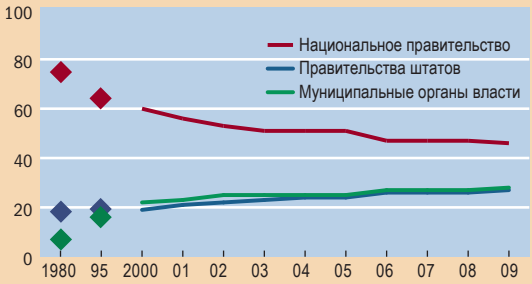
Источник: расчеты авторов.
Примечание. Данные по странам представлены за разные годы, указанные в скобках.

Рисунок 3

Регионы на подъеме

В Бразилии расходы штатов и муниципальных образований повысились с приблизительно 25 процентов от совокупных расходов на здравоохранение в 1980 году до 55 процентов в 2009 году.

(Государственные расходы на охрану здоровья, в процентах от совокупных расходов)



Источник: Langevin (2012).

субъектов и руководстве ею, а также в привлечении дополнительных средств к тем средствам, которые центральное правительство передает им для поддержки деятельности в области здравоохранения. Центральные правительства могут принимать решения относительно того, как передавать средства региональным правительствам или платить поставщикам медицинских услуг для стимулирования высоких показателей результативности работы в штатах и провинциях и даже на более низких уровнях, таких как муниципальные образования.

В Руанде, например, национальное правительство инициировало стимулирующие выплаты, среди прочих, субнациональным государственным и некоммерческим религиозно-добровольным поставщикам медицинских услуг. Выплаты обуславливались увеличением объема предоставляемых услуг и повышением качества ухода за пациентами с ВИЧ/СПИД и матерями с детьми. Основанием для выплат являлись отчеты об эффективности деятельности, составленные по итогам независимых и представительных аудитов. В результате действия этой программы существенно улучшилась ситуация с обеспеченностью детей питанием, а предоставление услуг в области здравоохранения увеличилось на 20 процентов (Gertler and Vermeersch, 2013).

В Аргентине федеральное правительство использует стимулы для того, чтобы побудить провинции улучшить ситуацию в сфере рождаемости. Национальное правительство рассчитывает стимулы на основе статистики об участии незастрахованных семей в программе «План Насер», сокращения смертности новорожденных и предоставления квалифицированной пренатальной помощи. Программа компенсирует провинциям 5 долларов в месяц в расчете на душу населения за каждого участвующего в ней человека и еще 3 доллара в месяц за достижение целевых показателей, таких как увеличение массы новорожденных и степень вакцинации населения. То есть 60 процентов вознаграждения рассчитывается на основе данных о числе участвующих в программе людей и 40 процентов — на основе улучшения ситуации с расширением предоставления населению услуг по охране здоровья и их эффективности. В результате смертность новорожденных сократилась на 22 процента за 2004–2008 годах (Gertler, Giovagnoli, and Martinez, 2014).

В Индии в рамках национальной программы медицинского страхования для бедных «Раштрия свастхья бима йоджана» (РСБЙ) предусмотрены стимулы для присоединения штатов к этой программе. В каждом штате среди частных страховых компаний проводятся ежегодные конкурсы по отдельным административным районам. Уполномоченное агентство выбирает наиболее выгодную по качеству и цене страховую премию для каждого района. Затем за каждого участвующего в программе человека штаты платят 25 процентов от страховой премии, а центральное правительство доплачивает оставшуюся сумму. Выплаты за эффективность не предусмотрены. Страховщики районного уровня заинтересованы в участии как можно большего числа людей, так как они хотят увеличить свои прибыли. Начатая в 2007 году программа уже охватывает более 100 миллионов человек, которым, среди прочего, предоставляется относительно щедрый пакет на госпитализацию. Первые результаты показывают, что меньшее число людей стало беднее в результате оплаты медицинских услуг за свой счет (La Forgia and Nagpal, 2012). РСБЙ относительно недорога, и на нее приходится лишь малая часть всех государственных расходов на здравоохранение в Индии.

Ребус возможностей

Тем не менее, несмотря на потенциал децентрализации, у передачи правительственных функций и ответственности в сфере расходов на субнациональный уровень есть серьезные сложности. Даже если региональные правительства располагают широкими полномочиями в области принятия решений, у штата или провинции могут возникнуть трудности с проведением в жизнь этих решений из-за нехватки административного потенциала или недостаточной подотчетности, а зачастую и того, и другого одновременно.

В Мексике, например, где бо́льшая часть расходов на здравоохранение проходит на региональном или местном уровне, федеральное правительство попыталось измерять эффективность работы штатов относительно таких контрольных показателей в области здравоохранения, как раннее выявление и лечение рака груди (Lozano et al., 2006). Но в некоторых случаях штаты отказались от предоставления отчетов, и федеральное правительство свернуло их публикацию после всего одного раунда проверки контрольных показателей.

Во многих ситуациях повышение ответственности и расходов на субнациональном уровне ассоциируется с большой разницей уровня медицинского обслуживания, равенства и результатов лечения между более богатыми и более бедными регионами страны. Существование таких разрывов объясняется многими причинами: разница в характеристиках населения, таких как доходы и общее состояние здоровья, риски и поведение; разная налогооблагаемая база; разные приоритеты в области инвестиций на местном уровне. Такие разрывы случаются и в странах с развитой экономикой. В Соединенном Королевстве «Атлас отличий» Национальной службы здравоохранения за 2011 год показал, что медицинские услуги сильно различаются в зависимости от места жительства.

В Индии менее развитым и более бедным штатам на севере и в центре страны, таким как Бихар и Уттар-Прадеш, не хватает административного потенциала, и у них возникают трудности с освоением средств, выделенных им центральным правительством. Потенциал по расходованию выделенных центром средств на здравоохранение варьируется от 42 процентов (Уттар-Прадеш) до 89 процентов (Махараштра).

Разница в уровне предоставляемых регионами услуг в области здравоохранения (что является результатом разной обеспеченности ресурсами и приоритетами) означает, что без мер политики, обеспечивающих право переноса медицинских пособий из одного штата в другой, переезжающие внутри страны из одного штата в другой семьи могут оказаться не охваченными услугами здравоохранения. В Китае возможность людей получать медицинские услуги привязана к региону, в котором зарегистрировано их домохозяйство (Roberts, 2012).

В некоторых случаях функции, которые должны выполняться на национальном уровне, делегируются региональным органам с пагубными последствиями. Например, налоги, разработанные для улучшения здравоохранения, такие как акцизы на табачные изделия и спиртные напитки, контроль за распространением болезней, а также быстрое реагирование и объединение рисков в целях борьбы с ними имеют больше смысла на национальном уровне. Единичный случай появления требующей дорогого лечения редкой болезни может быстро разорить местную систему здравоохранения, если отсутствуют механизмы распределения финансовых рисков. Быстро развивающаяся эпидемия, требующая введения быстрых ответных мер в области контроля, например, недавняя вспышка вируса лихорадки Эбола в некоторых частях Западной Африки (где государственные расходы на здравоохранение находятся уже и так на чрезвычайно низком уровне), может вмиг разорить местные органы власти.

В целом государственные функции в области охраны здоровья, такие как услуги по вакцинации и профилактике, которые не являются доходными ввиду низкого спроса на них, получают недостаточное внимание и на национальном, и на субнациональном уровнях. Региональные и местные правительства в некоторых странах реорганизовали свои департаменты здравоохранения так, что в итоге укрепился уклон в сторону медицинских услуг (лечение заболеваний и расстройств), оставив без внимания мероприятия по поддержанию общего состояния здоровья людей, сосредоточенные на профилактике заболеваний и поддержания здоровья населения. В Индии только штат Тамил Наду

не объединил департамент здравоохранения, занимающийся вопросами здоровья людей, с департаментом медицины. Возможно, в результате такого внимания, уделяемого профилактике состояния здоровья населения, Тамил Наду является одним из лучших среди индийских штатов, хотя он находится в числе штатов с самыми низкими расходами на здравоохранение.

Редко бывает так, чтобы политические проблемы имели легкое решение; наоборот, для них требуются множественные решения и неоднократные попытки. Политики выиграли бы, взяв на вооружение подход, поощряющий эксперименты и получение знаний. Но экспериментирование, инновации и получение знаний технически сложны и ресурсоемки и часто представляют угрозу для давно устоявшихся представлений и сложившихся интересов.

В некоторых странах эксперименты и инновации проводятся под эгидой штатов и провинций, другие пытаются институционализировать эксперименты. В Соединенных Штатах Центр инноваций при Американских центрах по услугам в рамках программ Medicare и Medicaid содействует систематической разработке решений для проблемы низкой действенности и высокой стоимости в системе здравоохранения США. Получая финансирование на 10-летний период и будучи независимым от спонсоров, то есть от Medicare и Medicaid, Центр инноваций уменьшает обычные для инноваций препятствия и риски. Центр отработал целый ряд новых моделей и подходов, в том числе подотчетных организаций оказания помощи и медицинских домов, стремящихся распределить финансовые риски между страховщиками и поставщиками услуг для обеспечения лучшей координации по вопросу предоставления услуг по лечению пациента при одновременном снижении издержек. Medicaid — проводимая на уровне штатов при поддержке федеральных властей программа предоставления медицинских услуг нуждающимся — допускает значительные вариации между американскими штатами в отношении покрытия населения страхованием. При финансовой и технической поддержке Центра инноваций штаты могут экспериментировать с моделями, созданными с учетом именно их нужд.

Китайские эксперименты

Институционализированные эксперименты не ограничиваются Соединенными Штатами и другими странами с высокими доходами. Китай имеет большой исторический опыт проведения экспериментов, обычно начиная с небольшого масштаба, всего в нескольких из своих примерно 2800 уездов. Флагманская программа страхования в сельских районах «Новая кооперативная программа медицинского страхования» (НКМС) сначала была опробована в нескольких уездах, а затем, только в 2003 году, расширена на всю страну. НКМС, по сути, предложила базовое страхование здоровья для сельских жителей, которые прежде в основном оплачивали медицинские услуги за свой счет.

В Южной Африке федеральное правительство содействовало проведению пилотных проектов в 11 из 54 административных районов, намереваясь затем принять общенациональную программу страхования здоровья, дополняющую существовавшую систему объектов здравоохранения. Однако пилотные проекты выявили нехватку у районов технических возможностей и недостаточные объемы технической помощи со стороны центрального правительства. По итогам проведения пилотных проектов так и не было принято какой-либо инициативы в области общенационального страхования здоровья.

Международные доноры могут играть определенную роль в содействии проведению экспериментов на субнациональном уровне. Например, Всемирный банк и Агентство по развитию при правительстве Германии (Федеральное предприятие по международному сотрудничеству) предоставили существенную техническую помощь индийской программе РСБЙ. Всемирный банк предоставляет кредиты правительствам штатов и провинций — в 2008 году в диапазоне от 10 процентов от совокупного объема странового кредита Мексике до более 60 процентов в таких странах, как Индия и Пакистан (Всемирный банк, 2009). Но эти операции требуют предоставления суверенных гарантий, которые могут как содействовать, так и препятствовать инновациям в способных обслуживать долг субнациональных субъектах. Субнациональные правительства, имея такое право, очень редко получали поддержку в виде грантов со стороны организаций государственно-частного партнерства, таких как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянс по вакцинам ГАВИ, который стремится содействовать обеспечению здоровья населения путем субсидирования мероприятий по вакцинации и иммунизации. Если глобальные доноры в области здравоохранения начнут уделять больше внимания субнациональным правительствам, более творческие подходы могут принести большую отдачу или максимизировать выгоду для охраны здоровья.

Системы здравоохранения чрезвычайно привязаны к местности, и это должно означать необходимость изменения подходов национальных и международных политиков к вопросам финансирования, бюджетных трансфертов, политики в области оплаты и предоставления услуг. Как минимум требуется уделять больше внимания тому, как субнациональные правительства осуществляют расходы на здравоохранение, а также тому, как стимулирование эффективности работы может переходить с уровня центрального правительства на уровень штатов.

Здоровая перспектива бóльших полномочий на местном уровне может стать реальностью только при условии, если меры политики на всех уровнях будут согласованы в целях повышения эффективности работы системы здравоохранения. ■

Виктория Фэн является доцентом Гавайского университета в Маноа и научным сотрудником Центра глобального развития, Аманда Глассман является директором по вопросам политики в области мирового здравоохранения Центра глобального развития.

Литература:

Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," Health Affairs, *Vol. 32, No. 12, pp. 2199–204.*

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," Social Science and Medicine, *Vol. 105 (March), pp. 112–21.*

Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 *(Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).*

Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," World Bank Policy Research Working Paper 6884 (Washington).

Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," PROESA Report" (Cali, Colombia: Icesi University).

La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" World Bank Policy Note 72238 (Washington).

Langevin, Mark S., 2012, Brazil's Healthcare System: Towards Reform? (Washington: BrazilWorks).

Lozano, Rafael et al., 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," The Lancet, *Vol. 368, No. 9548, pp. 1729–41.*

Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," Issue Brief (Washington).

Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," Business Week, *March 15.*

World Bank, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," Independent Evaluation Group Report (Washington).

УГРОЗЫ ГЛОБАЛЬНОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ XXI века

Мир сегодня стал здоровее, но человечество по-прежнему сталкивается с серьезными проблемами

За последнее столетие здоровье мира существенно улучшилось. Основные болезни-убийцы, такие как оспа и полиомиелит, были искоренены или ограничены. Значительная часть мирового населения имеет доступ к чистой воде и лучшим санитарным условиям. Лекарства могут излечивать или улучшать течение многих болезней, которые лишь десятилетия назад калечили или убивали людей.

Тем не менее, здравоохранение по-прежнему сталкивается с серьезными угрозами, как показывает недавняя вспышка лихорадки, вызванная вирусом Эбола.

Риск пандемий

Ольга Джонас

СРЕДИ государственных руководителей, которые обо всем беспокоятся, оптимисты считают, что серьезная пандемия — это событие, которое случается раз в столетие.

Но до начала эпидемии лихорадки Эбола большинство людей, включая государственных руководителей, редко думали о пандемиях (мировых эпидемиях), что объясняет причины недостаточных мер для преодоления риска распространения инфекции и вообще возникновения кризиса лихорадки Эбола.

Мировое сообщество по-прежнему сталкивается с серьезными угрозами от инфекционных заболеваний, как показывает продолжающийся кризис. Лихорадка Эбола все еще в основном ограничена тремя небольшими странами Западной Африки, где нанесенный гуманитарный и социально-экономический ущерб уже является значительным. Если кризис не будет ограничен, ущерб здоровью и экономике повторится в других развивающихся странах, и даже в мировом масштабе в случае пандемии.

Распространение инфекции застает врасплох, а затем ситуация ухудшается, потому что официальные органы и общественность не осознают риск и последствия экспоненциального распространения. Даже без глобального охвата вспышки болезней могут быть очень дорогостоящими. Они случаются с обескураживающей частотой. В последние годы имели место вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) и птичьего гриппа H5N1 и H7N9, а сейчас мы сталкиваемся с кризисом лихорадки Эбола. При текущей политике один из этих вирусов, или иной патоген, вызовет пандемию.

Согласно экономисту Лоуренсу Саммерсу, осведомленность о рисках пандемии слишком низкая, и «каждый ребенок должен знать о пандемии гриппа 1918 года», когда умерло 100 млн человек при населении мира, насчитывавшем менее 2 млрд людей. Хотя в недавнем докладе Всемирного банка пандемия была упомянута в качестве одного из трех серьезных глобальных рисков, наряду с изменением климата и финансовыми кризисами, в большинстве официальных дискуссий, докладов и сообщений рискам пандемий внимание не уделяется.

В результате этого органы государственного управления практически ничего не делают для снижения риска, хотя меры известны и затраты невелики, и они связаны в основном с укреплением ветеринарных систем и систем здравоохранения для выявления и борьбы со вспышками заболеваний. В конечном итоге, распространение инфекции начинается не в вакууме. Население в развивающихся странах страдает от ошеломляющего числа случаев инфекций, разносимых животными, — 2,3 млрд в год. Неконтролируемые болезни сельскохозяйственных животных и подверженность патогенам от диких животных могут периодически приводить к масштабным распространениям инфекций, поскольку слабые ветеринарные системы и системы здравоохранения не могут остановить вспышки и позволяют им распространяться.

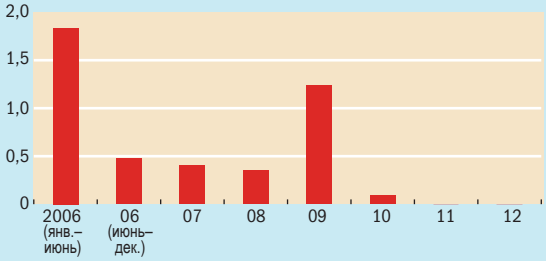
Таким образом, меры политики определяют начало распространения инфекции. Хронический недостаток внимания, уделяемого охране здоровья животных и людей, является одновременно пагубным вариантом политики и сложившейся практикой в большинстве стран и донорских программ.

Настоятельная необходимость действий является убедительной с экономической точки зрения. Страх, который может распространяться быстрее, чем болезнь, меняет поведение потребителей, коммерческих предприятий и органов управления. Хотя вспышка ТОРС была быстро ограничена в 2003 году, она обошлась в 54 млрд долл., вызвав шок, нанесший ущерб предпринимательской и потребительской уверенности. Вспышка лихорадки Эбола привела к серьезным нарушениям в торговле, производстве и здравоохранении в большинстве пострадавших стран. В случае пандемии схожие последствия будут нарастать лавиной в глобальных масштабах, Министерство обороны США характеризует итоги такой пандемии как эквивалентные «глобальной войне».

Вверх и вниз

Финансирование в целях предотвращения пандемий увеличивалось в период, когда общественность была обеспокоена вспышками гриппа в 2006 и 2009 годах, и снижалось, когда обеспокоенность общественности снижалась.

(Помощь на борьбу с заболеваниями в развивающихся странах, в млрд долларов)



Источники: ООН и World Bank (2010); World Bank (2012).

Примечание. В условиях высокого риска потребуются расходы в объеме 3,4 млрд долл. в год, чтобы привести системы здравоохранения и ветеринарные системы в 139 развивающихся странах в соответствие со стандартами борьбы с заболеваниями, установленными Всемирной организацией здравоохранения и Всемирной организацией по охране здоровья животных.

Снижение мирового ВВП на 4,8 процента является реалистичным результатом тяжелой пандемии гриппа, что эквивалентно 3,6 трлн долл. (на основе глобального ВВП в 2013 году). Даже если оптимисты правы в том, что вероятность пандемии составляет лишь 1 процент в год, риск для глобальной экономики составляет 36 млрд долл. ежегодно в течение столетия. В настоящее время мир тратит примерно 500 млн долл. на предупреждение пандемий, поэтому можно с уверенностью сказать, что 36 млрд долл. в год будет более чем достаточно для устранения риска. Расходы в пределах этой суммы являются оправданными.

К счастью, защита от патогенов стоит лишь малую часть этой суммы. В исследовании Всемирного банка (2012) содержится вывод о том, что расходы в объеме 3,4 млрд долл. в год позволят привести ветеринарные системы и системы здравоохранения во всех развивающихся странах в соответствие со стандартами деятельности, установленными Всемирной организацией здравоохранения и Всемирной организацией по охране здоровья животных. Эти стандарты охватывают потенциал для раннего выявления, правильного диагноза, а также оперативный и действенный контроль над распространением инфекции. (Ни одна из стран, испытавших вспышку лихорадки Эбола, не отвечала этим стандартам.) Надежные системы здравоохранения справятся с патогенами, которые могут вызывать пандемии, а также с другими, представляющими местную угрозу болезнями.

Непрочность нашей защиты демонстрируется мерами в ответ на вспышки гриппа H5N1 и H1N1. Финансирование резко увеличивалось в период с 2006 по 2009 год, что объяснялось пониманием рисков, но затем упало, когда директивные органы перестали обращать внимание (см. рисунок). Колебания финансирования не связаны с уровнем риска; риск увеличивается, когда потенциал здравоохранения ухудшается после того, как финансирование иссякает вслед за окончанием вспышки.

Действенная инфраструктура защиты от болезней требует устойчивой поддержки. Без надежных систем здравоохранения во всех странах сохраняется мрачная перспектива того, что все еще расширяющаяся эпидемия лихорадки Эбола будет не самым последним и не самым худшим кризисом, вызванным запоздалым выявлением вспышки болезни и неэффективной борьбой с ней. ■

Ольга Джонас — экономический советник во Всемирном банке.

Литература:

United Nations and World Bank, 2010, "Animal and Pandemic Influenza, a Framework for Sustaining Momentum" (New York and Washington).

World Bank, 2012, "People, Pathogens and our Planet: The Economics of One Health" (Washington).

Экологические опасности

Иэн Пэрри

ХОТЯ здоровью человека угрожают многие экологические опасности (в том числе загрязнение воды и выбросы вредных веществ с заводов и свалок), наибольшее беспокойство вызывают две проблемы — загрязнение воздуха и глобальное потепление, которые вызваны в значительной меры сжиганием ископаемого топлива.

Согласно Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2014), загрязнение воздуха в помещениях и атмосферного воздуха вызывает преждевременную смерть 7 млн человек в год — одну восьмую мировой смертности. *Загрязнение атмосферного воздуха* само по себе приводит к 2,7 млн смертей, *загрязнение воздуха в помещениях* — к 3,3 млн смертей, тогда как 1 млн чел. умирает из-за сочетания загрязнения воздуха в помещениях и атмосферного воздуха. Загрязнение воздуха убивает, потому что люди вдыхают достаточно мелкие частицы, которые проникают в их легкие и кровь, повышая распространенность, например, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний.

Почти 90 процентов смертей от загрязнения атмосферного воздуха происходят в густонаселенных странах с низкими и средними доходами, особенно в западной части Тихоокеанского региона и Юго-Восточной Азии. Стоимость ущерба для здоровья людей от загрязнения атмосферного воздуха может существенно различаться в зависимости от страны и вида сжигаемого ископаемого топлива.

Например, согласно оценкам МВФ (Parry et al, 2014), в 2010 году издержки для здоровья людей от использования угля в Китае, где наблюдается высокое воздействие загрязнения воздуха на население и ведется ограниченная борьба с выбросами, составляли 11,70 долл. за гигаджоуль (ГДж) энергии — в два раза больше мировой цены на энергию, получаемую от угля. В отличие от этого, в Австралии, где плотность населения ниже и выбросы при использовании угля затрагивают меньше людей, ущерб составлял 80 центов за ГДж. Уголь обычно создает наибольшее загрязнение воздуха на единицу энергии, за ним следует

дизельное топливо, тогда как природный газ и бензин вызывают наименьшее загрязнение.

Более широкое использование оборудования для борьбы с выбросами (например, фильтрующего двуокись серы на угольных электростанциях) сможет привести к сокращению будущих уровней выбросов в энергетике, снизив риски для здоровья. Однако это преимущество сводится на нет повышением спроса на энергию в развивающихся странах и ростом городского населения, что приводит к увеличению воздействия загрязнения на население.

Почти все смерти от загрязнения воздуха в помещениях (от топлива для приготовления пищи и отопления) происходят в странах с более низкими и средними доходами. Число этих смертей можно было бы уменьшить за счет более чистых видов топлива (скажем, применения древесного угля вместо каменного), технологических усовершенствований (таких как лучше вентилируемые печи), и обеспечения большего числа домашних хозяйств электроэнергией.

Сжигание ископаемого топлива также является главной причиной растущей концентрации в атмосфере парниковых газов, таких как двуокись углерода. Хотя одной из важнейших причин уменьшения выбросов парниковых газов являются экстремальные планетарные риски, такие как безудержное потепление, резкое повышение уровня воды в океане из-за тающих льдов и разворот потока Гольфстрим (Nordhaus, 2013), *изменение климата* может сказаться на здоровье людей на местном уровне по многим аспектам.

Согласно, например, работе Всемирного банка (2014), такие явления, связанные с погодой, как наводнения, засухи и экстремальные температуры, учащаются, особенно в Азии и Карибском бассейне, и являются важнейшими причинами смерти (например, в результате голода), а также экономического ущерба.

Риски для здоровья также включают тепловой стресс, распространение инфекционных заболеваний, снижение продовольственной безопасности и безопасности в области снабжения водой, а также ухудшение загрязнения воздуха. Особое беспокойство представляют угрозы для здоровья со стороны увеличения случаев диареи (от которой страдают люди в плохих санитарных условиях), малярии (из-за миграции комаров в тропических регионах) и недоедания (в результате снижения уровня жизни). Однако будущие риски можно снизить за счет повышения доходов, улучшения санитарии и здравоохранения; развития технологий (например, искоренение малярии); и адаптации (например, более широкого использования надкроватных сеток).

Принятие мер

Меры политики для снижения использования ископаемого топлива могут принести большую пользу здоровью на национальном уровне, и страны не должны ждать координации в международном масштабе. Улучшение результатов в области окружающей среды и здравоохранения должно быть частью более общей стратегии, охватывающей плату за выбросы углерода, инвестиции в чистые технологии и их передачу в развивающиеся страны, сокращение субсидий на «незеленые» источники энергии. Надлежащее отражение издержек для окружающей среды в ценах на энергоресурсы имеет особенно принципиальное значение и должно в мировом масштабе привести к снижению смертей от загрязнения атмосферного воздуха в результате использования ископаемого топлива, по оценкам, на 63 процента и связанные с энергетикой выбросы углерода на 23 процента. В то же время меры, направленные на отражение издержек для окружающей среды в ценах на энергоресурсы должны обеспечить получение новых доходов в размере, эквивалентном 2,6 процента ВВП (Parry et al, 2014). ■

Иэн Пэрри — главный эксперт по экологически эффективной налогово-бюджетной политике в Департаменте по бюджетным вопросам МВФ.

Литература:

Nordhaus, William, 2013, The Climate Casino: Risk, Uncertainty, and Economics for a Warming World *(New Haven, Connecticut: Yale University Press).*

Parry, Ian, Dirk Heine, Eliza Lis, and Shanjun Li, 2014, Getting Energy Prices Right: From Principle to Practice *(Washington: International Monetary Fund).*

World Bank, 2014, World Development Report 2014: Risk and Opportunity *(Washington).*

World Health Organization (WHO), 2014, Public Health, Environmental and Social Determinants of Health *(Geneva).*

Неинфекционные заболевания и психические расстройства

Дэн Чисхолм и Ник Банатвала

ПСИХИЧЕСКИЕ расстройства и другие неинфекционные заболевания (в основном сердечно-сосудистые болезни, диабет, рак и хронические респираторные заболевания) приводят к преждевременному уходу из жизни многих людей, делают огромное число людей больными и нарушают развитие человека и экономики. В 2011 году от таких заболеваний преждевременно (в возрасте до 70 лет) ушло из жизни примерно 15 млн людей, 85 процентов из них были в странах с низкими и средними доходами. Более того, 80 процентов лет, когда люди жили с инвалидностью, были результатом неинфекционных заболеваний, особенно психических расстройств и нарушений поведения. Вместе с тем, связанные с ними проблемы со здоровьем могут быть предотвращены или уменьшены.

Растущее бремя, накладываемое неинфекционными заболеваниями и психиатрическими недугами, имеет много причин, включая старение населения, быструю и хаотичную урбанизацию, образ жизни, например, потребление нездоровой пищи (в основном в результате безответственного маркетинга и низкой информированности о рисках). Многие люди страдают от этих заболеваний из-за потребления табака и продуктов с высоким содержанием соли, жира и сахара. В городских районах изменения диеты и физической активности, воздействие загрязнения воздуха и широкое распространение и потребление

алкогольных напитков способствуют этим недугам. При наличии таких мощных сил немногие правительства, не говоря уже об отдельных людях, успевают принимать необходимые защитные меры, такие как законы о свободных от курения зонах; нормативные положения, сдерживающие потребление вредных жиров, соли и сахара; меры политики для снижения пагубного потребления алкоголя; совершенствование градостроительства для содействия физической активности. Проще говоря, зачастую все шансы отнюдь не в пользу здорового образа жизни.

Неинфекционные заболевания и психические расстройства приводят к росту бедности отдельных лиц и домашних хозяйств и препятствуют социально-экономическому развитию. Примерно 100 млн человек во всем мире ежегодно переступают черту бедности в результате платежей за необходимые им медицинские услуги. В странах с невысоким уровнем ресурсов лечение может быстро опустошить ресурсы домашних хозяйств.

Страдают также предприятия — за счет уменьшения предложения рабочей силы и снижения производительности. Согласно исследованию, проведенному Всемирным экономическим форумом (2008), по оценкам, Бразилия, Индия, Китай, ЮАР и Россия, крупнейшие страны с формирующимся рынком, потеряли свыше 20 млн лет производительной жизни в результате сердечно-сосудистых болезней лишь в 2000 году, и ожидается, что эта цифра увеличится более чем на 50 процентов к 2030 году. Если профилактическая работа останется неизменной, то совокупные мировые экономические потери за ближайшие два десятилетия от неинфекционных заболеваний и психических расстройств могут составить 47 трлн долларов. Это экспоненциальное увеличение будет особенно сильно сказываться на странах с формирующимся рынком по мере их развития (Bloom et al, 2011). В отдельном исследовании была сделана оценка, что мировые издержки от деменции, которые также, как ожидается, вырастут экспоненциально, составили 604 млрд долл. в 2010 году (ADI, 2010).

Профилактика и медицинское обслуживание людей, страдающих от этих заболеваний, сопряжено с расходами, но эти расходы относительно невелики в сопоставлении с прогнозом издержек от бездействия. Например, средние годовые издержки на реализацию наиболее эффективных с точки зрения затрат мер по профилактике сердечно-сосудистых болезней и борьбе с ними во всех развивающихся странах, по оценкам, составляют 8 млрд долл. в год. Однако ожидаемая отдача от таких инвестиций (снижение на 10 процентов смертности от коронарно-артериального заболевания и инсульта) приведет к снижению экономических потерь в странах с низкими и средними доходами примерно на 25 млрд долл. в год (WEF, 2011).

Текущие инвестиции являются особенно скудными в сфере психического здоровья; многие страны с низкими и средними доходами выделяют менее 2 процентов своих бюджетов здравоохранения на лечение и профилактику психических расстройств. В результате огромное число людей не получает услуг для лечения тяжелых или распространенных психических расстройств.

Эффективные с точки зрения затрат, доступные осуществимые меры охватывают разработку стратегий для уменьшения потребления табачной и алкогольной продукции, поощрение здорового образа жизни, меры для снижения потребления соли с пищей, лечение распространенных психических расстройств в рамках первичного медико-санитарного обслуживания и работу с группой риска инфаркта и инсульта. В совокупности эти действия могли бы уменьшить преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний по крайней мере на 25 процентов при годовых затратах в размере всего лишь нескольких долларов на человека. Такие действия требуют политических обязательств, прочных межотраслевых партнерств и ориентации систем здравоохранения на профилактику хронических (в отличие от острых) заболеваний и борьбу с ними. ■

Дэн Чисхолм — советник по системам здравоохранения, а Ник Банатвала — старший советник в группе по неинфекционным заболеваниям и психическим расстройствам Всемирной организации здравоохранения. Мнения авторов необязательно отражают решения, политику или взгляды Всемирной организации здравоохранения.

Литература:

Alzheimer's Disease International (ADI), 2010, World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia *(London).*

Bloom, David E. et al., 2011, "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases" (Geneva: World Economic Forum).

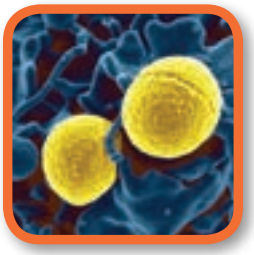
World Economic Forum (WEF), 2008, Working towards Wellness: The Business Rationale *(Geneva).*

World Economic Forum (WEF), 2011, "From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries (Geneva).

Устойчивость к антибиотикам

Раманан Лаксминараян

АНТИБИОТИКИ трансформировали медицинскую практику. Однако массированное расширение масштабов их использования приводит к росту лекарственно устойчивых штаммов болезнетворных бактерий и общемировому снижению действенности антибиотиков. Растущие доходы в странах с низкими и средними доходами вызвали огромный спрос на антибиотики, но высокий уровень инфекций и неконтролируемое использование антибиотиков в этих странах приводят к неудачному лечению людей, которые не могут себе позволить дорогостоящие лекарства второго ряда, когда антибиотики не действуют. В странах с высокими доходами и с доходами выше средних использование антибиотиков

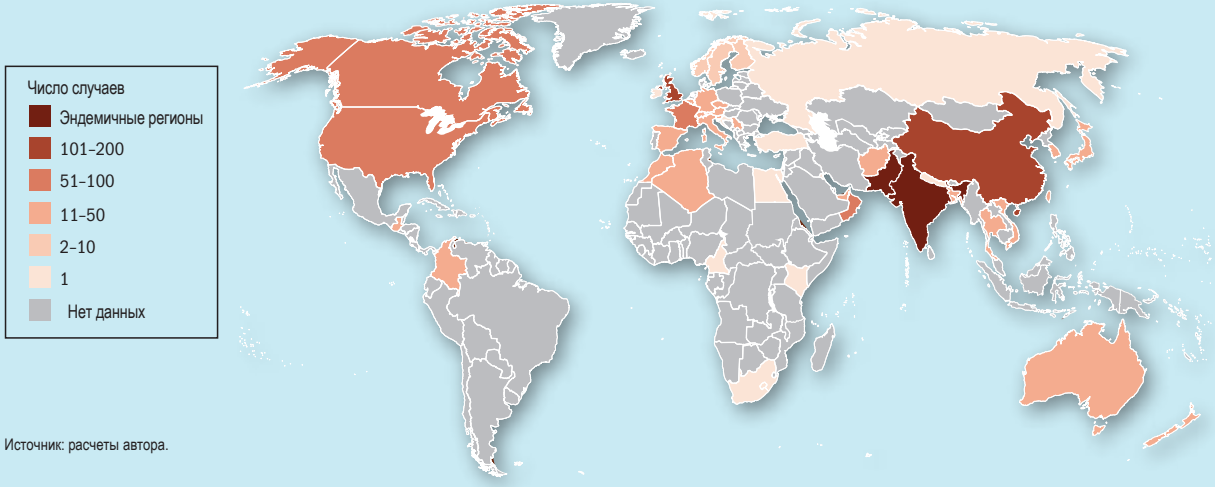


остается на высоком уровне, особенно в больницах, и резистентность приводит к увеличению затрат на лечение.

Недостаточный доступ к антибиотикам все еще убивает больше людей, чем устойчивые бактерии, но антибиотики не являются заменой обоснованной государственной политики в области здравоохранения, вакцинаций, чистой воды и надлежащих санитарных условий. Уровни смертности от инфекционных заболеваний в странах с низкими доходами и с доходами ниже средних сегодня намного превышают уровни в странах с высокими доходами до введения в практику антибиотиков в 1941 году.

Быстрое распространение

Генетические элементы металло-бета-лактамазы Нью-Дели, которые делают бактерию устойчивой к антибиотикам и впервые были замечены в 2008 году у пациентов в Индии и Пакистане, сейчас наблюдаются во всем мире.



Источник: расчеты автора.

В общемировом масштабе большинство антибиотиков используется в сельском хозяйстве — они добавляются в малых дозах в корма для животных для стимуляции роста и профилактики заболеваний. Как и в больницах, антибиотики стали менее дорогостоящим заменителем хорошей гигиены и борьбы с инфекциями, обеспечив профилактику заболеваний в первую очередь. Использование антибиотиков для стимуляции роста запрещено в Европейском союзе, где данные показывают, что животноводство в большинстве случаев может обходиться без них. Но предлагаемые запреты наталкиваются на сопротивление в Соединенных Штатах и других странах.

Резистентность, природное явление, ускоряется, поскольку ни один пациент, терапевт, ни одна больница, страховая компания или фармацевтическая компания не имеет стимула для сокращения использования антибиотиков. Стоимость лекарств возмещается компаниями по медицинскому страхованию и плательщиками, являющимися третьей стороной, но расходы на борьбу с инфекциями обычно не компенсируются. Подобно изменению климата, устойчивость к лекарствам вызвана местными факторами, но имеет глобальные последствия, как показывают два примера: устойчивая к антибиотикам гонорея появилась во Вьетнаме в 1967 году, затем распространилась на Филиппины, и наконец, на США, где меньше чем за десятилетие резистентность болезни к пенициллину достигла 100 процентов. Генетические элементы металло-бета-лактамазы Нью-Дели, которые делают бактерию устойчивой к антибиотикам и впервые были замечены в 2008 году у пациентов в Индии и Пакистане, сейчас наблюдаются во всем мире (см. карту).

Глобальное бремя резистентности плохо определено количественно, но оно, вероятно, сосредоточено в трех категориях: издержки от устойчивых к лекарствам инфекций, затраты на антибиотики и невозможность проведения процедур, которые предусматривают применение антибиотиков для профилактики инфекций. Пациентам, зараженным бактериями устойчивых штаммов, как правило, требуется более длительная госпитализация, и они сталкиваются с более высокими затратами на лечение.

Воздействие на системы здравоохранения имеет еще более серьезный характер. Многие хирургические процедуры, такие как пересадка органов и шунтирование, требуют применения антибиотиков, чтобы оградить пациентов от инфекций. До антибиотиков даже простые операции по удалению аппендицита приводили к большому числу смертей, не из-за самой процедуры, а из-за того, что врачи не могли бороться с инфекциями кровотока. Резистентность ставит под угрозу лечение рака, трансплантации и даже обработку корневого канала зуба.

Для сохранения действенности антибиотиков в долгосрочной перспективе необходимо сочетание сохранения действенности существующих антибиотиков и новых достижений в разработке лекарств.

Сохранение действенности обеспечивается за счет снижения потребности в антибиотиках (за счет вакцинации и борьбы с инфекциями) и их неоправданного использования (за счет диагностики, стимулов для врачей к выписке меньшего количества антибиотиков, ограничений доступа к сильным антибиотикам, и просвещения общественности). Нормы, которые регулируют отношения между терапевтом и пациентом, и ожидания пациентов содействуют неоправданному использованию антибиотиков. Поскольку терапевты не подвергаются санкциям за выписку рецептов на антибиотики и не получают вознаграждения за время, потраченное на объяснение причин ненужности антибиотиков, уровень выписки рецептов на антибиотики остается высоким.

Новые антибиотики разрабатываются, но затраты на доведение любого нового лекарства до рыночной стадии очень высоки. Темпы открытия новых антибиотиков замедляются. Из используемых сегодня 17 классов антибиотиков 14 было открыто до 1970 года. Большинство инноваций связано с модернизацией существующих препаратов, а не поиском новых механизмов.

Государственные инвестиции в антибиотики являются оправданными, так как нехватка действенных лекарств может создавать чрезвычайные ситуации в здравоохранении. Например, во время пандемии гриппа вторичные бактериальные инфекции приводят к большому числу смертей. Соединенные Штаты и Европа поощряют разработку новых лекарств. Но пока стимулы для разработки лекарств не будут привязаны к сохранению действенности антибиотиков, эти инициативы, возможно, просто откладывают на будущее решение проблемы, которая нанесет большой ущерб обществу. ■

Раманан Лаксминараян — директор Центра по динамике болезней, экономике и политике, а также старший исследователь в Принстонском университете.

Цена прогресса

Цены на новые лекарственные препараты угрожают реформе здравоохранения в Колумбии

Алехандро Гавирия

За чуть более чем два десятилетия Колумбия сделала гигантский шаг к охвату всего населения универсальным медицинским страхованием. В настоящий момент медицинское страхование покрывает 97 процентов граждан страны, которым предоставляется единый пакет льгот, что гарантировало доступ к новым технологиям для беднейших слоев населения, а также позволило сократить расходы людей из собственных средств в большей степени, чем в какой либо другой развивающейся стране (Fan and Savedoff, 2014). Однако новые и дорогостоящие лекарства поставили под вопрос этот прогресс.

В 1993 году Колумбия провела реформу своей системы здравоохранения для обеспечения финансовой защиты и равного доступа для всего населения. Реформа существенно увеличила объемы государственных средств, выделяемых на здравоохранение, и мобилизовала частные ресурсы — произошел расцвет частных больниц и страховщиков. Большая вовлеченность частного сектора принесла некоторые положительные изменения — повысилась эффективность и, по крайней мере, на время был сдержан рост цен.

Реформа была успешной во многих смыслах. В 1993 году 30 процентов колумбийцев из беднейшей одной пятой населения не имели доступа к медицинской помощи в случае серьезного заболевания. Двадцать лет спустя их доля сократилась до 3 процентов. Сегодня более 20 миллионов человек (половина населения) получают полностью субсидированную медицинскую страховку от государства. Многие бедные городские жители получают точно такие же услуги, как и самые состоятельные люди.

Но успех непрочен. Давление со стороны технологий поставило под угрозу многие положительные изменения. Во второй половине прошлого десятилетия новые лекарства, не включенные в список покрываемых страховщиками льгот, стали оплачиваться из государственных средств. Фармацевтические компании, медицинские учреждения и врачи быстро поняли, что государство готово платить почти за все (и практически по любой цене). Платежи за новые лекарства увеличились, а с ними и финансовые проблемы. Долги перед медучреждениями быстро росли. Уверенность общественности в системе испарялась.

Более того, эти события подорвали заложенный в реформах принцип равенства. В 2000 году Всемирная организация здравоохранения поставила колумбийскую систему здравоохранения на первое место в мире с точки зрения «справедливости финансового участия». В Колумбии люди платят взносы в систему в соответствии со своими доходами (государство полностью покрывает премию за бедных) и все получают одинаковый пакет льгот. К сожалению, давление со стороны технологий уничтожило часть этой «справедливости».

Оплата не включенных в список льгот технологий довольно сильно отбросила назад достижения прогрессивной реформы. На рисунке показано распределение платежей в разбивке по группам дохода. Менее одного процента платежей поступило гражданам, входящим в беднейшие 20 процентов, в то время как 40 процентов поступило лицам, относящимся к 20 процентам населения с самыми высокими доходами, то есть тем, кто обладает большей информацией и имеет лучший доступ к специалистам, чем более бедные люди. В теории доступ остается одинаковым для всех. Но на практике это не так. Сложно представить себе более подрывающее суть прогрессивной реформы использование государственных средств.

Расходы на здравоохранение на одного человека в Колумбии составляют одну пятую от аналогичного показателя в «типичной» стране с развитой экономикой. Но включение новых технологий жизненно важно для поддержания легитимности системы, хотя оно и делает проблематичной ее устойчивость. Колумбия ищет способы решения проблемы дороговизны новых лекарств. Конгресс одобрил закон, разрешающий не осуществлять платежи за неэффективные технологии. Правительство создало новое агентство для оценки всех новых технологий. Было введено регулирование цен, а также подготовлена инструкция относительно проблемы синонимов биологических лекарственных препаратов (сделанных из протеинов живых организмов, а не синтезированных химическим способом). Фармацевтическая индустрия, хорошо заработавшая на отсутствии регулирования, выступила против некоторых этих мер.

Эта история охраны здоровья в Колумбии состоит из трех частей.

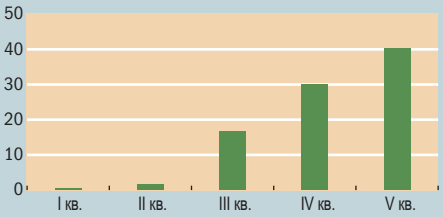
- С помощью проведения прогрессивной реформы здравоохранения страна за короткий период времени добилась значительного социального прогресса.
- Давление со стороны новых технологий, в основном из-за дорогостоящих новых лекарств, поставило под угрозу устойчивость и прогрессивность реформ.
- Несмотря на сопротивление, были быстро созданы институты, призванные должным образом и законно интегрировать в систему новые технологии.

Опыт Колумбии по регулированию цен на лекарства, разрешению конкуренции воспроизведенных биологических лекарственных средств с патентованными средствами и оценке новых технологий несет важные уроки для развивающихся стран, которым приходится одновременно решать задачи обеспечения всеобщего здравоохранения и проблемы давления со стороны технологий. ■

Выплаты, подрывающие прогрессивный характер системы

Бóльшая часть платежей правительства Колумбии за новые лекарственные препараты, которые не покрываются стандартным пакетом страховых услуг, пришлась на людей с высокими доходами.

(Платежи за новые лекарства, в процентах от общего числа)



Источник: Колумбийский фонд здравоохранения, FOSYGA.

Примечание. Данные представлены за 2012 год. Получатели разбиты на квинтели и расположены в порядке от 20 процентов с самыми низкими доходами (1 кв.) до 20 процентов с самыми высокими доходами (5 кв.)

Алехандро Гавирия — министр здравоохранения Колумбии.

Литература:

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," Social Science and Medicine, *Vol. 105 (March), pp. 112–21.*

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Недавнее сокращение государственных расходов на здравоохранение, скорее всего, не будет продолжительным

Бенедикт Клементс, Санджив Гупта и Шан Баопин

ОГРАНИЧЕНИЕ роста государственных расходов на здравоохранение является одним из наиболее важных вопросов для бюджета, встающих перед странами с развитой экономикой. Такие расходы за последние три десятилетия значительно увеличились (Clements, Coady, and Gupta, 2012), и на них приходится почти половина роста всех непроцентных государственных расходов за эти годы.

За тот же период частные расходы на здравоохранение, которые в среднем составляют почти четверть всех расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой, также возросли. Хотя более высокие расходы на здравоохранение совпали с колоссальным улучшением состояния здоровья населения, они также оказали существенное давление на бюджеты, особенно сейчас, когда совокупный государственный долг в процентах к ВВП достиг беспрецедентных уровней.

Начиная с 2010 года темп роста расходов на здравоохранение замедлился, и крайне важно понимать, что это значит. Сохранится ли это замедление на длительный срок, и находятся ли расходы на здравоохранение под контролем? В прошлом периоды замедления роста обычно сменялись ускорением (см. рис. 1). Будет ли что-то по-другому на этот раз? Ответы на эти вопросы будут иметь серьезные последствия для долгосрочных перспектив развития экономики в развитых странах. Повышение расходов на здравоохранение в этих странах может вынудить правительства либо снизить расходы в других приоритетных областях (таких как образование и инфраструктура), либо замедлить темпы сокращения государственного долга — и то, и другое может затормозить перспективы экономического роста в этих странах.

Одновременное замедление

Начавшееся в 2010 году замедление роста государственных расходов на здравоохранение произошло практически во всех странах с развитой экономикой. Государственные расходы на здравоохранение включают оплату услуг, предоставляемых в государственных больницах и учреждениях здравоохранения, а также государственное медицинское страхование, с помощью которого покрывается лечение в частных больницах, услуги частных врачей и младшего медицинского персонала. В среднем государственные расходы на здравоохранение в этих странах снизились с 7,4 процента ВВП в 2009 году до 7,1 процента ВВП в 2011 году. В 2012 году, самом последнем, по которому имеются сравнительные данные, среднее значение государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП немного увеличилось. Рост государственных расходов на здравоохранение, скорректированный на инфляцию, дает такую же картину — он сократился с 4,5 процента в 2009 году почти до нуля в 2010 году. Хотя рост расходов в реальном выражении восстановился в 2011 и 2012 годах, он все равно оставался гораздо ниже среднего исторического значения.

Замедление роста было более значительным в наиболее сильно пострадавших от мирового финансового кризиса и испытавших резкий спад объема производства странах — Греции, Ирландии, Исландии, Испании и Португалии. Но в странах, в меньшей степени задетых кризисом, таких как Германия, Израиль и Япония, темпы роста расходов почти или совсем не замедлились (см. рис. 2). Замедление коснулось расходов практически всех видов здравоохранения: стационарной и амбулаторной помощи, фармацевтики, профилактики и работы по поддержанию общего здоровья населения (Morgan and Astolfi, 2013).

Замедление роста по всем видам расходов и практически во всех развитых странах, произошедшее почти в одно и то же время, дает основания полагать, что за ним стоял единый фактор. Общим элементом, похоже, был мировой финансовый кризис, сказавшийся на экономической активности и потенциале правительств по финансированию продолжавшегося роста государственных расходов на здравоохранение.

Продолжительность замедления будет зависеть от будущей эволюции факторов, определяющих увеличение расходов. Существует пять основных факторов.

Старение населения. Обычно потребность в здравоохранении возрастает по мере старения населения. Средний возраст населения в развитых странах, по прогнозам, увеличится в течение следующих 20 лет в результате продолжающегося увеличения продолжительности жизни, что, вероятно, приведет к дальнейшему росту расходов на здравоохранение.

Увеличение доходов. Растущие доходы обычно связаны с повышением спроса на большее число услуг в области здравоохранения и их более высокое качество. Однако точное значение эластичности по доходу (то есть изменение спроса на услуги в области здравоохранения в ответ на изменение дохода) является предметом жарких споров и является неопределенным. Недавние исследования показывают, что эластичность по доходу спроса на медицинскую помощь меньше или приблизительно равна 1,0 (Maisonneuve and Martins, 2013).

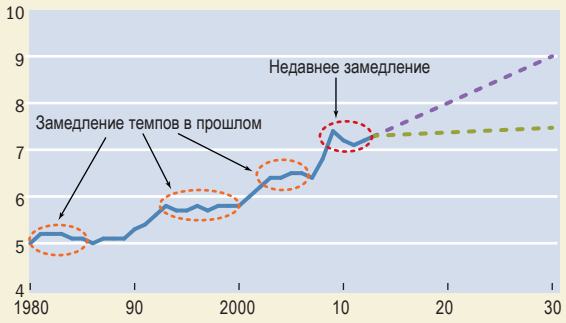
Технический прогресс. Усовершенствование медицинских технологий является одним из важнейших определяющих факторов расходов на здравоохранение. Постоянная разработка новых процедур и лекарственных средств очень существенно расширила возможности профилактики и лечения заболеваний,

Рисунок 1

Будущее под вопросом

Сохранится ли текущее замедление темпов роста расходов на здравоохранение (зеленая пунктирная линия), или, как уже случалось в прошлом, за ним последует новый подъем (фиолетовая пунктирная линия)?

(Государственные расходы на здравоохранение, в процентах ВВП)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Обведенные кругом области указывают периоды замедление роста расходов на здравоохранение в странах с развитой экономикой.

Ребенок на приеме у педиатра, Лозанна (Швейцария).

но дороговизна технологий также привела также к быстрому росту расходов.

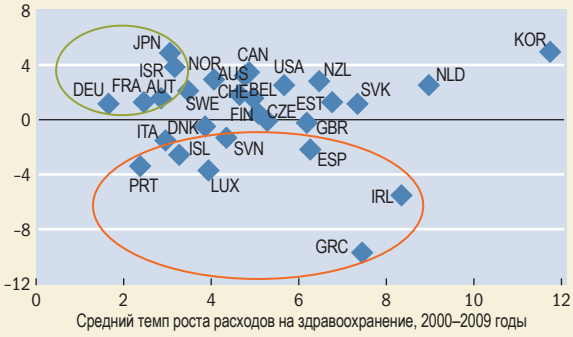
Эффект Баумоля. Названный в честь открывшего его экономиста Уильяма Дж. Баумоля эффект относится к относительно высокому увеличению издержек на рабочую силу в расчете на единицу продукции там, где сложно достичь роста производительности, в том числе в области предоставляемых государством услуг. В области промышленного производства производительность можно повысить путем внедрения новых процессов, сокращающих число работников, требующихся для производства определенного объема продукции. В области здравоохранения, однако, сложно повысить производительность ввиду ограниченного потенциала по сокращению числа врачей и младшего медперсонала без ущерба качеству услуг. Зарплата в секторе здравоохранения растет в соответствии с изменениями среднего показателя по экономике, в отличие от производительности, поэтому издержки на рабочую силу в расчете на единицу продукции увеличиваются более резко в области здравоохранения.

Рисунок 2

Замедление

В наиболее сильно пострадавших от мирового финансового кризиса странах замедление темпов роста расходов на здравоохранение было наиболее значительным.

(Средний темп роста расходов на здравоохранение, в процентах, 2010–2012 годы)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные представлены в реальном выражении с поправкой на инфляцию. В странах, обведенных зеленым, темпы роста расходов почти или совсем не замедлились. В странах, обведенных красным, темп роста расходов замедлился сильнее всего. Обозначение стран соответствует кодам, публикуемым Международной организацией по стандартизации (ИСО).

Политика в области здравоохранения и институты. Политика в области здравоохранения и институты могут влиять на расходы посредством их воздействия одновременно и на спрос, и на предложение. На стороне спроса политика определяет сферу действия государственных пакетов льгот или степени, в которой издержки делятся с пациентом (например, долевая оплата обращений к врачам или приобретения рецептурных лекарств). Со стороны предложения политика напрямую влияет на расходы (например, расходы на государственные медицинские учреждения) или косвенно через платежи частным больницам и врачам из средств государственного медицинского страхования (такого как Medicare в Соединенных Штатах).

Нет никаких свидетельств того, что ситуация со старением населения, технический прогресс или эффект Баумоля претерпели серьезные изменения в последние годы. Эти факторы вряд ли объясняют внезапное замедление государственных расходов на здравоохранение, наблюдаемое после 2010 года. Это замедление можно было бы объяснить более медленным ростом доходов в результате недавнего экономического кризиса или изменениями политики и институтов в области здравоохранения. Однако важно видеть различие между *структурными реформами*, призванными улучшить функционирование и повысить эффективность системы здравоохранения, и мерами, являющимися временным (и непостоянным) ответом на изменение макроэкономических и бюджетных условий. Структурные изменения обычно имеют долговременное воздействие на рост государственных расходов на здравоохранение, в то время как воздействие временных мер сокращается по мере улучшения макроэкономических и бюджетных условий.

Немедленная экономия средств

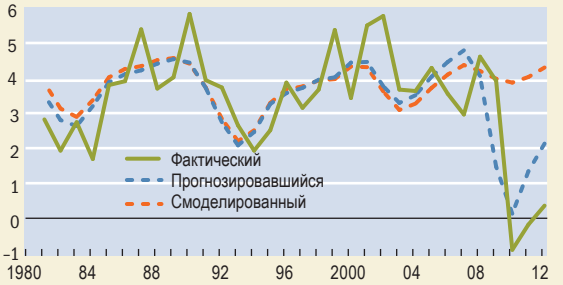
Помимо более медленного роста доходов, сокращение расходов во время недавнего замедления экономического роста, кажется, отражает меры политики, понизившие *уровни* расходов в краткосрочном плане в ответ на ужесточение макроэкономических и бюджетных условий. Таким образом, эти меры политики вряд ли окажут воздействие на долгосрочный *рост* расходов на здравоохранение. Меры, введенные во многих странах, в основном имели целью немедленную экономию средств, а не повышение эффективности и качества расходов на здравоохранение. В Греции, Ирландии, Испании, Италии и Португалии меры касались всеобъемлющего сокращения национальных бюджетов

Рисунок 3

Как и прогнозировалось

Государственные расходы на здравоохранение тесно связаны с изменениями таких показателей экономики, как безработица и объем производства, что дает основания полагать, что по мере восстановления стран с развитой экономикой после мирового финансового кризиса темп роста расходов будет нарастать.

(Расходы на здравоохранение, реальный прирост на душу населения, в процентах)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные представлены в реальном выражении после поправки на инфляцию. *Прогнозировавшийся* обозначает темп роста государственных расходов на здравоохранение в соответствии с прогнозом в рамках экономической модели на основе таких макроэкономических факторов, как безработица, темпы экономического роста и государственный долг. Спрогнозированное поведение довольно близко совпадает с *фактическим* темпом роста за 1980–2012 годы. *Смоделированная* линия после 2008 года показывает прогноз модели относительно темпа роста расходов на здравоохранение, если бы мировой кризис не произошел. (Она заменяет фактические показатели макроэкономических факторов в 2008–2012 годах их средними значениями за 2000–2007 годы.)

на здравоохранение; в Австрии, Бельгии, Греции, Ирландии, Испании, Нидерландах и Португалии — сокращения расходов на фармацевтические и другие медицинские товары; в Ирландии, Испании, Чешской Республике и Эстонии — сокращения платы медучреждениям; в Дании, Греции, Ирландии, Испании, Португалии, Словении, Соединенном Королевстве и Чешской Республике — сокращения заработной платы (Mladovsky et al., 2012). В то время как меры на уровне макроэкономики (называемые так потому, что они влияют на общий уровень расходов без конкретных целей) помогают сократить расходы в краткосрочном плане, они менее действенны в том, что касается сдерживания роста расходов в долгосрочном плане, если не сопровождаются реформами, например, внедряющими конкуренцию и совершенствующими стимулы по предложению самых экономически эффективных услуг (Clements, Coady, and Gupta, 2012). Более того, некоторые из этих макроэкономических мер, такие как сокращение расходов на пропаганду здоровья и профилактику заболеваний, могут повысить давление в сторону увеличения расходов в более долгосрочной перспективе, поскольку неблагоприятные эффекты от этого для здорового образа жизни могут в будущем повысить потребность в дорогостоящем медицинском лечении.

Эконометрический анализ показывает, что макроэкономические и бюджетные индикаторы (такие как темпы экономического роста, безработица и валовой государственный долг) являются важными факторами, определяющими рост государственных расходов на здравоохранение в связи с их прямым и косвенным воздействием на некоторые из описанных выше основных факторов роста этих расходов. Анализ на основе модели, использовавшей годовые данные для всех развитых стран за период с 1980 по 2012 год, показал, что замедление темпов экономического роста и растущая безработица снижают темп роста государственных расходов на здравоохранение.

Высокий уровень государственного долга также сокращает рост государственных расходов на здравоохранение, ввиду того что имеющие высокий долг правительства не могут позволить себе значительно увеличивать расходы. Практически весь спад в темпах роста государственных расходов на здравоохранение между 2008 и 2010 годами можно объяснить этими факторами. Для этого периода наблюдаемый рост государственных расходов на здравоохранение и рассчитанное нашей моделью значение очень близки (см. рис. 3). Более того, модель также точно предсказывает последующее увеличение темпов роста государственных расходов на здравоохранение в 2011 и 2012 годах. Если бы не произошел экономический кризис, то, согласно предсказаниям модели, рост государственных расходов на здравоохранение остался бы в целом неизменным относительно своей докризисной траектории. Не будучи бесспорными, полученные результаты дают основания предположить, что недавнее замедление в основном является временным.

Будущее расходов

Доступные данные о расходах на здравоохранение из семи стран (Германии, Исландии, Италии, Кореи, Нидерландов, Норвегии и Финляндии) показывают их дальнейшее повышение на 0,1 процент ВВП в 2013 году, что соответствует предсказаниям модели. В Соединенных Штатах данные Бюро экономического анализа указывают на более быстрый рост потребительских расходов на больницы, дома сестринского ухода, посещение терапевтов и другие медицинские услуги в течение первого квартала 2014 года, хотя часть этого роста может быть связана с расширением охвата населения медицинским страхованием в соответствии с Законом о защите пациентов и доступной помощи (так называемая реформа здравоохранения Обамы). Более недавние исследования по США также указывают, что замедление происходило в основном из-за экономических условий, а не структурных изменений в секторе здравоохранения (Chandra, Holmes, and Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite, and Ody, 2014).

Хотя замедление, скорее всего, будет в основном временным, оно может оказать постоянное воздействие на государственные расходы на здравоохранение в некоторых странах с развитой экономикой в силу двух причин.

- Когда восстановится исторический темп роста государственных расходов на здравоохранение, этот рост будет иметь более низкую отправную точку с точки зрения расходов, чем если бы кризиса не произошло.
- В ближайшее время не ожидается возвращения на докризисные уровни некоторых макроэкономических и бюджетных факторов, сдерживающих рост расходов (как, например, высокие коэффициенты государственного долга).

В наших прогнозах (см. рис. 4) мы включаем более низкие уровни расходов в соответствии с недавними измерениями и допускаем, что темпы роста расходов лишь постепенно будут возвращаться на средние исторические показатели по мере восстановления экономики. Прогнозы до 2019 года основываются на макроэкономических прогнозах из *«Перспектив развития мировой экономики»* МВФ (темпы экономического роста, отношение совокупного государственного долга к ВВП и уровень безработицы). После 2019 года прогноз допускает, что чрезмерный рост издержек (разницы между ростом расходов на здравоохранение и ростом ВВП после корректировки на эффект старения населения) постепенно вернется к среднему историческому значению к 2030 году. В среднем мы прогнозируем увеличение государственных расходов на здравоохранение на 1½ процентных пункта ВВП в течение 2014–2030 годов. Менее половины увеличения произойдет в результате старения населения, остальная часть отражает чрезмерный рост издержек в связи с появлением более передовых, но дорогих технологий, ростом доходов населения, эффектом Баумоля, а также политикой в области здравоохранения и институтами.

Результаты также указывают на то, что в течение следующих пятнадцати лет между странами возникнут широкие расхождения в темпах роста расходов. В США государственные расходы на здравоохранение (включая все программы здравоохранения на уровне федерального правительства и штатов), по прогнозам, увеличатся на 4½ процентных пункта ВВП. Ожидается, что рост государственных расходов на здравоохранение в Греции, Ирландии, Исландии, Испании и Португалии составит в среднем не менее 1 процентного пункта ВВП. Это объясняется сохраняющимся воздействием мирового кризиса на государственные финансы и макроэкономические условия в этих странах.

Последствия для налогово-бюджетной политики

Последствия таких прогнозов существенны для долгосрочного государственного финансирования в странах с развитой экономикой. Для достижения своих среднесрочных целевых показателей в бюджетной сфере этим странам придется увеличить доходы или еще больше сократить расходы. Один из способов измерения масштаба требуемой корректировки — это оценка того, насколько странам необходимо увеличить «первичное сальдо» (доходы минус расходы без учета процентов) в течение 2014–2020 годов для достижения своих целей. Последние оценки показывают, что требуемая корректировка в среднем будет составлять 2¼ процентных пункта ВВП (МВФ, 2014). Кроме того, странам придется бороться с растущими пенсионными расходами, которые, как ожидается, увеличатся на 1 процентный пункт ВВП в течение следующих 15 лет ввиду старения населения. В результате совокупный объем требуемой бюджетной корректировки (в том числе прогнозируемый рост расходов на здравоохранение) составит 4¾ процентных пункта ВВП — устрашающая цифра, подчеркивающая необходимость повышения эффективности государственных расходов, что вполне возможно в ряде областей. Такими областями являются, в том числе, реформа заработной платы и занятости в секторе государственного управления; обеспечение более точного соответствия расходов на образование развивающимся потребностям, которые меняются по мере старения населения; и адресное распределение социальных пособий в пользу домохозяйств с низкими доходами, что позволит правительствам с меньшими издержками добиваться своих целей по обеспечению равенства и справедливости.

Что касается здравоохранения, страны с развитой экономикой не беспомощны и могут предпринять множество мер по контролю над своими расходами и ограничению роста этих издержек в последующие годы. В число таких потенциальных мер входят следующие.

- Реформы, стимулирующие конкуренцию и выбор, которые могли бы включать конкуренцию между страховщиками и медицинскими учреждениями, а также раскрытие информации о стоимости и качестве услуг в области здравоохранения.
- Больший упор на первичную и профилактическую помощь, что может снизить потребность в более дорогостоящем лечении ввиду более удовлетворительного состояния здоровья населения.
- Совершенствование систем оплаты услуг медицинских учреждений в целях стимулирования предоставления наиболее эффективного и недорогого лечения. Отход от простых систем компенсаций любых издержек за услуги медучреждений позволит снизить стимулы по предоставлению необязательного лечения. Такое усовершенствование может включать платежи за услуги на основе «групп в зависимости от диагноза», которые указывают протоколы лечения для данного набора заболеваний и соответствующую структуру расценок.
- Более широкое внедрение систем управления медицинской информацией для сбора, хранения и обмена данными пациентов. Эти системы могут одновременно и улучшить результативность мероприятий по охране здоровья, и сократить издержки.

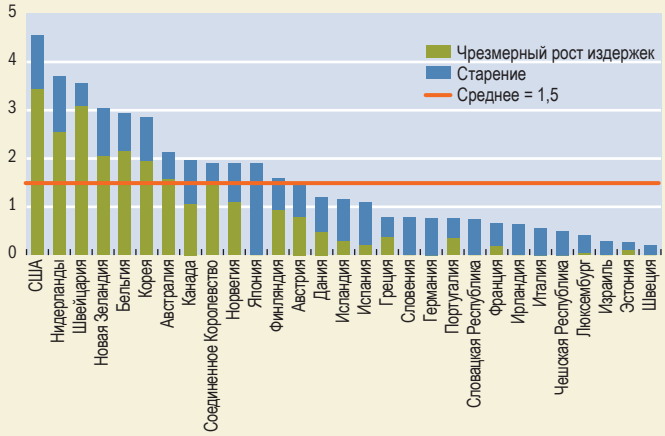
Другими словами, расходы на здравоохранение не находятся под полным контролем в странах с развитой экономикой, что подчеркивает важность проведения действенных структурных реформ, направленных на сохранение и приумножение достигнутых ранее впечатляющих успехов в области здравоохранения, а также на сокращение роста этого вида расходов до темпов, поддающихся лучшему контролю. ■

Рисунок 4

Рост расходов

Государственные расходы на здравоохранение увеличатся приблизительно на 1,5 процента ВВП в странах с развитой экономикой в течение следующих 15 лет. Менее половины придется на старение населения; остальное произойдет из-за технологий, роста доходов и структурных факторов.

(Рост расходов на здравоохранение, в процентах ВВП, прогнозируемое среднее, 2014–2030 годы)



Источники: Организация экономического сотрудничества и развития, база данных Статистика здравоохранения 2014; и оценки авторов.

Примечание. Все данные скорректированы на инфляцию. Чрезмерный рост издержек — это рост государственных расходов на здравоохранение, превышающий рост ВВП после учета старения населения. Отражает усовершенствованные, но более дорогостоящие технологии, рост доходов и увеличивающиеся издержки на рабочую силу в расчете на единицу продукции (эффект Баумоля).

Бенедикт Клементс — начальник отдела, Санджив Гупта — заместитель директора, Шан Баопин — экономист (все они — сотрудники Департамента по бюджетным вопросам МВФ).

Литература:

Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skinner, 2013, "Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending," Brookings Papers on Economic Activity *(Fall).*

Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies *(Washington: International Monetary Fund).*

Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, "Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector," Health Affairs, *Vol. 33, No. 8, pp. 1399–406.*

International Monetary Fund (IMF), 2014, Fiscal Monitor *(Washington, October).*

Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," OECD Economics Department Working Paper No. 1048 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, "Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe," Policy Summary No. 5 (Copenhagen: World Health Organization).

Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?" OECD Health Working Paper No. 60 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД МИРОВЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Деви Шридхар и Челси Клинтон

Арену, которую Всемирная организация здравоохранения некогда считала своей, заполняют новые действующие лица с новыми приоритетами

РАЗРАЗИВШАЯСЯ недавно в странах Западной Африки вспышка острого инфекционного и зачастую смертельного заболевания, вызываемого вирусом Эбола, показала необходимость в глобальном сотрудничестве в области здравоохранения. Наблюдаемый сегодня кризис, вызванный лихорадкой Эбола (равно как и вспышка ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) и возвращение в страны Ближнего Востока и Африки полиомиелита), представляет собой лишь самый последний пример неспособности государств в одиночку бороться с распространением инфекционных заболеваний: для защиты здоровья граждан крайне важно наличие мировых норм, согласованных правительствами между собой.

Вспышка лихорадки Эбола относится именно к той разновидности кризиса, для борьбы с которым в 1948 году правительства стран мира основали Всемирную организацию здравоохранения и отвели ей центральную роль в глобальном управлении здравоохранением.

Борьба против лихорадки Эбола, которую в августе 2014 года ВОЗ объявила международной чрезвычайной ситуацией, требует составления тщательной отчетности о распространении заболевания для его отслеживания властями; скоординированных усилий международного сообщества для сдерживания его распространения, а также ресурсов для лечения инфицированных больных. Все эти вопросы касаются глобального управления здравоохранением, то есть норм и сопутствующих им официальных и неофициальных институтов, правил и процедур, на базе которых формируется или непосредственно определяется политика в области мирового здравоохранения.

Просветительская кампания ВОЗ об опасности Эболы в деревне Колобенгу (Гвинея).

Важнейшие функции управления здравоохранением, которые, как правило, входят в компетенцию ВОЗ и ее руководства, включают привлечение важнейших заинтересованных сторон, определение общих ценностей, внедрение стандартов и нормативно-правовой базы, установление приоритетов, мобилизацию и координирование ресурсов, а также содействие исследовательской деятельности.

Глобальное управление требует от правительств отказа от каких-то аспектов суверенитета за счет передачи определенных прерогатив и полномочий международной организации, такой как ВОЗ. Характерным примером подобного делегирования полномочий выступают такие нормы, как Международные медико-санитарные правила.

Но в последние годы международную арену здравоохранения начали заполнять новые организации. По отдельным проблемам, таким как, скажем, ВИЧ/СПИД или материнская смертность, в систему глобального здравоохранения стали привлекать все больше средств. Но эти дополнительные средства зачастую поступают при посредничестве новых организаций. Некоторые из них работают внутри ВОЗ, другие действуют за ее пределами, а третьи работают в обеих сферах. В отличие от широкого комплексного мандата ВОЗ, работа большинства подобных новых организаций имеет вертикальную направленность, то есть они сосредоточены на узких целях, таких как борьба с определенным заболеванием или недугом.

Для защиты здоровья людей по всему миру необходимы долгосрочные инвестиции в ВОЗ и широкий мандат этой организации. Однако доноры, преследующие узкие краткосрочные цели, во все большей мере определяют работу ВОЗ, а новые партнерства, нацеленные на борьбу с определенными заболеваниями и решение конкретных вопросов, приобретают все боль-

шее значение. Вместе с тем продолжает расти понимание того, что для консолидации усилий, нацеленных на борьбу с конкретным заболеванием, необходимо укрепление систем здравоохранения, то есть людей, организаций и ресурсов, находящихся в центре предоставления медицинских услуг. Кроме того, последние действия стран Латинской Америки, Азии и Африки по усилению своей роли в работе всемирных организаций продолжают оказывать влияние на глобальное управление здравоохранением.

Их становится все больше

Помимо всего прочего, первоначальной целью Всемирной организации здравоохранения было обеспечение сотрудничества правительств в сфере здравоохранения в долгосрочной перспективе. Поэтому ВОЗ получила больше полномочий и ресурсов, чем ее предшественница под эгидой Лиги Наций. Практически все страны мира являются членами Всемирной ассамблеи здравоохранения, руководящего органа ВОЗ, действующего по принципу «одна страна — один голос».

Однако ВОЗ больше не является единственной глобальной организацией здравоохранения, и сегодня в целом ряде областей ей приходится конкурировать с такими новыми участниками, как Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд); Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ); а также Фонд Билла и Мелинды Гейтс, крупнейший в мире частный фонд, главной целью которого является поддержание глобальной системы здравоохранения.

За последние полвека в деле обеспечения глобального здравоохранения все более весомая роль отводится также Всемирному банку с его внушительными ресурсами, доступом к высшим руководителям в министерствах финансов и штатом технических экспертов. Банк уже выделил странам кредиты на миллиарды долларов, чтобы помочь им повысить качество медицинского обслуживания.

В результате меняющихся условий ВОЗ сталкивается как с финансовыми, так и с управленческими трудностями. Хотя общий объем ресурсов не сократился, за последние годы он особенно и не увеличивался. В 2012–2013 годах бюджет организации составлял 3,95 млрд долл. США, а в 2014–2015 годах — 3,97 млрд долл. США (WHO, 2013). Однако реальная проблема заключается в наличии ограничений на распределение большинства этих средств. Примерно 80 процентов бюджета ВОЗ составляют «добровольные» поступления от доноров, предназначенные для решения конкретных задач, и их нельзя расходовать на общие цели. Нехватка средств без ограничения условий использования стала одной из причин замедленной реакции ВОЗ на недавнюю вспышку лихорадки Эбола (см. вставку). Подвергавшаяся критике медлительность действий на начальном этапе эпидемии дала толчок призывам к созданию нового всемирного фонда для борьбы со вспышками инфекционных заболеваний.

Добровольные взносы, перечисляемые правительствами таких стран-доноров, как США и Япония, а также из частных источников, могут выделяться для борьбы с определенными заболеваниями или для финансирования ряда инициатив, таких как, например, партнерство «Остановить туберкулез», а также в адрес отдельных регионов, например Северной и Южной Америки. За последние 12 лет добровольные пожертвования увеличились на 183 процента, тогда как начисленные основные взносы стран-членов возросли лишь на 13 процентов (Clift, 2014). В течение 2012–2013 годов в свободном распоряжении ВОЗ находилось лишь 7,6 процента добровольных пожертвований. Кроме того, административные расходы на организацию работы с более чем 200 донорами-добровольцами достигли 250 млн долл. США, что составляет более 5 процентов от бюджета организации. Тем не менее, без добровольных пожертвований совокупный бюджет ВОЗ наверняка был бы намного меньше.

В суммарном отношении основным источником пополнения фондов ВОЗ (начисленных и добровольных взносов) остаются правительства, но влияние неправительственных организаций (НПО) становится все больше и больше. Например, в 2013 году Фонд Гейтса выделил 300 млн долл. США, став, тем самым, крупнейшим источником пополнения фондов ВОЗ. В ряде случаев НПО помогают выполнять программы ВОЗ: в частности, партнерство «Остановить туберкулез», которое нацелено на искоренение этого заболевания. НПО стараются завоевать полномочия и право голоса в глобальном управлении здравоохранением за счет членства в органах управления международными организациями и получения в них права голоса, но они обладают лишь статусом наблюдателя в составе ВОЗ, где политику определяют правительства. Перед ВОЗ стоит задача налаживания плодотворных связей с этим широким кругом участников при одновременном сохранении статуса беспристрастной межправительственной структуры, способной в равной степени служить интересам ее членов.

В связи с этим ВОЗ столкнулась с проявлением некоторого недовольства по этому вопросу. Например, в 2007 году, несмотря на всеобщее беспокойство в связи со вспышкой птичьего гриппа, министр здравоохранения Индонезии отказался передавать ВОЗ образцы вируса H5N1 для анализа и изготовления вакцины (Gostin, 2014). Министр заявил, что вакцины и лекарственные препараты, полученные на основе образцов вируса, вряд ли попадут в развивающиеся страны и сослался на принцип «вирусного суверенитета», чтобы не делиться образцами до создания более справедливой системы организации доступа к вакцинам во время пандемии. В 2011 году, после напряженных переговоров, страны-члены согласовали Рамочную программу по обеспечению готовности к пандемии гриппа для обмена образцами вирусов гриппа, организации доступа к вакцинам и предоставления прочих благ. Целью этого соглашения стало приведение в соответствие усовершенствованного и отработанного процесса обмена образцами вирусов гриппа с усилиями, направленными на расширение доступа развивающихся стран к вакцинам и прочим средствам борьбы с пандемией.

Как показывает ситуация с Индонезией, международные организации должны в равной степени учитывать поддержку со стороны влиятельных участников (которые обладают особым весом) и необходимость убедить всех членов организации, включая наименее влиятельных, что их принадлежность к организации и участие в ее работе наилучшим образом служит защите их интересов. Чтобы информировать об опасностях распространения инфекционных заболеваний и использовать собираемые международными организациями медицинские данные на всеобщее

Борьба с Эболой

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подверглась критике из-за запоздалых и слабых мер на начальном этапе по сдерживанию вспышки Эболы в Западной Африке. ВОЗ объясняет это отсутствием штатных специалистов и специализированных знаний. Из-за того что львиной долей бюджета распоряжаются доноры, которые выделяют средства на решение своих краткосрочных задач, ВОЗ за последнее десятилетие в значительной степени утратила свою ключевую способность реагировать на чрезвычайные ситуации, эпидемии и пандемии. Бюджет ВОЗ на борьбу со вспышками заболеваний и урегулирование кризисных ситуаций был сокращен в два раза, с 469 млн долл. США в 2012–2013 годах до 241 млн долл. США в 2014–2015 годах (WHO, 2013); при этом департамент по борьбе с эпидемиями и пандемиями был упразднен, а его функции распределены между другими департаментами (*New York Times*, 2014). В сентябре 2014 года доноры, среди которых был Фонд Билла и Мелинды Гейтс, приняли обязательство выделить средства ВОЗ, но этой организации, играющей ведущую роль в глобальном управлении здравоохранением, необходимо постоянное устойчивое финансирование.

благо, страны должны доверять таким организациям без принижения и очернения тех государств, которые стали источником подобной опасности. В соответствии с пересмотренными в 2005 году Международными медико-санитарными правилами, порядка 200 подписавшихся стран должны представлять в ВОЗ данные о таких событиях в области общественного здравоохранения, которые имеют международное значение (например, вспышка лихорадки Эбола), и устанавливать процедуры, которым должны следовать ВОЗ и ее государства-члены для поддержания безопасности в области глобального здравоохранения. Эти правила направлены на достижение сбалансированности между суверенными правами и общим обязательством предотвратить распространение заболевания по всему миру.

С другой стороны, появление на арене, которую ранее занимала лишь ВОЗ, новых действующих лиц дает больше возможностей тем странам, которые ищут наилучших путей достижения нужных показателей в области здравоохранения. Например, для финансирования борьбы с туберкулезом страны могут обратиться в Глобальный фонд или Фонд Гейтса в обход ВОЗ, что заставляет этого давнего ведущего игрока пересматривать свою роль и, возможно, действовать более стратегически. От ВОЗ никогда не требовалось выполнения всех функций в области глобального здравоохранения; частично это объясняется тем, что на момент ее создания уже существовали региональные здравоохранительные структуры (например, Панамериканская организация здравоохранения). Ее главное преимущество заключается в предоставлении площадки, на которой могут собираться всевозможные участники, но только государства-члены обладают правом определять на основе переговоров нормы глобального здравоохранения и ту поддержку, которую ВОЗ может оказать странам для распространения и реализации этих норм.

Партнерство

Относительно новой формой сотрудничества в сфере глобального здравоохранения продолжают оставаться государственно-частные партнерства, такие как Глобальный фонд и Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ). Структуры управления этих вертикальных организаций существенным образом отличаются от структур управления ВОЗ и Всемирного банка (Sridhar, 2012).

Вертикальные фонды работают на достижение *узко определенных целей*, в отличие от широких мандатов ВОЗ («достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья») и Всемирного банка («сокращение бедности и повышение уровня качества жизни населения»). Мандат Глобального фонда ограничивается привлечением и распределением средств для предотвращения и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, а деятельность ГАВИ направлена на спасение жизней детей и принятие более широких мер по охране здоровья за счет повышения доступа к вакцинации детей в бедных странах.

Критики утверждают, что средства из этих новых источников обеспечения глобального здравоохранения идут на решение проблем, интересующих доноров, и было бы лучше, если бы они распределялись такой многосторонней структурой, как ВОЗ. Однако кажется маловероятным, что эти ресурсы, представляющие чистый прирост фондов на глобальное здравоохранение, стали бы доступными в рамках более широкого мандата ВОЗ. ГАВИ начал свое существование с 750 млн долл. США, которые обязался выделить Фонд Гейтса, а Глобальный фонд был основан в 2002 году правительствами стран Группы восьми (Великобритания, Германия, Италия, Канада, Россия, США, Франция и Япония) специально в обход Организации Объединенных Наций.

Вертикальные фонды наделяют полномочиями самых разнообразных субъектов, тогда как от ВОЗ получить полномочия на координирование политических мер, а иногда и коллективных действий, могут лишь правительства. В состав секретариата Глобального фонда входят представители гражданского общества и частного сектора, которые обладают правом голоса; а в правлении Фонда Гейтса, помимо них, еще присутствуют представители от развивающихся стран и стран-доноров. Также в состав правления входят в качестве партнеров такие организации, как ВОЗ и Всемирный банк, но они не имеют права голоса. Правление ГАВИ также состоит из различных заинтересованных лиц, которые включают постоянных членов с правом голоса, среди которых — Фонд Гейтса, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирный банк, а также 18 членов, сменяющихся по принципу ротации и представляющих правительства развивающихся стран и стран-доноров, производителей вакцин и гражданское общество. За счет предоставления права голоса неправительственным структурам ГАВИ и Глобальный фонд стали более легитимными организациями, чем другие группы (Wallace Brown, 2010).

Эти инициативы финансируются исключительно за счет добровольных пожертвований, в то время как финансовые модели ВОЗ и Всемирного банка основаны на начислении взносов, несмотря на наличие все возрастающего числа добровольных отчислений в ВОЗ. Глобальный фонд получает добровольные пожертвования от правительств, частных лиц, предприятий и частных фондов. Деятельность ГАВИ, направленная на оказание помощи при разработке и изготовлении вакцин, финансируется из донорских средств. Правительства выступают более значительным источником финансирования, но оно осуществляется только через механизмы добровольного пожертвования.

ГАВИ и Глобальный фонд не работают непосредственно в странах-реципиентах, что отличает их от ВОЗ и Всемирного банка, которые действуют через государственные органы и имеют в странах-реципиентах отделения и персонал.

Глобальный фонд опирается на страновые координационные механизмы при разработке и подаче заявок на предоставление грантов, а также при выборе организаций для их выполнения. В работе таких механизмов обычно принимают участие представители правительства страны-заявителя, местных и международных НПО, представители заинтересованных доноров и частного сектора, а также люди с целевым заболеванием. ГАВИ финансирует национальные правительства, которые используют эти средства на расширение масштабов вакцинации.

В основе легитимности Глобального фонда и ГАВИ лежит эффективность их деятельности по достижению четко определенных результатов и показателей, что отличает их от ВОЗ и Всемирного банка, которые опираются на свой статус представительных и инклюзивных межправительственных организаций.

Переориентация на системы здравоохранения

Число вертикальных фондов продолжает расти, а целевые взносы по-прежнему составляют основную часть средств, перечисляемых ВОЗ донорами. Однако развитые и развивающиеся страны все больше внимания уделяют необходимости в эффективном первичном медико-санитарном обслуживании и надежных больничных системах, которые представляют собой горизонтальный подход. Распространение лихорадки Эбола в Западной Африке говорит о необходимости укрепления систем здравоохранения не только для охраны здоровья матери и ребенка и борьбы с такими неинфекционными заболеваниями, как рак и болезни сердца, но и для выявления и лечения инфекционных заболеваний. Например, в Эфиопии созданы программы по развитию комплексных систем здравоохранения, финансируемых за счет возросших внутренних инвестиций и поддержки доноров.

При этом вертикальные фонды не участвуют в усилиях по укреплению систем здравоохранения или предоставлению медицинского обслуживания всем членам общества (всеобщее медицинское обеспечение). В большинстве своем такие доноры считают, что объем внутренних ресурсов растет достаточно быстро, для того чтобы страны-реципиенты могли укреплять свои системы здравоохранения и внедрять всеобщее медицинское обеспечение. Помимо этого, у них вызывает беспокойство

то, что правительства могут оправдывать сокращение инвестиций в систему здравоохранения появлением новых фондов. Такие доноры уверены, что национальные программы должны координироваться самими странами и разрабатываться внутри стран из-за различий, существующих между системами здравоохранения (например, действует ли уже в стране отечественная система предоставления медицинских услуг на частной основе), внутренними рынками страховых услуг и подходами государства к борьбе с неинфекционными заболеваниями. Многие доноры также настороженно относятся к дальнейшей фрагментации системы управления глобальным здравоохранением.

Но быстрое распространение вируса Эболы в Западной Африке выявило трудности в связи с недостаточным финансированием систем здравоохранения, связанные с распознаванием, а затем и сдерживанием распространения заболеваний. На поддержание борьбы со вспышкой лихорадки Эбола Соединенные Штаты выделили более 250 млн долл. США, а Великобритания — более 200 млн долл. США, при этом часть этих средств должна быть направлена на укрепление систем здравоохранения. Но заставит ли кризис Эболы вертикальные фонды перейти к более устойчивому финансированию программ по укреплению систем здравоохранения, пока остается неясным.

Повышение роли стран с формирующимся рынком

В последние годы страны с формирующимся рынком требуют большего влияния на деятельность многосторонних организаций, начиная с МВФ и заканчивая ООН. Эта новая уверенность в себе распространилась и на глобальное здравоохранение, где роль, которую играют крупнейшие страны с формирующимся рынком, отражает как их внутренние потребности, так и ограничения. Когда наиболее экономически развитые страны с формирующимся рынком, к которым относятся Бразилия, Россия, Индия и Китай (БРИК), стали активно участвовать в области глобального здравоохранения, они в основном ограничились конкретными задачами, такими как обеспечение доступа к важнейшим медикаментам или технологическое сотрудничество, например в сфере лечения туберкулеза.

Региональные проблемы также выступают мотивом для участия в международном сотрудничестве, и они же стали причиной появления в Африке, Азии и Латинской Америке региональных организаций здравоохранения. Так, с самого начала деятельности Африканского союза в 2002 году в его работе принимали участие министры здравоохранения государств-членов при решении таких региональных задач в области здравоохранения, как инфекционные заболевания, финансирование здравоохранения, продовольственная безопасность и питание. Бразилия, Индия и Южная Африка приняли решение о совместной работе по координации международной информационно-разъяснительной деятельности в области медицины и здравоохранения. Сейчас трудно предсказать, укрепят ли эти инициативы ВОЗ, поскольку региональные структуры чаще всего действуют как ее вспомогательные органы, или же они приведут к сокращению полномочий этой организации.

Примечательно то обстоятельство, что глобальное здравоохранение занимает второстепенное место среди других международных проблем в Индии, Китае и России, среди которых следует назвать финансовую политику и национальную безопасность. Бразилия отвела вопросам здравоохранения видное место в своей внешнеполитической повестке дня, но финансовых отчислений она существенно не увеличила, если судить хотя бы по степени ее участия в деятельности Глобального фонда.

Директора Глобального фонда постоянно призывают страны с формирующимся рынком взять на себя часть финансового бремени по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, но Бразилия, которая получила гранты на сумму 45 млн долл. США, внесла лишь 200 тыс. долл. США. Аналогичная ситуация существует и в остальных странах БРИК. Индия получила 1,1 млрд долл. США, а внесла лишь 10 млн долл. США, по Китаю данные, соответственно, 2 млрд и лишь 16 млн долл. США. Показатели России выглядят несколько лучше: 354 млн против 254 млн долл. США.

Сильно пострадавшие во время глобального финансового кризиса страны с развитой экономикой сократили или даже вообще свернули свои обязательства перед Глобальным фондом. Страны БРИК пережили кризис с меньшими потерями, чем многие страны с развитой экономикой. Однако то обстоятельство, что с момента кризиса они не увеличили размер обязательств по отношению к Глобальному фонду (или ГАВИ), заставляет задуматься об их долговременном намерении занять лидирующие позиции в глобальном здравоохранении.

Как долго будут еще страны БРИК, четыре крупнейших экономики с развивающимся рынком, получать помощь в целях развития в области здравоохранения? По объему получаемого внешнего финансирования на цели здравоохранения Индия занимает первое место, Китай — десятое, а Бразилия — пятнадцатое. Вопрос состоит в том, стоит ли продолжать субсидировать страны, которые, предположительно, вполне могут обеспечить себя базовыми медицинскими услугами и которые все больше и больше экономически заинтересованы в искоренении инфекционных заболеваний, будь то давние напасти, подобно туберкулезу, или такие новые проблемы, как вирус птичьего гриппа.

Несмотря на статус стран со средними доходами, Бразилия, Китай и Индия остаются сравнительно бедными, если брать доход на душу населения, поэтому приоритетом для них остается экономический рост. И поскольку они продолжают сталкиваться с масштабными проблемами в области здравоохранения, доноры по-прежнему считают такую помощь оправданной. Однако многосторонние организации и доноры на двустороннем уровне должны постоянно проверять, нужно ли продолжать выделять странам со средними доходами помощь, которую лучше было бы использовать в более бедных странах.

Один из основных уроков кризиса Эболы заключается в том, что нам необходимы решительные организованные глобальные ответные меры, в принятии которых лидирующую роль играет авторитетная ВОЗ, хорошо обеспеченная финансовыми ресурсами. Вопрос о том, должны ли государства-члены и прочие влиятельные участники укреплять финансирование ВОЗ и расширять ее полномочия или же нужно создавать другой институт по борьбе со вспышками заболеваний, будет занимать важнейшее место в повестке дня глобального управления на протяжении нескольких последующих лет.

Деви Шридхар — доцент в Центре по проблемам здоровья населения медицинской школы при Эдинбургском университете; Челси Клинтон — младший адъюнкт-профессор в Школе общественного здравоохранения им. Мейлмана при Колумбийском университете. ■

Литература:

Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (London: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).

Gostin, Lawrence O., 2014, Global Health Law *(Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).*

New York Times*, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis," Sept. 3.*

Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing," PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 9, p. e1001312.*

Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria," Review of International Studies*, Vol. 36, No. 2, pp. 511–30.*

World Health Organization (WHO), 2013, "Proposed Programme Budget 2014–2015 (Geneva).

Крайне необходимая эффективность

Студентки-медсестры в региональной больнице г. Батангас, Филиппины.

Дэвид Коади, Маура Франчезе и Баопин Шан

Государственные расходы на здравоохранение должны стать более эффективными во избежание чрезмерной нагрузки на казну

За последние пять десятилетий показатели здравоохранения по всему миру существенно повысились. Например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась примерно на 11 лет в странах с высокими доходами, на 26 лет — в странах с доходами выше средних, на 21 год — в странах с доходами ниже средних и на 20 лет — в странах с низкими доходами.

Хотя эти достижения вызваны рядом факторов, в том числе повышением доходов и усовершенствованием медицинских технологий, рост государственных расходов на здравоохранение также является важным аспектом. В странах с развитой экономикой такие государственные расходы увеличились в среднем с 3¾ процента ВВП в 1970 году до примерно 7 процентов в 2012 году. В странах с формирующимся рынком соответствующие расходы увеличились с 2¾ процента в 1995 году до 3¼ процента в 2012 году, а в развивающихся странах за аналогичный период времени расходы возросли с 3 до 3¾ процента ВВП.

От повышения государственных расходов на здравоохранение страны получают огромную отдачу, однако этот рост усугубляет существующие финансовые трудности в государственном бюджете. Государственные расходы на здравоохранение уже составляют значительную долю государственной казны и, как ожидается, будут расти и впредь (Clements, Coady and Gupta, 2012). В странах с развитой экономикой, которые уже вынуждены сокращать дефицит бюджета, чтобы решать проблему большого государственного долга, такой рост расходов только усилит нагрузку на бюджет. В странах с формирующимся рынком и развивающихся странах государственные расходы на здравоохранение вынуждены конкурировать с другими приоритетами в области развития, включая образование и инфраструктуру.

Многие страны рассматривают повышение эффективности государственных расходов на здравоохранение как главный способ обеспечить непрерывный рост показателей здравоохранения без создания дополнительной нагрузки на бюджет. Также весьма вероятно, что ограничение роста расходов путем повышения их эффективности — политически более приемлемый ход, чем отказ от повышения показателей здравоохранения или снижение расходов в других областях. Тем не менее, действенность этой стратегии зависит от степени неэффективности системы государственного здравоохранения и способности органов управления ее уменьшать.

Неэффективное расходование средств

Определение степени неэффективности расходов — трудная задача.

Во-первых, *сложно определить, что значит неэффективность*, поскольку государственные расходы на здравоохранение одновременно служат нескольким целям. Всемирная организация здравоохранения в качестве основных целей выделяет улучшение здоровья граждан, защиту домашних хозяйств от финансовых рисков и удовлетворение ожиданий населения. При этом большинство исследований, посвященных неэффективности расходов, ориентируется на показатели здравоохранения, например, на определенное значение средней продолжительности жизни. Поскольку средняя продолжительность жизни тесно связана с другими значимыми ин-

дикаторами здоровья, такие исследования могут хорошо отражать выполнение цели по повышению показателей здравоохранения, но при этом не дают полной картины происходящего.

Во-вторых, *измерение неэффективности, как правило, подразумевает сравнение конкретной системы здравоохранения с «эффективной» системой*. Поскольку помимо государственных расходов здоровье населения обусловлено множеством факторов, и они различны в разных странах, трудно определить минимальный уровень расходов, необходимый для достижения заданных результатов здравоохранения.

Причины неэффективности

Исследования по-прежнему выявляют значительный уровень неэффективности использования государственных ресурсов на нужды здравоохранения. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире* за 2010 год (ВОЗ, 2010), основанном на исследовании систем здравоохранения по всему миру, говорится, что от 20 до 40 процентов совокупных (государственных и частных) расходов на здравоохранение в странах с высокими, средними и низкими доходами практически не влияет на улучшение здоровья людей. Исследование стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), показало, что в результате неэффективного использования ресурсов средняя продолжительность жизни сократилась примерно на два года (Joumard, André и Nicq, 2010). В последнем исследовании (МВФ, 2014), в котором продолжительность жизни увязана с состоянием здоровья, показано, что среднее снижение продолжительности жизни с поправкой на состояние здоровья (HALE, см. вставку), обусловленное неэффективностью системы, составляет более двух лет (см. рис. 1). Это большая цифра, учитывая, что 50-процентный рост расходов на здравоохранение увеличит HALE в среднем на один год, свидетельствуя тем самым о больших возможностях для повышения эффективности во всех странах.

Отмеченная неэффективность имеет множество причин и целый ряд потенциальных способов устранения.

Опыт стран ОЭСР свидетельствует о том, что *тип системы государственного здравоохранения, по-видимому, не является самым важным фактором* (Joumard, André and Nicq, 2010). В большинстве стран государственное вмешательство в сектор здравоохранения носит масштабный характер и может принимать разные формы, включая непосредственное оказание услуг здравоохранения, финансирование через налоговую систему и регулирование услуг, предоставляемых частным сектором. Но когда системы здравоохранения разделяются по степени участия рыночных механизмов в их обеспечении и финансировании, различия в эффективности внутри групп оказываются больше, чем между группами. Это свидетельствует о том, что эффективность зависит от более конкретных факторов, например, от того, что покрывается медицинским страхованием, как возмещаются расходы частных поставщиков услуг, какова структура распределения затрат и каким образом разрабатываются и внедряются руководства по клинической практике.

Состав расходов на здравоохранение и медицинских услуг также важен. Данные показывают, что первичная медицинская помощь и профилактика в целом более экономически эффективны, чем стационарное лечение. Однако в обоих случаях рентабельность различных видов лечения значительно различается. Например, воспроизведенные лекарственные препараты не менее эффективны, чем фирменные, но стоят значительно дешевле. Государственный пакет льгот должен покрывать или поощрять только самые экономически целесообразные способы лечения.

Немаловажную роль играют состав и характеристики получателей средств, выделяемых на здравоохранение. Малоимущие и незащищенные слои населения имеют меньше шансов получить альтернативный доступ к медицинскому обслуживанию в отсутствие государственного финансирования, поэтому эффективность финансирования на нужды малоимущих будет выше, чем эффективность финансирования на нужды богатых. Страны с более здоровым населением, как правило, имеют менее высокий уровень неравенства в доступе к медицинским услугам.

ВОЗ (2010) сгруппировала основные причины неэффективности в пять больших категорий: *кадры в здравоохранении*, что включает неправильную или чрезмерно дорогую структуру кадров и немотивированных сотрудников; *лекарственные средства*, что включает недостаточное использование воспроизведенных медикаментов и завышенную цену препаратов, использование некачественных или поддельных лекарств, а также нецелесообразное или неэффективное использование лекарств; *больницы*, что включает избыточное использование дорогих медицинских технологий (например, магнитно-резонансной томографии), нецелесообразный размер больницы, врачебные ошибки и низкое качество медицинской помощи; *нецелевое расходование средств, коррупция и мошенничество*; и *неэффективная структура медицинских услуг и ненадлежащий уровень оказания медицинской помощи*. Повышение эффективности всех этих групп может уменьшить общие расходы в здравоохранении в среднем более чем на 40 процентов (см. рис. 2).

Решение проблемы неэффективности

Исследователи определили несколько областей, в которых реформирование системы здравоохранения могло бы привести к уменьшению ее неэффективности.

- *Расходы на здравоохранение должны быть перераспределены в пользу наиболее эффективных с точки зрения затрат, услуг и способов лечения и давать стимул для такого эффективного поведения*. Например, услуги по первичной помощи и профилактике, охватывающие весь спектр от систематического врачебного

Крепкое здоровье

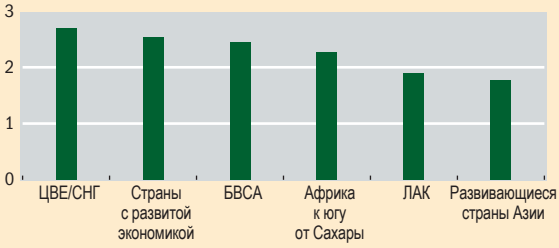
Продолжительность жизни с поправкой на состояние здоровья (HALE) показывает количество лет, которые человек прожил в добром здравии. Значительный объем ресурсов медицинского сектора тратится на снижение тяжести заболеваний и повышение качества жизни людей. Для отражения этого аспекта в HALE учитывается распространенность заболевания, число заболевших, продолжительность заболевания и данные о времени жизни, проведенном человеком в разных состояниях здоровья.

Рисунок 1

Потеря здоровья

Неэффективность системы здравоохранения сокращает продолжительность здоровой жизни на два года по сравнению со средней продолжительностью.

(Потеря лет жизни с поправкой на состояние здоровья, 2000–2010 годы)



Источник: МВФ (2014); и оценки авторов.

Примечание. Годы жизни с поправкой на состояние здоровья — предполагаемое число лет, которые человек проведет в хорошем состоянии здоровья. Данные охватывают 127 стран: ЦВЕ/СНГ = Центральная Европа и Содружество независимых государств (16 стран), страны с развитой экономикой (29 стран); БВСА = Ближний Восток и Северная Африка (7 стран), Африка к югу от Сахары (40 стран); ЛАК = страны Латинской Америки и Карибского бассейна (24 страны); развивающиеся страны Азии (11 стран).

осмотра и вакцинации до профилактики ВИЧ, курения и ожирения, зачастую предоставляются и используются в недостаточном объеме. Это свидетельствует в пользу важной опорной функции государства в сфере НИОКР, предоставления государственной медицинской помощи, регулирования и разработки руководств по клинической практике, а также налоговых мер (Jamison et al., 2013). Кроме того, распределение затрат должно быть организовано таким образом, чтобы поощрять использование более действенных с точки зрения затрат средств медицинской помощи, особенно в странах с формирующимся рынком и странах с низкими доходами, в которых охват медицинским страхованием является неполным. Эти страны должны стремиться обеспечить всеобщий охват с пакетом льгот, который покрывает только самые важные и эффективные с точки зрения затрат медицинские услуги, пока не появится больше возможностей для увеличения расходов на здравоохранение. Это не только поможет снизить неравенство, но также повысит общий уровень здоровья населения.

• *Государство должно поощрять конкуренцию и выбор.* Такая реформа включает создание условий для конкурентной борьбы за пациента среди страховых компаний и поставщиков услуг, а также распространение информации об их ценах и качестве. Это может вынудить поставщиков медицинских услуг быть более эффективными за счет таких мер, как обеспечение надлежащего баланса численности врачей, медсестер и административных работников и лучшего использования инфраструктуры. Было отмечено, что повышение конкуренции и расширение выбора имеют положительную связь с более высокими показателями здравоохранения, хотя их влияние на издержки менее очевидно (Gaynor, Moreno-Serra and Propper, 2013). Тем не менее, перед регулирующими органнами стоит важная задача обеспечения надлежащего функционирования рынка и ограничения таких его дефектов, как недостаточный объем предоставления медицинских услуг и медицинского страхования. Скорее всего, это в большей степени актуально для стран с развитой экономикой, так как для столь сложного регулирования требуются большие административные ресурсы.

• *Необходимо усовершенствовать системы выплат поставщикам услуг.* Эта реформа включает переход от платы за отдельные услуги, когда поставщик получает вознаграждение за каждую оказанную услугу, к фиксированным платежам, например, по подушному принципу (поставщик получает фиксированную оплату за каждого пациента, которому оказывается медицинская помощь) и в зависимости от диагноза, где вознаграждение определяется стандартным лечением заболевания конкретного пациента. Фиксированные платежи могут способствовать уменьшению стимулов к избыточному лечению. Однако чтобы предотвратить недостаточное лечение, необходимы четкие руководства по клинической практике и строгий контроль. Это относится к большинству стран с большим частным медицинским сектором.

• *Необходимо использовать современные информационные технологии в медицине.* Очевидно, что технологии помогают повысить показатели здравоохранения и снизить издержки путем сокращения числа врачебных ошибок и дублирования процедур и анализов (Hillestad et al., 2005). Но поскольку для этого требуются большие начальные инвестиции, отсутствие финансирования может ограничить распространение технологий в некоторых странах.

• *Органы государственного управления должны повышать эффективность работы государственных учреждений.* Она может быть повышена с помощью последовательного распределения ответственности по разным уровням управления (путем устранения дублирования и избыточных административных расходов). Развитие и укрепление надлежащего регулирования клинической практики может способствовать сокращению объемов избыточного или необоснованного медицинского лечения. Повышение степени прозрачности и усиление регулирования, особенно в части закупок и возмещения затрат, может способствовать снижению объемов коррупции и мошенничества, которые оказываются значительными во всех странах.

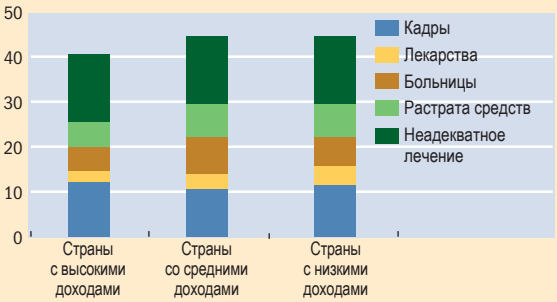
Повышение эффективности государственных расходов на здравоохранение настоятельно необходимо во всех странах. Реформы по повышению эффективности государственных расходов должны соответствовать особенностям каждой отдельной страны. В странах с развитой экономикой старение населения и высокий уровень государственного долга означают, что власти должны стабилизировать или сдерживать рост отношения расходов на здравоохранение к ВВП без ущерба для показателей здравоохранения. Развивающиеся страны должны и впредь повышать показатели здравоохранения, сохраняя при этом устойчивость государственных финансов. ■

Рисунок 2

Множество причин

Неэффективность системы здравоохранения проявляется в разных формах.

(Неэффективное расходование, процент от совокупных расходов на здравоохранение, 2010 год)



Источник: Всемирная организация здравоохранения (2010).

Примечание. К причинам неэффективности относятся *кадры*, что включает медицинских работников и их распределение; *лекарства*, включая недостаточное использование воспроизведенных лекарств, использование лекарств ненадлежащего качества и поддельных препаратов и неадекватное и неэффективное назначение лекарств; *больницы*, включая избыточное использование оборудования и процедур; *растрата средств*, включая нецелевое расходование, коррупцию и мошенничество; и *неадекватное лечение*, включая неэффективный или ненадлежащий уровень лечения. Представленные значения основаны на средних оценках. Поскольку прирост эффективности от различных источников не всегда носит кумулятивный характер, по консервативным оценкам ВОЗ от 20 до 40 процентов общих расходов на здравоохранение осваивается таким образом, что практически не приводит к улучшению здоровья населения.

Дэвид Коуди — ведущий специалист по социальным расходам, Маура Франчезе — советник по технической помощи, а Баопин Шан — экономист Департамента по бюджетным вопросам МВФ.

Литература:

Clements, Ben, David Coady, and Sanjeev Gupta, 2012, Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies *(Washington: International Monetary Fund).*

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," Economic Policy, *Vol. 5, No. 4, pp. 134–66.*

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," Health Affairs, *Vol. 24, No. 5, pp. 1103–117.*

International Monetary Fund (IMF), 2014, Fiscal Monitor *(Washington, April).*

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," The Lancet, *Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.*

Joumard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 *(Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).*

World Health Organization (WHO), 2010, World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage *(Geneva).*

Первостепенное значение подготовки

Действия Руанды по предотвращению проникновения вируса Эбола на территорию страны свидетельствуют о необходимости многоотраслевого подхода, не ограничивающегося системой здравоохранения

Агнес Бинагвахо

ОДНА из основных трудностей на пути развития здравоохранения во всем мире — это узкое представление о том, что исключительно инвестиции в систему здравоохранения являются универсальным средством устранения угрозы здоровью.

Наоборот, для того чтобы обеспечить совместный и эффективный ответ на такие угрозы, необходимо укреплять все отрасли, влияющие на социальные детерминанты здравоохранения и управления, включая финансы, транспорт, а также безопасность и коммуникации.

В качестве примера рассмотрим методы, с помощью которых моя страна, Руанда, обеспечивает меры по предотвращению распространения вируса Эбола, нанесшего огромный ущерб ряду стран Западной Африки.

Несмотря на стремление предотвратить появление вируса Эбола в Руанде, работники системы здравоохранения не должны снижать темпы непрекращающейся борьбы с преждевременной смертностью, вызванной заболеваниями матери и ребенка, ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и другими болезнями. Крайне важно, чтобы эта система легко адаптировалась и взаимодействовала со всеми другими отраслями для смягчения столь острой и непредвиденной угрозы.

Способность управлять процессом

Данная угроза подвергает испытанию не только способность системы здравоохранения принимать ответные меры, но и возможность страны организовать процесс. Ответные меры потребовали от Руанды механизмов разработки многоотраслевой и согласованной политики, а также общего видения, предусматривающего получение максимальной отдачи от всех имеющихся ресурсов.

Например, финансовые ресурсы необходимы для организации профилактики эпидемического распространения Эболы, в том числе для быстрого оснащения всех государственных больниц изоляторами и подготовки медицинских специалистов к оперативному реагированию на местах в случае необходимости, для чего министерству здравоохранения потребовалась поддержка его решений со стороны финансового сектора. Кроме того, учитывая возможность передачи вируса через людей, въезжающих в страну, мы вынуждены полагаться на транспорт и иммиграционную службу для применения наших правил в отношении зарубежных поездок. Более того, сектор безопасности был вынужден ввести чрезвычайное положение, включая 24-часовую национальную готовность реагировать на любой потенциальный случай заражения вирусом Эбола.

Помимо этого для гармонизации этих решений и обеспечения информированности всех заинтересованных сторон, в особенности гражданского населения, было крайне важно подключить сектор коммуникаций.

Такой многоотраслевой подход не был создан наспех непосредственно перед этим кризисом. Напротив, он тщательно разрабатывался совместными усилиями на протяжении продолжительного времени.

Например, руководители Руанды привыкли встречаться в формате «блоков», включая социальный блок, руководство

которым поделено между министерствами здравоохранения и образования. Вместо того чтобы действовать независимо друг от друга, не имея широкого видения ситуации, мы ежемесячно встречаемся группой, чтобы обсудить более широкий контекст и достичь консенсуса в отношении того, как можно извлечь максимум из каждого использования ограниченных, но при этом растущих ресурсов нашей страны. Это вынуждает должностных лиц из различных министерств решать проблемы сообща, а не бороться друг с другом за государственные средства.

Дорогостоящее усилие

В то время как такой подход в значительной мере помогает директивным органам в противодействии текущей угрозе, организация профилактики распространения вируса Эбола также потребовала беспрецедентных затрат — не только финансовых средств, но и времени. Каждый час работы по профилактике распространения вируса — это час, который не был потрачен на достижение других целей в области развития, например, повышения качества оказания медицинских услуг. Кроме того, эти усилия легли на нашу экономику значительным финансовым бременем. Необходимость инвестировать в борьбу с этой острой угрозой в ближайшей перспективе может отсрочить запланированное строительство нового медицинского центра, больницы, дороги или школы. Хотя эти изменения обходятся недешево, стоимость бездействия (или частичного или плохо спланированного действия) гораздо выше.

Угроза Эболы поставила нашу систему здравоохранения перед необходимостью выйти на новый уровень. Она также продемонстрировала, как мы можем делать даже больше обычного, несмотря на наши ограниченные ресурсы (времени и денежных средств), как в рамках системы здравоохранения, так и во всех отраслях, вовлеченных в меры по реагированию.

Мы должны стараться постоянно укреплять коллективные усилия по защите и повышению здоровья и благополучия наших граждан, включая, разумеется, наращивание инвестиций для укрепления сферы здравоохранения. В конечном итоге, ни одна угроза здоровью человека не может быть устранена без медицинских специалистов, оборудования и инфраструктуры. Но вызванный Эболой кризис также научил нас, что для повышения эффективности реагирования на очередные вызовы, которые могут ожидать нас в будущем, необходимо также укреплять способность органов управления страны действовать сообща. Помимо инвестиций в оказание срочных медицинских услуг это также включает более широкие инвестиции во все сферы, определяющие благополучие людей, — нашего главного ресурса. ■

Агнес Бинагвахо — министр здравоохранения Руанды, старший преподаватель Медицинской школы Гарвардского университета, профессор клинический педиатрии Медицинской школы Гейзеля при Дартмутском колледже.

ЧАСТНЫЙ ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР

Хорхе Коараса, Джишну Дас и Джеффри Хаммер

Во многих странах предметом дискуссии должны быть не источники финансирования первичного здравоохранения, а его качество.

НА частный сектор, в зависимости от исследования, приходится одной трети до трех четвертей всей первичной медицинской помощи в странах с низкими доходами. Однако для большей части пациентов медицинское обслуживание в частном секторе не означает посещение больших современных больниц и интегрированного предоставления медицинских услуг. Такой частный сектор существует и обслуживает только относительно обеспеченную городскую клиентуру. Услуги, предоставляемые частным сектором для бедных, — это сочетание современных организаций, управляющих небольшими коммерческими клиниками или работающих на некоммерческие учреждения, и организаций, практикующих традиционную медицину, лечение травами, гомеопатию, а также множества неквалифицированных лиц, предоставляющих медицинские услуги.

Невозможно точно сказать, чем является частный сектор в области здравоохранения, или какие медицинские услуги он оказывает бедным слоям населения. Тем не менее, два обобщенных представления, похоже, доминируют в дискуссиях о частной медицине в странах с низкими доходами. Первое представление поддерживает идею о том, что частный сектор является панацеей в случае развала или общего нарушения функционирования государственного сектора. Второе представление заключается в том, что хищническая практика настолько присуща частному сектору, что его необходимо регулировать, контролировать и по возможности замещать финансируемыми и управляемыми государством клиниками.

В какой степени каждая точка зрения справедлива — эмпирический вопрос, зависящий от проблем, возникающих во время взаимодействия пациентов и медицинских организаций в условиях рынка медицинских услуг, и от способности государства решать их. Например, пациенты могут ничего не понимать в должной медицинской помощи и требовать быстрых решений и средства от всех болезней. И если именно так они и будут поступать, то частный сектор будет снабжать их такими средствами. Или оказывающие медицинские услуги лица прописывают лечение, которое увеличивает *их* материальную выгоду, а не отвечает медицинским потребностям пациента. Например, медицинские работники могут выбрать кесарево сечение, в то время как достаточными были бы более дешевые и нормальные способы оказания помощи при родах, или распространять лекарственные препараты, на продаже которых они могут заработать. Действительно, многие считают, что «асимметричная информированность» (когда медработник знает больше о состоянии здоровья и болезни пациента, чем он сам) ведет к проблемам с предоставлением частной медицинской терапевтической помощи.

Но совсем не очевидно, что ситуация в государственном секторе обстоит лучше. Частные врачи низкой квалификации и значительная неэффективность рынка зачастую сосуществуют с государственными медицинскими учреждениями низкого качества. Потенциальным регулирующим органам часто не хватает ресурсов для контроля и обеспечения выполнения требований качества. Настоящие общественные блага, такие как уничтожение источников болезней (например, комаров) и адекватная санитария, должны обеспечиваться государством. Однако картина становится менее ясной, когда дело касается терапевтической медицинской помощи.

Крупный частный сектор

Частный сектор здравоохранения в странах с низким доходом обычно довольно велик и является постоянно используемым источником первич-

Очередь людей на регистрацию в национальной программе страхования здоровья, Джамму (Индия).

ной помощи, несмотря на рост финансирования и отмену платы за государственные услуги во многих странах. При проведении демографического обследования и обследования состояния здоровья населения членов опрашиваемых семей спрашивали о том, куда они обращались за помощью, если у ребенка была высокая температура или диарея. Между 1990 и 2013 годами (по данным 224 обследований, проведенных в 77 странах) половина населения обращалась в частный сектор, а в период 1998–2013 годов две пятых населения обращались за помощью в частный сектор, даже среди 40 процентов беднейших слоев населения. По совокупности заболеваний взрослых и детей доля обращений в частный сектор в начале 2000-х годов (последние доступные данные) колебалась от 25 процентов в странах Африки к югу от Сахары до 63 процентов в Южной Азии (Wagstaff, 2013).

Одно из возможных объяснений существования большого частного сектора — это отсутствие или перегруженность государственных учреждений здравоохранения, что заставляет людей обращаться в частные клиники. Но люди активно пользуются услугами частных врачей и организаций даже при наличии государственных медицинских учреждений. И перегруженность тоже не представляет явной проблемы. В Танзании, Сенегале и сельском индийском штате Мадхья-Прадеш врачи в государственных клиниках первичного здравоохранения тратят всего от 30 минут до одного часа рабочего времени в день на прием пациентов. В Нигерии обычное медицинское учреждение в сельской местности в среднем принимает *одного* пациента в день (Всемирный банк, 2011; Das and Hammer, 2014).

Желание пациентов платить за частные услуги, которые могут быть оказаны им бесплатно в ближайших недозагруженных государственных учреждениях, может отражать различные параметры ситуации с качеством обслуживания в них, такие как уклонение персонала государственных учреждений от выполнения своей работы или недостаточное внимание, уделяемое пациентам. С точки зрения здравоохранения и политики предпочтение населением частных организаций становится проблемой, если частные врачи и учреждения в большей степени, чем государственные, готовы уступать просьбам населения и предоставлять продукты и услуги, не являющиеся целесообразными с медицинской точки зрения (антибиотики и стероиды, например) или организовывать лечение так, чтобы увеличить свои доходы. Если обе эти проблемы *менее* распространены в государственном секторе, то правительства должны подумать о расширении государственного сектора, чтобы он заменил частный, или о введении строгого регулирования в отношении частной медицины. Вопрос в том, различается ли качество работы этих двух секторов.

Качество медицинской помощи

На деле общее качество помощи в *обоих* секторах является неудовлетворительным. Время на прием пациента варьируется от полутора минут (государственный сектор в городах Индии) до 8 минут (частный сектор в городах Кении). Врачи задают от пяти до восьми вопросов и проводят от одного до трех стандартных обследований, таких как проверка температуры, пульса и давления. В сельских и городских районах Индии серьезные заболевания лечатся правильно лишь в 40 процентах случаев; правильный диагноз пациентам ставят реже, чем в 15 процентах случаев. Ненужное и иногда даже причиняющее вред здоровью лечение часто проводится всеми медицинскими организациями во всех секторах, а потенциально спасающая жизнь терапия, такая как пероральная регидрация для страдающих диареей детей, применяется реже, чем в одной трети случаев обращений к врачам и в учреждения высокой квалификации. Менее 5 процентов пациентов получают *только* действительно правильную помощь, когда они обращаются к врачам и в клиники.

В двух недавних систематических обзорах исследований качества и эффективности предоставления медицинских услуг в государственном и частном секторах авторы делают диаметрально противоположные выводы. Один обзор подтверждает преимущества государственного сектора (Basu et al., 2012), а другой — частного (Berendes et al., 2011). После того как мы изучили использованную авторами литературу, чтобы найти источники такого расхождения, мы были вынуждены признать, что, если бы нам надо было дать короткий ответ на простой вопрос о том, в каком секторе качество медицинской помощи лучше, государственном или частном, то правильнее всего было бы сказать «мы не знаем».

Для выделения разницы в качестве по государственному и частному секторам при проведении исследований необходимо пользоваться данными от обоих секторов. Также необходимо исключить искажающие результаты факторы, связанные с различием в пациентах, подготовке и наличии ресурсов. (Нецелесообразно сравнивать недостаточно подготовленного частного врача из маленькой сельской клиники с полностью обученным врачом из хорошо оснащенной больницы.)

Из 182 публикаций, рассмотренных в рамках этих двух обзоров, только одно исследование (Pongsupap and Van Lerberghe, 2006) удовлетворяло этим критериям. В этом исследовании использовалась концепция эталонных пациентов (тайных клиентов) для оценки того, как «одинаковые» врачи в частном и государственном секторах Бангкока лечат состояние тревоги. Эталонные пациенты (местные добровольцы, которые описывают одинаковое состояние нескольким разным врачам) часто считаются золотым стандартом при проведении такого рода исследований, так как они дают возможность объективного измерения качества помощи, в том числе оценки следования врачом регламентируемым медицинским протоколам, правильности назначенного лечения, а также применения необязательных процедур. Это позволяет исследователям проводить оценку того, как разные врачи и учреждения лечат *одного и того же* пациента. В этом исследовании авторы сообщили о том, что в частном секторе внимание больше сосредоточено на пациенте и что разница между государственными и частными учреждениями в правильности назначенного лечения отсутствует. Ни один из врачей не назначил правильного курса лечения (в этом конкретном случае правильно было бы ничего не делать).

Сельские районы Индии

При проведении собственного исследования в сельских районах Индии мы направили эталонных пациентов сначала к произвольно выбранным врачам из государственного и частного сектора, а затем к квалифицированным врачам, работающим в обоих секторах (Das et al., 2014). Выявлены несколько примечательных фактов.

Во-первых, *большая часть лечения как в государственном, так и в частном секторах оказывалась людьми, не имеющими официального медицинского образования*. В частном секторе это отражает нехватку подготовленного профессионального персонала, готового работать в сельских районах. В государственном секторе не имеющий медицинской подготовки персонал предоставлял помощь в 64 процентах случаев, так как врачей в это время не было на рабочем месте. Врачи в государственных клиниках, которым платят фиксированную заработную плату, часто отсутствуют в рабочее время (40 процентов времени в Индии, 35 процентов — в Уганде, более 40 процентов — в Индонезии, согласно национальным исследованиям).

Во-вторых, *внимание именно к пациенту и правильность лечения в наибольшей степени проявились в клиниках частного сектора*, где прием ведут врачи из государственного сектора. Те же самые врачи проводят больше времени с пациентом, задают больше вопросов, с большей вероятностью следуют рекомендуемому списку вопросов и обследований, а также назначают более правильное лечение при ведении частной практики, чем

когда они принимают пациентов в государственном учреждении (см. рис.). Разницы в (очень частом) использовании ненужных лекарственных препаратов между секторами выявлено не было.

В-третьих, *показатели злоупотребления антибиотиками были высокими в обоих секторах*. В частном секторе 48,2 процента квалифицированных и 39,4 врачей с неполной квалификацией прописывали ненужные антибиотики. Государственные врачи в клиниках первичной помощи выписывали антибиотики для лечения диареи в 75,9 процентов случаев, тратя всего полторы минуты на принятие решения о назначении лечения.

В-четвертых, *в частном секторе следование регламенту приема пациентов и назначение правильного лечения означают более высокие цены*. Это соответствует рыночным моделям, когда потребители платят премию за более высокое качество, так как они уверены в качестве оказываемых услуг и заинтересованы в правильности назначаемого лечения. Но в отношении назначения необязательного лечения никаких штрафных санкций не существовало, что дает основания полагать, что пациенты не могли оценить, является ли прием дополнительных лекарств обязательным.

Злоупотребление лекарственными препаратами в частном секторе может отражать связь между доходами врача и практикой назначения лекарств: исследование показывает, что если врач не получает компенсации за назначение необязательных антибиотиков, то он прописывает их реже. Но использование антибиотиков настолько же широко распространено и в государственном секторе. Поэтому стремление к получению дохода может быть лишь частью объяснения, но никак не *единственным* объяснением. Подобным образом нужно поставить под вопрос расхожее представление о том, что пациенты не могут оценить качество, так как вполне обоснованные дифференциалы качества медицины коррелируют с более высокими ценами.

Содействие улучшению медицины

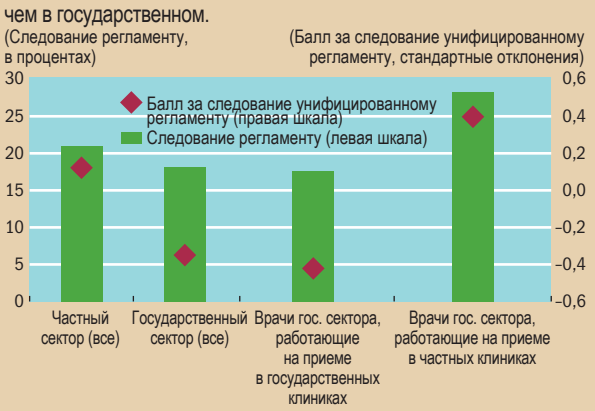
Даже если судить по немногочисленным свидетельствам, грехи частного сектора являются весьма преувеличенными. Делая свой выбор, пациенты руководствуются логикой и оценивают такие факторы, как расстояние, время ожидания, цены и качество медицинской помощи. Почти нет подтверждения тому, что пациенты принимают нерациональные решения о посещении частных клиник. Хотя и есть тенденция злоупотреблений лекарствами в случаях, когда частные врачи одновременно и диагностируют пациентов, и получают компенсацию за назначение определенных препаратов для лечения; такие же проблемы существуют и в государственном секторе.

Проблема, лежащая в основе вопроса выбора частного или государственного сектора, заключается не в невежестве пациентов или их неразумном поведении, а в общем качестве предоставляемой помощи, которое является низким в обоих секторах. Возможно, необходимы более совершенные инфраструктура и обучение, но только одного этого не достаточно для повышения качества здравоохранения (Das and Hammer, 2014). Необходимо изменить поведение врачей и медицинских учреждений, а также влияющие на их работу структуры и стимулы. Для снижения уровня применения ненужных лекарств, например, необходимо принятие мер политики, разрывающих связь между диагностикой и лечением в обоих секторах. Это может быть, среди прочего, правовое разделение деятельности по назначению и распространению лекарственных препаратов и деятельности в области проведения медицинских обследований.

Нет причин для расширения государственной медицинской помощи, если только она как минимум не в той же степени хороша, что и те службы, которые она должна собой заменить. Расширение государственного здравоохранения может быть уместным лишь в тех редких случаях в странах, где частный сектор особенно плох, *а* подотчетность государственного сектора особенно хороша. Но даже тогда правительствам необходимо в значительной степени повысить потенциал государственного сектора или создать внушительную систему регулирования. Более простым решением могло бы быть, прежде всего, внимание к тому, что уже есть, и попытки улучшить существующее положение. Если официальные органы признают, что люди не пользуются услугами государственного сектора, потому что качество этих услуг является низким, и сконцентрируют свои усилия на исправлении ситуации, то пациенты в итоге сделают лучший для себя выбор. ■

Более хорошая медицина

Врач, практикующий одновременно в частном и государственном секторах в сельских районах Индии, вероятнее всего, будет следовать регламенту рекомендованных вопросов и обследований во время ведения приема в частном учреждении, чем в государственном.



Источник: Das et al. (2014).
Примечание. Исследование проводилось в сельском штате Мадхья-Прадеш в Индии.

Хорхе Коараса — старший экономист Всемирного банка, Джишну Дас — ведущий экономист Всемирного банка, Джеффри Хаммер — приглашенный профессор по теме экономического развития в Принстонском университете.

Литература:

Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," PLoS Medicine, *Vol. 9, No. 6, p. e1001244.*

Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," PLoS Medicine, *Vol. 8, No. 8, p. e1000433.*

Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," Annual Review of Economics, *Vol. 6, pp. 525–53.*

Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers *(Washington: World Bank).*

Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990–2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).

Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," Tropical Medicine & International Health, *Vol. 11, No. 1, pp. 81–89.*

Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" Let's Talk Development *(blog), Dec. 2.*

World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," African Economic Research Consortium Report (Washington).

Налоговый фитнес

Использование налогов для побуждения населения к более здоровому образу жизни имеет свой предел

Патрик Пети, Марио Мансур и Филипп Уинжендер

БОЛЕЕ половины взрослого населения в странах с развитой экономикой имеет лишний вес или страдает ожирением, и эта цифра продолжает расти (ОЭСР, 2014). Эпидемия ожирения вызывает 2,8 миллионов смертей в год (ВОЗ), и за один 2008 год она обошлась только Соединенным Штатам 147 миллиардов долларов (Finkelstein et al., 2009). Государственные органы этих стран рассматривали возможность принятия ряда мер для борьбы с этой эпидемией или даже уже проводили их (Jamison et al., 2013), но ни одна из этих мер не вызывала больше дискуссий, чем введение налога на жиры и сахар.

В целях финансирования бюджета современные системы налогообложения в основном полагаются на налоги с широкой базой, такие как подоходный или потребительский налоги. Однако иногда странами вводятся дополнительные налоги для достижения более общих политических целей, таких как сокращение внешних эффектов, то есть вредного воздействия на людей, обусловленного производством или потреблением, которое не находит отражения в ценах. Хорошим примером является загрязнение окружающей среды. Такие налоги в основном принимают форму акциза, то есть налога на узкую группу товаров или услуг.

Успех акцизов на табачные изделия подстегнул попытки взимания подобных налогов с нездоровых продуктов питания, так как существовало мнение, согласно которому более высокие цены снизят их потребление. Но между табаком и нездоровой пищей, особенно той, которая содержит жиры и сахар, есть существенная разница. База налогообложения для табака очень легко определяется, так как из него производится лишь несколько видов изделий (в отличие от жиров и сахара), и у него нет близких аналогов-заменителей; цепочка производства и сбыта табачных изделий является короткой, простой и концентрированной, а потому ее легче контролировать в целях предотвращения незаконной торговли. Кроме того, курение табака имеет выраженное воздействие на окружающих в виде пассивного курения и повышения расходов на здравоохранение, а также оно вредит здоровью независимо от уровня потребления. Эти характеристики оправдывают введение акцизного налога на табачные изделия и делают его целесообразным с точки зрения как экономики, так и здравоохранения.

Для сравнения, при умеренном потреблении жиры и сахар не наносят вреда здоровью, к тому же они почти не оказывают вредного воздействия на окружающих. Особенно важно, что они существуют во множестве естественных и искусственных форм и поступают на рынок через совершенно другие и очень сложные производственно-сбытовые цепочки. Поэтому определение налогооблагаемой базы для конкретных видов сахара или жира является сложным, а взимание налога с одного типа содержащего сахар или жир пищевого продукта может привести к его замене другими нездоровыми аналогами. В итоге относительная эффективность таких налогов по снижению потребления определенных видов продуктов питания не представляется настолько же явной, насколько в случае с табаком. Более того, ввиду того что жиры и сахар считаются пищевыми продуктами, они часто выводятся из-под действия общих налогов с продаж, что делает взимание с них акцизов еще более сложным.

Это вовсе не означает, что акцизы на жиры и сахар не могут играть никакой роли. В определенных обстоятельствах налоги могут довольно действенно увеличивать доходы бюджета и сдерживать потребление лишних калорий. Например, сладким газированным напиткам, являющимся основным источником калорий, можно легко дать определение в целях налогообложения, а уровень их потребления вполне может быть чувствителен к цене. Но ввиду существенных различий между странами в потребительских привычках, доступности и возможных вариантах замещения одних продуктов другими требуется принятие правительствами индивидуальных мер с учетом национальных особенностей.

Кроме того, чтобы добиться ожидаемых результатов от введения акцизов, иногда требуется координация на международном уровне. Введенный в октябре 2011 года в Дании налог на содержание насыщенных жиров был отозван через 15 месяцев как из-за неявного воздействия на потребительские привычки, так и из-за того, что датские потребители стали ездить за покупками в Германию. Другие страны, как, например, Франция, добились бо́льших успехов в применении акцизов для снижения потребления сладких газированных напитков; также есть свидетельства существенного воздействия на потребление определенных социально-экономических групп населения в США (Powell and Chaloupka, 2009).

Акцизы на жиры и сахар, вероятно, не станут настолько же распространенными или действенными, как налоги на табак, но они могут сыграть некоторую роль в определенных обстоятельствах при условии, что они будут проработаны с должным учетом моделей потребления и производственно-сбытовых цепочек конкретных стран и адаптированы к ним. Нельзя забывать, однако, что ожирение в основном является следствием переедания: для решения этой проблемы может потребоваться пересмотр более общих мер политики, влияющих на ценообразование и потребление, таких как налогообложение продуктов питания в рамках общего налога с продаж, регулирование и субсидирование. ■

Патрик Пети и Марио Мансур — старшие экономисты, а Филипп Уинжендер — экономист Департамента по бюджетным вопросам МВФ.

Литература:

Finkelstein, Eric A., Justin G. Trogdon, Joel W. Cohen, and William Dietz, 2009, "Annual Medical Spending Attributable to Obesity: Payer- and Service-Specific Estimates," Health Affairs, *Vol. 28, No. 5, pp. 822–31.*

Jamison, Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," The Lancet, *Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.*

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2014, Obesity Update, *June.*

Powell, Lisa M., and Frank J. Chaloupka, 2009, "Food prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies," The Milbank Quarterly, *Vol. 87, No. 1, pp. 229–57.*

World Health Organization (WHO), Global Health Observatory Database *(Geneva, various years).*

Внимание к инновациям

Препятствия на пути разработки лекарств для борьбы с новыми заболеваниями

Кэрол А. Нэйси

КОГДА возникают новые медицинские угрозы, такие как вирус лихорадки Эбола в Африке, мы скорбим о человеческих жертвах и задаемся вопросом, почему фармацевтические компании не делают большего, чтобы найти медицинское решение для решения проблемы (Surowiecki, 2014). Есть несколько причин, объясняющих, почему зачастую инновации появляются медленно, среди них — слабые экономические стимулы и плохое информирование.

В 2003 году после вспышки в Китае тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), которая распространилась на 37 стран и унесла 775 жизней, врачи-инфекционисты подготовили для газеты *New York Times* график, на котором ТОРС был показан в сравнении с другими угрожающими миру инфекционными заболеваниями. На вершине списка самых распространенных и опасных заболеваний был туберкулез. Несколько миллионов человек во всем мире умирают от туберкулеза ежегодно, большинство — на пике своей экономической производительности. Он смертелен, если человек одновременно заражен ВИЧ/СПИДом.

Хотя мы напряженно размышляем о новых загадочных инфекциях, таких как ТОРС или Эбола, мы уже давно игнорируем туберкулез, который за последние 100 лет убил больше людей, чем любое другое инфекционное заболевание.

Если даже туберкулез до недавнего времени не заставлял предпринимать усилий по разработке новых лекарственных средств, то как стимулировать исследование более локализованных инфекций? Частично ответ кроется в решении относительно того, как финансировать огромные издержки на разработку, оцениваемые в более 1 миллиарда долл. США на одно лекарственное средство (PhRMA, 2013), и внедрение новых и инновационных способов лечения заболеваний, потенциально представляющих глобальную угрозу, но пока подвергающих риску всего нескольких тысяч человек. То есть кто возьмет на себя расходы?

Однако не только экономические соображения, связанные с внедрением новых продуктов, делают фармацевтическую промышленность незаинтересованной в инфекционных заболеваниях, которые распространены за пределами стран с развитой экономикой (*Wall Street Journal*, 2014). Информирование о государственном здравоохранении, пусть и непреднамеренно, также играет огромную роль. Правительства и международные организации здравоохранения, пытаясь действенно распорядиться всегда недостаточными ресурсами государственного здравоохранения, обычно концентрируют свои усилия на эффективном использовании существующих инструментов. Такой акцент на лучшее достижение результатов часто истолковывается фармацевтическими производителями, правильно ли или нет, как сигнал, что власти не видят перед собой никаких нерешенных медицинских проблем, и их волнуют только вопросы повышения эффективности существующих решений.

Туберкулез — прекрасный пример того, как информирование о государственной политике в области здравоохранения десятилетиями мешало разработке лекарств. В течение последних 40 лет туберкулез лечили с помощью четырех антибиотиков, открытых между 1950-м и 1970-м годами. Эти лекарства достаточно эффективны при комбинированном приеме в течение многих месяцев, но они обладают неприятными побочными эффектами, подобными симптомам гриппа, и токсичностью, приводящей, например, к повреждениям печени. Продолжительность лечения, составляющая шесть месяцев, и побочные эффекты заставляют многих пациентов прекращать прием лекарств до того, как они излечиваются от инфекции. В результате выжившие бактерии туберкулеза обретают устойчивость к антибиотикам.

Когда была выявлена эта серьезная проблема с лечением, органы здравоохранения решили не призывать к разработке более безопасных или быстродействующих лекарств, а инициировать программу повышения результативности существующего метода лечения, которая заставила бы пациентов добросовестно принимать лекарства, изобретенные 40–60 лет назад, в течение всего периода лечения. Тем не менее пациенты продолжили прерывать лечение раньше срока, и устойчивость бактерии к старым лекарствам усиливалась. Некоторые формы туберкулеза устойчивы ко всем существующим для его лечения лекарствам. Устойчивая к лекарствам форма туберкулеза представляет собой крупнейшую угрозу для мирового здравоохранения — по оценкам Всемирной организации здравоохранения, из 9 миллионов случаев заражения туберкулезом в год более 500 000 новых случаев приходится на мультирезистентную форму туберкулеза. Лечение лекарственно-устойчивой формы туберкулеза как минимум в 10 раз дороже, а доля успешно вылеченных от общего числа заболевших во всем мире составляет менее 50 процентов.

За последние 15 лет статистические данные о лекарственно-устойчивых формах туберкулеза убедили фармацевтическую промышленность, что туберкулез остается нерешенной медицинской проблемой, и несколько компаний начали проведение научных программ для поиска новых лекарств, более безопасных и эффективных по сравнению с существующими. Период в 10–15 лет, требуемый для разработки новых лекарственных средств (от научного открытия до получения разрешения на продажу лекарства на рынке), означает, что фармацевтическая промышленность как раз успевает представить новые лекарства для борьбы с усиливающимся кризисом, связанным с распространением мультирезистентных форм туберкулеза. Два новых лекарственных средства были недавно одобрены властями ЕС и США (в 2012 и 2014 годах, соответственно), и приближается к завершению клиническая разработка многих других инновационных лекарств для лечения туберкулеза, в том числе двух препаратов от компании Sequella, которую я возглавляю.

Несомненно, есть и другие инфекционные заболевания, распространение которых, как мы считаем, может вызвать серьезные проблемы для гражданского общества. Для стимулирования фармацевтической промышленности к разработке новых лекарств, которые могли бы изменить траекторию потенциальных глобальных эпидемий, мировое сообщество охраны здоровья должно послать правильный сигнал. Необходимо указать на востребованность инноваций, а не только на повышение эффективности использования существующих лекарств, определить области, в которых требуется проведение исследований с помощью специально выделяемых для этого ресурсов, и предложить компаниям экономические стимулы и компенсационные ставки, которые делали бы целесообразными колоссальные расходы на разработку таких лекарств. ■

Кэрол А. Нэйси — генеральный директор компании Sequella, Inc., частной компании, занимающейся разработкой и производством инновационных методов лечения устойчивых к антибиотикам инфекционных заболеваний.

Литература:

PhRMA, 2013, Profile *(Washington: Pharmaceutical Manufacturers of America).*

Surowiecki, James, 2014, "Ebolanomics," The New Yorker, *August 25.*

The Wall Street Journal, *2014, "The Medical Innovation Threat," August 20.*

Замедление торговли

Замедление мировой торговли после кризиса частично определялось структурными, а не циклическими факторами

Кристина Константинеску, Аадитья Матту и Мишель Рута

ЧТО происходит с темпами роста мировой торговли? После восстановления в 2010 году с самых низких уровней Великой рецессии они остаются на удивление вялыми.

В 2012 и 2013 годах торговля возросла не более чем на 3 процента, тогда как докризисные средние темпы составляли 7,1 процента (в 1987–2007 годах; см. рис. 1). Впервые за четыре десятилетия торговля росла медленнее, чем мировая экономика. Экономисты задаются вопросом, можно ли считать такое замедление мировой торговли циклическим явлением, которое со временем скорректируется само собой, или оно связано с более глубокими и более постоянными (то есть структурными) определяющими факторами, — и что будет означать ответ на такой вопрос для будущего мировой торговли и роста доходов.

Циклическое или структурное

Многие экономисты утверждают, что замедление мировой торговли в основном представляет собой циклическое явление, которое определяется кризисом, поразившим Европу в последнее время. Такая точка зрения имеет определенные эмпирические основания. На долю Европейского союза (ЕС) приходится примерно треть совокупных объемов мировой торговли, поскольку, по договоренности, торговля между странами ЕС включается в суммарные показатели мировой торговли. Кризис привел к падению спроса на импорт во всей Европе. Импорт в зоне евро — эпицентре кризиса — сократился в 2012 году

Рисунок 1

Замедленный рост

В последние несколько лет мировая торговля была чрезвычайно вялой после восстановления со времени Великой рецессии.

Источники: МВФ, *«Перспективы развития мировой экономики»* и расчеты авторов.

на 1,1 процента, а в 2013 году увеличился всего на 0,3 процента. С этой точки зрения, если экономика Европы восстанавливается, то и темпы роста мировой торговли должны вновь начать возрастать.

Однако дело не только в циклических компонентах, таких как кризис в Европе. Анализ отношения импорта к ВВП за последние 10 лет показывает, что существуют также долгосрочные компоненты текущего замедления торговли. Несмотря на то что во многих странах после кризиса наблюдалось стабильное отношение импорта к ВВП, такое постоянство доли импорта, очевидно, предвосхищает кризис в Китае и США. В этих двух странах объемы импорта по отношению к реальному ВВП с 2005 года оставались примерно неизменными: представляется, что такое «Великое постоянство» установилось до Великой рецессии, то есть указывает на присутствие долгосрочных определяющих факторов замедления мировой торговли (см. рис. 2).

Действительно, столь продолжительное постоянство отражает нечто более глубокое: структурное изменение соотношения между торговлей и доходами в 2000-х годах по сравнению с 1990-ми годами. В недавней работе (Constantinescu, Mattoo, and Ruta, 2014) после анализа этого соотношения за последние четыре десятилетия сделан вывод о том, что чувствительность торговли к доходам — то, что экономисты называют долгосрочной эластичностью торговли по доходам, — значительно увеличилась в 1990-е годы, но в 2000-х годах снизилась до уровней 1970-х и начала 1980-х годов. В 1990-х годах повышение мировых доходов на 1 процент соотносилось с увеличением объемов мировой торговли на 2,2 процента.

Но такая тенденция роста торговли более чем вдвое по сравнению с ВВП прекратилась на рубеже двух столетий. В 2000-х годах однопроцентное повышение мировых доходов соотносилось с увеличением объемов мировой торговли всего на 1,3 процента. Проведенные исследования подтвердили, что в 1990-х годах наблюдалось статистически значимое изменение соотношения торговля/доходы по сравнению со временем до и после этого периода.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что с момента мирового финансового кризиса торговля росла более медленными темпами не только из-за более медленного роста мировых доходов, но также потому, что сама торговля стала менее чувствительной к росту доходов. Причины замедления торговли имеют более глубокие корни, чем циклические факторы, которые влияют на рост мирового ВВП. Анализ долгосрочных и краткосрочных компонентов роста торговли действительно показывает, что в отличие от коллапса торговли в 2009 году текущее замедление мировой торговли в основном определяется структурными, а не краткосрочными факторами (см. рис. 3).

Пьяница и его собака

Исследование соотношения между мировой торговлей и доходами напоминает анализ поведения пьяницы и его щенка: ни тот, ни другой не идут по прямой, но, тем не менее, мы ожидаем, что они будут оставаться на достаточно близком расстоянии друг от друга. Как бы там ни было, мир представляет собой закрытую экономику, и масштабы обмена товарами и услугами должны соотноситься с экономической деятельностью, которая осуществляется в ее рамках.

Но соотношение между торговлей и доходами меняется во времени; ряд факторов иногда сводит их вместе, а иногда еще более удаляет друг от друга. Существует несколько возможных объяснений более низкой чувствительности торговли к доходам:

- изменения в *структуре торговли*, связанные с удлинением или сокращением *глобальных цепочек поставок* (см. «Цепная» стоимость», «*Ф&Р*», март 2014 года).
- изменения в *структуре мировой торговли*, например, относительная значимость *товаров по сравнению с услугами*;
- изменения в *структуре мировых доходов*, например, относительная значимость *инвестиций и потребления*; и
- изменения *режима торговли*, в том числе нарастание *протекционизма*, приводящего к фрагментации мирового рынка.

Проведенный анализ показывает, что меняющееся соотношение между торговлей и доходами на мировом уровне, в первую очередь, определяется изменениями в торговле по цепочке поставок в двух странах с крупнейшими объемами торговли, США и Китае, а не протекционизмом или меняющейся структурой торговли и доходов.

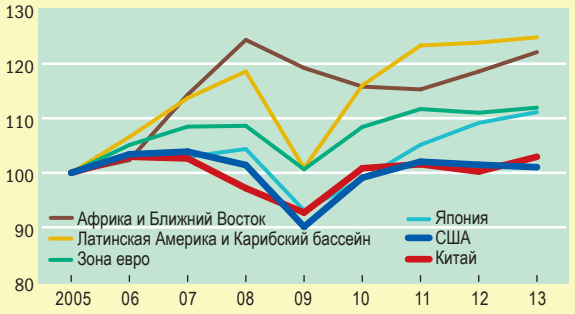
Структура торговли не может в полной мере объяснить более низкую эластичность торговли в 2000-х годах, поскольку ее компоненты (то есть товары и услуги) в последнее время были чрезвычайно стабильны. Не является достаточным объяснением и меняющаяся структура спроса, поскольку эластичности торговли по долгосрочным инвестициям и потреблению одинаковы. И, наконец, рост протекционизма был не слишком заметным, даже после финансового кризиса, а, следовательно,

Рисунок 2

Торможение

В Китае и США отмечалась стабилизация роста доли импорта, начавшегося до кризиса.

(Объемы импорта, процент реального ВВП, 2005 г. = 100)



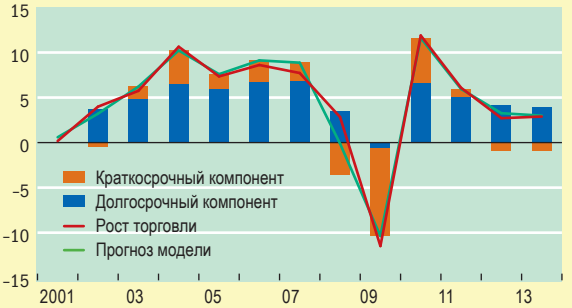
Источники: МВФ, *«Перспективы развития мировой экономики»* и расчеты авторов.

Рисунок 3

Стабилизация

В отличие от коллапса мировой торговли в 2009 году замедление 2012–2013 годов в основном определялось структурными факторами.

(Темпы роста торговли, в процентах)



Источники: МВФ, *«Перспективы развития мировой экономики»* и расчеты авторов.

торговая политика играет незначительную роль в объяснении снижения эластичности мировой торговли.

При анализе на уровне страны обнаруживается, что и в США, и в Китае наблюдалось значительное снижение чувствительности торговли к росту (падение с 3,7 до 1,0 в США и с 1,5 до 1,1 в Китае). В Европе, напротив, практически не отмечалось никаких изменений. Другие регионы сталкивались со значительными изменениями эластичности торговли во времени, но на них приходится незначительная доля мировой торговли, а потому они не позволяют объяснить изменение эластичности мировой торговли.

Колебания соотношения торговля/доходы на уровне региона и страны связаны с меняющейся структурой международной торговли. Примером действующих экономических факторов является Китай.

Замедление 2012–2013 годов, скорее всего, сохранится в предстоящие годы.

Меняющиеся цепочки

Возросшая эластичность торговли по доходам в 1990-х годах, вероятно, отражала нарастающую фрагментацию производства в международных масштабах (Escaith, Lindenberg, and Miroundot, 2010). Шок информационных и коммуникационных технологий 1990-х годов привел к быстрому расширению глобальных цепочек поставок со все большими объемами импорта деталей и компонентов для обработки и реэкспорта, в частности, в Китае. Получающееся в результате увеличение взаимной торговли компонентами приводит к тому, что измеряемый объем торговли опережает национальный доход.

И наоборот, снижение эластичности торговли в Китае вполне может быть симптомом дальнейшего изменения роли этой страны в международном производстве. Есть определенные свидетельства того, что международные цепочки поставок Китая могли окончательно сформироваться в начале 2000-х годов, что стало причиной более низкой чувствительности торговли Китая к ВВП. Такая динамика отражается в падении доли китайского импорта деталей и компонентов в совокупном экспорте, снизившейся со своего максимального значения 60 процентов в середине 1990-х годов до текущего показателя доли на уровне примерно 35 процентов.

Все эти изменения не означают, что Китай отказывается от глобализации. Более низкая доля импортируемых деталей и компонентов в совокупном экспорте фактически отражает замену иностранных вводимых ресурсов на отечественные в китайских компаниях — вывод, который подтверждается данными о растущей внутренней добавленной стоимости китайских компаний (Kee and Tang, 2014). При этом растущая внутренняя доступность вводимых ресурсов была связана с прямыми иностранными инвестициями. Такие изменения могут также определяться географическими факторами, поскольку прибрежные районы Китая начинают использовать относительно бо́льшие объемы ресурсов из внутреннего Китая, потому что стоимость перевозок и коммуникаций с внутренними районами сократилась намного больше, чем с остальным миром. Интеграция торговли в настоящее время может приобретать форму в большей степени внутренней торговли, а не международной торговли, однако официальная статистика обычно отражает только последнюю.

Пониженная чувствительность торговли к доходам в США в некотором роде является отражением изменений в Китае. США являлись основным источником бума импорта деталей и компонентов в Китае и других странах с формирующимся рынком и были главным направлением их экспорта готовой продукции. В 1990-х годах, по мере того как компании США все более активно перемещали различные этапы производства за пределы США, торговля в большей мере реагировала на изменения доходов. В последние годы, даже несмотря на продолжающееся перенесение производства за границу, темпы процесса международной фрагментации очевидно снизились. С начала столетия импорт готовой продукции США по отношению к ВВП оставался стабильным на уровне примерно 8 процентов после фактического удвоения за предыдущие полтора десятилетия.

В отличие от Китая и США в зоне евро в 2000-х годах сохранялась высокая чувствительность торговли к ВВП. Это может быть результатом продолжающегося распространения цепочек поставок на восточную и центральную Европу из стран зоны евро, например, из Германии.

Старые и новые движущие факторы

Продолжится ли замедление мировой торговли? Окажет ли это воздействие на мировые темпы роста и на страны, стремящиеся использовать торговлю как движущий фактор роста? Полученные результаты показывают, что замедление 2012–2013 годов определялось структурными (а значит, более долговременными) изменениями соотношения торговля/доходы, то есть данный процесс, скорее всего, продолжится и в предстоящие годы. Это может повлиять на потенциал роста мировой экономики, поскольку торговля и доходы зависят друг от друга.

Но следует также признать, что изменение долгосрочного соотношения между торговлей и доходами, лежащее в основе замедления торговли, является симптомом изменения структуры международного производства. Высокая чувствительность торговли по отношению к росту в 1990-х годах отражала растущую фрагментацию производства, которая определялась в основном США и Китаем. По-видимому, на данный момент этот механизм исчерпал свою движущую силу. Но в Европе все еще сохраняются значительные возможности расширения международного разделения труда, и в будущем это может оказаться важным для таких регионов, как южная Азия, Африка и Южная Америка, которым еще предстоит добиться максимального использования глобальных цепочек поставок. Программа мер в области торговли Группы двадцати стран с развитой экономикой и стран с формирующимся рынком должна сыграть свою роль, чтобы эти возможности не были упущены. ■

Кристина Константинеску — научный сотрудник, Мишель Рута — старший экономист отдела внешнего сектора Департамента по вопросам стратегии, политики и анализа МВФ, Аадитья Матту — научный руководитель отдела торговли и международной интеграции Всемирного банка.

Литература:

Constantinescu, Cristina, Aaditya Mattoo, and Michele Ruta, 2014, "Global Trade Slowdown: Cyclical or Structural?" (unpublished; Washington: IMF and World Bank).

Escaith, Hubert, Nannette Lindenberg, and Sébastien Miroudot, 2010, "International Supply Chains and Trade Elasticity in Times of Global Crisis," WTO Staff Working Paper ERSD–2010–08 (Geneva: World Trade Organization).

Kee, Hiau Looi, and Heiwai Tang, 2014, "Domestic Value Added in Exports: Theory and Firm Evidence from China" (unpublished; Washington: World Bank).

Прирост продолжается

К 2050 году две трети населения мира будет проживать в городских районах

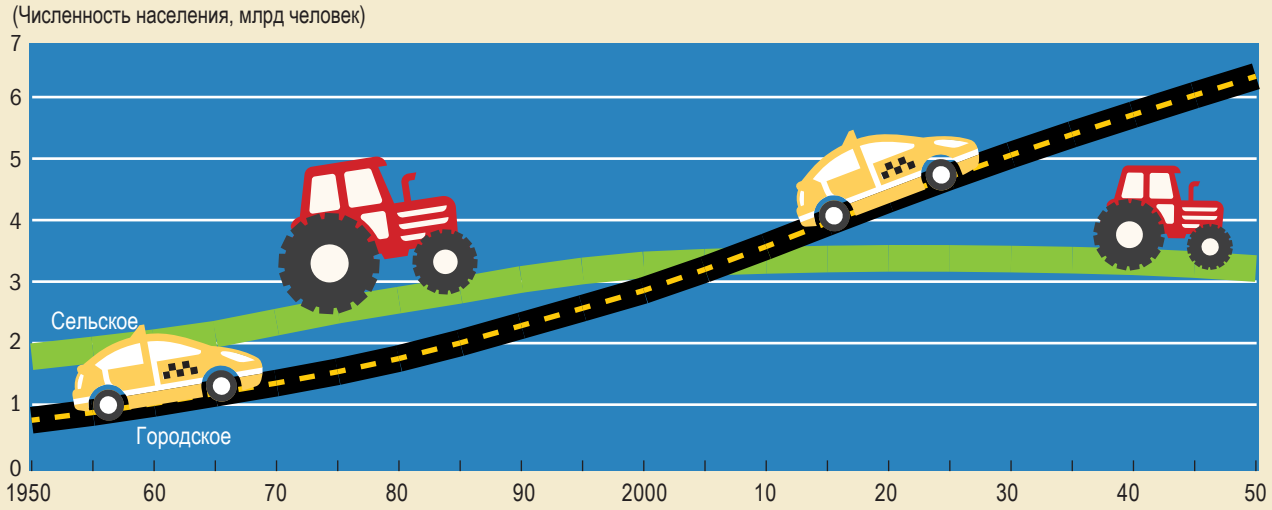
В настоящее время более половины населения мира проживает в городах. К 2050 году эта доля, по оценкам, возрастет до 66 процентов, согласно новому докладу Организации Объединенных Наций. Ожидается, что 37 процентов прогнозируемого прироста городского населения мира за период с 2014 по 2050 год будет приходиться всего на три страны: Индию, Китай и Нигерию.

К числу наиболее урбанизированных регионов в настоящее время относятся Северная Америка и Латинская Америка. В Африке и Азии, напротив, большинство населения по-прежнему проживает в сельской местности. В ближайшие десятилетия уровень урбанизации, как ожидается, повысится во всех регионах, причем в Африке и Азии урбанизация будет происходить быстрее, чем в остальных.

В докладе отмечается, что к 2030 году в мире будет насчитываться более 40 мегаполисов, причем население каждого из них составит не менее 10 миллионов человек. Токио с населением 38 миллионов человек является крупнейшим городом мира. Несмотря на прогнозируемое снижение численности населения, Токио останется крупнейшим городом мира в 2030 году с населением 37 миллионов человек; за ним с небольшим отставанием будет следовать Дели с населением 36 миллионов человек.

В связи с продолжающейся урбанизацией в мире наиболее важные задачи в области развития будут сосредоточены в городах, особенно в странах с доходами ниже средних, где темпы урбанизации являются самыми быстрыми. В докладе подчеркивается, что городам потребуется создать лучшие возможности для получения доходов и занятости, обеспечить равный доступ к услугам и расширить инфраструктуру водоснабжения и канализации, транспорта, жилищного строительства, энергетики, а также информации и коммуникаций.

БОЛЬШИНСТВО НАСЕЛЕНИЯ МИРА ПРОЖИВАЕТ В ГОРОДАХ



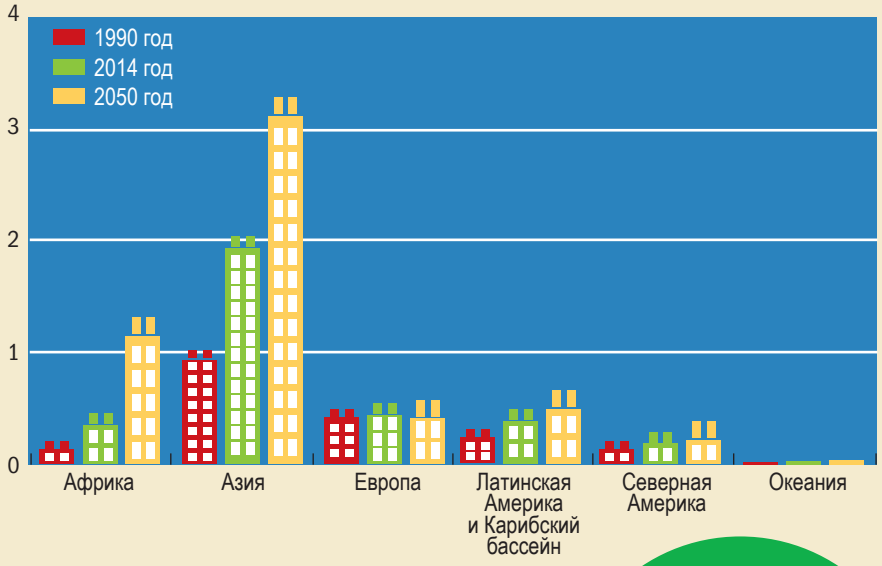
КРУПНЕЙШИЕ ГОРОДА МИРА В 2014 ГОДУ

(Численность населения, млн человек)

ТОКИО	ДЕЛИ	ШАНХАЙ	МЕХИКО	САН-ПАУЛУ
38	25	23	21	21

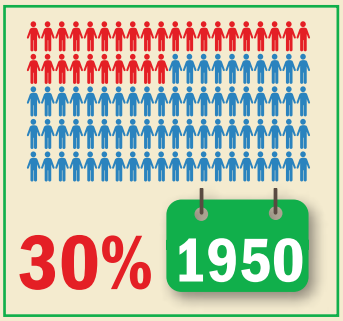
ЧИСЛО ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДОВ ЗНАЧИТЕЛЬНО РАЗЛИЧАЕТСЯ ПО РЕГИОНАМ

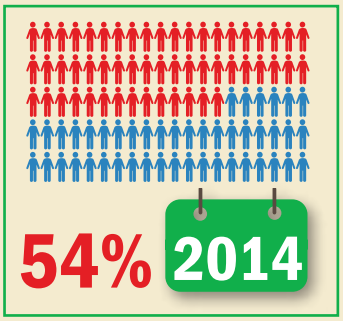
(Городское население, млрд человек)

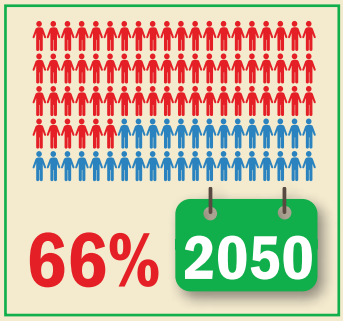


ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ

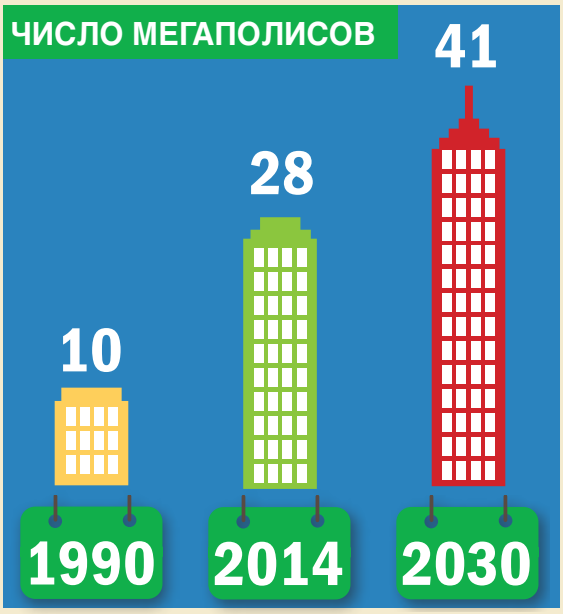
(Доля от общей численности)







ЧИСЛО МЕГАПОЛИСОВ



В 2007 ГОДУ

ЧИСЛЕННОСТЬ МИРОВОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕВЫСИЛА ЧИСЛЕННОСТЬ МИРОВОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Подготовила Натали Рамирес-Джумена, старший редактор журнала «Финансы и развитие». Текст и рисунки основаны на докладе World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights («Перспективы мировой урбанизации: пересмотренное издание 2014 года, основные положения»), *опубликованном Организацией Объединенных Наций в июле 2014 года. С докладом можно ознакомиться по адресу: esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf.*

ДРАКОН среди ИГУАН

Энтони Элсон

Экономические и финансовые связи Китая с Латинской Америкой приобретают все большее значение для этого региона

В ходе визита в Латинскую Америку в июле 2014 года президент Китая Си Цзиньпин охарактеризовал отношения между его страной и этим регионом как «содружество общей судьбы». Но, по-видимому, именно Китай определяет эту судьбу.

С того времени, как экономика Китая стала открытой после его присоединения ко Всемирной торговой организации в 2001 году, эта страна быстро приняла на себя ведущую роль в торговле и прямых иностранных инвестициях в мировой экономике. В 2012 году Китай стал крупнейшим торговым государством в мире, а в 2013 году — вторым по величине получателем прямых иностранных инвестиций после США и третьим по величине источником внешних инвестиций после США и Японии.

В процессе своей грандиозной экспансии в мировой торговле и инвестиционной деятельности с начала столетия Китай значительно расширил свои экономические и финансовые связи с Латинской Америкой. Эти инициативы Китая не были направлены исключительно на Латинскую Америку; они составляют часть более общей стратегии «выхода за границу» Китая для установления торговых и финансовых связей с рядом развивающихся районов Юга — в Африке и Центральной и Юго-Восточной Азии, а также в Латинской Америке.

Значение этих растущих отношений «Юг-Юг» для Китая и Бразилии также проявилось во время визита президента Си в 2014 году, когда в г. Форталезе, Бразилия были официально оформлены новые механизмы кредитования для развивающихся стран в рамках альянса БРИКС (Бразилия, Россия, Индия, Китай и Южная Африка).

Более тесные связи

Двусторонняя торговля между Китаем и Латинской Америкой с начала 2000-х годов увеличивалась экспоненциальными темпами: с 12 млрд долларов США в 2000 году до 289 млрд долларов США в 2013 году (см. рисунок). При том что в течение этого периода между двумя торговыми партнерами наблюдался растущий дисбаланс в пользу Китая, эта двусторонняя торговля также была асимметричной в том отношении, что Китай является гораздо более важным торговым партнером для стран Латинской Америки, чем они для него. В настоящее время Китай — второй по величине источник импорта Латинской Америки (после США) и третий крупнейший получатель ее экспорта (после США и Европейского союза).

Экспорт из Латинской Америки в Китай почти полностью составляют основные биржевые товары (углеводороды, медь, железная руда, соевые бобы). Спрос Китая на эти товары

является одной из причин значительного улучшения условий торговли, наблюдавшегося в Латинской Америке в течение пяти лет до мирового финансового кризиса 2008–2009 годов. Это улучшение и сопутствующий ему рост объемов экспорта обеспечил значительный прирост реального ВВП и рост доходов этого региона в предшествующее десятилетие.

Импорт Китая из Латинской Америки отражает значительный спрос этой страны на сырье для поддержки развития. Его импорт из этого региона имеет высокую степень концентрации и поступает, прежде всего, из Аргентины, Бразилии, Венесуэлы, Перу и Чили. Китай стал одним из основных экспортных партнеров этих стран. Однако китайский импорт сырья и промежуточных продуктов весьма диверсифицирован. Он покупает также у поставщиков в странах Африки, Азии и Северной Америки. Исключение составляет медь, 55 процентов поставок которой идет из региона Латинской Америки (в том числе 30 процентов — из Чили).

Прямые иностранные инвестиции из Китая в существенной степени ориентированы на расширение эксплуатации природных ресурсов в Латинской Америке

Экспорт Китая в Латинскую Америку, в свою очередь, в основном состоял из продукции обрабатывающей промышленности, имитируя исторически сложившуюся схему межотраслевой торговли между странами Севера и Юга. Тем не менее, наблюдались некоторые заметные исключения из традиционного обмена сырья на промышленные товары: наиболее важным примером является недавняя покупка Китаем реактивного самолета у бразильской корпорации Embraer.

В более общем плане, однако, значительные административные барьеры Китая препятствовали экспорту товаров обрабатывающей промышленности из Латинской Америки в Китай, равно как и высокие транспортные расходы по сравнению с рынками в Западном полушарии. Кроме того, Экономическая комиссия ООН для Латинской Америки и Карибского бассейна (ЭКЛАК) отметила существующую в Аргентине и Бразилии обеспокоенность по поводу возможного китайского демпинга простых экспортных товаров обрабатывающей промышленности, таких как сталь, текстиль и бытовая техника.

Кредит и инвестиции

Финансовые связи между Китаем и Латинской Америки также значительно расширились с середины прошлого десятилетия, хотя кредитная и инвестиционная деятельность Китая была намного меньше в абсолютном выражении, чем его импорт из этого региона. С 2005 года общий объем обязательств по предоставлению кредитов Латинской Америке Банком развития Китая и Эксимбанком Китая составил почти 100 млрд долларов США, согласно центру «Межамериканский диалог», базирующемуся в Вашингтоне, округ Колумбия.

Объем предоставленного Китаем кредита в 2010 году был примерно равен совокупному объему кредитов Всемирного банка, Межамериканского банка и Экспортно-импортного банка США, но с того времени он сократился. В отличие от кредитов этих учреждений, значительная часть финансирования из Китая была выделена таким странам, как Аргентина, Венесуэла и Эквадор с ограниченным доступом к другому официальному или частному финансированию. Венесуэла, на долю которой приходится примерно половина общего объема займов данного региона, получаемых от Китая, планирует погасить значительную часть этих кредитов в натуральной форме за счет экспорта нефти. Китай предъявлял мало условий (или совсем не предъявлял таковых) по своим кредитам этому региону, направлявшимся на финансирование различных инфраструктурных проектов.

Во время своего недавнего турне по Латинской Америке президент Си объявил о создании новых кредитных механизмов в размере 35 млрд долларов США для финансирования дополнительных инфраструктурных проектов и проектов в области развития, представляющих интерес для Китая и стран-получателей в Латинской Америке. Новый совместный форум, включающий Китай и Сообщество государств Латинской Америки и Карибского бассейна (СЕЛАК), о создании которого также было объявлено во время визита президента Китая, будет управлять значительной частью этих средств. Форум предназначен для содействия сотрудничеству между двумя партнерами по более широкому, чем экономические и финансовые связи, кругу вопросов.

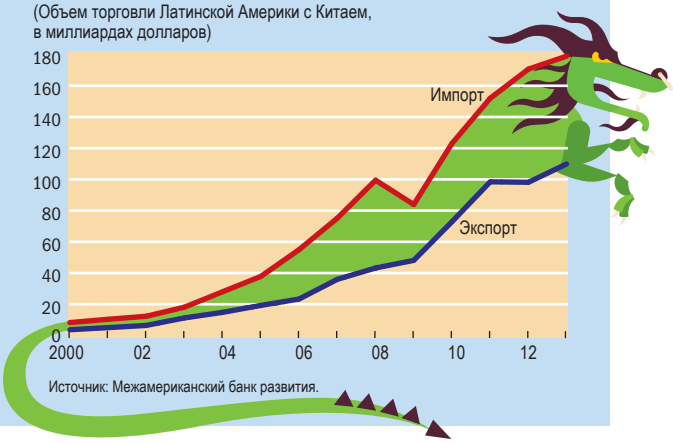
Одним из важных инфраструктурных проектов, обсуждаемых в настоящее время Китаем, Бразилией и Перу, является строительство трансконтинентальной железной дороги в Южной Америке, которое будет первым региональным проектом подобного рода. Состоялись также обсуждения между частным китайским инвестором и правительством Никарагуа относительно трансокеанского канала через Никарагуа.

Прямые иностранные инвестиции из Китая близко отражают структуру его импорта и в существенной степени ориентированы на расширение эксплуатации природных ресурсов в Латинской Америке (добыча меди и железной руды, разведка углеводородов, производство сои). Аргентина, Бразилия и Перу были крупнейшими получателями прямых иностранных инвестиций Китая, составивших примерно 32 млрд долларов США в 2010–2012 годы. Китайские фирмы имеют особенно значительный портфель проектов в Перу по развитию средств добычи меди в этой стране, составляющий 20 млрд долларов США. Это превышает совокупные инвестиции фирм США и Канады, которые до сих пор были ведущими инвесторами в отрасли добычи меди в Перу.

Ревущий дракон

Двусторонняя торговля Китая с Латинской Америкой существенно увеличилась с начала столетия, причем продажи Китая этому региону опережают его покупки.

(Объем торговли Латинской Америки с Китаем, в миллиардах долларов)



Источник: Межамериканский банк развития.

Значительная доля прямых иностранных инвестиций Китая в Латинской Америке направляется через Британские Виргинские Острова и Каймановы Острова, согласно статистическим данным Комиссии по торговле и развитию ООН. Однако конечное назначение этих потоков невозможно четко определить. Без учета потоков, направляемых через эти офшорные финансовые центры, прямые иностранные инвестиции из Китая в последние годы составляли всего примерно 5–6 процентов от общего объема инвестиций в Латинскую Америку, хотя ожидается, что эта доля увеличится.

Не все так хорошо

Экономические и финансовые отношения Латинской Америки с Китаем в последние годы обеспечили этому региону значительные выгоды в виде расширения экспорта и притока иностранного капитала. Но в долгосрочной перспективе это может иметь негативные последствия.

Одна из проблем связана с возвратом к высокой доле биржевых товаров в экспорте данного региона. Доля сырья в экспорте Латинской Америки сократилась примерно с 52 процентов в начале 1980-х годов до низкого уровня в 27 процентов в конце 1990-х годов, но возросла до более чем 50 процентов непосредственно перед мировым финансовым кризисом. Традиционная зависимость Латинской Америки от экспорта природных ресурсов представляла проблему для этого региона, подвергая его риску волатильности условий торговли и ослабляя конкурентоспособность его обрабатывающего сектора за счет колебаний обменного курса.

Феномен возврата к высокой доле биржевых товаров в экспорте усилился в связи с недавним ростом импорта странами Латинской Америки товаров обрабатывающей промышленности из Китая, многие из которых напрямую конкурируют с производством в регионе, ориентированном на внутренние и региональные рынки. Это, в свою очередь, может ослабить спрос на продукцию других обрабатывающих и необрабатывающих отраслей, являющихся поставщиками для внутренних производителей. Проблемы демпинга, отмеченные выше, только усиливают эти опасения. Учитывая характер экспорта Китая в данный регион, выгоды от его вклада в технологическую модернизацию производства в регионе незначительны или вообще отсутствуют.

Доля обрабатывающей промышленности в ВВП региона сократилась с 25 процентов в 1980 году до 21 процента в 2000 году и 15 процентов в 2010 году, согласно данным, составляемым ЭКЛАК. За тот же период обрабатывающая промышленность в рамках Ассоциации государств Юго-Восточной Азии и в Китае возросла примерно до 40 процентов ВВП. В одном из недавних исследований был сделан вывод о том, что экспорт недорогих товаров обрабатывающей промышленности из Китая в Латинскую Америку и третьи рынки значительно подорвали конкурентоспособность Латинской Америки на этих рынках, что существенно тормозит расширение производственной базы этого региона (Gallagher and Porzecanski, 2010).

Помимо конкуренции со стороны экспорта продукции обрабатывающей промышленности из Китая, Латинская Америка в последнее время испытывает снижение внешних условий торговли и ослабление глобального спроса на ее сырьевые товары, что отчасти обусловлено перебалансированием экономики Китая с переносом центра тяжести с инвестиций на внутреннее потребление (см. «Сдвиг в Китае» в июньском номере «*Ф&Р*» 2014 года). Это изменение, в свою очередь, вновь поставило регион перед перспективой значительно более низкого роста, согласно последним прогнозам *«Перспектив развития мировой экономики»* МВФ.

При этих сдерживающих факторах регион сталкивается с некоторыми из тех же проблем долгосрочного развития, которые препятствовали его устойчивому росту до установления связей с Китаем. Одно из препятствий связано с расширением и модернизацией инфраструктуры транспорта, грузоперевозок и производства электроэнергии помимо того, что поддерживается Китаем. В последние годы Латинская Америка инвестировала недостаточно средств в инфраструктуру: государственные инвестиции в последнее десятилетие составляли примерно 2 процента ВВП в год. Это — меньше половины годового уровня средств, затрачиваемых странами Восточной Азии с высокими темпами роста экономики.

Одной из важных областей развития инфраструктуры, ставшей решающим фактором конкурентоспособности экспорта, является качество услуг, содействующих торговле страны, — таможенного оформления и транзитных процедур, средств связи, финансирования торговли и механизмов регистрации новых предприятий. С повышением важности глобальных цепочек создания стоимости в международной торговле эти услуги становятся незаменимыми. Южная Америка мало участвует в глобальных цепочках создания стоимости — гораздо меньше, чем, например, Восточная Азия. Последний регион получил название «фабрика Азия» благодаря густой сети трансграничных производственных связей, поддерживающей динамизм его экспорта, в котором Китай играет ключевую роль.

Второй важнейшей областью для дальнейшего развития Латинской Америки являются технологические инновации, которые имеют существенное значение для усовершенствования ее производственной базы и повышения производительности труда. Диверсификация экспорта, связанная с увеличением технологической сложности производимой продукции, является одним из ключевых факторов содействия высоким темпам экономического роста. Международные обследования, проводимые Всемирным экономическим форумом, показывают, что частная предпринимательская деятельность в Латинской Америке, как правило, отстает (по сравнению с Восточной Азией) по технологическим возможностям хозяйственных операций, судя по затратам на НИОКР, установленным мощностям для инноваций и количеству выданных патентов.

Наряду с этими областями для улучшений, правительства стран Латинской Америки должны воспользоваться новым совместным форумом Китая и стран СЕЛАК для поиска путей диверсификации экспортной торговли этого региона и увеличения его прямых иностранных инвестиций в Китае. Отмеченное выше перебалансирование экономики Китая должно предоставить возможности для роста экспорта продукции обрабатывающей промышленности из этого региона, учитывая ожидаемое укрепление курса юаня и повышение внутренних ставок заработной платы и потребления. Со временем такие усилия должны позволить Латинской Америке получать дополнительные выгоды от экономических и финансовых связей с Китаем, который стал одним из ее основных партнеров в мировой экономике.

Визит президента Си в Латинскую Америку в 2014 году является реальным свидетельством того, что такое развитие событий представляет большой стратегический интерес также и для Китая. ■

Энтони Элсон преподает в Университете Дьюка и в Университете Джона Хопкинса и является автором книги Globalization and Development: Why East Asia Surged Ahead and Latin America Fell Behind («Глобализация и развитие: почему Восточная Азия вырвалась вперед, а Латинская Америка отстала»).

Литература:

Gallagher, Kevin, and Roberto Porzecanski, 2010, Dragon in the Room: China and the Future of Latin American Industrialization *(Palo Alto, California: Stanford University Press).*

Положительная сторона «БОЛЬШИХ ДАННЫХ»

Кристофер У. Сурдак и Сара Агарвал

ФЕРМЕР пользуется простым мобильным телефоном, чтобы узнать цены на выращенные им культуры, а затем находит покупателя, готового заплатить самую высокую цену: это наиболее распространенный пример того, как технология может стимулировать социально-экономическое развитие.

Но современные технологии позволяют нам перевести этот пример на ступеньку выше. С помощью смартфона и простых приложений покупатели могут отслеживать число фермеров, с которыми они встречаются за день, а фермеры могут следить за своими годовыми доходами. Располагая собранной за год информацией, приложение может подсказать фермерам оптимальные сроки и место для сбыта их продукции. Приложения увязывают рыночный спрос с метеорологическими явлениями, чтобы информировать фермеров об оптимальных сроках посева и уборки урожая. Такие аналитические инструменты также позволяют фермерам узнавать об осадках и почвенных условиях и их влиянии на посеянные ими культуры. Они также могут оповещать фермеров о распространении заболеваний сельскохозяйственных культур и методах их профилактики — щелчком кнопки. Благодаря использованию «больших данных», мелкие фермеры могут принимать более обоснованные решения, что ведет к дальнейшему повышению эффективности и рентабельности.

«Большие данные» часто определяются как сбор, анализ и использование больших объемов данных. Но все это уже делается с помощью существующих инструментов; «большие данные» отличаются от них способностью выявлять незамеченные ранее отношения, пользуясь многочисленными и порой не связанными друг с другом источниками. Мы можем теперь задавать новые вопросы и получать новые ответы. И можем это делать, пользуясь общей инфраструктурой (такой как «облачные» вычисления), а не установленным на месте оборудованием, таким образом, пользоваться этим могут почти все. Мы можем узнать о поведении людей больше, чем когда-либо, а поведение тесно связано с решением проблем.

Как и у любой технологии, у «больших данных» есть обратная сторона. Сбор больших объемов данных может улучшить жизнь людей, но может быть использован и для управления ими, манипулирования и эксплуатации. Большинство организаций использует информацию с благими намерениями. Но не все разделяют такие намерения. Усиливается обеспокоенность по поводу влияния данных на людей, и многие правительства осознают необходимость в регулировании данных.

Для реализации преимуществ «больших данных» в развивающихся странах необходима революция как в использовании технологии, так и в методах ее применения. Только значительное изменение на обоих фронтах позволит «большим данным» в полном объеме способствовать

Анализ данных можно использовать в качестве локомотива экономического роста в развивающихся странах

Фермер, выращивающий картофель, использует смартфон, Муншигондже, Бангладеш

развитию. Правительствам, наряду с неправительственными организациями (НПО) и поддерживающими их донорами и фондами, принадлежит решающая роль.

«Большие данные» быстро становятся задачей по постановке новых и более точных вопросов. Всякий раз, когда вы пользуетесь телефоном или что-то размещаете на платформе социальных сетей, вы создаете данные, которые накапливаются в море цифровой информации. Аналитики могут собирать эти данные, и вместо вопроса *что* произошло, могут теперь поставить более важный вопрос — *почему*. Чем объясняются поступки людей? Почему какие-то конкретные вводные данные дают конкретный результат? Ответы на эти вопросы могут на многое пролить свет.

Например, пытаясь понять, чем объясняется большее число смертей на душу населения от болезней в конкретном районе, аналитик выясняет, что число пациентов, приходящих на прием к врачам в этом районе, уменьшается в определенное время года. Перекрестная проверка с другими данными указывает на корреляцию между посещениями врачей и снижением уровня воды в это время года. При низком уровне воды враги из соседнего района могут пройти на территорию, на которой расположена районная больница. В страхе за свою жизнь люди, даже заболев, избегают эту больницу. Новая больница или клиника в другом месте была бы разумным новым решением старой проблемы.

Практические решения

Программа HP Earth Insights, разработанная совместно организацией Conservation International и компанией Hewlett-Packard, значительно улучшает сбор, анализ и обмен данными о растительности, видах, запасах углерода и климате. Раньше ученые неделями изучали разрозненные данные и огромное количество, казалось бы, несвязанных фотографий диких животных в 17 тропических лесах в 15 странах. Пользуясь программным обеспечением «больших данных» для интеграции различных наборов данных, расчетов и моделирования, теперь они могут определить тенденции в считанные минуты и лучше понять, как потеря лесов и изменение климата ведут к утрате биологических видов. Затем Conservation International может предложить актуальные решения и определить, что работает лучше всего.

Или рассмотрим Kreditech, частную компанию, пользующуюся «большими данными» для оценки кредитных досье потенциальных заемщиков с помощью публично доступной информации, включая социальные сети. Это важно, поскольку у немногих людей в развивающихся странах есть традиционное кредитное досье, что ограничивает их возможности по получению кредита вообще или по разумным ставкам. Альтернативные же методы Kreditech могут способствовать предоставлению необеспеченных кредитов заемщикам, которые ранее считались не соответствующими критериям. Так, например, если друг потенциального заемщика успешно получил ссуду, это считается положительным фактором при определении его собственной кредитоспособности. До сих пор коэффициент погашения ссуд Kreditech на некоторых рынках доходит до 93 процентов, указывая не только на легитимность ее критериев, но и на их потенциальное превосходство по сравнению с традиционными показателями. Возможность работать, не обращаясь к традиционным кредитным бюро, означает, что миллионы людей, не имеющих кредитного рейтинга, вскоре могут соответствовать критериям получения кредита.

К дополнительным примерам влияния «больших данных» на развитие относятся французская многонациональная телекоммуникационная корпорация Orange и шведский некоммерческий Фонд Flowminder, которые используют информацию, полученную из голосовых и текстовых данных мобильных телефонов, для мониторинга движения населения, чтобы знать, где лучше всего разместить центры лечения лихорадки Эбола.

«Большие данные» могут усовершенствовать анализ существующих проблем развития, но только при условии, что светлые головы возьмутся за решение этих вопросов и возглавят работу по устранению социально-экономических проблем. Здесь контекст данных заключается в разнице между открытием интересных фактов и фактов, на которые можно воздействовать в местных условиях. Недостаточно импортировать ученых-специалистов по данным из-за рубежа. Местные жители, знакомые с местными проблемами и культурой, способны лучше анализировать данные. Соответственно, международные доноры и правительства должны играть ключевую роль в поддержке подготовки местных аналитиков. Директивные органы, в свою очередь, должны быть готовы к экспериментам с творческими и смелыми новыми решениями проблем экономической политики, которые становятся возможными благодаря «большим данным».

Усиленная инъекция технологии

Многие люди задаются вопросом, могут ли «большие данные» заполнить пробелы, когда информация из традиционных государственных источников данных неполна или неточна. Мы уже многое можем узнать из данных, полученных в развивающихся странах благодаря телефонам, электросчетчикам и спутникам (например, о маршрутах поездок или хозяйственной деятельности). Но более развитая инфраструктура позволила бы сделать намного больше.

Дополнительные данные можно получить из усовершенствованной модификации мобильного телефона, который уже есть у большинства людей в странах с формирующимся рынком. По мере перехода растущего числа людей с мобильных телефонов на смартфоны будет расти объем актуальных данных. Это происходит потому, что смартфоны поощряют более интерактивное поведение с использованием приложений, обогащая «клад» для «раскопок» аналитиков. Поощрение принятия смартфонов на вооружение для решения проблем в конкретных секторах (таких как здравоохранение и сельское хозяйство) и местах (таких как города определенного размера) будет означать как рост количества, так и повышение качества информации в геометрической прогрессии.

Доноры и правительства не склонны к инвестированию в смартфоны для людей, которым они не по карману, поскольку они могут считаться предметом роскоши, как телевизор. Но ввиду ценности для общества получаемых данных, правительствам следует подумать о субсидировании стоимости смартфонов или связанных с ними абонементов на данные для сбора информации о пользователях. Расходы на субсидии можно возместить за счет этической продажи анонимных данных тем, кому они нужны в коммерческих целях. В мире сбора данных смартфоны не являются роскошью, они являются «последней милей» жизненно необходимой общественной инфраструктуры.

С увеличением числа владельцев смартфонов потребуются дополнительные приложения для производства соответствующего местного содержания. Приложения, помогающие людям найти чистую воду недалеко от дома, предупреждают о вспышке холеры или лихорадки Эбола или помогают им поддерживать местную школу, в свою очередь предоставят дополнительную информацию, чтобы послужить пищей для еще более совершенного анализа данных и ответить на вопросы, о постановке которых мы даже не задумывались. В действительности нам неизвестно в полной мере, чего можно достигнуть, пока не начнется использование таких приложений.

Важное значение будут иметь приложения, разработанные и управляемые местными жителями, непосредственно знакомыми с потребностями своих соседей. Местные разработчики будут играть главную роль в этих усилиях, и их инициативы следует поддерживать. Расширение использования смартфонов создаст рынок для разработчиков приложений и расширит их ряды, а правительства, доноры и неправительственные организации

могут обеспечить обучение, место для работы и другие виды поддержки. Работу разработчиков программного обеспечения следует считать продолжением официальной статистической деятельности: их роль в сборе информации не менее важна.

Некоторые опасаются, что «большие данные» будет использоваться в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах для укрепления авторитарных правительств, которые могут использовать эту информацию, чтобы сохранить власть. По меньшей мере, в результате использования собранных данных не по назначению может быть нарушена неприкосновенность личной жизни. Но ведь от применения любой технологии, а не от самой этой технологии, зависит хороша она или плоха.

Для укрепления доверия к сбору данных и обеспечения их надлежащего использования необходимы политика конфиденциальности и другие гарантии. Данные, собираемые в настоящее время, находятся у операторов мобильной связи, правительств, поставщиков приложений, сетевых провайдеров социальных медиа. Предоставление этих данных в агрегированной, анонимной форме для анализа данных чрезвычайно важно, и правительства могут сформулировать политику, позволяющую раскрытие этой информации (даже для частных поставщиков) в случае обоснованной необходимости.

Максимизация применения противомоскитных сеток

Некоторые утверждают, что инструменты «больших данных» и необходимые для них инвестиции не столь важны для развивающихся стран как, скажем, противомоскитные сетки. А что, если «большие данные» позволят оптимизировать сроки распределения противомоскитных сеток? На самом деле они уже в состоянии это делать. Информационная система для принятия решений по борьбе с комарами «aWhere's» сочетает изображения, полученные из спутниковых данных, погодные модели и биологию комаров для выявления потенциальных атак еще до появления этих насекомых, — в конечном итоге предоставляя поставщикам и пользователям противомоскитных сеток бесценную информацию о том, где лучше всего использовать их запасы.

Этот пример показывает, как оптимизация использования данных может улучшить работу в области развития посредством обеспечения рационального использования ограниченных ресурсов в различных областях. «Большие данные» не сводятся к большей осведомленности, более глубокому пониманию или более точным прогнозам; речь идет и о повышении отдачи при меньших затратах.

Для использования анализа данных в целях стимулирования роста в развивающихся странах необходимы следующие простые шаги: инвестиции в нужную технологию и образование, поддержка предпринимателей и сдвиг в менталитете, а также проведение политики конфиденциальности и открытого характера данных. Эту работу целесообразнее всего проводить одновременно, поскольку отставание в любой области задержит общее продвижение.

«Большие данные» могут и будут иметь значение в развивающихся странах, но как быстро и каким образом это произойдет, зависит от наших сегодняшних действий. Для реализации полного потенциала «больших данных», мы должны задействовать новые источники информации и внедрить новый подход к их использованию. Только тогда мы сможем ускорить развитие большего числа развивающихся стран с помощью этого нового мощного инструмента. ■

Кристофер У. Сурдак — автор книги «Data Crush: How the Information Tidal Wave Is Driving New Business Opportunities» *и работает в сфере открытий и анализа в электронике, а Сара Агарвал — Директор по международным финансовым организациям в компании Hewlett-Packard.*

PROGRAM IN ECONOMIC POLICY MANAGEMENT (PEPM)

Confront global economic challenges with the world's leading economists, policymakers, and expert practitioners, including Jagdish Bhagwati, Guillermo Calvo, Robert Mundell, Arvind Panagariya, and many others.

A 14-month mid-career Master of Public Administration focusing on:

- rigorous graduate training in micro- and macroeconomics
- emphasis on the policy issues faced by developing economies
- option to focus on Economic Policy Management or International Energy Management
- tailored seminar series on inflation targeting, international finance, and financial crises
- three-month capstone internship at the World Bank, IMF, or other public or private sector institution

The 2015–2016 program begins in July of 2015. Applications are due by January 5, 2015.

pepm@columbia.edu | 212-854-6982; 212-854-5935 (fax) | www.sipa.columbia.edu/academics/degree_programs/pepm
To learn more about SIPA, please visit: www.sipa.columbia.edu

Принципы налогообложения

Оптимальное использование вынужденных мер «необходимого зла»

Рууд де Муйдж и Майкл Кин

ТРУДНО придумать что-либо, что некоторые правительства в тот или иной момент времени не облагали бы налогом. Игральные карты, моча, камины, рабы, религиозные меньшинства и окна — все это в то или иное время привлекало внимание сборщиков налогов. В настоящее время мы считаем налоги на прибыль, налоги на добавленную стоимость, налоги на сигареты и тому подобное ключевыми средствами получения доходов. Но основные принципы понимания и оценки всех налогов почти не изменились. В этой первой из двух статей о налогообложении мы рассмотрим такие принципы. В мартовском номере *«Ф&Р»* 2015 года мы применим их к ряду текущих спорных вопросов.

Организация экономического сотрудничества и развития определяет налог как «обязательный безвозмездный платеж правительству». То есть вы должны заплатить его и не получаете ничего взамен, — по крайней мере, не напрямую. (Вы можете получить некоторую выгоду от государственных расходов, которые помогает финансировать ваш платеж, но если нет — что ж, очень жаль, с точки зрения сбора налогов.)

Важно, однако, что многие инструменты политики, которые в юридическом отношении не являются налогами, имеют примерно такой же эффект. Одним из ярких примеров являются социальные взносы. Эти платежи, связанные с трудовыми или предпринимательскими доходами физических лиц, дают некоторое право на пенсии или другие социальные пособия. Индивидуальный характер выгод означает, что такие платежи, строго говоря, не являются, налогами. Но связь между платежами и взносами зачастую так далека от справедливой с актуарной точки зрения, а потенциальные выгоды столь отдаленны, что их воздействие с большой вероятностью весьма напоминает то воздействие, которое оказывает прямой налог.

Эффективное налогообложение

Налог переводит средства из частного сектора в государственный и, таким образом, неизбежно создает реальные потери для частного сектора, если оставить в стороне какие-либо выгоды от любого финансирования за счет налоговых доходов. Но почти все налоги приносят еще больше вреда, потому что они, как правило, расширяют разрыв между ценой, которую покупатель платит за что-либо, и суммой, которую получает продавец, что может до некоторой степени препятствовать взаимовыгодной торговле. К примеру, налогообложение трудовых доходов означает, что стоимость найма работника для работодателя превышает сумму заработной платы, которую получает работник. Работник может быть готов наняться на работу с оплатой, по крайней мере, в 100 долларов, а работодатель может быть готов платить эту сумму (и не более того), но взимаемый налог на заработную плату будет препятствовать заключению этой сделки. Такие потери благосостояния в связи с налогообложением, превышающие потери в результате прямой передачи реальных ресурсов из частного сектора, известны как *потери «мертвого груза»* (или *чрезмерное бремя*), и именно это имеют в виду экономисты, когда говорят о налоговых *искажениях*. (В приведенном выше примере налог не уплачивается, так как работник не был нанят, но потери «мертвого груза», тем не менее, положительны).

Налоговые стимулы, направленные на поощрение конкретных видов деятельности, слишком часто предоставляют возможности для уклонения от уплаты налогов.

Эффективная налоговая система призвана минимизировать эти потери, размер которых зависит от двух основных факторов. Во-первых, *потери тем больше, чем сильнее реакция налоговой базы на налогообложение*. Предположим, например, что спрос на труд работника является полностью неэластичным: это означает, что работодатель готов заплатить любую цену за услуги работника. В этом случае при ставке налога в 20 процентов, как в вышеприведенном примере, работник получит 100 долларов, но затраты работодателя составят 120 долларов. Работник нанят, и искажение отсутствует. Но когда одна сторона рынка имеет альтернативу налогооблагаемой операции, возникают искажения, и чем легче реализовать эту альтернативу, тем больше искажение. И это справедливо (при нескольких дополнительных предположениях) независимо от того, влияет ли налог на такие решения, как найм работников, или на решения в целях избежать уплаты налогов или уклониться от них. Во-вторых, *потери возрастают более чем пропорционально ставке налога*. Увеличивая искажение, более высокая ставка налога приносит больше вреда, когда значительное искажение уже существует.

Из этого следует два предписания для эффективной налоговой политики: облагать налогом по более высокой ставке то, что характеризуется неэластичным спросом или предложением, и взимать налоги с как можно более широкой базы, чтобы

поддерживать ставки на низком уровне. Оба эти принципа требуют оговорки, так как в некоторых случаях следование этим общим правилам может вызвать негативные последствия.

К примеру, налогообложение товара, спрос на который неэластичен, оказывает незначительное влияние на требуемое количество этого товара, но оно уменьшает объем средств, которые можно потратить на другие товары, что может привести к большим изменениям на других рынках (подробнее об этом в мартовском номере).

А предписание о стремлении к максимальному расширению налоговой базы должно ограничиваться одним из самых важных правил государственных финансов: операции между предприятиями не должны облагаться налогом. Это связано с тем, что налоги вбивают клин между ценами покупки и продажи промежуточных вводимых ресурсов, что с большой вероятностью может заставить фирмы выбрать иные вводимые ресурсы, чем те ресурсы, которые они выбрали бы в отсутствие налога. В результате фирмы производят меньше, чем могли бы. Таким образом, расширение налоговой базы за счет включения в нее промежуточных операций может весьма негативно отразиться на эффективности. Например, налог с оборота, который взимается со всех операций, в том числе с продаж между предприятиями, имел бы гораздо бо́льшую базу, чем налог на конечное потребление (такой, как налог на добавленную стоимость), и мог бы позволить получать те же доходы при гораздо более низкой ставке. Но он также приводил бы к гораздо бо́льшим искажениям.

Другой набор оговорок связан с внешними эффектами (положительными или отрицательными) для тех, кто не участвует в принятии основополагающих решений. Первоочередным примером является ущерб для окружающей среды, например, изменение климата. Здесь может потребоваться *корректирующий налог*. Такой корректирующий налог, называемый *пигувианским налогом* (по имени предложившего его экономиста Артура С. Пигу), предназначен для «искажения» поведения в желаемом направлении, включая, при необходимости, деятельность предприятий, разумеется, при одновременном эффективном использовании полученных доходов. (См. «Что такое внешние эффекты?» в декабрьском номере «*Ф&Р*» 2010 года.)

Нести и распределять бремя

Лицо, которое, в конечном счете, несет реальное бремя налога, может быть не единственным, кто несет юридическую ответственность за перечисление платежа. Например, в вышеприведенном примере, где спрос на рабочую силу был совершенно фиксированным, потери в размере 20 долларов нес работодатель, а не работник, и это справедливо независимо от того, кто несет юридическую ответственность за уплату налога правительству. Это также иллюстрирует общий принцип, согласно которому бремя налога (его фактическая *сфера действия*) в большей степени распространяется на ту сторону операции, реакция которой наименее эластична, то есть ту, которой оказывается труднее переместиться из вида деятельности, облагаемого налогом.

Эти последствия зачастую игнорируются. Возьмем, например, высказываемое в настоящее время недовольство по поводу небольшого размера корпоративного налога, уплачиваемого многими транснациональными корпорациями. Корпорации — не люди, а платить налоги могут только реальные люди: акционеры, работники, клиенты. Дискуссии о налоге на корпорации имеют мало смысла без рассмотрения вопроса о том, кто действительно получает выгоды, когда фактические ставки низки.

Справедливость в налогообложении всегда представляет важную проблему, имеющую два основных аспекта. *Вертикальная справедливость* касается порядка обложения налогами тех, кто имеет различные доходы. Влияние налоговой системы на этот аспект зависит от ее *прогрессивности*, то есть от того, как быстро доля доходов, изымаемая при помощи налога, увеличивается с уровнем доходов. *Горизонтальная справедливость* подразумевает, что те, кто во всех соответствующих отношениях идентичны, должны облагаться одинаковыми налогами.

Каждая из этих концепций не так проста, как может показаться. Очевидно, что люди имеют разные взгляды на надлежащую степень прогрессивности. Но люди могут также не соглашаться, например, по поводу того, следует ли оценивать прогрессивность с точки зрения годового дохода (довольно произвольный период измерения) или пожизненного дохода. А налог на потребление может выглядеть регрессивным по отношению к годовому доходу, но в гораздо меньшей степени по отношению к расходам, которые могут быть лучшим показателем доходов за весь срок жизни человека.

Идея горизонтальной справедливости может не выглядеть спорной, но что означает «идентичный» для этой цели? Допустимо ли дифференцировать налогообложение по возрасту, семейному положению, регионам, полу, росту? А что можно сказать о неявной дифференциации? Является ли высокий налог на крем после бритья, в подавляющем объеме потребляемый мужчинами, горизонтально несправедливым?

Сбор налогов

Граница между уклонением от уплаты налогов (незаконным) и *мерами по (законному) уменьшению налоговых обязательств* не является столь четкой, как может показаться: высокооплачиваемые налоговые юристы тратят много времени на «тестирование» этого различия. И то, и другое вызывает значительную озабоченность во всех странах. Здесь имеются проблемы как в плане разработки налогов, так и их реализации. С точки зрения политики, скажем, налоговые стимулы, направленные на поощрение конкретных видов деятельности, слишком часто предоставляют возможности для уклонения от уплаты налогов.

Налоговые администрации находятся на переднем крае борьбы с неуплатой налогов. Полезно облегчить ситуацию для тех, кто попросту готов платить все, что причитается, установив налоговые правила, которые легко понять (хотя простоты в налоговой системе достичь трудно, учитывая диапазон целей и обстоятельств, которые необходимо охватить) и легко найти. (Налоговые правила римского императора Калигулы обнародовались только мелким шрифтом и в неудобном месте.) В конечном счете, для налоговых администраций искусство заключается в том, чтобы гарантировать, что вероятность выявления несоблюдения налоговых норм (и штрафы, которые за этим следуют) достаточно высока, чтобы способствовать их соблюдению, и одновременно поддерживать и отражать широко распространенную готовность следовать правилам. И эффективная налоговая администрация должна делать все это, минимизируя при этом как собственные расходы (*административные издержки*), так и расходы налогоплательщиков (*издержки соблюдения налоговых норм*).

Иногда различные обсуждаемые цели указывают в одном и том же направлении, например, когда тарифы (налоги на импорт) заменяются налогом на потребление по той же ставке. В результате такого сдвига цена импорта для потребителей остается без изменений, но доходы государства увеличиваются (поскольку налог теперь собирается также с продаж из внутренних источников), и эффективность повышается за счет сокращения торгового протекционизма. Но такие случаи редки. Реальная трудность для налогообложения возникает при наличии конфликта целей, который мы рассмотрим в марте. ■

Рууд Де Муйдж — заместитель начальника отдела, а Майкл Кин — заместитель директора в Департаменте по бюджетным вопросам МВФ.

Распределение богатства

Санджив Гупта, Алекс Сегура-Убьерго и Энрике Флорес

Страны, располагающие непредвиденными доходами от ресурсов, должны осмотрительно подходить к непосредственному распределению этих доходов среди населения

АНГОЛА занимает второе месте в списке крупнейших производителей нефти в странах Африки к югу от Сахары и является одной из самых богатых стран континента. Тем не менее, число смертей детей в возрасте до пяти лет в Анголе превышает число таких смертей в большинстве стран мира.

В большинстве стран, богатых природными ресурсами, недостаточно видов институтов, необходимых для эффективного управления богатством в виде природных ресурсов, и прошлые результаты не сулят ничего хорошего странам, располагающим непредвиденными доходами от ресурсов. Многие из их граждан по-прежнему живут в бедности, и их шансы на существенное повышение уровня жизни невелики. Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет в Анголе — яркий тому пример.

В последние годы высокие цены на биржевые товары и открытия новых месторождений природных ресурсов повысили доходы от ресурсов многих стран, выраженные как их доля в бюджете или в процентах ВВП, открывая новые перспективы повышения уровня жизни населения (см. рис. 1). Но лишь немногие страны выделяются как хорошие примеры эффективного управления природными ресурсами. Ботсвана, Норвегия, Чили и штат Аляска в США являются такими исключениями.

Согласно примерам успешного опыта, в управлении запасами природных ресурсов необходимо придерживаться трех взаимосвязанных принципов: прозрачности в бюджетно-налоговой сфере, налогово-бюджетной политики, основанной на правилах, и прочных институтов управления государственными финансами. Например, Норвегия и Аляска служат моделями прозрачности в методах сбора и включения в бюджет доходов от природных ресурсов. Эта прозрачность помогает населению понять, каким образом используются природные ресурсы, и обеспечивает подотчетность политических лидеров за принятые решения. Бюджетные правила Чили защищают природные ресурсы от капризов политического давления, а сильные институты страны в состоянии управлять государственными инвестициями. Это содействует преобразованию запасов природных ресурсов в производительные активы, включая инфраструктуру и человеческий капитал.

Некоторые считают, что правительствам следует отказаться от своих доходов от ресурсов и распределять эти доходы непосредственно среди населения. Существуют как убедительные аргументы в поддержку этой точки зрения, так и весомые аргументы против нее. Прямое распределение — не «волшебная палочка» (Gupta, Segura-Ubiergo, and Flores, 2014).

Трубопровод на Аляске, освещенный Северным сиянием, возле Милн-Пойнт, Аляска, США.

«Экскременты дьявола»

Плохой послужной список большинства стран, богатых природными ресурсами, в использовании доходов от этих ресурсов подтверждает точку зрения, согласно которой новые открытия могут быть не только благословением, но и проклятием. Почему это происходит?

Ресурсный бум может привести к повышению реального обменного курса валюты, что снижает конкурентоспособность экспорта страны и отвлекает ресурсы в сектора экономики, не осуществляющие внешнеторговую деятельность — что известно как голландская болезнь. Кроме того, аналитики обнаружили, что богатство в виде природных ресурсов часто связано с коррупцией в секторе государственного управления, которая ослабляет демократическую подотчетность. Эти аргументы часто используются для подтверждения того, что природное богатство может превратиться в «проклятие природных ресурсов». Эту идею ярко выразил Хуан Пабло Перес Альфонсо, бывший министр шахт и углеводородов Венесуэлы и один из основателей Организации стран-экспортеров нефти, назвавший нефть «экскрементами дьявола» и предупреждавший о ее способности привести к расточительству, коррупции, чрезмерному потреблению и долгам.

Во многих странах, богатых природными ресурсами, недостает как надежных систем управления государственными финансами для обеспечения прозрачности и эффективности бюджетного процесса, так и сдержек и противовесов в процессе принятия решений, необходимых для обеспечения эффективного использования природного богатства. Без этого странам нелегко следовать положительному примеру Ботсваны, Норвегии и Чили.

Рисунок 1

Большой и растущий объем

Объем доходов от ресурсов значителен во многих странах и продолжает расти.

(Доходы от природных ресурсов, в процентах от совокупных доходов, 2011 год)

Источник: оценки персонала МВФ.

На создание сильных стабильных институтов требуется время. Между тем, как предлагают некоторые ученые, странам следует распределять свои доходы от ресурсов непосредственно среди населения в целях стимулирования экономического роста и повышения уровня жизни (см. «Потратить или раздать» в декабрьском выпуске *Ф&Р* за 2012 год).

Эта точка зрения опирается на разные аргументы, главным образом, на утверждение, согласно которому распределение не позволяет правительству неправильно использовать доходы от ресурсов и разрастаться за счет этих доходов. Некоторые страны, богатые природными ресурсами, возможно, приветствовали бы прямое распределение доходов в какой-то форме, но в других странах оно сдерживало бы оптимальное предоставление общественных товаров. Кроме того, даже если цель заключается в ограничении размера сектора государственного управления при помощи ограничения доступа к доходам от ресурсов, такие альтернативы как снижение налогов, вероятно, более эффективны.

Другой аргумент основан на влиянии налогообложения на подотчетность (Sandbu, 2006). Если бы доходы от ресурсов передавались населению и облагались налогами для финансирования части общественных товаров, граждане потребовали бы усиления подотчетности в программах государственных расходов. При этом предполагается, что преимущества усиления подотчетности органов государственного управления перевешивают снижение эффективности, связанное с передачей доходов населению и последующим их взиманием с населения в виде налогов. Также не учитывается, что механизм передачи может страдать от тех же недостатков организационной структуры и коррупции, присущих типичной богатой ресурсами стране.

Сколько и кому

Прямое распределение предусматривает частичную или полную передачу доходов от природных ресурсов гражданам в целях ограничения дискреционных полномочий правительства на использование таких ресурсов и содействия усилению подотчетности. Дискреционные полномочия и подотчетность взаимосвязаны, поскольку граждане реже склонны требовать подотчетности, если политики могут выбирать, кто будет получать доходы от ресурсов.

Есть разные мнения по поводу того, *какая часть* расходов подлежит распределению. Одна крайность заключается в передаче всех доходов от природных ресурсов гражданам, тогда как в более умеренных вариантах —Birdsall and Subramanian (2004) предлагают распределять не менее половины таких доходов в случае Ирака — передается только часть доходов или даже часть инвестиционного дохода из фонда природных ресурсов. В центре дебатов о масштабах распределения стоят экономические последствия такого распределения, в том числе его воздействие на стимулы к работе, сбережения домашних хозяйств и общую макроэкономическую стабильность.

В вопросе же о том, *кто* должен получать ресурсные доходы, распределение ресурсов всем гражданам привлекает тем, что устраняет политический выбор групп, которые окажутся в выигрыше. Но общие трансферты могут привести к непреднамеренным последствиям — таким как поощрение многодетных семей, которого можно избежать, ограничив трансферты взрослыми получателями. Некоторые выступают за достижение социальных целей при помощи целевых трансфертов беднейшим сегментам населения или введения условий, таких как посещение детьми школы. Эти похвальные цели могут обеспечить поддержку таких механизмов. Они могут, однако, поставить перед выбором между сужением охвата в результате целевых мер для определенного сегмента населения — особенно малоимущих, обычно менее активно участвующих в политическом процессе, — и усилением подотчетности. Кроме того, малоимущие не подготовлены к тому, чтобы справляться с изменчивостью доходов, что придется делать таким механизмам.

Некоторые выступают за прямое распространение вне бюджета, который подвержен коррупции органов государственного

управления. Это предложение вывело бы доходы от природных ресурсов из бюджетных счетов и подвергло их проверке, возможно, независимым органом, а не парламентом. Сбор и распределение можно поручить даже не национальной налоговой службе, а другой организации. Сторонники этой идеи утверждают, что отдельный механизм для распределения доходов от ресурсов внушает больше доверия населению. Но как бы ни осуществлялось прямое распределение, оно не является рецептом для искоренения коррупции. Наивно предполагать, что коррумпированное правительство согласится на прямое распределение для решения проблемы. И нет никакой гарантии, что механизм распределения не будет страдать от такой же коррупции.

Прямое распределение в крупных масштабах не испытывалось ни в одной стране мира

Выводы из опыта

На Аляске введен наиболее известный и, пожалуй, самый успешный пример механизма прямого распределения. Но это консервативная модель с относительно небольшим дивидендом, составляющим всего от 3 до 6 процентов дохода на душу населения жителей Аляски. В фонд поступает лишь доля доходов от нефти Аляски, и распределяется только инвестиционный доход из этого фонда — с верхним пределом на уровне 5 процентов общей рыночной стоимости фонда. Фондом управляет Департамент доходов Аляски, и прочные сдержки и противовесы в бюджете делают его во многих отношениях моделью прозрачности. Этот пример получил признание как успешный, но успех был явно достигнут с позиции институциональной силы и прозрачности, а не в качестве решения институциональной проблемы.

Ввиду ограниченного числа механизмов прямого распределения в мире, рассмотрение соответствующей политики дает представление о том, что срабатывает, а что — нет. Всегда рискованно делать выводы, исходя из соответствующей политики, но некоторые уроки можно извлечь из следующих примеров.

• Венесуэла ввела ряд социальных программ, названных *миссиями*. В центре одной из них стоит грамотность взрослого населения и классы в средней школе для отстающих и бросивших школу; другие сосредоточены на универсальном первичном здравоохранении; в центре третьих программ — строительство новых домов для малоимущих, пенсионные пособия для нуждающихся, питание по сниженным ценам, а также стипендии для учебы в аспирантуре. Как подчеркнуто в работе Rodríguez, Morales, and Monaldi (2012), эти программы финансируются непосредственно государственной нефтяной компанией и, следовательно, относятся к внебюджетным. Таким образом, они расширяют дискреционные полномочия органов государственного управления. Согласно некоторым исследованиям, эти программы страдают от такой же коррупции и популистского давления, как и сам бюджет, что ставит под сомнение то, что прямые внебюджетные механизмы в состоянии избежать коррупции.

• Опыт программ поддержки минимального уровня доходов в странах с развитой экономикой обращает внимание на правдоподобное негативное влияние трансфертов в рамках прямого распределения на предложение рабочей силы. Эти программы призваны предоставить базовую поддержку домашним хозяйствам, имеющим низкие доходы или не имеющим доходов. Часть этой поддержки доходов затем взимается в виде налогов. Такие программы подвергались критике за предоставление недостаточных стимулов к работе лицам с низкими доходами; одной из альтернатив могут послужить программы кредита на заработанный доход, на который имеют право только работающие.

• Обусловленные программы денежных трансфертов, популярные в настоящее время во многих развивающихся странах, также могут ослабить стимулы к работе. Эти программы направлены на сокращение бедности путем предоставления поддержки в виде денежных выплат при соблюдении определенных условий, таких как посещение детьми школы или вакцинация. Цель состоит в том, чтобы разорвать цикл бедности, помогая нынешнему поколению и оказывая содействие инвестициям в будущее поколение. Большинство исследований показало, что воздействие на предложение рабочей силы незначительно, если трансферты невелики и предназначены самым бедным домохозяйствам. Программы с более значительными трансфертами и более широким охватом, в том числе более обеспеченных слоев населения, в большей степени сокращают участие в рабочей силе.

• Значительные энергетические субсидии в богатых нефтью странах популярны, поскольку население рассчитывает на получение выгоды от изобилия нефтяных ресурсов. Субсидии до вычета налогов, позволяющие фирмам и домашним хозяйствам платить более низкие цены, чем сложившиеся международные цены, составляют примерно 8½ процентов ВВП в регионе Ближнего Востока и Северной Африки. Эти общие субсидии приводят к неэффективному распределению ресурсов — препятствуя росту — и приносят непропорционально большую выгоду более обеспеченным группам, усугубляя неравенство доходов. Несмотря на эти недостатки, общественность поддерживает субсидии, потому что не видит другого способа извлечь выгоду из обилия природных ресурсов.

• Денежные переводы работников — деньги, отправляемые домой трудящимися за границей, — приносят дополнительные ресурсы сектору домашних хозяйств, как и механизмы прямого распределения. Опыт свидетельствует об использовании большинства денежных переводов для оплаты текущего потребления, и их влияние на рост в долгосрочной перспективе неоднозначно. Это ставит под сомнение утверждение о том, что прямое распределение не усугубляет эффект голландской болезни, поскольку частный сектор делает сбережения, когда получает непредвиденную прибыль, точно также как государство.

Извлеченные уроки

Из опыта Аляски и соответствующих мер политики можно извлечь несколько уроков.

Во-первых, в общую структуру налогово-бюджетной политики можно включить механизмы прямого распределения, сначала небольшого масштаба, чтобы ограничить воздействие на предложение рабочей силы. Ограничение распределяемой напрямую доли ресурсов обеспечит наличие достаточного объема ресурсов в распоряжении правительства для предоставления важнейших общественных услуг, а также смягчения последствий голландской болезни, как подчеркнуто в работе Hjort (2006).

Во-вторых, прямое распределение не свободно от коррупции, как и государственные программы, поэтому оно не должно производиться вне бюджета.

И наконец, важно помнить о том, что прямое распределение доходов от ресурсов не дает гарантий будущим поколениям.

Прежде чем приступить к прямому распределению доходов от ресурсов, страна должна подготовить свои бюджетные основы путем:

- определения уровня государственных доходов и расходов, необходимых для обеспечения внутренней макроэкономической стабильности и устойчивого внешнего равновесия;
- принятия мер политики, смягчающих воздействие нестабильных цены биржевых товаров на доходы;
- учета неопределенности в отношении объема производства природных ресурсов и способности экономики к освоению доходов;
- экономии ресурсов для будущих поколений.

Прямое распределение не устраняет необходимости в непосредственном решении этих вопросов. Несмотря на некоторые утверждения, согласно которым передача бремени по управлению волатильностью частному сектору может улучшить результаты, аргументов в их пользу немного. Как отмечалось выше, согласно данным по странам-получателям денежных переводов работников-мигрантов, большая часть полученных денег используется для оплаты потребления, а не в качестве сбережений. Несмотря на то что управление изменчивостью государственным сектором в странах, богатых природными ресурсами, было далеко не блестящим, исследование МВФ (2012) указывает на его очевидное улучшение по мере перехода этих стран от политики, усугублявшей изменения цен на биржевые товары с 1970 по 1999 годы, к нейтральной, в целом, политике за последнее десятилетие.

Прямое распределение может оказывать сильное влияние на распределение доходов. В Гане, например, доходы от природных ресурсов составляют примерно 5 процентов ВВП. Беднейшие 10 процентов населения зарабатывают всего 2 процента ВВП, поэтому универсальное прямое распределение повысило бы доходы этой группы примерно на 25 процентов. Но распределение доходов от ресурсов уменьшит бюджетные ресурсы, имеющиеся в наличии для предоставления государственных услуг, что может, в свою очередь, негативно повлиять на распределение доходов.

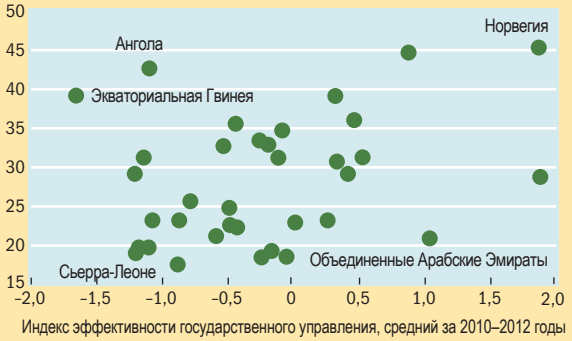
Другим последствием прямого распределения станет, несомненно, уменьшение размеров сектора государственного управления. Перевод ресурсов в частный сектор может сдержать непродуктивное расходование в некоторых странах, богатых природными ресурсами, но в других он может снизить государственные расходы в такой степени, что создаст угрозу необходимой инфраструктуре и общественным товарам. Совокупные расходы в странах, богатых природными ресурсами, в среднем составляют примерно 28 процентов ВВП, что в целом представляется соответствующим их уровню в странах, не богатых природными ресурсами. При этом существуют значительные расхождения в размерах сектора государственного управления и институциональном потенциале стран, богатых природными ресурсами (см. рис. 2). Вероятные последствия для распределения доходов и предоставления государственных услуг только подтверждают необходимость приступить к прямому распределению в небольших масштабах.

Рисунок 2

«Раздутые» или «на голодном пайке»?

Размеры сектора государственного управления неодинаковы в странах, богатых природными ресурсами, но не всегда связаны с его эффективностью.

(Государственные расходы, в процентах ВВП)



Источники: Всемирный банк, индекс эффективности государственного управления; и оценки персонала МВФ.

Примечание. Средний объем государственных расходов на имеющиеся даты по каждой стране в 1980–2013 годы. Индекс отражает восприятие качества государственных услуг, государственной службы и степени независимости от политического давления, качества формулирования и проведения политики, а также доверия к приверженности правительства этой политике.

Стоит ли игра свеч?

Несмотря на привлекательность мнения, согласно которому прямое распределение усиливает подотчетность, прямое распределение в крупных масштабах не испытывалось ни в одной стране мира. Мало данных о том, что экстремальная степень распределения всех ресурсных доходов среди населения эффективна, но можно рассмотреть аргументы в пользу скромного по масштабам прямого распределения, подобного модели Аляски.

Даже осмотрительное распределение должно осуществляться на надлежащей налогово-бюджетной основе и в небольшом масштабе, чтобы уменьшить весьма правдоподобный риск того, что это распределение будет сдерживать предоставление важнейших государственных услуг, приведет к снижению доли участия населения в рабочей силе или перегрузит административный потенциал правительства.

Санджив Гупта — заместитель директора, Энрике Флорес — старший экономист Департамента по бюджетным вопросам МВФ, а Алекс Сегура-Убьерго — постоянный представитель МВФ в Мозамбике.

Литература:

Birdsall, Nancy, and Arvind Subramanian, 2004, "Saving Iraq from Its Oil," Foreign Affairs, *Vol. 83, No. 4, pp. 77–89.*

Gupta, Sanjev, Alex Segura-Ubiergo, and Enrique Flores, 2014, "Direct Distribution of Resource Revenues: Worth Considering?" IMF Staff Discussion Note 12/08 (Washington: International Monetary Fund).

Hjort, Jonas, 2006, "Citizen Funds and Dutch Disease in Developing Countries," Resources Policy, *Vol. 31, No. 3, pp. 183–91.*

International Monetary Fund (IMF), 2012, "Macroeconomic Policy Frameworks for Resource-Rich Developing Countries" *(Washington).*

Rodríguez, Pedro L., José R. Morales, and Francisco J. Monaldi, 2012, "Direct Distribution of Oil Revenues in Venezuela: A Viable Alternative?" Center for Global Development Working Paper 306 (Washington).

Sandbu, Martin E., 2006, "Natural Wealth Accounts: A Proposal for Alleviating the Natural Resource Curse," World Development, *Vol. 34, No. 7, pp. 1153–170.*

Wisdom and Virtue

Russ Roberts

How Adam Smith Can Change Your Life

An Unexpected Guide to Human Nature and Happiness

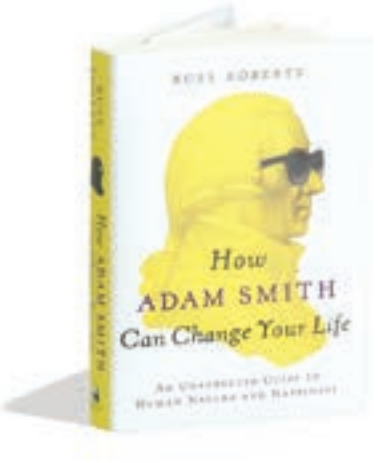
Portfolio/Penguin, New York, 2014, 272 pp., $27.95 (cloth).

В наши дни этика, по-видимому, снова в моде в экономике. Это, несомненно, объясняется мировым финансовым кризисом, который выявил невероятные масштабы злоупотреблений и безнравственного поведения в финансовом секторе, имевших катастрофические последствия для мировой экономики и жизни людей. Однако это также отражает более глубокое недовольство утилитарным подходом и узкой технократической направленностью, которые преобладают во многих областях современной экономической науки. Не случайно все больше людей предлагают (а иногда и требуют) применять более широкий подход к изучению экономики, вмещающий в себя важнейшие элементы философии, психологии и истории.

В свете этих тенденций книга Адама Смита по нравственной философии поистине своевременна. Хотя Смит является основателем современной экономики, он был, прежде всего, исповедником нравственной философии. Однако его основная философская работа, *«Теория нравственных чувств»*, остается практически неизвестной. В своей новой книге Расс Робертс стремится восполнить этот пробел — вывести на свет скрытую мудрость, содержащуюся в этой малоизвестной классической работе.

Робертс пишет с чувством изумления, подобно ребенку, в рождественское утро открывающему для себя новый и интересный мир. Он с заразительным энтузиазмом описывает свое погружение в книгу, от которой он просто не мог оторваться. Книга переполнена запоминающимися историями и красочными эпизодами. В целом это доступное и занимательное чтение и хорошее введение в нравственную философию Смита.

По словам Робертса, нравственные принципы Смита сводятся к простым жизненным правилам: «Стремитесь к мудрости и добродетели. Ведите себя так, как если бы за вами следил беспристрастный наблюдатель».



Первая часть книги в большей степени посвящена (выражаясь современным языком) «самосовершенствованию», а во второй в центре внимания находятся аспекты нашего взаимодействия друг с другом в обществе. Здесь Робертс отмечает важную идею Смита: хотя мы по природе склонны ставить собственное счастье выше счастья других, было бы неправильно жить таким образом, обижая или эксплуатируя других просто ради своих личных интересов. Почему? Потому что беспристрастный наблюдатель (конечный арбитр нравственности, согласно Смиту) это бы не одобрил.

Концепция беспристрастного наблюдателя как мотиватора нравственного поведения — чрезвычайно сильная идея. Например, экономист, лауреат нобелевской премии Амартья Сен подчеркивает преимущества этого простого и практического рассуждения перед более распространенным философским подходом, ставящим во главу угла системы совершенного правосудия и совершенных институтов. Однако Робертс так и не доводит этот образ мышления до логического завершения, поскольку он слишком склонен рассматривать *«Теорию нравственных чувств»* как книгу по самопомощи.

В последней главе Робертс все же затрагивает следствия этической позиции Смита для функционирования современной экономики, но это самая слабая глава в его книге.

За прошедшие годы было потрачено море чернил в спорах о знаменитой «проблеме Адама Смита» — как совместить акцент на благодеяние в *«Теории нравственных чувств»* с упором на личный интерес в *«Богатстве наций»*. Наиболее очевидный ответ состоит в том, что в последней книге основное внимание уделяется самым минимальным условиям для выгодного рыночного обмена, а в первой — более глубоким основам наших общих социальных взаимодействий.

Как отмечает Сен, идеи Смита ограничивались исключительно обменом, игнорируя другие не менее важные аспекты, такие как производство и распределение. Причем даже в чистом обмене потенциал личных интересов небезграничен, и их необходимо дополнять взаимным доверием и общей верой в этические принципы всех участвующих. Иными словами, нравственные чувства всегда подспудно присутствуют.

Робертс идет другим путем. Он утверждает, что в этих двух книгах Смита речь идет о разных и непересекающихся сферах человеческого взаимодействия. Цитируя экономиста и философа Фридриха Хайека, он доказывает, что «мы должны жить в двух разных мирах одновременно, общаться с нашими близкими и затем переходить в коммерческую сферу и взаимодействовать с незнакомыми людьми». Таким образом, *«Теория нравственных чувств»* посвящена нашему «личному пространству», миру друзей, семьи и близких знакомых, а *«Богатство наций»* больше касается межличностного обмена в «мире незнакомых людей». Разные миры, разные нормы поведения.

Попытка чтения Смита через эти бифокальные очки Хайека совсем не убедительна. Заключая Смита в рамки ограниченного философского мировоззрения Хайека, автор оказывает ему плохую услугу. Это слишком сужает его вклад.

В конечном счете, Смита занимают вопросы добродетели, особенно благотворительность, мужество, воздержание, справедливость и благоразумие. Более того, Дидри Макклоски утверждала, что Смит был последним теоретиком этики добродетели, следуя давней традиции, восходящей к Аристотелю. А когда мы исходим из принципов добродетели, мы естественным образом выступаем за процветание человека — во всех аспектах жизни. Раздвоенных или бесплотных добродетелей не существует!

Поскольку Робертс проводит столь тонкое разграничение между различными сферами жизни, он фактически не рассматривает выводы из нравственной философии Смита для сегодняшней экономики, то есть то, что действительно должно нас интересо-

вать. Об этом можно пожалеть, поскольку идеи Смита были бы особенно актуальны именно сейчас.

Например, что бы сказал беспристрастный наблюдатель о поведении участников финансового сектора в последние годы, когда крайнее безрассудство и погоня за краткосрочной выгодой вытеснили любые представления о добродетели? Или, в более широком плане, что бы он сказал о бизнес-модели, ставящей краткосрочную прибыль выше долга перед заинтересованными сторонами, включая работников, клиентов, природную среду и общество в целом? Эти важные вопросы, по существу, остаются без ответа в этой книге.

Энтони Аннетт,
советник по вопросам изменения климата и устойчивого развития, Институт Земли при Колумбийском университете

Two Cents' Worth

Nigel Dodd

The Social Life of Money

Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 2014, 456 pp., $35.00 (cloth).

Что такое деньги? Над этим вопросом Найджел Додд, профессор социологии в Лондонской школе экономики, предлагает нам подумать в *книге «Социальная жизнь денег»*. В ходе этого анализа автор знакомит нас с тем, что думали о деньгах светила литературы, философии, социологии и многих других дисциплин. Эта книга — больше современное искусство, чем наука. Она выталкивает нас (особенно людей с экономическим образованием) за рамки привычного и приводит нас в замешательство, и в итоге заданный вопрос намеренно оставлен без ответа.

Автор ведет нас от идей об одном из аспектов денег, высказывавшихся людьми, которых обычно не относят к монетарным теоретикам, такими как Хорхе Луис Борхес, Жак Деррида, Мишель Фуко, Кит Харт, Фридрих Ницше, Жан-Жак Руссо и Фердинанд де Соссюр, к другим, несколько противоречивым, но не менее познавательным идеям. Вы пытаетесь разобраться во всем этом (это отнюдь не легкое чтение), а Додд утверждает, что все эти идеи привносят что-то полезное. Понятие денег слишком многогранно, чтобы его можно было передать одной идеей.

Додд не предлагает новой точки зрения; он стремится просветить нас относительно многих различных мнений. В этом смысле его вывод уже является святотатством: разбивается в прах миф о том, что деньги регулируются непоколебимыми законами, в которых хорошо разбираются трезвые практики. Вместо этого автор напоминает нам, что деньги в целом, а особенно выпускаемые государством бумажные деньги, являются социальной конструкцией. Мы не ставим под сомнение действительность 100 долларов, напечатанных на кусочке материала из хлопка и льна, изготовление которого обходится в 12,5 цента, потому что мы верим, что правительство США выполнит свои обязательства благодаря своей способности облагать налогами своих граждан, а также ресурсам страны и сопутствующей военной мощи. Даже если страны богаты ресурсами и изобретательными людьми, но в обществе нет доверия, стоимость денег резко падает, как в Венесуэле сегодня, в Аргентине и Бразилии в 1990 году и в Веймарской республике в 1923 году.

Утверждение, что деньги представляют собой требование к обществу, не оригинально, — напоминает нам Додд, ссылаясь на Георга Зиммеля и других авторов. Но он правильно делает, что вновь это повторяет. В традиционном представлении происхождение денег все еще связывается с каким-то не зафиксированным в исторических хрониках, первобытным способом более эффективного ведения бартера. Это приукрашивает периоды грабежей и кровопролития, которые слишком часто сопровождают становление общества. Своим возникновением деньги больше обязаны дани от побежденных и прибыли от труда рабов, чем более эффективной мирной торговле. Деньги не ассоциируются с чистыми руками.

Додд старается глубже проанализировать эту тему. Социальная конструкция не обязательно означает государство. Это могут быть постоянно меняющиеся, анархические социальные сети, посредством которых люди обмениваются своим трудом, или даже децентрализованная платежная система Биткоин.

Вместе с тем, пытаясь двигаться вперед, автор в итоге сдает позиции. Иногда, например, кажется, что он считает деньги виновником мирового финансового кризиса и других недавних бед.

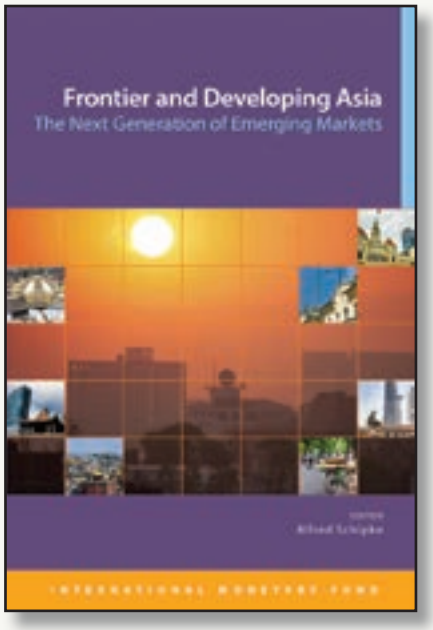
Понятие денег слишком многогранно, чтобы его можно было передать одной идеей.

Однако деньги как социальная конструкция являются более убедительной, предсказательной теорией. Структура общества и порядок организации власти в нем создавали стимулы, вызывавшие бумы и затем неизбежные спады. Эти стимулы были выражены в деньгах, но могли бы быть представлены любой «валютой» власти. Можно допустить, что деньги могут существовать не только в виде социальной конструкции, но это утверждение не подкреплено убедительными доводами. Биткоин потерпит неудачу потому, что он не опирается на полномочия государства по налогообложению и вступает в противоречие с международными правилами борьбы с отмыванием денег, а не потому, что это цифровая валюта, не обеспеченная резервами.

Главная идея, которую можно извлечь из этой книги, состоит в том, что форма следует за структурой. Если мы хотим «улучшить» деньги, то попытки отрегулировать их форму не дадут существенного результата, если не изменить стимулы, которые нередко встроены в структуру общества.

Авинаш Персауд,
приглашенный старший научный сотрудник, Институт международной экономики имени Питерсона

Новые публикации МВФ



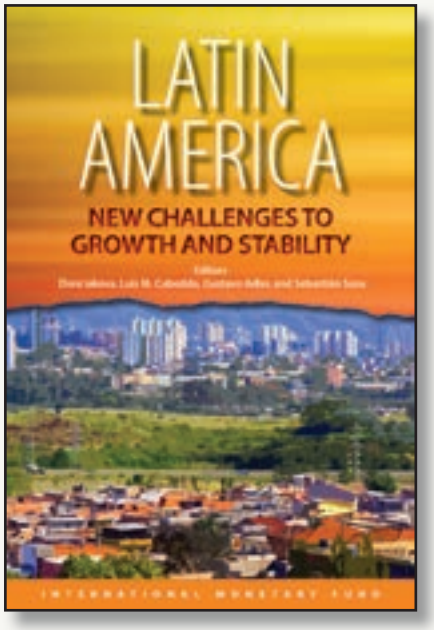
Frontier and Developing Asia: The Next Generation of Emerging Markets

Под редакцией Альфреда Шипке

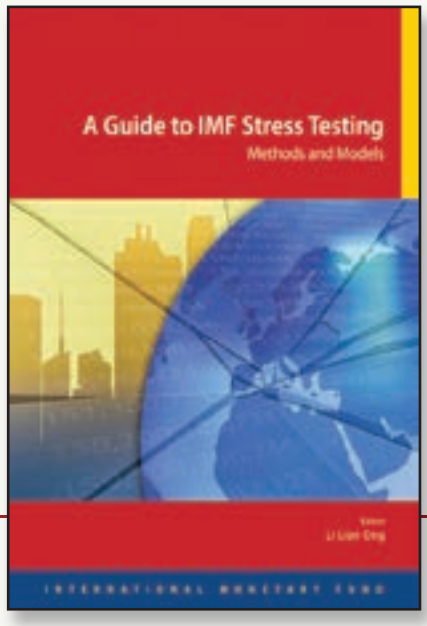
С совокупным населением более 350 млн человек страны с пограничной экономикой и развивающиеся страны Азии, которые включают Вьетнам, Камбоджу и Бангладеш, расположены в стремительно развивающемся регионе и имеют благоприятную демографическую ситуацию. Несмотря на их различия, перед этими странами стоит ряд общих макроэкономических, финансовых и структурных задач. В книге рассмотрены вопросы, связанные с экономическим ростом и структурными преобразованиями, а также риск «ловушки бедности» и растущее неравенство доходов. В ней также проводится исследование ряда вопросов, связанных с финансовым сектором и денежно-кредитной политикой.
$25. ISBN 978-1-47559-551-2. ©2014

Latin America: Sustaining Growth and Stability in a Changing Global Landscape

Авторы Дора Якова, Луис Кубедду, Густаво Адлер и Себастьян Соса



На протяжении последних 15 лет страны Латинской Америки добились значительных успехов в укреплении своей экономики и повышении уровня жизни. Хотя объем производства во время глобального финансового кризиса временно сократился, в большинстве стран произошло быстрое восстановление роста. Однако темпы экономической деятельности в регионе снизились, и перед ним сейчас стоят более сложные задачи на ближайшую перспективу. В этой книге утверждается, что Латинская Америка справится с этими задачами, и директивные органы стран этого региона уже воплощают в жизнь реформы в области образования, энергоресурсов и в других секторах. Предстоит сделать еще больше, и это возможно, при постоянном стремлении Латинской Америки продолжать добиваться повышения уровня жизни.
$25. ISBN 978-1-49832-816-6. ©2014.



A Guide to IMF Stress Testing: Methods and Models

Под редакцией Ли Лиан Онг

Глобальный финансовый кризис привлек всеобщее внимание к стресс-тестам отдельных банков и целых финансовых систем, определив, имеют ли они достаточный капитал и правильные процедуры для преодоления трудностей в сложные времена. МВФ располагает всеобъемлющим опытом проведения стресс-тестов финансовых систем, с тех пор как более десятилетия тому назад была начата Программа оценки финансового сектора (ФСАП). В этой книге предлагается широкий набор методов и моделей, которые могут быть использованы для мониторинга и надзора как за отдельными финансовыми учреждениями, так и за финансовыми системами различных стран мира. Она основана на широком практическом опыте в области методов стресс-тестирования и их практическом применении.
$65. ISBN 978-1-48436-858-9. ©2014

Посетите imfbookstore.org

Финансы и развитие, декабрь 2014 года $8,00
MFIRA2014004