

Здоровье, богатство и благосостояние

Дейвид И. Блум, Дейвид Кэннинг и Дин Т. Джеймисон

Новые данные в сочетании с более широкой перспективой указывают на значительный экономический эффект от улучшения здоровья

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 150 лет произошли коренные изменения в состоянии здоровья мирового населения, благодаря которым люди стали жить дольше, их здоровье улучшилось, а продуктивность повысилась. Улучшение состояния здоровья, оказав глубокое воздействие на численность и структуру населения, привело также к ускорению темпов экономического роста во всем мире. В период с XVI века по середину XIX века средняя продолжительность жизни в мире менялась, но не превышала в среднем 40 лет, причем тенденции к ее увеличению не наблюдалось. Во второй половине XIX века продолжительность жизни медленно, но неуклонно увеличивалась, а затем, в XX веке, совершила заметный скачок — сначала в Европе, а потом и в остальном мире (см. таблицу). Экономические историки и демографы все еще спорят об источниках этих изменений, но они все чаще указывают на рост доходов (и последующее улучшение санитарии и доступности продуктов питания) как на основную причину снижения смертности в XIX веке. Что же касается XX века, то, по их мнению, катализаторами здесь были технические усовершенствования, особенно открытие микробной теории болезней, лучшее понимание роли гигиены и разработка антибиотиков и вакцин.

Резкое снижение смертности можно убедительно проиллюстрировать на примере Чили. Средняя продолжительность жизни чилийской женщины, родившейся в 1910 году, со-

ставляла 33 года. Сегодня этот показатель превышает 78 лет (всего на два года меньше, чем в США). В 1910 году вероятность того, что она не доживет до пяти лет, составляла больше одного из трех; сегодня же такая вероятность меньше одного из 50. Кроме того, значительно снизилась смертность среди людей среднего возраста: у сегодняшней чилийки гораздо меньше шансов умереть в молодости от туберкулеза или родов, либо в среднем возрасте от рака. Эти изменения в уровне смертности сопровождаются заметными изменениями в качестве жизни чилийских женщин. Они могут иметь меньше детей и проводить меньше времени за их воспитанием: коэффициент фертильности чилийских женщин снизился с 5,3 детей в 1950 году до 2,3 (чуть выше уровня воспроизводства). Женщины меньше болеют инфекционными болезнями, у них прибавилось сил, улучшилось телосложение и повысился интеллект. Их жизнь стала не только намного длиннее, но и гораздо здоровее.

Какое значение имело улучшение здоровья населения с середины XIX века для экономики стран в целом? И на что указывает недавнее сокращение средней продолжительности жизни в Африке и других регионах в результате эпидемии ВИЧ/СПИДа? В настоящей статье сделана попытка ответить на эти вопросы путем исследования возрастающего числа фактов, которые свидетельствуют о том, что улучшение здоровья способствует ускорению роста ВВП на душу населения. Кроме того, в статье анализируются результаты недавних исследований, в которых утверждается, что прошлые оценки экономического прогресса были заниженными и что экономический ущерб, наносимый эпидемией ВИЧ/СПИДа в последнее время, также занижается, если экономисты используют в качестве критерия ВВП на душу населения. Более точным показателем был бы «полный доход» — концепция, которая охватывает величину изменений в средней продолжительности жизни, включая их в оценку экономического благосостояния. В случае Африки этот новый критерий четко высвечивает экономические последствия СПИДа в данном регионе на протяжении последних 15 лет и предвещает катастрофу в будущем.

Увеличение продолжительности жизни

Во второй половине XX века средняя продолжительность жизни резко возросла во всем мире, однако СПИД подрывает прогресс в Африке и других регионах.

Регион	Средняя продолжительность жизни, лет			Показатель изменения числа лет за десятилетие	
	1960	1990	2001	1960–1990	1990–2001
Страны с низкими и средними доходами	44	63	64	6,3	0,9
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	39	67	69	9,3	1,8
Европа и Центральная Азия	n/a	69	69	n/a	0,0
Латинская Америка и Карибский бассейн	56	68	71	4,0	2,7
Ближний Восток и Северная Африка	47	64	68	5,7	3,6
Южная Азия	44	58	63	4,7	4,5
Африка к югу от Сахары	40	50	46	3,3	-3,6
Страны с высокими доходами	69	76	78	2,3	1,8
Весь мир	50	65	67	5,0	1,8

Источник: «Показатели мирового развития, 2003 год» (Вашингтон, Всемирный банк, 2003 год).

Примечание. Показатели представляют собой средние значения продолжительности жизни мужчин и женщин. Страны отнесены к регионам в соответствии с классификацией, принятой Всемирным банком для 2003 года, которая приведена на внутренней стороне задней обложки издания «Показатели мирового развития, 2003 год».



Жители Филиппин зажигают свечи в память жертв СПИДа, отмечая День СПИДа в Маниле.

правление — это содействие развитию образования. Более здоровые дети лучше посещают школу, и у них выше уровень когнитивного развития, а большая продолжительность жизни может повышать стимулы к инвестициям в образование.

Зачастую улучшение здоровья идет на благо прежде всего самой уязвимой группе населения — детям. Снижение детской смертности первоначально вызвано эффектом «поколения демографического взрыва» и часто ведет к последующему сокращению рождаемости, так как в новых условиях низкой смертности семьи предпочитают иметь меньше детей. Таким образом, поколение демографического взрыва уникально и оказывает глубокое воздействие на экономику по мере того, как его представители получают образование, затем находят работу, накапливают сбережения для выхода на пенсию и, наконец, покидают рынок труда. Поколения, идущие до и после демографического взрыва, значительно меньше по численности.

Если улучшение здоровья повышает производительный потенциал экономики, можно предположить, что хорошее здоровье должно сопровождаться более высокими устойчивыми показателями производства. Однако здесь возможно запаздывание, в связи с тем что экономике требуется постепенно приспособиться к динамически устойчивому уровню производства. Предполагается, что в этом случае в странах с хорошим состоянием здоровья населения, но низкими доходами будет наблюдаться относительно более быстрый экономический рост по мере корректировки их доходов. Насколько велик общий вклад

Влияние здоровья на ВВП на душу населения

Как состояние здоровья сказывается на величине ВВП на душу населения? Во-первых, здоровые работники более производительны, чем работники, сопоставимые с ними во всех отношениях, кроме здоровья. Одно из доказательств тому — результаты исследований, которые увязывают инвестиции в здоровье и питание людей в молодости с их заработками во взрослом возрасте.

Улучшение состояния здоровья приводит к повышению доходов на душу населения и по ряду других направлений (см. рис. 1). Одно из них — изменение решений о расходах и сбережениях на протяжении жизненного цикла. Идея планирования выхода на пенсию возникает только тогда, когда коэффициенты смертности становятся достаточно низкими для того, чтобы выход на пенсию стал реальной перспективой. Рост продолжительности жизни в развивающихся странах создал для нынешнего поколения новый стимул к сбережению, и этот стимул может оказать существенное влияние на национальные нормы сбережения. Такой бум сбережений длится всего одно поколение, а затем нейтрализуется потребностями пожилых людей по мере старения населения, однако пока он продолжается, инвестиции и темпы экономического роста могут существенно повыситься. Другое направление состоит в поощрении прямых иностранных инвестиций: инвесторы склонны избегать стран, рабочая сила которых страдает от тяжелого бремени болезней. Эндемические болезни могут также лишать людей доступа к земле или другим природным ресурсам, как это было на большей части территории Западной Африки до победы над онхоцеркозом («речной слепотой»). Еще одно на-

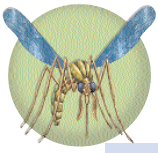
Рисунок 1

Связи между состоянием здоровья и ВВП

Плохое состояние здоровья снижает ВВП на душу населения, сокращая как производительность труда, так и относительные размеры рабочей силы.



Источник: Ruger, Jennifer Prah, Dean T. Jamison, and David E. Bloom, 2001, "Health and the Economy," page 619 in *International Public Health*, edited by Michael H. Merson, Robert E. Black, and Anne J. Mills (Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett).



Вставка 1

Восточноазиатское «чудо»

Все больше данных указывает на то, что своими высокими устойчивыми темпами экономического роста во второй половине XX века страны Восточной Азии в основном обязаны высоким темпам роста факторных вводимых ресурсов — труда, физического капитала и человеческого капитала, — а не повышению общей факторной производительности. Одной из причин быстрого увеличения трудовых ресурсов в расчете на душу населения в Восточной Азии было улучшение здоровья населения. Улучшение состояния здоровья, достигаемое при весьма умеренных затратах, стало предпосылкой и одним из катализаторов так называемого «чуда». Средняя продолжительность жизни возросла с 39 лет в 1960 году до 67 лет в 1990 году, что сопровождалось снижением фертильности. Снижение уровней смертности и фертильности привело к тому, что в период с 1960 по 2000 год соотношение численности населения в трудоспособном возрасте (от 15 до 64 лет) и иждивенцев (0–14 и старше 65) возросло с примерно 1,3 до более 2, что способствовало гораздо более масштабному притоку работников в сферу производства и повышению ВВП на душу населения.

Еще одним ключевым элементом экономического успеха стран Восточной Азии были чрезвычайно высокие темпы накопления капитала в регионе, обусловленные уровнем сбережений, который зачастую превышал 30 процентов доходов. По данным исследований, увеличение продолжительности жизни повысило необходимость в сбережениях для обеспечения дохода в старости. Пик индивидуальных сбережений приходится на возраст от 40 до 65 лет, когда люди готовятся к выходу на пенсию, поэтому когда поколение «демографического взрыва» вступает в этот возрастной диапазон, возникает бум сбережений. Помимо того, что в Восточной Азии значительная часть населения оказалась в данном возрастном диапазоне максимальных сбережений, это поколение первым в регионе стало жить в условиях низкой смертности и накапливать крупные сбережения для выхода на пенсию.

улучшения здоровья в экономический рост? Данные, полученные на основе межстрановых регрессий темпов экономического роста, свидетельствуют о том, что этот вклад весьма велик. Более того, выявлено, что исходное состояние здоровья населения является одним из наиболее надежных и мощных движущих сил экономического роста, наряду с такими точно установленными факторами, как исходный уровень доходов на душу населения (как только страны достигают устойчивого уровня доходов, рост замедляется), географическое положение, институциональная среда, экономическая политика, исходный уровень образования и инвестиции в образование. Например, Блум, Кэннинг и Севилла (Гарвардский университет) показали, что рост продолжительности жизни на один год повышает устойчивый уровень ВВП на душу населения примерно на 4 процента.

Однако не все страны выигрывают от этой взаимосвязи в равной мере. Алок Бхаргава (Хьюстонский университет) с коллегами пришли к выводу о том, что улучшение здоровья больше влияет на размер заработной платы в странах с низкими доходами, чем в странах с высокими доходами. Исследования показывают также, что улучшение здоровья имеет большее значение для стран, которые проводят надлежащую экономическую политику, например, обеспечивают открытость во внешней торговле и надлежащее управление. В работах Блума, Кэннинга и Мэлани (Гарвардский университет) сделан вывод о том, что «чудо» экономического роста в странах Восточной Азии в действительности вовсе не было чудом: скорее, оно убедительно свидетельствует о процессе, ведущую роль в котором сыграло улучшение здоровья в контексте благоприятной в целом экономической политики (вставка 1).

«Добродетельный круг» и «порочный круг»

Улучшение здоровья может способствовать улучшению экономических результатов, однако здесь имеет место и обратная причинно-следственная связь. Такая обратная связь затрудняет оценку причинно-следственного воздействия здоровья на экономический рост, но в работах, проводимых в данной области, это воздействие обычно определяется че-

Вставка 2

«Стоимость статистической жизни»

Каким образом правительства должны оценивать последствия вмешательств государственного сектора в области здравоохранения, безопасности и экологии, направленных на снижение риска смертности? На протяжении нескольких десятилетий этот вопрос рассматривался в многочисленных исследованиях, опирающихся на информацию о готовности людей принимать на себя риск. У. Кип Вискузи из Гарвардского университета внимательно ознакомился с этой литературой и в недавнем обзоре, подготовленном совместно с коллегой Джозефом Олди, четко сформулировал сущность данного подхода:

Ежедневно люди принимают решения, отражающие их оценку рисков для здоровья и жизни, например, садясь за руль автомобиля, выкуривая сигарету или съедая средне-прожаренный гамбургер. Многие из этих вариантов выбора связаны с рыночными решениями, такими как покупка вредного продукта или работа на опасном участке. Поскольку повышение рисков для здоровья нежелательно, у такой деятельности должен быть какой-то иной аспект, делающий ее привлекательной. Используя данные о вариантах рыночного выбора, связанных с неявным компромиссом между риском и денежным вознаграждением,

экономисты разработали оценки стоимости статистической жизни (ССЖ). (Viscusi and Aldy, 2003)

Например, если рабочий требует (и получает) ежегодную надбавку в 500 долларов за согласие выполнять более рискованную, но в остальных отношениях аналогичную прежней работу, которая связана с увеличением смертности на 1 из 10 тыс. в год, стоимость уменьшения риска на такую величину составляет попросту 500 долларов. По определению, стоимость статистической жизни представляет собой наблюдаемую сумму, необходимую для принятия риска, деленную на уровень риска — то есть в нашем примере ССЖ составит $500 / (1/10\ 000) = 5\ 000\ 000$ долларов; этот показатель находится в диапазоне оценок для США в настоящее время. Вискузи и Олди приводят исчерпывающий обзор методов, используемых в этих исследованиях, и обобщают результаты 60 работ по 10 странам.

Неудивительно, что готовность платить, чтобы избежать рисков, растет вместе с ростом доходов. Представляется, что значения ССЖ для страны реально могут находиться в диапазоне 100–200-кратного объема ВВП на душу населения, причем значения оценок в более богатых странах, скорее всего, будут ближе к высокому краю диапазона.



Акушерское отделение больницы в столице Эфиопии Аддис-Абебе.

рез фактор времени: исходные данные о здоровье и питании детей используются в качестве детерминантов заработной платы взрослых, или же здоровье населения, например в 1960 году, принимается за фактор, повлиявший на экономический рост в 1960–1995 годы. Еще более важно то, что эта двусторонняя причинно-следственная связь может вызывать эффект кумулятивной обусловленности, при котором улучшение здоровья ведет к экономическому росту, который может способствовать дальнейшему улучшению здоровья, и так далее. Хотя этот «добродетельный круг» улучшения здоровья и повышения доходов может поддерживаться какое-то время, в конечном счете он сойдет на нет, поскольку отдача от улучшения здоровья будет уменьшаться, а демографический сдвиг приведет к старению населения. Однако возможно также возникновение «порочного круга», при котором ухудшение здоровья вызывает обеднение населения, что еще больше ухудшает здоровье. Особенно ярко эта тенденция проявилась в странах бывшего СССР, где в период перехода от централизованной экономики к рыночной экономике продолжительность жизни мужчин резко сократилась, и в странах Африки к югу от Сахары, где показатели зараженности ВИЧ высоки, а СПИД уже сейчас резко повышает уровень смертности среди взрослых.

Влияние ВИЧ/СПИДа на ВВП на душу населения может в конечном счете оказаться катастрофическим. Гигантский человеческий капитал растрачивается впустую из-за смерти работников в самом трудоспособном возрасте. Высокая смертность препятствует инвестициям нового поколения в образование и создание человеческого капитала, которые могут не окупиться. Возникновение поколения сирот означает, что дети будут вынуждены работать для того, чтобы выжить, и не могут получить необходимого им образования. Высокая смертность может приводить к сокращению инвестиций. В связи с этим велика вероятность падения нормы сбережения, так как перспектива выхода на пенсию становится менее реальной. А иностранные компании едва ли будут склонны инвестировать средства в страны с высоким уровнем распространенности СПИДа из-за угрозы своим собственным работникам, перспективы высокой текучести кадров и вероятности потери работников, которые приобретают специфические навыки, работая на их предприятиях.

Влияние здоровья на «полный доход»

Вместе с тем, оценка экономических результатов по ВВП на душу населения не позволяет дифференцировать ситуации в зависимости от различий в состоянии здоровья: очевидно, что страна, граждане которой живут долго и отличаются хорошим здоровьем, имеет лучшие результаты, чем страна с таким же уровнем ВВП на душу населения, граждане которой часто болеют и раньше умирают. Готовность граждан отказаться от части доходов ради того, чтобы работать в более безопасных условиях, и готовность общества нести расходы, чтобы обеспечить применение норм безопасности и охраны окружающей среды, способствующих укреплению здоровья, дают представление, хотя и приблизительное, о стоимостном аспекте различий в уровнях смертности. В последние десятилетия было проведено много подобных исследований готовности нести расходы, и их результаты обычно обобщаются с помощью показателя «стоимости статистической жизни», или ССЖ (вставка 2).

Хотя в счетах национального дохода и продукта (СНДП) учитывается стоимость ресурсов здравоохранения (например, лекарств и врачебного времени), стандартные процедуры не позволяют включать в рассмотрение информацию о стоимости изменений в уровне смертности. В своем новаторском труде, который долгое время оставался без внимания, Дэн Ашер из Королевского университета Канады впервые ввел стоимостной аспект снижения смертности в экономический анализ на основе счетов национального дохода. Он сделал это, разработав оценки роста «полного дохода» — концепции, охватывающей стоимость изменений в средней продолжительности жизни путем включения их в оценку экономического благосостояния, — для шести стран (Канады, Тайваня, провинции Китая, Франции, Чили, Шри-Ланки и Японии) в средние десятилетия XX века. В странах с более высокими доходами из этой группы до 30 процентов роста полного дохода было обусловлено снижением смертности. В развивающихся странах, где в этот период смертность сокращалась особенно быстро, изменения в уровне смертности оказывали на полный доход еще более сильное влияние. Оценки изменения полного дохода обычно производятся путем прибавления стоимости изменений годовых коэффициентов смертности (рассчитываемых с использованием данных о ССЖ)



Вставка 3

Разрушительные экономические последствия СПИДа в странах Африки к югу от Сахары

В период с 1960 по 1990 год средняя продолжительность жизни в Африке возросла с 40 до 50 лет, однако эпидемия СПИДа сводит эти достижения на нет. К 1990 году зараженность ВИЧ распространилась широко по территории Африки, хотя число смертей оставалось достаточно небольшим (218 тыс. из предполагаемых 7 млн.940 тыс. смертей в 1990 году, или 2,7 процента от общего числа). Но к 2001 году число смертей от СПИДа достигло оценки в 2 млн 197 тыс., или 20,6 процента от общего числа смертей, и прогнозы указывают на дальнейшее увеличение этого показателя. Как результат, средняя продолжительность жизни сократилась до 46 лет.

Однако, несмотря на такое сокращение средней продолжительности жизни, многочисленные исследования пока еще не выявили практически никакого влияния эпидемии СПИДа на ВВП на душу населения в данном регионе, что свидетельствует о недостатках ВВП на душу населения как показателя национального экономического благосостояния. Хотя в долгосрочной перспективе ВВП на душу населения может сократиться из-за падения уровня образования и сбережений в связи с высокой смертностью, СПИД, несомненно, вызвал во многих странах Африки к югу от Сахары настоящую гуманитарную катастрофу. Показатели полного дохода, которые в настоящее время начинают применяться в научной литературе (концепция, охватывающая стоимость изменений в средней продолжительности жизни путем включения их в оценку экономического

благосостояния), позволяют количественно измерить эту катастрофу и дают более точное представление об экономических последствиях СПИДа. Они показывают, что СПИД уже оказывает разрушительное воздействие на экономику стран Африки.

Как оценивается изменение полного дохода в результате эпидемии СПИДа? Оценка включает два компонента: изменение ВВП на душу населения и стоимость изменений в уровне смертности согласно методике, применяемой в литературе о ССЖ. Для получения второго компонента следует сначала рассчитать воздействие СПИДа на коэффициенты смертности. К 2000 году эпидемия достигла в среднем такого уровня, что коэффициенты смертности (в среднем возрасте) начали существенно возрастать. В 1990 году вероятность того, что 15-летний юноша не доживет до 60 лет, составляла 51 процент, а к 2000 году она увеличилась до 57 процентов. Для женщин эта вероятность возросла с 45 до 53 процентов. (Для сравнения, в Японии в 1999 году такая вероятность для женщин составляла всего 4,8 процента.) Среднее изменение в годовой вероятности смертности с 1990 по 2000 год составило 0,35 процента в год.

Следующий шаг заключается в расчете экономических издержек такого прироста смертности. При умеренном допущении о том, что ССЖ в 100 раз больше ВВП на душу населения, изменения показателей смертности в Африке позволяют предположить, что экономические издержки эпидемии приблизительно равны 15 процентам ВВП Африки в 2000 году (при условии, что примерно 50 процентов населения относится к возрастной группе 15–60 лет и что 90 процентов смертей от СПИДа приходится именно на эту группу). Это соответствует ежегодному сокращению дохода в период с 1990 по 2000 год на 1,7 процента, что значительно превышает существующие оценки воздействия СПИДа на ВВП.

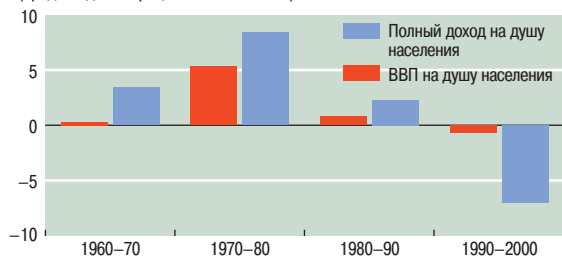
До 1990 года, напротив, улучшение здоровья взрослого населения приносило большие экономические выгоды по отношению к изменениям ВВП на душу населения. По оценкам, во многих странах Африки в период с 1960 по 1990 год экономический эффект выражался в нескольких дополнительных процентных пунктах ежегодного прироста ВВП. Это меняет общее представление об экономических результатах. Например, в Малави в 1980-х годах наблюдались небольшие отрицательные темпы роста ВВП на душу населения, но гораздо более высокие положительные темпы роста полного дохода, которые сменились на резко отрицательные в 1990-е годы. Рисунок демонстрирует этот контраст на примере Кении. В той мере, в которой полный доход обеспечивает лучший показатель общих экономических результатов, чем ВВП на душу населения, экономические результаты Кении до 1990 года существенно недооценивались, а после 1990 года значительно переоценивались.

Рисунок 2

Различные критерии

Тенденции изменения полного дохода представляют экономические результаты Кении в совершенно ином свете, чем тенденции изменения ВВП.

(среднегодовое процентное изменение)



Источник: Jamison, Sachs, and Wang, 2001.

к изменениям годового ВВП на душу населения. И даже эти оценки полного дохода оказываются заниженными, так как в них учитывается только стоимость изменений в уровне смертности и не учитывается общая стоимость изменений в состоянии здоровья.

В течение почти 15 лет дальнейших исследований влияния изменений в уровне смертности на полный доход практически не проводилось (хотя количество тщательно составленных оценок ССЖ выросло чрезвычайно). Затем появились две работы, вызвавшие значительный новый интерес. Недавно назначенный на должность главного экономиста Всемирного банка Франсуа Бургиньон и Кристиан Морриссон из Парижского университета рассмотрели долгосрочную эволюцию неравенства между жителями различных стран мира, исходя из предположения о том, что «для комплексного определения экономического благососто-

яния необходимо рассматривать индивидуумов на протяжении всей их жизни». Они пришли к заключению, что, начиная с периода после 1950 года, быстрое увеличение средней продолжительности жизни в более бедных странах привело к сокращению неравенства в широком определении, несмотря на то, что неравенство по доходам продолжало возрастать. (В таблице на с. 10 показано, что между 1960 и 1990 годом средняя продолжительность жизни в развивающихся странах увеличивалась на 6,3 года за десятилетие, тогда как в странах с высокими доходами этот темп составлял «всего» 2,3 года за десятилетие.) В другой важной работе Уильям Нордхаус из Йельского университета оценил темпы роста полного дохода на душу населения в США в XX веке. Он пришел к выводу о том, что в первой половине столетия снижение смертности обусловило несколько более половины прироста полного дохода, а во второй половине —

несколько менее половины. За этот период реальные доходы в США выросли в шесть раз, а средняя продолжительность жизни увеличилась чуть более чем на 25 лет. В работе Нордхауса содержится также полезное обобщение теории и методов оценки полного дохода.

В трех более недавних работах эти методы распространены на интерпретацию экономических показателей развивающихся стран в последние десятилетия, и во всех работах сделаны выводы, которые существенно отличаются от результатов анализа на основе одних только данных о ВВП. В двух из этих исследований — одно было проведено для Комиссии по вопросам макроэкономики и здравоохранения (КМЗ) Всемирной организации здравоохранения, а второе — в МВФ), оценивалось воздействие эпидемии СПИДа на полный доход. В обеих работах сделан вывод о том, что эпидемия СПИДа 1990-х годов нанесла гораздо более значительный экономический ущерб, чем можно было бы предположить исходя из ее влияния на ВВП на душу населения (см. вставку 3). Гэри Бекер и его коллеги в Чикагском университете дополнили результаты более ранней работы Бургинона и Морриссона, обнаружив наличие сильной абсолютной конвергенции полного дохода между странами с течением времени, вопреки стандартному выводу о продолжающейся дивергенции ВВП на душу населения. Наконец, Джеффри Сакс (Колумбийский университет) и его коллеги расширили рамки предыдущей работы КМЗ, используя вместо показателей ВВП на душу населения стандартные межстрановые регрессии темпов роста для моделирования детерминантов полного дохода. Они также заключили, что с точки зрения полного дохода страны сближаются, и предварительно полагают, что детерминанты роста полного дохода аналогичны детерминантам роста ВВП.

Заключение

Каково значение этих результатов для стратегии развития и анализа затрат и выгод при рассмотрении вариантов инвестиций государственного сектора? Использование критерия полного дохода при анализе затрат и выгод от инвестиций в здравоохранение (и в связанные со здравоохранением сектора, такие как образование, водоснабжение и канализация, а также адресные трансферты на питание) заметно повышает оценки чистых выгод от этих инвестиций или их доходности. В настоящее время лишь примерно 10 процентов официальной помощи на цели развития (ОПР) направляется непосредственно на здравоохранение. Учитывая наличие высокоэффективных и недорогих технологий улучшения здоровья (особенно в условиях высокой смертности), тщательная количественная переоценка различных приоритетов в области инвестиций в повышение уровня жизни, по всей вероятности, позволит заключить, что существующие объемы ОПР и бюджетных ассигнований на здравоохранение вполне заслуживают существенного увеличения. ■

Дейвид И. Блум — профессор экономики и демографии, стипендиат фонда Кларенса Джеймса Гэмбла и заведующий кафедрой народонаселения и международного здравоохранения Гарвардской школы здравоохранения. Дейвид Кэннинг — профессор экономики и международного здравоохранения на кафедре народонаселения и международного здравоохранения Гарвардской школы здравоохранения. Дин Т. Джеймисон — профессор экономики международного здравоохранения и образования в Калифорнийском университете, Лос-Анджелес, и научный сотрудник Международного центра им. Фогарти Национального института здравоохранения США. Он был директором рабочей группы Всемирного банка, подготовившей «Доклад о мировом развитии 1993 года: инвестиции в здравоохранение».

Литература

Becker, Gary S., Tomas J. Philipson, and Rodrigo R. Soares, 2003, "The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality," NBER Working Paper No. 9765 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).

Bhargava, Alok, Dean T. Jamison, Lawrence J. Lau, and Christopher J. L. Murray, 2001, "Modeling the Effects of Health on Economic Growth," *Journal of Health Economics*, Vol. 20 (May), pp. 423–40.

Bloom, David E., David Canning, and Bryan Graham, 2003, "Longevity and Life-cycle Savings," *Scandinavian Journal of Economics*, Vol. 105 (September), pp. 319–38.

Bloom, David E., David Canning, and Pia Malaney, 2000, "Demographic Change and Economic Growth in Asia," *Supplement to Population and Development Review*, Vol. 26, pp. 257–90.

Bloom, David E., David Canning, and J. Sevilla, 2004, "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach," *World Development*, Vol. 32 (January), pp. 1–13.

Bourguignon, François, and Christian Morrisson, 2002, "Inequality Among World Citizens: 1820–1992," *American Economic Review*, Vol. 92 (September), pp. 727–44.

Crafts, Nicholas, and Markus Haacker, 2003, "Welfare Implications of HIV/AIDS," *IMF Working Paper No. 03/118 (Washington: International Monetary Fund)*.

Jamison, Dean T., Eliot Jamison, and Jeffrey Sachs, 2003, "Assessing the Determinants of Growth When Health Is Explicitly Included in the Measure of Economic Welfare," presented at the 4th World Congress of the International Health Economics Association, San Francisco, June.

Jamison, Dean T., Jeffrey Sachs, and Jia Wang, 2001, "The Effect of the AIDS Epidemic on Economic Welfare in Sub-Saharan Africa," Paper No. WG1:13, CMH Working Paper Series (World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health).

Nordhaus, William, 2003, "The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards," in *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, edited by Kevin H. Murphy and Robert H. Topel (Chicago: University of Chicago Press).

Usher, Dan, 1973, "An Imputation to the Measure of Economic Growth for Changes in Life Expectancy," in *The Measurement of Economic and Social Performance*, edited by Milton Moss (New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research).

Viscusi, W. Kip, and J. E. Aldy, 2003, "The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates from Around the World," *The Journal of Risk and Uncertainty*, Vol. 27 (August), pp. 5–76.

World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health, 2001, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development (Geneva: WHO)*.