

От смертного приговора К ДОЛГОВОЙ ТЮРЬМЕ

Пол Кольер, Ричард Мэннинг и Оливье Стерк



Девочка в детдоме для сирот СПИДа, Гейта, Танзания.

Сейчас, когда СПИД является поддающимся контролю заболеванием, страны и доноры должны уделять первоочередное внимание финансированию лечения и инвестициям в профилактику

ДВАДЦАТЬ лет назад диагноз СПИД означал верную смерть. Сейчас благодаря антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированные люди в странах с низкими доходами могут вести практически полноценную жизнь, при этом затраты на лечение составляют несколько сотен долларов в год. Первоначально бытовало мнение, что в Африке терапия такого рода может оказаться неэффективной с учетом трудностей соблюдения жесткой схемы лечения (Stevens, Kaye, and Cograh, 2004). Но эти страхи оказались беспочвенными: благодаря такой терапии миллионы африканцев сейчас живы и здоровы.

С учетом этого представления о том, что в битве со СПИДом у врачей сейчас появились шансы на победу, статья с обложки журнала *Economist*, посвященная 30-летию с момента открытия этого заболевания, получила название «Конец СПИДа?» Но по мере того, как конец СПИДа как медицинской катастрофы становится все более достижимым, он превращается в потенциальное бедствие для бюджета. Значительное повышение показателей выживаемости среди ВИЧ-положительных лиц означает, что бедные страны с высокой долей носителей ВИЧ сталкиваются со значительным новым обязательством для бюджета (Haacker and Lule, 2011).

Моральная дилемма

ВИЧ постепенно разрушает белые кровяные клетки, необходимые для функционирования иммунной системы человека. Без лечения люди, число клеток CD4 (показатель содержания белых кровяных клеток) которых составляет менее 350 на кубический миллиметр, скорее всего, умрут в ближайшие пять лет; при лечении они могут жить практически полноценной жизнью. Несмотря на наличие в бедных странах воспроизведенных лекарств и пре-

паратов, продающихся по сниженной цене, стоимость лечения слишком высока для малоимущих больных и слишком велика для бедных стран, чтобы они могли покрывать эти затраты для своих граждан. Но с точки зрения стран с высокими доходами эта цена незначительна — несколько сотен долларов за человеческую жизнь. Из этих особенностей вытекает обязательство по спасению: стоящих на учете ВИЧ-положительных людей нельзя оставить умирать, когда мы вполне можем предотвратить их смерть. Именно поэтому прежние лидеры, такие как президент США Джордж Буш-младший и президент Франции Жак Ширак, не считавшие оказание помощи в целях развития приоритетной задачей, все же приняли масштабные целевые программы финансирования лечения ВИЧ/СПИДа.

Но стоимость финансирования антиретровирусного лечения сопряжена со своими уникальными особенностями морально-этического характера. Если лечение началось, было бы совершенно безнравственно прекращать его, потому что финансовые ресурсы закончились. Решение о прекращении лечения — это, говоря юридическим языком, «действие», которое приводит к смерти стоящих на учете людей, в отличие от «бездействия», выражающегося в отказе начинать лечение. Но затраты на антиретровирусное лечение носят длительный характер именно потому, что лечение позволяет жить полноценной жизнью: те больные, которые были инфицированы в молодом возрасте, должны получать терапию на протяжении десятилетий.

Благодаря антиретровирусной терапии и профилактике число вновь инфицированных ВИЧ людей снижается в большинстве стран мира. С 2001 по 2013 год количество случаев заражения ВИЧ уменьшилось на 38 процентов с 3,4 млн до 2,1 млн (UNAIDS, 2014). Благодаря терапии смертность от СПИДа также снизилась, с 2005 года она упала на 35 процентов. Однако поскольку во многих странах число заболевших все еще значительно превышает число смертей, количество ВИЧ-положительных граждан продолжает расти, свидетельствуя о том, что на протяжении многих лет стоимость лечения, скорее всего, будет увеличиваться. Кроме того, большинство инфицированных ВИЧ людей все еще не получают антиретровирусную терапию потому, что число их клеток CD4 еще не упало до того предела, когда назначается терапия, либо потому, что заболевание еще не было диагностировано. Поэтому на определенном этапе лечение понадобится гораздо большему числу людей. Хуже того, многие люди, получающие терапию, — и те, кому она понадобится в будущем, — в конечном итоге вырабатывают невосприимчивость к стандартному лечению. В тот момент им понадобятся более сложные и гораздо более дорогие схемы лечения.

Отличительные особенности данных издержек сопряжены с двумя серьезными последствиями, которые оправдывают наш акцент на ВИЧ/СПИД. Однако нашу основу можно адаптировать к изучению последствий других заболеваний с аналогичными особенностями, и, разумеется, наш анализ ни в коей мере не ставит своей целью умалить необходимость в инвестициях на другие нужды в сфере здравоохранения.

Во-первых, поскольку решение о начале лечения тесно связано с необходимостью финансировать лечение в будущем, эти будущие обязательства должны быть известны заранее. Затем доноры и правительства соответствующих стран должны договориться о четких правилах относительно того, как эти расходы будут распределяться. В противном случае правительства могут иметь все основания с опаской относиться к принятию обязательств, которые будет невозможно соблюсти в случае, если внимание доноров переключится на другие приоритеты.

Во-вторых, поскольку непрекращающееся распространение инфекции сопряжено с значительными обязатель-

ствами в будущем, появляется новый аргумент в пользу мер профилактики. В то время как профилактика перестает быть необходимой с медицинской точки зрения для предотвращения смерти, она становится все более ценной с финансовой точки зрения. Увеличение финансирования на профилактику окупается до тех пор, пока хотя бы один дополнительный потраченный доллар помогает сэкономить доллар, предназначенный для выполнения обязательств по лечению вновь инфицированных.

Это означает, что лечение и профилактика ВИЧ/СПИДа переходит из разряда проблем, которыми занимаются министерства здравоохранения, к проблемам, которые также напрямую затрагивают министерства финансов. Новые исследования показывают, что предоставление дополнительных ресурсов на профилактику ВИЧ может в целом помочь стране сэкономить деньги (см. Collier, Sterck, and Manning, 2015, и статьи на схожую тематику консорциума RethinkHIV).

Подсчитываем издержки

В исследовании мы изучали распространенность ВИЧ и его последствия для бюджетов восьми африканских стран в будущем. Мы признаем очевидные преимущества лечения ВИЧ/СПИДа для благополучия отдельных людей и экономики страны, но в данном случае сделали акцент на последствиях морального долга по спасению людей для бюджета (см. таблицу). Мы использовали стандартную эпидемиологическую модель, интегрированную в широко используемое программное обеспечение Spectrum для оценки вероятного распространения инфекции на период до 2050 года (Avenir Health, 2014). Затем мы вычислили совокупную стоимость лечения в будущем. Стоимость единицы лечения взята из работы Schwartlander et al. (2011) и, как предполагается, не меняется со временем. Мы снижаем будущие издержки на «норму дисконта», в качестве которой выступает процентная ставка. Чем выше процентная ставка, тем ниже текущая стоимость обязательств по издержкам, которые будут понесены в будущем. Как правило, экономисты по вопросам здравоохранения используют процентную ставку всего лишь в размере 3 процентов, что подразумевает огромные обязательства. В работе мы использовали более высокую (и поэтому более консервативную) ставку в размере 7 процентов, под которую африканские государства могут в настоящий момент брать займы на рынках суверенных долговых обязательств, — поскольку она является

Будущие издержки

Возможная дестабилизация от затрат на антиретровирусное лечение в будущем оправдывает потребность в международной помощи для некоторых стран.

	Доля носителей ВИЧ среди взрослых	ВВП на душу населения	Объем внешнего долга, 2012 год	Внутреннее финансирование на нужды ВИЧ	Расходы бюджета на антиретровирусное лечение, 2015 год	Общая стоимость будущего лечения для бюджета
	(взрослое население, в процентах)	(долл. США)	(в процентах ВВП)	(в процентах от общего финансирования на нужды ВИЧ)	(в процентах ВВП)	(в процентах ВВП)
Ботсвана	21,6	8 332	17,7	77	1,04	24,1
Кения	3,7	1 588	31,1	30	0,34	9,1
Лесото	13,9	1 390	31,3	57	1,95	73,6
Малави	8,0	275	31,7	2	3,33	80,3
Нигерия	6,3	3 677	4,2	23	0,15	6,8
ЮАР	17,3	6 477	36,6	88	0,63	21,1
Уганда	4,5	685	22,5	13	0,72	21,3
Зимбабве	13,4	1 073	75,5	29	1,81	38,7

Источники: МФВ; Всемирный банк; Spectrum; база данных AIDS Info Online, и расчеты авторов.

Примечание. Данные приведены на 2015 год, если не указано иное. Стоимость будущего лечения для бюджета измеряется как чистая приведенная стоимость лечения на период 2015–2050 годов с подсчетом терминальной стоимости (объяснение этого термина см. Collier, Sterck and Manning, 2015). ВВП = валовой национальный доход.

более точным отражением альтернативных издержек. Даже с этой высокой нормой дисконта будущих расходов обязательства, вытекающие из лечения ВИЧ/СПИДа, являются достаточно серьезными и сказываются на экономике стран.

В четырех из восьми изучаемых нами стран — Ботсване, ЮАР, Зимбабве и Лесото — этим заболеванием страдают более 10 процентов населения.

Учитывая продолжающееся распространение ВИЧ, Ботсвана и ЮАР имеют обязательство в размере 20 процентов от ВВП, вытекающее из необходимости обеспечить лечение больных. Поскольку оба государства являются странами со средним уровнем дохода, они не могут рассчитывать на то, что международное сообщество разделит с ними большую часть этого бремени в будущем. К счастью, поскольку обе страны проводят осмотрительную политику, и, как следствие, их общие уровни долга по отношению к ВВП невелики или умеренны, обязательство по лечению является существенным, но не дестабилизирующим. Более того, меры по борьбе с ВИЧ уже в основном финансируются из внутренних источников Ботсваны и ЮАР.

В Зимбабве распространенность заболевания несколько ниже, чем в Ботсване и ЮАР, но в этой стране гораздо ниже уровень дохода, а установленная долговая нагрузка выше. В данном случае было бы желательно заранее договориться с потенциальными донорами о распределении бремени. В противном случае есть риск того, что доноры и государство начнут играть в игру «кто первым сдастся», когда каждая сторона выделяет недостаточное финансирование, чтобы другая сторона взяла на себя обязанность по спасению.

Лесото находится в совершенно другой ситуации. Эта страна гораздо беднее Ботсваны или ЮАР, но схожа с ними по уровню распространенности ВИЧ. В результате она вынуждена брать на себя существенно большее обязательство, сравнимое с долгом, который превышает 70 процентов ВВП. Внешний долг Лесото составляет лишь 31 процент ВВП, но связанное с ВИЧ обязательство повысит общее бремя до уровня свыше 100 процентов, что, по сути, подтолкнет её к такому объему долга, который в соответствии с Инициативой для бедных стран с высоким уровнем задолженности МВФ определяется как непосильный. Именно по этой причине доноры не должны оставлять Лесото в одиночестве с этим бременем. Международное сообщество уже признает, что непосильный внешний долг бедных стран должен быть прощен.

Население Лесото невелико, поэтому финансовое бремя международного сообщества по финансированию затрат на борьбу с ВИЧ/СПИДом в этой стране будет незначительным.

В Малави также, несмотря на меньшую распространенность ВИЧ, бремя издержек от будущего лечения затмевает скромную внешнюю задолженность страны. Но поскольку Малави гораздо больше Лесото, издержки для международного сообщества неизбежно будут гораздо выше. Именно поэтому правительство Малави должно получить обоснованные гарантии будущего финансирования от доноров, чтобы принять обязательство по лечению заболевания в будущем.

Очевидно, что учитывая данные обязательства по лечению в будущем, министерства финансов должны иметь полное представление о проблеме ВИЧ/СПИДа и рассматривать возможности сведения к минимуму скрытых рисков. Даже в Уганде, стране с низкой распространенностью заболевания, скрытые обязательства по лечению составляют величину, равную установленной задолженности страны.

Для некоторых из стран, которые мы изучали, обязательства значительно превосходят возможности правительства по их выполнению. С учетом того, что в данном случае речь идет об обязательстве по спасению, недостающие возможности по предоставлению лечения, превосходящие реальные возможности страны, становятся обязательством сообщества доноров, а его финансирование будет осуществляться на протяжении будущих десятилетий. Несмотря на то, что доноры сталкиваются

с ограничениями в отношении своей способности брать на себя долгосрочные обязательства, имеющие юридическую силу, согласованные принципы распределения бремени снизят вероятность того, что в будущем доноры направят свои средства на новые приоритеты.

Специальные фонды, которые международное сообщество учредило для борьбы с ВИЧ/СПИДом, представляют собой антикризисные меры в ответ на новое обязательство по спасению с краткосрочными горизонтами финансирования вместо долгосрочных стратегий партнерства с африканскими правительствами. При этом вероятное развитие потребностей каждой страны можно спрогнозировать путем анализа истории расходов правительств и доноров на ВИЧ/СПИД. При заданной заболеваемости ВИЧ рост доходов на душу населения сопровождается ростом расходов правительства на ВИЧ. Однако с повышением расходов правительства расходы доноров снижаются практически в равной пропорции таким образом, что совокупные расходы на ВИЧ/СПИД остаются приблизительно неизменными. Если министерствам финансов не удастся успешно пересмотреть эти условия распределения финансовой нагрузки, им придется признать, что по мере роста их экономик стремительно увеличивающаяся стоимость лечения будет все больше ложиться грузом на их собственные бюджеты.

Страны, решившие пересмотреть условия, могут опираться на некоторые уже существующие ориентиры, которые могут стать основанием для оказания содействия, — например, точку, за которой совокупное бремя будущих обязательств страны по антиретровирусной терапии плюс установленная внешняя задолженность превышает согласованный порог устойчивости долговой ситуации. Разумеется, заручиться консенсусом международного сообщества по вопросу такого пересмотра условий будет непросто задачей.

В любом случае доноры и правительства не должны слепо идти по дороге, ведущей к будущему кризису, при котором каждая из сторон пытается возложить ответственность на другую, а миллионы людей сталкиваются с угрозой смерти, которой можно было бы избежать.

Профилактика лучше лечения

В наших оценках издержек, связанных с обязательством по спасению, действительно подчеркивается необходимость обеспечить эффективные меры профилактики распространения инфекции. Для Лесото и Уганды примерно половина нагрузки на бюджет в будущем обусловлена новыми случаями заболевания. А для Малави новые случаи заражения повышают объем обязательств с 50 до 80 процентов ВВП. В силу медицинских обстоятельств с момента создания антиретровирусной терапии расширение масштабов лечения стало превалировать над профилактикой, но сейчас существует мощный бюджетный аргумент в пользу того, чтобы уделять большее внимание сдерживанию распространения инфекции.

Изначальной ответной мерой международного сообщества было поощрение лечения как ключа к профилактике. Как только люди начинают получать антиретровирусную терапию, они становятся гораздо менее заразными. В настоящий момент Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, 2015) использует это обстоятельство в качестве одного из аргументов для начала лечения людей задолго до того, как терапия становится необходимой для предотвращения смерти. Однако это распространение терапии как способа профилактики станет еще более обременительным обязательством для бюджета, и с точки зрения целей профилактики другие способы снижения распространенности заболевания могут оказаться более экономичными.

Например, моделируя ситуацию в Малави, мы обнаруживаем, что распространение программы обрезания среди взрослого населения будет с избытком окупаться в условиях сокра-



Горсть таблеток для лечения вируса СПИД, программа реабилитации больных ВИЧ/СПИДом *Pero La Tumaini Jangwani*, приют и клиника для сирот, Исиоло, Кения.

ценных бюджетных обязательств, а распространение терапии как способа профилактики — нет. Страны Африки достигли значительных успехов по некоторым направлениям, например, в ограничении передачи ВИЧ от матери к ребенку. Поощрение девочек-подростков не бросать школу также дает обнадеживающие результаты (Santelli et al., 2015), но на сегодняшний день не существует достаточного количества зарекомендовавших себя программ профилактики. Вместо вливания огромных сумм в дальнейшее распространение лечения как метода профилактики, возможно, было бы лучше испытать ряд других стратегий профилактики, включая те, которые были разработаны с целью изменения сексуального поведения, чтобы установить, какие из них наиболее эффективны.

Страх непреднамеренной стигматизации ВИЧ-инфицированных лиц всегда ограничивал немедицинские подходы к мерам профилактики. Ранняя кампания президента Уганды Йовери Мусевени, которая недвусмысленно предупреждала людей о рисках нескольких половых партнеров, оказалась крайне эффективной. Затем темпы распространения инфекции в Уганде снова начали расти после того, как первая кампания была заменена на менее реалистичную, пропагандирующую половое воздержание. Аналогичным образом, есть все веские основания вести активную целенаправленную работу с работниками секс-индустрии и водителями грузовиков — основными группами населения, распространяющими инфекцию, — на предмет упреждающего лечения. Более адресная работа по отдельным географическим регионам также может оказаться действенной: например, в Кении риски заражения могут различаться в десять раз от одного района к другому.

Последний важный вывод из результатов нашего исследования заключается в том, что донорам и правительствам следует увязать ту долю, которую каждая из сторон берет на себя из расходов на лечение инфекции в будущем, с долей расходов на профилактику. Любой значительный отход от этого принципа будет сопряжен для сторон с моральным риском. Например, если доноры оплатили большую часть расходов на лечение инфекций в будущем, а правительства заплатили за большую

часть профилактики (или наоборот), ни у одной из сторон не будет финансового стимула повышать расходы на профилактику до тех пор, пока она не достигнет уровня экономической целесообразности. Несмотря на многие миллиарды долларов, которые на сегодняшний день тратятся на борьбу с ВИЧ/СПИДом, этот основополагающий принцип соотвественности стимулов и финансирования так и не был признан, не говоря уже об его осуществлении. Значение этого принципа существенно возрастет, когда будут разработаны эффективные стратегии профилактики и возникнет потребность в увеличении их масштабов.

До сегодняшнего дня правительства оставляли вопросы ВИЧ/СПИДа в основном в ведении министерств здравоохранения, и международное сообщество создало значительные, изолированные друг от друга финансовые механизмы, через которые осуществлялось финансирование вмешательств. Обе стороны проделали творческую работу. Однако с распространением антиретровирусной терапии последствия ВИЧ/СПИДа для бюджетов стран сейчас стали слишком серьезными, чтобы на них можно было закрывать глаза. Пришло время, когда министерствам финансов нужно принимать более активное участие в решениях, касающихся управления обязательствами, с которыми сталкиваются страны, МВФ — во всех соответствующих случаях сделать акцент на финансовых последствиях, а донорским организациям — интегрировать потребности в финансировании борьбы с ВИЧ/СПИДом в общие рамки финансирования развития на страновом уровне. ■

Пол Кольер — профессор экономики и государственной политики Школы управления имени Блаватника Оксфордского университета, где в качестве старшего научного сотрудника работает Ричард Мэннинг. Оливье Стерк — постдокторант Центра изучения экономики стран Африки Оксфордского университета.

Данная статья основана на исследовании (Collier, Sterck, and Manning, 2015), опубликованном в рамках работы объединения RethinkHIV, финансируемого из средств фонда RUSH консорциума старших научных сотрудников, которые осуществляют анализ новых данных, связанных с издержками, преимуществами и последствиями для бюджета и развития мер по борьбе с ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары. Методология расчета затрат, используемая в настоящей статье, и выводы по результатам ее применения, касающиеся относительной эффективности затрат на различные меры политики, были первоначально сформулированы Маркусом Хаакемом.

Литература:

Avenir Health (formerly Futures Institute), 2014, Spectrum Manual, Spectrum System of Policy Models (Glastonbury, Connecticut).

Collier, Paul, Olivier Sterck, and Richard Manning, 2015, "The Moral and Fiscal Implications of Antiretroviral Therapies for HIV in Africa," CSAE Working Paper WPS/2015-05 (Oxford, United Kingdom: Centre for the Study of African Economies).

Santelli, John S., Zoe R. Edelstein, Ying Wei, Sanyukta Mathur, Xiaoyu Song, and Ashley Schuyler, 2015, "Trends in HIV Acquisition, Risk Factors and Prevention Policies among Youth in Uganda, 1999–2011," AIDS, Vol. 29, No. 2, pp. 211–19.

Schwartzländer, Bernhard, John Stover, Timothy Hallett, and others, 2011, "Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS," Lancet, Vol. 377, No. 9782, pp. 2031–41.

Stevens, Warren, Steve Kaye, and Tumani Corrah, 2004, "Antiretroviral Therapy in Africa," BMJ, Vol. 328, No. 7434, p. 280.

UNAIDS, 2014, The Gap Report (Geneva).

World Health Organization (WHO), 2015, Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (Geneva).