

МАКРО ЭДИЙН ЗАСАГ ба ЭРҮҮЛ МЭНД:  
Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл  
мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт

“...ядуусын эрүүл мэндийг сайжруулах энэхүү агуу үйлст дуу хоолойгоо хүчтэй нэгтгэнэ гэдэгт би итгэж байна. Аливаа зүйлсийг өөрчлөхөд тун хэцүү байдгийг нэг талаар ухаарах хэдий ч өөрчлөлтийн төлөө би баттай зогсож чадна. Бадрангуй байх үүднээс бид боломжийнхоо хязгаарт тултал бага ч гэсэн мөрөөдөж байх хэрэгтэй. Бидний дуу хоолой бол дэлхийн хамгийн эмзэг, дорой, буурай хүмүүсийн (өвчтэй болоод нас барж буй ядуусын доторх хамгийн ядуучууд) нэрийн өмнөөс өнөөдөр хийх тэмцэл мөн. Энэ үйл хэрэгт саад бэрхшээл учрах нь тодорхой юм. Иймд, бид үүргээ боломжийн хэрээр хэрэгжүүлсэндээ сэтгэл хангалуун байхын тулд зоригтой байцгаая.”

*Энэхүү үйлст хүчин  
чармайлтаа зориулж буй Түр  
Хорооны гишүүд болон бусад  
идэвхтнүүдэд Жеффри  
Саксаас электрон  
шуудангаар ирүүлсэн  
захидлаас хянан  
тохиолдуулагчийн татсан  
ишлэл.*

Тус илтгэлийн агуулгын талаарх мэдээллийг дараахь хаягаар хүсэмжилнэ үү:

Профессор. Жеффри Д. Сакс  
Олон Улсын Хөгжлийн Төв , Харвардын Их Сургууль  
Жон Ф. Кеннедийн Засгийн газрын сургууль  
79 Жон Ф. Кеннедийн гудамж  
Кембридж, МА 02138 АНУ  
<http://www.cid.harvard.edu>  
[jeffrey\\_sachs@harvard.edu](mailto:jeffrey_sachs@harvard.edu)

Тус номыг дараахь хаягаар авч болно. Үүнд:  
Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага  
Маркетинг, Борлуулалт ба Түгээлтийн хэлтэс  
1211 Женев 27, Швейцар улс  
утас: (41-22) 791 2476  
факс: (41-22) 791 4857  
email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

# МАКРО ЭДИЙН ЗАСАГ ба ЭРҮҮЛ МЭНД: Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны Илтгэл

*Түр Хорооны тэргүүн: Жеффри Д. Сакс*

2001 оны 12 дугаар сарын 20-ны өдөр Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Ерөнхий Захирал Гро Харлем Брундтландад гардуулав.



Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага  
Женев хот

ДЭМБ Хэвлэлийн тоон мэдээллийн каталог

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэнд: Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны Илтгэл

1. Санхүүжилт ба Эрүүл мэнд 2. Хөрөнгө оруулалт 3. Эдийн засгийн хөгжил 4. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоо 5. Ядуурал 6. Хөгжиж буй орнууд 7. Хөгжингүй орнууд: Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи ДЭМБ-ын Түр Хороо

ISBN 92 90610700

Анхны хэвлэл

Монгол улсын Эрүүл Мэндийн Яамнаас ДЭМБ-д хандан "Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэнд: Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт" хэмээх Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи ДЭМБ-ын Түр Хорооны Илтгэлийг орчуулах, Монгол хэл дээр хэвлэх хүсэлтийг тавьсны дагуу тус илтгэлийг хэвлүүлэн нийтлэв. Энэхүү илтгэлийг дахин хэвлэх ба олшруулах хүсэлтийг Эрүүл Мэндийн Яам, 210648 Улаанбаатар хот, Сүхбаатар дүүрэг, Олимпын гудамж 2, Засгийн газрын VIII байр гэсэн хаягаар ирүүлнэ үү.

© Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага  
© Эрүүл Мэндийн Яам 2004

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын хэвлэл нь Дэлхийн Зохиогчийн эрхийн Конвенцийн 2 дугаар хэлэлцээрийн дагуу зохиогчийн эрхээр хамгаалагдсан.  
Бүх эрх хадгалагдсан болно.

Энэхүү бүтээлд тусгагдсан баримт материалууд, тэдгээрийн агуулга нь аливаа улс орон, нутаг дэвсгэр, хот буюу дүүрэг, тэдгээрийн засаг захиргаа болон түүний хил хязгаарыг зааглах хууль ёсны байдлын талаар Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Нарийн бичгийн дарга нарын газраас баримталж буй үзэл бодлыг үл илэрхийлнэ.

Зарим үйлдвэрлэгчид болон компаниудын бүтээгдэхүүнийг дурьдсан нь тэднийг энд бичигдээгүй ижил төрлийн бусад үйлдвэрлэгчдээс илүүд үзэхийг Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагаас зөвлөмж болгож буй хэрэг биш юм. Зарим алдаа, хаяж орхигдуулсан зүйлээс бусад бүх өмчийн эзэмшлийн их эрх бүхий бүтээгдэхүүнүүдийн нэрийн эхний үсгийг томоор бичлээ.

Тус илтгэлд Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны хамтын үзэл баримтлал тусгагдсан хэдий ч тэдгээр нь Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын бодлого буюу шийдвэрийн зайлшгүй илэрхийлэл болохгүй.

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэнд: Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт  
Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны Илтгэл

Орчуулсан Ц. Цолмонгэрэл  
Хянасан Д. Чимэддагва

## Гарчиг

### Илтгэлийн хураангуй

#### Түр Хорооны илтгэл . . . . .

*Эрүүл мэнд ба хөгжлийн талаарх нотолгоо*  
*Эдийн засгийн хөгжилд үзүүлэх өвчний нөлөө*  
*Бага орлоготой орнуудын өвчний тархвар зүй*  
*Өвчний дарамтыг бууруулах нь*  
*ДОХ-ын цар тахал*  
*Бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн зардал*  
*Эрүүл мэндэд дотоодын эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх нь*  
*Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүгийн бус дарамтыг*  
*бууруулах нь*  
*Эрүүл мэндийг дэмжих үйлст эрүүл мэндийн салбарын оролцоо*  
*Өвчний эсрэг тэмцэлд дэлхий нийтийн мэдлэгийг дайчлах нь*  
*Зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмж*  
*Өргөжилтийн макро эдийн засгийн ашиг тус*  
*Цаашдын зорилт*  
*Тайлбар*

#### Хавсралт 1

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны гишүүд, бусад оролцогчид, ажлын илтгэлүүд

##### *Түр Хорооны гишүүд*

*Нэгдүгээр Ажлын хэсэг: Эрүүл мэнд, эдийн засгийн өсөлт ба ядуурлыг бууруулах*  
*Хоёрдугаар Ажлын хэсэг: Эрүүл мэндийн дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээ*  
*Гуравдугаар Ажлын хэсэг : Дотоодын нөөцийг эрүүл мэндийн салбарт дайчлах нь*  
*Дөрөвдүгээр Ажлын хэсэг : Эрүүл мэнд ба олон улсын эдийн засаг*  
*Таевдугаар Ажлын хэсэг : Ядуусын эрүүл мэндийг сайжруулах нь*  
*Зургаадугаар Ажлын хэсэг: Хөгжлийн тусламж ба Эрүүл мэнд*

#### Түр Хорооны гишүүдийн намтрын тойм

##### Ажлын илтгэл, судалгааны бүтээлүүд

*Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны ажлын хэсгүүдийн илтгэлийн гарчиг*  
*Ажлын илтгэлүүдийн цуврал*

#### Хавсралт 2

Бага болон зарим дундаж орлого бүхий орнуудад эрүүл мэндийн нэн тэргүүний тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх ажлын зардал

*Зорилго*

*Эрүүл мэндийн нэн тэргүүний тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардлыг Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны орлогын ба өвчний ангиллын дагуу тооцсон нь  
Бүс нутгийн түвшинд зардлыг тооцсон нь*

Ашигласан материалын жагсаалт

*Тоон мэдээллийн эх сурвалж*

*Бодлогын баримт бичгүүд*

Нэр томъёоны тайлбар

## МАКРО ЭДИЙН ЗАСАГ ба ЭРҮҮЛ МЭНД:

Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор Эрүүл мэндийн салбарт хийх хөрөнгө оруулалт

Макро-Эдийн засаг ба Эрүүл мэнд хэмээх энэхүү түр хороо нь Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Ерөнхий Захирал Гро Харлем Брундтландын санаачлагаар 2000 оны 1 дүгээр сард дэлхийн эдийн засгийн хөгжилд эрүүл мэндийн оруулах хувь нэмрийн цар хүрээг үнэлэн дүгнэх зорилгоор байгуулагдсан юм. Хэдийгээр эрүүл мэнд нь хөгжлийн үндсэн зорилго бөгөөд чухал үр дүн болохыг өргөн хүрээнд хүлээн зөвшөөрдөг боловч эдийн засгийн хөгжилд нөлөө үзүүлж, ядуурлыг бууруулах үйлст эрүүл мэндэд хийх хөрөнгө оруулалтын ач холбогдлыг төдийлөн үнэлээгүй иржээ. Эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээ, түүний дотор харьцангуй цөөн тооны тодорхой арга хэмжээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэн дэлхийн ядуучуудад хүргэснээр жил бүр сая сая хүмүүсийн амийг аварч, ядуурлыг бууруулан эдийн засгийн хөгжлийг түргэсгэн дэлхий дахины аюулгүй байдлыг баталгаажуулж болохыг бид тус илтгэлийг бэлтгэх явцад тогтоосон юм.

Түүнчлэн, дэлхийн хөгжингүй болон хөгжиж буй орнуудын нэгдмэл шинэлэг хамтын ажиллагаанд тулгуурлан эдийн засгийн хөгжлийг дэмжих үүднээс эрүүл мэндийн салбарт хөрөнгө оруулалт хийх, түүнийг ядуу орнуудад чиглүүлэх талаарх шинэ стратегийг энэхүү илтгэлээр дэвшүүлэн тавилаа. Цаг үеэ олсон шийдэмгий арга хэмжээг авч хэрэгжүүлбэл 2010 он гэхэд жил бүр 8 сая хүний амийг аварч, ядуучуудын дундаж наслалтыг уртасган, хөдөлмөрийн бүтээмж, эдийн засгийн аж байдлыг сайжруулах бололцоотой юм. Ийм хүчин чармайлтад хүрэхийн тулд дараахь хоёр чухал шинэ санаачлагыг хэрэгжүүлэх шаардлагатай. Энэ нь эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах ядуу орнууд ба хандивлагчдын нөөцийг нилээд хэмжээгээр нэмэгдүүлэх болон ядуу улс орнуудад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэх боломжийг нь хязгаарлаж байгаа санхүүгийн бус саад бэрхшээлийг шийдвэрлэх асуудлууд юм. Эрүүл мэндийн хөрөнгө оруулалтыг нэмэгдүүлэх буюу хандивлагч орнуудын үндэсний орлогын нэг хувийн аравны нэгийг зориулвал, жил бүр сая сая хүний амь аврагдан эдийн засгийн хөгжил түргэсч, дэлхий дахины аюулгүй байдал сайжирна. Ийм нэгдмэл хүчин чармайлтыг гаргахгүй

бол Мянганы Хөгжлийн Тунхаглалд тусгагдсан ядуусын амьдралыг дээшлүүлэх дэлхийн зорилтууд биелэхгүй.

Тэдгээр ядуу орнуудын жилийн орлогын түвшин тун доогуур байгаа нь эрүүл мэндийн салбарын зардалд ихээхэн нөлөөлж байна.

Хөрөнгө оруулалтыг эрүүл мэндийн салбарт дангаар нь нэмэгдүүлэх асуудал бодитой бус учраас дэлхийн ядуу орнуудад чиглэгдэж байгаа буцалтгүй тусламжийг тал бүрээр өргөжүүлэхийг энэхүү илтгэлд цохон тэмдэглэж байна. Ийм үзэл баримтлал нь даяарчлалын одоогийн шударга бус байдал болон ачааллыг даван туулахын зайлшгүйг ухамсарлан ойлгох явдал дээшилсээр буй өнөө үед нэн чухал ач холбогдолтой юм.

Тиймээс бид ирж буй эринд эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламжийн хүртээмжийг дээшлүүлэн дээр дурьдсан зорилтууддаа хүрэх арга хэмжээг хэрэгжүүлж эхлэхийг дэлхий нийтэд уриалж байна. Дэлхий нийт 2002 онд зоригтойгоор хөдлөн ядуу ба баян чинээлэг улс орнуудын хоорондын хамтын ажиллагаанд мэдэгдэхүйц түлхэцийг өгвөл сая сая үгээгүйчүүдэд амьдралыг бэлэглэж чадах бөгөөд ингэснээрээ даяарчлал нь бүх хүн төрөлхтөний сайн сайханд ихээхэн хувь нэмэр оруулж болохыг түүнийг эсэргүүцэгч бүх хүмүүст нотлон харуулах болно.

2001 оны 11 дүгээр сар

Түр Хорооны тэргүүн: *Жеффри Д. Сакс (Jeffrey D. Sachs)*

Гишүүд:

*Ишер Жадже Ахлуваиа (Isher Judge Ahluwalia)*  
*К. Ю. Амоако (K.Y. Amoako)*  
*Эдуардо Анинат (Eduardo Aninat)*  
*Даниель Кохен (Daniel Cohen)*  
*Зефирин Диабре (Zephirin Diabre)*  
*Эдуардо Дориан (Eduardo Doryan)*  
*Ричард Г. А. Фийчем (Richard G. A. Feachem)*  
*Роберт Фогель (Robert Fogel)*  
*Дийн Жамисон (Dean Jamison)*  
*Такатоши Като (Takatoshi Kato)*  
*Нора Люстиг (Nora Lustig)*  
*Энн Миллс (Anne Mills)*  
*Торвалд Мүй (Thorvald Moe)*  
*Манмохан Сингх (Manmohan Singh)*  
*Супачай Панитчпакди (Supachai Panitchpakdi)*  
*Лаура Тайсон (Laura Tyson)*  
*Харолд Вармус (Harold Varmus)*

## Талархлын үгс

ДЭМБ-ын Ерөнхий Захирал Гро Харлем Брундтландад Түр Хорооны ажлыг санаачлан зохион байгуулж идэвхитэй дэмжиж байсанд хорооныхны нэрийн өмнөөс талархал илэрхийлэхийг зөвшөөрнө үү. Уг илтгэлийг бэлтгэхэд Ажлын хэсгүүдийн бүх ахлагч нарын тууштай дэмжлэг ихээхэн хувь нэмэр оруулсаны дотор Ишер Жадже Ахлувалиа, Жеорж Аллейн, Квеси Ботчвей, Даниел Кохен, Зефирин Диабре, Ричард Фийчем, Прабат Жха, Кристофер Ловлайсе, Энн Миллс, Карин Норберг ба Алан Тайт нарын нэрсийг дурьдахад таатай байна. Түүнчлэн, ДЭМБ-ын гүйцэтгэх захирлууд болон Ерөнхий Захирлын бодлогын ахлах зөвлөхүүд үнэлж баршгүй хувь нэмэр оруулсан билээ. Түр Хорооны гишүүдээс энд дурьдагдсан Ажлын хэсгүүдийн гишүүд болон тусгай бүтээлүүдийн зохиогчдод талархлаа илэрхийлж байна. Дина Архин-Тенкоранг нь авьяаслаг эдийн засагч бөгөөд Хорооны тэргүүнд гүн туслалцаа үзүүлсэн юм. Тус илтгэлийг бэлтгэхэд дэлхийн олон зуун мэргэжилтэн нөхдүүд арга зүйн туслалцаа үзүүлсэнийг мөн тэмдэглүүштэй. Манай багийнхан тэдний дотроос, Петер Хеллер, Паул Исенман, Инге Каул, ба Сузан Стаут нарт талархаж байгаагаа илэрхийлж байна.

Сержио Спиначийн тэргүүлсэн ДЭМБ-ын Нарийн бичгийн дарга нарын газар, түүний дотор Эвелине Ковени, Акилина Жон-Мутабоерва болон Элиза Пепе нарын чадварлаг туслалцааг тэмдэглэх нь зүйтэй. Тус илтгэлийг бэлтгэхэд хянан тохиолдуулж туслалцаа үзүүлсэн Хөүп Стийл ба Марк Кауфман нарт Түр Хорооны гишүүдээс талархал дэвшүүлж байна.

Түр Хороо, Билл ба Мелинда Гейтсийн сан, Их Британы Олон улсын Хөгжлийн Газар, Люксембургийн “Их Дачи”, Ирландийн Засгийн газар, Норвегийн Засгийн газар, Рокфеллерийн сан, Шведийн Засгийн газар болон Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын сангаас тус тус үзүүлж байсан санхүүгийн дэмжлэгт гүнээ талархаж байна.



## “Макро-эдийн засаг ба Эрүүл мэнд” илтгэлийн хураангуй

Шинжлэх ухаан технологи ба улс төр өнөөгийн дэлхий дахины хэзээ хэзээнээс ч илүүгээр ойртуулан нягтруулж байна. Шинэ санаа, соёл урлаг, амьдралыг тэтгэгч технологи болон үр дүнтэй үйлдвэрлэлийн үйл ажиллагаа нь даяарчлалын чадавхийг дэлхийн тавцанд гаргаж, асар их үр ашиг олох нөхцлийг хангав. Гэсэн хэдий ч даяарчлал нь өнөөг хүртэл сорилт туршилтын шатанд байна. Учир нь даяарчлалын ашиг тусыг дэлхийн олон зуун сая ядуучууд хүртэхгүй байгаа бөгөөд түүний хажуугаар бас даяарчлал нь алан хядлага, зэвсэгт мөргөлдөөн, байгаль орчны бохирдол болон зөвхөн хүн төрөлхтөний нэгэн үеийн туршид л гэхэд дэлхий даяар тархсан ДОХ-ын халдвар гэх мэт шинэ хэлбэрийн олон улсын тулгамдсан асуудлыг дэгдээж байгаа тул шүүмжлэлд өртсөөр байна.

Өнөөдөр, дэлхийн улс төрийн тэргүүнүүд улс орнуудын хоорондын энэхүү харилцан хамаарлын мөн чанарыг ухамсарлан 2015 он гэхэд дэлхийн ядуучуудын нөхцөл байдлыг сайжруулан шинэ түвшинд гаргах нэгдмэл тунхаглалд нэгдээд байна. 2000 оны 09 дүгээр сард зохион байгуулагдсан Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Мянганы Дээд Хэмжээний чуулганаас баталсан Мянганы Хөгжлийн Зорилтууд /МХЗ/ ядуурлыг бууруулах болон ядуучуудын эрүүл мэндийг мэдэгдэхүйцээр сайжруулах үйлст дэлхийн олон нийтийг уриалсан билээ. Эдгээр зорилтыг хангах бололцоо байвч бүрэн төгс шийдвэрлэхэд тийм ч амар бус үйл явц юм. Хэрэв бид энэ байдлаар урагшилбал дэлхийн нилээд ихэнх ядуу хүмүүсийн хувьд эдгээр зорилт хүршгүй мөрөөдөл болох талтай. МХЗ-ыг амжилттай хэрэгжүүлэх ажил үйлс нь улс төрийн дэмжлэг, өндөр хөгжилтэй орнуудаас хөгжиж буй орнууд руу чиглэсэн хөрөнгийн тогтвортой бөгөөд зүй зохистой урсгал болон тодорхой зорилтод чиглэгдсэн ухамсраас ихээхэн шалтгаална.

МХЗ-ын ач холбогдол эрүүл мэндийн салбарт аль хэдийнээ тодорхой болжээ. Ядуу хэсгийнхний эрүүл мэндийг сайжруулах болон насжилтыг уртасгах нь үр дүнгийн үзүүлэлт төдийгүй эдийн засгийн үндсэн зорилт болох юм. Түүнчлэн ядуурлыг бууруулахтай холбоотой хөгжлийн бусад зорилтуудад хүрэх *арга зам* билээ. Эрүүл мэнд ба ядуурлыг бууруулах болон урт хугацааны эдийн засгийн өсөлтийг хангах үйл явцын хоорондын уялдаа холбоо нь өнөөгийн үнэлэмжээс хавьгүй хүчирхэг зүйл юм. Өвчлөл нь бага орлоготой орнууд ялангуяа Африкийн Сахарын өмнөд талын улсуудын хувьд эдийн засгийн өсөлтийг хязгаарлагч гол хүчин зүйл болох тул хөгжлийн аливаа цогц стратегит чухал байр суурийг эзлэх ёстой. Дэлхий нийтийг ДОХ-ын аюул нүүрлэж байгаа өнөө үед энэхүү үйл хэрэг нь хурцадмал бөгөөд хойшлуулшгүй шийдвэрлэх тулгамдсан асуудлуудын нэг болоод байна. ДОХ-той тэмцэх үйлст нилээд онцгой хүчин чармайлтаар хандахгүй бол Африкийн хөгжлийн дараа дараачийн үеийг доголдуулж Энэтхэг, Хятад болон хөгжиж буй бусад орнуудад олон арван сая хүний үхлийг авчрахыг үгүйсгэхгүй.

Тус илтгэл үндсэндээ бага орлоготой орнууд болон дундаж орлоготой орнуудын ядуу хэсгийнхэнд чиглэгдсэн юм<sup>1</sup>. Хүснэгт 1-ээс 2.5 тэрбум хүн ам бүхий бага орлоготой орнууд, түүний дотор 650 сая хүн амтай Африкийн Сахарын өмнөд талын улсуудын дундаж наслалт дэлхийн бусад хэсэгтэй харьцуулахад нилээд

доогуур бөгөөд нас баралт маш өндөр байгааг харж болно. Ийм хандлага Хятад гэх мэт дундаж орлоготой орнуудын ядуу хэсгийнхэнд түгээмэл байна. Нас баралтыг бууруулах, халдварт өвчнийг хянах болон эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах нь нийгмийн эрүүл мэндийн нэн тэргүүний зорилтуудын нэг билээ.

**Хүснэгт 1.** Хүн амын дундаж наслалт ба Нас баралтын түвшин, (улс орнуудын хөгжлийн түвшингээр, 1995-2000)

Хөгжлийн түвшин	Хүн ам (1999, сая)	Жилийн дундаж орлого (ам доллар)	Дундаж наслалт (жил)	Нялхсын эндэгдэл (1 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралт, 1000 амьд төрөлтөд)	5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралт, 1000 амьд төрөлтөд)
Буурай хөгжилтэй орнууд	643	296	51	100	159
Бага орлоготой бусад орнууд	1.777	538	59	80	120
Дундаас-доогуур дундаж орлоготой орнууд	2.094	1.200	70	35	39
Дундаас-дээгүүр дундаж орлоготой орнууд	573	4.900	71	26	35
Өндөр хөгжилтэй орнууд	891	25.730	78	6	6
Африкийн Сахарын өмнөд талын улсууд	642	500	51	92	151

Эх сурвалж: Human Development Report 2001, Table 8, and CMH calculations using World Development Indicators of the World Bank, 2001.

Бага орлоготой орнуудын урьдчилан сэргийлж болохуйц нас баралтын гол шалтгаанд ХДХВ/ДОХ, сүрьеэ, хүүхдийн халдварт өвчин, эх нялхсын өвчлөл, хоол тэжээлийн бичил элементүүдийн дутагдал болон тамхинаас үүсэлтэй өвчлөлүүд орж байна. Хэрэв эдгээрийг гэр бүл төлөвлөлтийн арга хэмжээтэй уялдуулан хянаж чадваас ядуу өрхүүд урт удаан, эрүүл энх, бүтээмж өндөр амьдралыг туулаад зогсохгүй цөөн хүүхэдтэй байж хүүхэд нэг бүрд ногдох боловсрол эрүүл мэндийн хөрөнгө оруулалт өнөөгийн түвшинээс дээгүүр байж чадах болно. Түүнчлэн, эмэгтэйчүүдэд эдгээр нөхцөл байдлын нөлөөлөх онцлогийг харгалзан тэдний аж байдлыг сайжруулах талаар анхаарах нь зүйтэй. Эрүүл мэнд сайжирснаар орлого ихэсч эдийн засгийн өсөлтөд хүрэхийн хамт хүн амын өсөлтийн хурдцыг бууруулах болно.

Бид хэдийгээр халдварт өвчин болон эх нялхсын эрүүл мэндэд анхаарлаа төвлөрүүлж байгаа ч гэсэн дэлхийн бүх хөгжиж буй орнууд болон дундаж орлоготой олон оронд халдварт бус өвчинтэй тэмцэх асуудал анхаарал татсаар байна. Дундаж орлоготой олон улс оронд халдварт өвчүүдийн улмаас нас барах тохиолдол нилээд буурсан тул халдварт бус өвчнүүдэд анхаарлыг хандуулах хэрэгцээ бий боллоо. Зүрх судасны өвчин, чихрийн шижин, сэтгэцийн эмгэгүүд, хавдар зэрэг өвчний сөрөг үр дагаврыг зохистой хооллолт, тамхины хэрэглээг хязгаарлах болон амьдралын

хэв маягт чиглэгдсэн өртөг зардал багатай урьдчилан сэргийлэх бусад арга хэмжээг хэрэгжүүлэх замаар үр дүнтэй шийдвэрлэж болох билээ<sup>2</sup>. Дэлхий нийтийн тулгамдсан асуудлын талаарх бидний ерөнхий үзэл баримтлалыг орон бүрт тасралтгүй өөрчлөгдөн баяжих тархвар зүйн нарийвчилсан баримт нотолгоонд үндэслэгдэж буй эрүүл мэндийн нэн тэргүүний асуудалд дүн шинжилгээ хийх замаар улам боловсронгуй болгох нь зүй ёсны шаардлага болно. Эцсийн бодит үр дүнд чиглэгдсэн эрүүл мэндийн тогтолцооны талаарх бидний үзэл баримтлал нь энд дэлгэрэнгүй дурьдагдаагүй өвчин эмгэгийг эмчлэх хангалттай хүчин чадал байгааг илэрхийлж байна. Тухайлбал, сэтгэцийн эмгэг, чихрийн шижин болон зүрхний шигдээсийн өртөг зардал багатай эмчилгээний аргууд энд хамаарч байна. Халдварт өвчин болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлээр эрүүл мэндийн тогтолцооны чадавхийг нэмэгдүүлж өргөжүүлснээр халдварт бус өвчнүүдийн эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлж болохыг судалгааны баримтууд харуулж байна<sup>3</sup>.

Бага орлоготой орнуудын МХЗ-д хүрэх бололцоог дутуу үнэлэх явдал элбэг байна. Энэхүү хэлэлцүүлгийн нэг талд эрүүл мэнд нь эдийн засгийн өсөлтийн нэгэн үр дагавар тул эрүүл мэндийн зорилтууд аяндаа л биелэгдэнэ гэсэн үзэл бүхий өөдрөг үзэлтнүүд байдаг. Бага орлоготой орнуудад 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1000 амьд төрөлтөд 159 байхад хөгжингүй орнуудад<sup>4</sup> энэ үзүүлэлт зөвхөн 6 байгаа юм. Тус үзүүлэлт бага орлоготой орнуудын хувьд хөгжингүй орнуудад дөхөж очих нь зөвхөн цаг хугацааны асуудал гэж өөдрөг үзэлтнүүд тайлбарладаг. Ийм үзэл баримтлал дараахь хоёр шалтгааны улмаас худал болоод байна. Нэгдүгээрт, өвчлөлийн дарамт нь өөрөө эрүүл мэндийн асуудлыг шийдвэрлэх үүрэг бүхий эдийн засгийн өсөлтийг сааруулдаг, хоёрдугаарт, эдийн засгийн өсөлт нь чухал ач холбогдолтой боловч энэ нь дангаараа хангалттай хүчин зүйл биш юм. Орлогын ижил түвшин бүхий улсуудын эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтүүд харилцан адилгүй байна. Судалгаанаас үзэхэд дэлхийн 73 орон МХЗ-т заасан нялхсын эндэгдлийн түвшинд, 66 орон хүүхдийн эндэгдлийн түвшинд хүрэх хараахан бололцоогүй нь тодорхой байна<sup>5</sup>. МХЗ-д заасан түвшинд хүртэл өвчний дарамтыг багасгах зорилт нь дэлхийн ядуучуудын эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулахад чиглэгдсэн нэгдмэл стратегийг хэрэгжүүлсэн тохиолдолд л биелэлээ олж чадна.

Хэлэлцүүлгийн нөгөө талд, бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн салбарт гарсан ахиц дэвшлийг дутуу үнэлдэг урвуу үзэлтнүүд байна. Тэд өвчлөл өндөр байгаа нь авилгалд автан нурж буй эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүн хэмээн үздэг байна. Эдгээрээс бусад үзлүүд нь ойлгомж муутай, хэтрүүлэл ихтэй юм. Эмчлэх урьдчилан сэргийлэх арга зам нь тодорхой цөөн тооны өвчин эмгэгүүд өвчлөлийн дарамтын нилээд хэсгийн үндсэн шалтгаан болж байгаа нь тархвар зүйн судалгаагаар нотлогдсоор байна. Гэвч эдгээр арга хэмжээ дэлхийн ядуучуудад хүрдэггүйд л асуудлын мөн чанар оршино. Үүний зарим нэг шалтгаанд авилгал, удирдлага зохион байгуулалтын доголдол болон сул дорой улсын салбар орох бөгөөд дийлэнхи орнуудын хувьд эдгээр нь анхан шатны шинж чанартай шийдвэрлэж болохуйц бэрхшээлүүд байна. Ядуучуудын нэгэн адил засгийн газрууд ч зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд хэрэгцээтэй нөөцийн гачигдалд ордог. Ихэнх тохиолдолд, нийгмийн эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийг

боловсруулахад энд тэмдэглэгдсэн арга хэмжээ, шалтгаан нөхцөл байдлыг төдийлөн анхаараагүй байх нь элбэг байна.

Иймд дэлхийн буурай болон дундаж хөгжилтэй улсууд хөгжингүй орнуудтай хамтран ядуучуудын зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах тодорхой арга хэмжээг хэрэгжүүлэх чиглэлээр ажиллах асуудал нь тус Хорооны үндсэн зөвлөмж юм. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн түвшин зүй зохистой түвшинд байх нь эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагааны үр дүнд ихээхэн нөлөөлөх бөгөөд эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудад чиглэгдэх явдлыг хангах үүднээс буурай болон дундаж хөгжилтэй орнууд дотоодын нэмэлт нөөц, улс төрийн манлайлал, нээлттэй байдал болон хамт олны оролцооны тогтолцоо, хариуцлагын механизмыг тэргүүн зэрэгт тавих нь зүйтэй. Үүний зэрэгцээ, тухайлбал Африкийн Сахарын өмнөд талын улсууд зэрэг туслалцаа дэмжлэг нэн тэргүүнд шаардлагатай орнуудад өндөр хөгжилтэй орнуудаас буцалтгүй тусламжийн хэлбэрээр их хэмжээний санхүүгийн дэмжлэгийг үзүүлэх шаардлагатай. ***Хандивлагчдын санхүүжилт дутах нь хүн амын хамгийн ядуу бүлэгт эмнэлэг-ариун цэврийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэх боломжийг хязгаарлаж байгаа хүчин зүйлс болж байна гэж үзэхгүйгээр эдгээр улс орнууд өөрсдөө асуудлаа шийдвэрлэх тодорхой арга хэмжээг авах ёстой.***

Бага орлоготой орнуудад хандивлагчдын санхүүжилтийг авах нөхцөл бололцоог бий болгохын зэрэгцээ нөөц бололцоо дээшилснээр эрүүл мэндийн тогтолцоо өргөжин, үр дүн сайжрах боломж нээгдэн улмаар хоёр талын хамтын арга хэмжээг хэрэгжүүлэн тогтмол үнэлэн дүгнэж, баталгаажуулан баяжуулж боловсронгуй болгож байхуйцаар түншлэлийг үе шаттайгаар зохион байгуулах шаардлагатай юм. Эрүүл мэндийн өөрчлөн байгуулалт, шинэчлэлт болон хандивлагчдын санхүүжилтийн хоорондын анхдагчийн тухай асуудал буюу “тахиа юу, өндөг үү” гэсэн урьдын маргааныг хойш тавьж, үе шат бүрт хоёул чухал ач холбогдолтойг ухамсарлан идэвхитэй хамтын ажиллагааг хангах шаардлагатай. Хүн амын ихээхэн хэсэг нь ядууралд өртсөн доод түвшний байр эзэлж байгаа дундаж хөгжилтэй орнуудын үндэсний засгийн газрын гол зорилт нь ядуучуудад чиглэгдсэн зайлшгүй шаардлагатай арга хэмжээг санхүүжүүлэх нэмэлт эх үүсвэр хөрөнгийг дайчлах явдал юм. Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаар байгуулагдсан түр хороо, ихээхэн хэмжээний дотоодын болон олон улсын нэмэлт хөрөнгийг дайчлах нь эдгээр арга хэмжээг өргөжүүлэх зайлшгүй нөхцөл байвч хангалттай нөхцөл болохгүй гэж үзэж байна. Энэхүү үйлсийг амжилттай хэрэгжүүлэхэд хандивлагчид болон хүлээн авагч талын улс төр, зохион байгуулалтын хүчин чармайлт голлох үүрэгтэйг өнгөрсөн үеийн туршлага харуулж байна. Үйлчлүүлэгчдийн, ялангуяа ядуу хэсгийн эрэлт хэрэгцээнд зохицсон эрүүл мэндийн тогтолцоог төлөвшүүлэх нь улс төрийн хувьд бэрхшээлтэй бөгөөд зохион байгуулалтын нилээд хүчин чармайлтыг шаардана. Баян болон ядуусын эрүүл мэндийн хэрэгцээг хангахтай холбоотой зарим тухайлсан асуудлууд эрүүл мэндийн салбарт хамааралтай байдаг. Харин улсын төсөв ба бараа үйлчилгээг худалдан авах тогтолцоо, нийгмийн үйлчилгээг хүргэхэд удирдлага зохион байгуулалтын үр дүнтэй механизм ба орон нутгийн хариуцлагын зүй зохистой тогтолцоо байх эсэх зэрэг бусад асуудал нь төрийн удирдлагатай холбоотой юм. Эдгээр асуудлын уг үндэс нь засаглал, зөрчлийг зохицуулах зэрэг өргөн хүрээтэй тулгамдсан асуудлууд

мөн бөгөөд үндэсний хэмжээний тэргүүлэх чиглэлүүдийн тогтолцоонд ядуурлыг бууруулах, хөгжлийг хангах асуудал нь харьцангуй ач холбогдолтой юм.

Тус түр хороо эдгээр болон бусад асуудлын ач холбогдлыг хүлээн зөвшөөрөхийн дээр илтгэлийн зарим хэсэгт дэлгэрэнгүй тайлбарласан болно. Энэхүү үйл хэргийг амжилттай хэрэгжүүлэхэд санхүүгийн хувь нэмэр оруулах орнуудын улс төрийн хүчирхэг манлайлал, дэмжлэг болон хөгжиж буй орнуудын иргэний нийгэм, улсын болон хувийн салбарын гүйцэтгэх үүрэг нэн чухал. Түүнчлэн, хандивлагч болон тухайн хөгжиж буй улс орон хоорондын харилцан ойлголцол, итгэл найдвар чухал болно. Үүний зэрэгцээ өвчлөл, эндэгдэл өндөртэй болоод улсын салбарын тусламж үйлчилгээ дутагдалтай хэсэгт чиглэгдсэн онцгой хүчин чармайлт шаардлагатай. Эдгээр бэрхшээлийг даван туулахад хандивлагчдын тусламж зайлшгүй шаардлагатай. Хүлээн авагч орнууд хүчин чармайлт гаргаагүй буюу санхүүжилтийг зүй бусаар ашигласан тохиолдолд санхүүгийн дэмжлэгийг үзүүлэхгүй байх талаар арга хэмжээг авах нь зүйтэй. Ийм үед иргэний нийгэм болон ТББ-ыг татан оролцуулах замаар орон нутгийн чадавхийг сайжруулахад хандивлагчдын тусламж ихээхэн дэмжлэгтэйг өнгөрсөн үеийн туршлага харуулж байна. Орон нутгийн чадавхийг бэхжүүлэх нь өнөөдөр, хэдийгээр бэрхшээлтэй ч хэзээ хэзээнээс чухлаар стратегийн нэн тэргүүний зорилт болоод байна. Эдгээр үйл хэргийг урамшуулан дэмжлэг үзүүлэгчид болох засгийн газрууд болон удирдагчдын хүчээр ядуурлыг бий болгогч хүчин зүйлсийн эсрэг тэмцэх болно.

Бага орлоготой орнууд эрүүл мэнд болон бусад салбарын үр ашиггүй зардлыг бууруулах чиглэлээр ажиллавал салбарыг дотоодын нөөц бололцоогоор бүрэн санхүүжүүлэх боломжийн талаар тус Хороо нилээд өргөн хүрээний судалгаа шинжилгээг хийжээ. Судалгааны үр дүн: *Үргүй зардал гарч байгааг ухамсарлах нь зүйтэй ч ядуурал өөрөө санхүүгийн бэрхшээлийг бий болгодог.* Эрүүл мэндийн удирдлага зохион байгуулалтыг сайжруулах, хөтөлбөрүүд хоорондын уялдаа холбоонд дүн шинжилгээ хийж дотоодын нөөцийг нэмэгдүүлэх нь ядуу орнуудын хувьд зайлшгүй шаардлагатай. Хэдийгээр улсын нөөцийн хэрэгцээ хурцадмал байгаа ч буурай болон дундаж орлого бүхий орнуудын эрүүл мэндийн зардлыг өнөө үетэй харьцуулахад 2007 он гэхэд дунджаар ҮНБ-ий 1 хувь, 2015 он гэхэд 2 хувьтай тэнцэх хэмжээгээр өсгөх бүрэн боломжтой гэж бид үзэж байгаа юм. Иймд буурай болон дундаж хөгжилтэй орнууд эрүүл мэндийн зардлыг тэгш бөгөөд үр ашигтай зарцуулах талаар ихээхэн санаачлагатай ажиллах нь зүйтэй. Тэргүүлэх чиглэлийг тархвар зүй, эдийн засгийн нотолгоонд тулгуурлан тодорхойлж төсвийн зардлыг ядуучуудад чиглэсэн арга хэмжээнд зарцуулбал үр дүнтэй болох юм. Зарим тохиолдолд хувийн салбарын төлбөрт үйлчилгээг хамт олны санхүүжилтийн механизмаар орлуулж болох билээ. Гэсэн хэдий ч бага орлоготой орнуудад санхүүгийн хэрэгцээ ба нөөцийн хооронд их хэмжээний зөрүү байх бөгөөд улс орнууд МХЗ-д хүрэхэд чиглэн ажиллавал хандивлагч орнуудын дэмжлэгээр энэхүү зөрүүг нөхөж болно.

Дундаж орлоготой ихэнх орнуудын хувьд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн дундаж зардал нь хүн амыг зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээгээр бүрэн хангахуйц түвшинд хэдийнээ хүрсэн байна. Гэвч тусламж үйлчилгээ олонхи ядуучуудад тэр бүр хүрдэггүй байна. Энэхүү үзэгдэл улс орнуудад бүс нутгийн (жич,

Хятадын баруун хэсгийн хөдөө орон нутаг, Бразилийн зүүн хойд бүс гэх мэт) болон үндэстэн угсаатны шинж чанартай байна. Зарим шалтгааны улмаас эрүүл мэндийн салбарын улсын төсвийн зарлага ядуучуудын хэрэгцээг бүрэн хангах боломжгүй байна. Түүнчлэн, дундаж орлоготой олон орон хүн амын дийлэнхи хэсэгт санхүүгийн баталгааг өгч чаддаггүй тул эмнэлэг үйлчилгээний хэт өндөр зардлын улмаас айл өрх хоосроход хүрч байна. Нийт эдийн засгийн хөгжил, ядуурлыг бууруулахад өвчлөл, эрүүл мэндийн доройтлын үзүүлэх сөрөг уршгийг харгалзан эрүүл мэндийн суурь тусламжийг нийт хүн амд бүрэн хүргэхийн тулд бүх нийтээр нь эрүүл мэндийн даатгалд хамруулах зорилгоор дундаж хөгжилтэй орнууд төсвийн бодлогын болон бүтэц зохион байгуулалтын өөрчлөлт шинчлэлийг хэрэгжүүлэх нь зүйтэйг бид уриалж байна. Дэлхийн Банк ба бусад Бүсийн Хөгжлийн Банкууд хөнгөлөлттэй бус хэлбэрийн санхүүжилт олгох замаар эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламжийг нийт хүн амд хүргэх үйл хэргийн шилжилтийн үед нь эдгээр орнуудад туслана гэж найдаж байна.

Тус Хороо шаардлагатай нөөцийг нэмэгдүүлэхэд зохион байгуулалт, бүтцийн хэрэгцээ шаардлага болон тулгарах үндсэн бэрхшээлийн талаар тодорхой судалгаа шинжилгээг хийсэн юм. Энд тэмдэглэгдсэн эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай арга хэмжээнүүд нь аз тохиоход тийм ч их мэргэшлийн арга хэрэгсэл шаардахгүй ажээ. Хэвтүүлэн эмчлүүлэх эмнэлгүүд зарим тохиолдолд л шаардагдах юм. Ихэнхи тусламж үйлчилгээг эрүүл мэндийн төвүүд, бага оврын эрүүл мэндийн тусламжийн нэгж буюу явуулын үйлчилгээгээр хүргэж болно. Ийм үйлчилгээг бид *үйлчлүүлэгчдэд-ойр дөт тогтолцоо (ҮО)* гэх бөгөөд хүртээмжийг сайжруулахын тулд тулгамдсан асуудлын жагсаалтад зүй ёсоор оруулах нь зүйтэй гэж үздэг. Үйлчлүүлэгчдэд-ойр дөт тогтолцоог төлөвшүүлэх нь тийм ч амар бус ажил юм. Үүнд үндэсний манлайлал болон орон нутгийн түвшний чадавхи, хариуцлагын тогтолцоо нэн чухал. Иймд нэмүү санхүүжилтэд тулгуурлан улс төрийн дэмжлэг, төвийн болон орон нутгийн түвшинд удирдлага зохион байгуулалт, үйлчилгээний ил тод байдал болон төсвийн төлөвлөлтийг сайжруулах шаардлагатай. Энэ бүх үйл ажиллагаа ядуу хэсгийн ашиг сонирхлыг хамгаалах, орон нутгийн тусламж үйлчилгээний хариуцлагын тогтолцоог бий болгох, айл өрхүүдийг тусламж үйлчилгээнд бүрэн хамруулах үүднээс хамт олны оролцоо, хяналтын механизмд тулгуурлах нь зүйтэй.

Өвчлөлийг хянахтай холбоотой дэлхий нийтийн саяхны санаачлагын /Сүрьеэ, уяман өвчин, Гвинейн өвчин болон Чагасын өвчин/ үр дүн чанартай тусламж үйлчилгээг хүргэх болон зарим тохиолдолд өргөн уудам бүс нутагт хүнд хэцүү нөхцөлд амьдардаг хүмүүсийн зан үйл, хандлагыг өөрчлөх талаар дэлхий нийт нилээд амжилтад хүрснийг харуулж байгаа билээ. Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, тайлагналт болон санхүүгийн хяналтын хүчирхэг механизмыг хэрэгжүүлснээр зорилтыг ханган, доголдол дутагдлыг илрүүлэн засан залруулж үүний дүнд нөөцийн ашиглалт сайжирснаараа эдгээр хөтөлбөрүүд онцлогтой байна. Үүний үрээр ололт амжилт, болон үйл ажиллагаа, удирдлагын стратегийн талаар арвин туршлага баримтууд бүрдсэн бөгөөд үйлчлүүлэгчдэд-ойр дөт түвшинд тусламж үйлчилгээг хэрхэн зохион байгуулах тухай суралцаж болох юм.

Ихэнхи орнуудад ҮО тогтолцоог зохион байгуулахдаа улсын болон хувийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын хамтын оролцоог бий болгож, төсвийн

санхүүжилтээр баталгаажуулж байна. Тусламж үйлчилгээний төвүүд болон эрүүл мэндийн байгууллагууд нь төрийн өмчийн байж болох ба ашгийн, ашгийн төлөө бус байгууллагуудтай гэрээгээр ажиллана. Сүүлийн жилүүдэд улсын салбарын санхүүжилт дутмаг, үйлчилгээ сул байгаатай уялдан хувийн өмчид тулгуурласан нилээд олон эрүүл мэндийн байгууллагууд бий болжээ. Ийм олон хэлбэрийн өмчийн тогтолцоо нь өрсөлдөөнийг дэмжин эрүүл мэндийн улсын салбарт бэрхшээл тулгарсан тохиолдолд аюулгүй байдлыг хангах механизмыг нэвтрүүлдгээрээ давуу талтай. Бараг бүх ядуу орнууд дээрхи хэлбэрийн тогтолцоог хөгжүүлж чадсан байна.

Эрүүл мэндийн асуудлаар дэлхий нийтийн хүчирхэг стратегитай байх нь нэг талаар шинэ технологи, бүтээлч санаа, мэдлэг чадавхийг эзэмших боломжийг нээнэ. Бага орлоготой орнуудад хэрэглэгдэх эмчилгээний стандартыг сайжруулах асуудлаар үйлдлийн шинжилгээ хийх нь ийм шинэ мэдлэг эзэмших чухал хэлбэрийн нэг юм<sup>7</sup>. Өөрөөр хэлбэл, эмчилгээ үйлчилгээг тэр бүр ашигладаггүй буюу баримтжуулаагүй нөхцөлд хэрхэн яаж ажиллах болон болох болохгүйн тухай ойлголтуудын талаар суралцах шаардлагатай. Хэдийгээр өвчлөлийг хянахтай холбоотой үндсэн аргачлал технологи нь тодорхой байвч тухайн орон нутаг бүрт тээвэрлэлт, тун, хүргэлт, эмийн бүрдэлттэй холбоотой бэрхшээлийг үйлдлийн шинжилгээг газар дээр нь зохион байгуулснаар шийдвэрлэх боломжтой. Иймээс бид, орон бүрт зориулагдсан төслийн бүх нөөцийн 5%-ийг эмчилгээний стандартын үр ашгийг судлан оновчтой болгох, мөн уламжлалт эмчилгээ, үйлчилгээг хүргэх арга барилын эдийн засгийн үр дүнг шинжлэн судлах үйлст зориулахыг зөвлөж байна.

Түүнчлэн, хүний амь насанд аюултай өвчний эсрэг тэмцэх үүднээс шинэ, боловсронгуй технологид хөрөнгө оруулалт хийх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна. Геном судлалын сүүлийн үеийн ололт амжилтууд нь тухайлбал, хумхаа, ХДХВ/ДОХ-ийн эсрэг вакциныг бүтээх болон Сүрьеэ өвчнөөс амьдралын турш хамгаалах арга хэрэгсэлтэй болох бодит ирээдүйд ойртуулж байна. Гэсэн ч шинжлэх ухаан мэдээжээр нарийн төвөгтэй бөгөөд үр дүн тодорхой бус байна. Түүнчлэн, судалгаа шинжилгээнд оруулсан хөрөнгө оруулалтын нийгмийн үр ашиг өнөөгийн түвшнээс хавьгүй өндөр болох талаарх нотолгоо цөөнгүй байдаг. Эмэнд тэсвэртэй өвчин үүсгэгчийн төрлүүд эрс нэмэгдэж байгаатай уялдан үр дүнтэй вакцинуудыг бий болгосон эсэхээс үл хамааран шинэ эм бидэнд зайлшгүй хэрэгтэй. Иймээс ядуу хэсэгт хүндээр тусдаг өвчлөлийг дэлхий нийтээр судлах үйлсийг санхүүжүүлэх хөрөнгийг нилээд хэмжээгээр нэмэгдүүлэхийг Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаар байгуулагдсан тус түр хорооноос уриалж байна. Бидний гол анхаарал ядуу орнуудад илэрч буй өвчинд чиглэгдэх болно. Эдгээр өвчнүүд баян чинээлэг орнуудад ноцтой илэрдэггүй тул судалгаа шинжилгээнд хөрөнгө оруулалт хийх нь ач холбогдолгүй юм<sup>8</sup>. Бид нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний /тухайлбал, ХДХВ/ДОХ-ын халдвар дамжилтийг зогсоох, шинэ нян устгагч ба амь насанд аюултай эмэгтэйчүүдийн өвчний оношлогоо эмчилгээг сайжруулах/ хэрэгцээ шаардлага байгааг тэмдэглэх нь зүйтэй.

Оюуны бусад салбарт ч хөрөнгө оруулалт зайлшгүй шаардлагатай байна. Бага орлоготой орнуудын анагаах ухаан ба биоанагаах ухааны салбарт суурь болон хавсарга шинжлэх ухааны судалгаа шинжилгээ, тодорхой өвчлөлийг судлах шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна. Тандалт болон тайлагналтын механизмыг

сайжруулах замаар /ямар өвчнөөс шалтгаалан хэн өвчлөн эндэж буй/ тархвар зүйн мэдлэгийг хөгжүүлэх шаардлагатай<sup>9</sup>. Өвчлөлийг үр дүнтэй хянахад нийгмийн эрүүл мэндийн салбарт ийм үйл ажиллагаа чухал арга хэрэгсэл болно. Сэтгэцийн эрүүл мэнд, хүчирхийлэл, осол гэмтэл болон тамхийг ихээр хэрэглэх, хооллолттой холбоотой халдварт бус өвчний эсрэг тэмцэхэд тархвар хяналтын механизм зайлшгүй шаардлагатай. Төгсгөлд нь, бидэнд нэг орны сургамж, туршлагыг бусдад хүргэх чиглэлээр бага орлоготой орнуудыг хамарсан сургалт, зөвлөмжийн арга хэмжээний хүчирхэг тогтолцоо шаардлагатай. Шинэ мэдлэг, “тэргүүн туршлагыг” олон улсын хэмээнд нэвтрүүлэх нь Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Дэлхийн Банк гэх мэт байгууллагын үүрэг хариуцлага бөгөөд тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх хүчин зүйл болох ба интернетээр дамжуулан өртөг багатай аргыг хэрэглэх замаар зорилтод хүрэх болно.

Өвчний эсрэг энэхүү дайнд хөрөнгө нөөцийн төдийгүй технологи, улс төрийн дэмжлэг, стратеги, үйл ажиллагааны үүрэг хариуцлага, тасралтгүй суралцах зэрэг хүчин зүйлс нэн чухал. Иймд, тус түр хороо бага орлоготой орнуудад хандивлагчдын тусламжтайгаар нэмэгдүүлэх эрүүл мэндийн арга хэмжээний удирдлага зохион байгуулалтын арга хэмжээнд дүн шинжилгээ хийх судалгаанд ихээхэн хүчин чармайлтыг зориулсан юм. Бага орлоготой орнууд дотооддоо өөрчлөлт шинэчлэлтийг хийх шаардлагатай талаар бид дээр тэмдэглэсэн билээ. Эцсийн эцэст, ядуу хүмүүс амьдарч буй хамт олонд эмнэлэг, ариун цэврийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг үзүүлэх явдал чухал юм. Иймд нөөцийг нэмэгдүүлэх, өргөжүүлэх ажлыг Үйлчлүүлэгчдэд-ойр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоог орон нутгийн түвшинд зохион байгуулахаас эхлэх нь зүйтэй. Үүнд хамт олны оролцоо, улсын болон хувийн салбар болон иргэний нийгмийн хамтын ажиллагаа зайлшгүй шаардагдах болно. Үйлчлүүлэгчдэд-ойр тогтолцоог хумхаа, ХДХВ/ДОХ, Сүрьеэ гэх мэт зонхилон тохиолдох өвчнүүдэд чиглэгдсэн үндэсний хөтөлбөрийн тусламжтайгаар зохион байгуулах хэрэгтэй. Иймэрхүү тодорхой өвчинд чиглэгдсэн хөтөлбөрүүдийг хамт олны түвшинд байхгүй нөөц бололцоо, мэдлэг мэргэшил, нийтийн анхаарал, санхүүжилт, улс төрийн дэмжлэг, үүрэг хариуцлагыг дайчлах замаар хамт олны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэх үйлстэй хослуулан зохион байгуулбал зохистой.

Тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэн нэмэгдүүлэхэд олон улсын санхүүжилтийг ихэсгэх шаардлагатай тул хандивлагч болон хүлээн авагч орнуудын хоорондын хамтын ажиллагаа, харилцан итгэлцэл чухал ач холбогдолтой билээ. Энэ тохиолдолд, хандивлагчдын санхүүжилтийн механизмыг өөрчлөх шаардлагатай. Энэ талаар Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичиг /ЯБСББ/ хэмээн нэрлэгдэж буй ядуурлыг бууруулах тухай шинэ үзэл баримтлалд сүүлийн 3 жилийн турш байнга тусгаж ирсэн<sup>10</sup>. Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичгийн эхний үр дүн амжилттай байгаа бөгөөд Хорооноос энэхүү шинэ үйл хэргийг дэмжиж байгаа билээ<sup>11</sup>. Өвчлөлийг нэгдсэн хүчээр хянах үйлсийг бидний зөвлөмж болгож буй удирдамжийн дагуу зохион байгуулбал хандивлагч ба хүлээн авагчийн хоорондын харилцааны талаарх энэхүү шинэ үзэл баримтлалын амжилтыг улам бататгах болно. ЯБСББ-ийн давуу талуудыг: (1) буурай орнуудын өрийг цуцлахад чиглэгдсэн хүчирхэг арга хэмжээ, (2) үндэсний стратегийг боловсруулах үйлст хөгжиж буй орны манлайллыг хангах хэрэгсэл, (3) боловсруулалт хэрэгжилтийн үе шат бүрт иргэний



нийгмийн оролцоог хангах үйл явц, (4) ядуурлыг бууруулах нэгдмэл хандлага, (5) улс орны зорилтыг хэрэгжүүлэхэд хандивлагчдын үүрэг хариуцлагыг нэмэгдүүлэх хүчин зүйл гэж үзэж байна. Энэхүү баримт бичигт зөвлөмж болгож буй эрүүл мэндийн арга хэмжээний амжилтад эдгээр хүчин зүйлс чухал ач холбогдолтой. ЯБСББ –ийг хэрэгжүүлэхдээ хандивлагч ба хүлээн авагч талууд хамтран эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, хөрөнгө оруулалтын нэгдмэл төлөвлөгөөг боловсруулах шаардлагатай.

Бид хэдийгээр эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалтыг нэмэгдүүлэх талаар онцолж байгаа ч ядуурлыг бууруулахад тодорхой үр нөлөө үзүүлэх бусад салбарт /эрүүл мэндэд нөлөөлөх/ нэмэлт санхүүжилт зайлшгүй шаардлагатай. Үүнд, боловсрол, цэвэр усны хангамж болон ариун цэвэр, хөдөө аж ахуй гэх мэт бусад салбар хамрагдаж байна. Тухайлбал, боловсрол нь эрүүл байхыг тодорхойлох гол хүчин зүйлүүдийн нэг мөн. Эдгээр олон салбарын хөрөнгө оруулалтыг ЯБСББ-д заасан чиглэлээр зарцуулбал хамгийн үр ашигтай болно. Гэвч бид энэ удаа, зардлын тооцооллыг зөвхөн эрүүл мэндийн салбараар хязгаарлав<sup>12</sup>.

ЯБСББ-ийн хүрээнд тус түр хорооноос орон бүр Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн Үндэсний түр хороог (МЭЭМҮХ) байгуулах буюу Эрүүл Мэнд, Санхүү Эдийн Засгийн Сайд нарын ахалж иргэний нийгмийн төлөөлөгчдийг нэгтгэсэн түр ажлын хэсгийг байгуулж нөөцийг нэмэгдүүлэх ажлыг манлайлахыг зөвлөж байна<sup>13</sup>. Үндэсний Хороо бүр үндэсний эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудыг судлан зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хамралтыг өргөжүүлэх чиглэлээр урт хугацааны стратегийг боловсруулан бусад салбар болон макро эдийн засгийн хүчирхэг бодлоготой уялдуулах замаар ажиллах ёстой. Энэхүү төлөвлөгөөг олон улсын буцалтгүй тусламжийг нэмэгдүүлэхэд чиглүүлнэ. Үндэсний Хороо, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага болон Дэлхийн Банктай хамтрах замаар тархвар зүйн судалгааг өргөжүүлэн үйл ажиллагааны зорилтот үзүүлэлтүүд болон дунд хугацааны санхүүгийн төлөвлөгөөг боловсруулна. Үндэсний Хороо бүр ажлаа хоёр жилийн хугацаатай зохион байгуулж 2003 оны эцэст дүгнэх юм.

Бид орон бүрийг “зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээ”-ний хөтөлбөрийг боловсруулан төсвийн болон хандивлагчдын санхүүжилтийн тусламжтайгаар нийт хүн амд бүрэн хүргэх чиглэлээр ажиллахыг зөвлөж байна. Энд дурьдагдсан эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг сонгоход дараахь 4 шалгуурыг баримтлах нь зүйтэй. Үүнд: (1) арга зүйн хувьд үр дүнтэй бөгөөд хүн амд хүргэхэд хялбар; (2) нийгмийн дарамт ихтэй өвчнүүдийг сонгох /цар тахал болон эдийн засгийн сөрөг үр дагавар гэх мэт хүчин зүйлсийг харгалзах/; (3) тухайн арга хэмжээний нийгмийн үр ашиг нь түүний өртөг зардлаас илүү байх /аврагдсан амьдралын жилүүд, өнчин хүүхдийн тоо буурах ба эдийн засгийн өсөлтийн хурдац/; болон (4) ядуучуудын ашиг сонирхлыг онцлон анхаарах зэрэг болно

Бидний тооцооллоор, халдварт өвчин болон хоол тэжээлийн дутлын эсрэг зайлшгүй шаардлагатай арга хэмжээг амжилттай хэрэгжүүлж чадвал 2010 он гэхэд жилд дунджаар 8 сая хүний амийг аврах боломж байна<sup>14</sup>. Тус Хорооноос 1999 оны байдлаар нэг хүнд ногдох ҮНБ 1200 ам. доллараас доогуур байх бүх орнууд, мөн нэг

хүнд ногдох орлого нь 1200 ам. доллараас дээгүүр Африкийн Сахарын өмнөд хэсгийн зарим улсуудын (Хүснэгт А2.Б-ээс үзнэ үү)<sup>15</sup> хувьд тусламж үйлчилгээний хамралтыг өрөгжүүлэх<sup>16</sup> үйл ажиллагаа, удирдлага зохион байгуулалтын зардлыг тус бүр тооцоолон гаргасан байна. Эдгээр орнуудын эрүүл мэндийн нийт зардал 2007 гэхэд 57 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд 94 тэрбум ам. доллараар өснө (Хүснэгт А2.3). Үүнээс хөгжиж буй орнууд нийтдээ 2007 он гэхэд жилд 35 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд жилд 63 тэрбум ам. долларын нэмэлт санхүүжилтийг бий болгох шаардлагатай<sup>17</sup>. Харин хандивлагчид 2007 он гэхэд 22 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд 31 тэрбум ам. долларын буцалтгүй тусламжийн хувь нэмрийг оруулах болно (Хүснэгт А2.6)<sup>18</sup>. Өнөөдөр Хөгжлийн Албан Ёсны Тусламж (ХАЁТ)-ийн хэмжээ 6 тэрбум ам. доллар байна<sup>19</sup>. Хөтөлбөр болон дэлхий нийтийн нийгмийн бараа үйлчилгээнд хандивлагчид нийтдээ 2007 он гэхэд 27 тэрбум ам. доллар, 2015 онд 38 тэрбум ам. долларыг зарцуулах болно. Эрүүл мэндийн салбарт хандивлагчдын санхүүжилтийг нэмэгдүүлснээр нийт тусламжийн хэмжээ нэмэгдэх бөгөөд бусад салбарт ч буцалтгүй тусламжийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай.

Хандивлагчдын тусламжийн ихэнхи хэсгийг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хамралтыг өргөжүүлэхэд шаардагдах буцалтгүй тусламжийн асар их хэрэгцээ бүхий буурай хөгжилтэй орнуудад чиглүүлэх нь зүйтэй. Эдгээр орнуудын эрүүл мэндийн жилийн нийт зардал 2002 оны түвшинтэй харьцуулахад 2007 онд 17 тэрбум, 2015 онд 19 тэрбум ам. доллараар тус тус нэмэгдэнэ. Эдгээр улсуудын орлогын түвшин нилээд доогуур байдгийн улмаас дотоодын нөөцийг дайчлах асуудал учир дутагдалтай хэдий ч ийм хэлбэрийн санхүүжилт 2007 онд 4 тэрбум, 2015 онд 9 тэрбум ам. доллараар өснө. Нэмэлт шаардлагатай хөрөнгийг хандивлагчдын буцалтгүй тусламжийн 2007 онд 14 тэрбум ам. долларын, 2015 онд 21 тэрбум ам. доллартай тус ус тэнцэх санхүүжилтээр нөхнө. Бүс нутгийн үүднээс авч үзвэл, Африк тивд учирч буй ядуурал, өвчлөлийн байдалтай холбоотойгоор хандивлагчдын тусламжийн нилээд хэсгийг тус тив хүртэх болно. Нэмэгдэл сахүүжилтийн тал хувь нь ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх ба эмчилгээ үйлчилгээнд зарцуулагдах болно<sup>20</sup>.

Эдгээр хөрөнгийн нийлбэр дүнгийн тооцооллыг тодорхой болгох үүднээс эрүүл мэндийн арга хэмжээний зардлыг нэг хүнд ногдох байдлаар авч үзэх нь зүйтэй. Нэг хүн ногдох зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний багцын өртөг жилд дунджаар 34 ам. доллар байгаа нь өндөр хөгжилтэй орнуудтай /2000 ам. доллараас илүү/ харьцуулахад тун доогуур байна. Буурай хөгжилтэй орнууд 2007 он гэхэд жилд нэг хүнд ногдох байдлаар ойролцоогоор 15 ам. долларыг /нэг хүнд ногдох орлогын 5%/ дайчлах боломжтой. Үүний зэрэгцээ, жилд нэг хүнд 19 ам. долларын нэмэлт хэрэгцээ шаардлагатай. Буурай хөгжилтэй орнуудад 2007 онд 750 сая хүн амьдрах бөгөөд энэ нь 14 тэрбум ам. доллартай тэнцэнэ. Бусад бага орлоготой орнуудын бүлэгт багтаж буй улсуудад жилд дунджаар нэг хүнд 32 ам. долларыг /нэг хүнд ногдох орлогын 5 хувь/ дайчлах боломжтой. Энэ бүлэгт багтах зарим улсуудын нэг хүнд ногдох дүнг 34 ам. доллар хүргэхэд хандивлагчдын тусламж зайлшгүй. Бусад доогуур орлоготой орнуудын бүлэгт багтаж буй улсуудад 2007 он гэхэд 2 тэрбум хүн амьдрах бөгөөд орон бүрээр тооцоолоход жилд ойролцоогоор нэг хүнд ногдохоор 3 ам. доллар буюу нийтдээ 6 тэрбум ам. долларын хандивлагчдын нэмэлт санхүүжилт шаардлагатай байх тооцоолол байна.

Доод түвшинд хамаарагдах дундаж орлоготой орнуудад нэмэлт 1.5 тэрбум ам. доллар шаардлагатай бөгөөд ихэнхи хэсгийг ДОХ-той тэмцэхэд зарцуулах ажээ.

Хандивлагчдын тусламжийн нийт хэмжээг тооцоолон гаргах нь чухал. Нэмэлт тусламжийн хэмжээ өнөөдөр эрүүл мэндийн салбарт өгч буй хандивлагчдын санхүүжилтээс харьцангуй их боловч хөгжилтэй орнуудын ҮНБ-ий 0.1 хувьтай тэнцэх тул бусад чиглэлээр авах тусламжийг ч нэмэгдүүлэх бололцоотой. Нэмэлт тусламжийн хүрээнд зөвхөн эрүүл мэнд төдийгүй боловсрол, ус сувгийн үйлчилгээ, усны хангамж болон бусад салбар хамрах тул эрүүл мэндэд зориулагдах нэмэлт санхүүжилт нийт тусламжийн урсгалд нэмэлт болно гэдгийг онцлон тэмдэглэх нь зүйтэй. Нөгөө талаар, ялангуяа ядуу орнуудад хандивлагчдын тусламж эрүүл мэндийн нийт зардалтай харьцуулахад их хэмжээтэй харагдаж байгаа нь тэдний зарцуулах чадвар сул байгаа буюу орлогын түвшин доогуур байгааг илтгэж байна. Эрүүл мэндийн салбарт өгөх тусламжийн хэмжээг үе шаттайгаар нэмэгдүүлэх нь зүйтэй бөгөөд ингэснээр нөөцийг үр ашигтай зарцуулан тусламж үйлчилгээний хамралт Хүснэгт 7-д үзүүлсэнчлэн он дараалан өргөжих нөхцөлийг бүрдүүлэх болно. Хандивлагчдын тусламж урт хугацаанд тууштай шаардагдах (магадгүй 20 жилийн турш) бөгөөд нэг хүнд ногдох орлого нэмэгдэн дотоодын нөөцөөр хангах нөхцөл бололцоо бүрдмэгц буурах буюу шаардлагагүй болох юм.

Ийм хөтөлбөрөөр ажиллавал, эдийн засгийн ихээхэн үр ашгийг авчрах ба хөрөнгө оруулалтын зардлаас ч хавьгүй илүү байхыг үгүйсгэхгүй. Халдварт өвчин болон хоол тэжээлийн дуталтай тэмцэх замаар 8 сая хүний амь аврагдсанаар тэдний хувьд их хэмжээний *аврагдсан амьдралын жилүүд* бий болох ба амьдралын чанар сайжрах үр нөлөөтэй. Эдийн засагчид аврагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*)<sup>21</sup> гэсэн нэр томъёо буюу дундаж наслалтыг уртасгах ба хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулах ойлголтыг хэрэглэдэг. Бидний тооцоогоор, 8 сая хүний амийг аварснаар ойролцоогоор 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) аврагдах болно. Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) бүрийг 2015 оны 1 жилийн нэг хүнд ногдох дундаж орлого 563 ам. доллараар тооцоход 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*)–ийг аварсны эдийн засгийн шууд үр ашиг нь жилд 186 тэрбум ам. доллар буюу түүнээс ч их байна<sup>22</sup>. Эдийн засгийн өсөлт хурдсах ба аврагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) нь эндэгдэл өндөртэй, орлого багатай орнуудыг нүүрлэж байсан ядуурлын зангууг эвдэх болно. Үүний ачаар нэг хүнд ногдох орлого өсч хэдэн арван буюу хэдэн зуун тэрбум ам. долларыг авчирна.

2007 онд дайчлах 27 тэрбум ам. долларын нийт буцалтгүй тусламжийг дараахь гурван чиглэлээр ашиглах юм. Үүнд: (1) бага орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн салбарыг хөгжүүлэх болон зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд нь (22 тэрбум ам. доллар, Хавсралт 2) туслах (ХДХВ/ДОХ–ийн зардалд зориулан цөөн тооны дундаж орлоготой орнуудад); (2) хүн амын ядуу хэсгийг нүүрлэх өвчлөлийн судалгаа шинжилгээний ажилд (3 тэрбум ам. доллар); болон (3) дэлхий нийтийн хүчин чармайлтыг удирдан зохион байгуулах ДЭМБ, Дэлхийн Банк болон НҮБ-ын төрөлжсөн байгууллагууд гэх мэт олон улсын байгууллагаас үзүүлэх үйлчилгээ (2 тэрбум ам. доллар). Дундаж орлоготой

орнуудын хэрэгцээнд зориулсан хөнгөлөлтгүй зээлийн тусламж байх юм<sup>23</sup>. Үүнийг бидний зөвлөмж болгосны дагуу урт хугацааны туршид үр дүнтэйгээр зохион байгуулбал макро эдийн засаг болон салбарын тэнцвэргүйжилтэд оролгүйгээр хөгжиж буй орнууд энэхүү хөнгөлөлтгүй зээлийн тусламжийг зүй зохистой шингээх боломжтой.

Санхүүжилтийн талаарх эдгээр зорилт нь ирээдүйн хэрэгцээ шаардлагыг илтгэсэн дүр зураг боловч урьдчилсан амлалт бус юм. Хандивлагч орнууд хэдийгээр агуу их баялгийг эзэмшивч олон улсын үүрэг хариуцлагаа ойшоохгүй, нөгөө талаар хүлээн авагч орнууд ард түмнийхээ амьдралыг дээшлүүлж чадахуйц хүчтэй засаг захиргааны тогтолцоог эрхэмлэдэггүй зэрэг үзэгдэл тийм ч ховор бус нь бид бүгдэд ойлгомжтой. Санхүүжилтийн хэмжээ тэрбум тэрбумаар шаардлагатай байхад хандивлагчид зөвхөн сая саяар өгч, тусламж хүлээн авагч ядуу буурай орнууд түүнийг өвчин эмгэгтэй тэмцэхэд бус, харин ард түмнийхээ эсрэг үйл ажиллагаа явуулахад зориулж байгаа нь эцсийн дүнд дэлхий нийтээр туслах боломжгүй нөхцөлд хүргэж болох юм. Бид тийм ч гэнэн бусаа: жил бүр хүчин мөхөс арчаагүй сая сая хүмүүс тэднийг аврах боломж байсаар байтал хэвлэл мэдээллийн хараанд өртөхгүйгээр үхэн үрэгдэж байгаа нь тодорхой юм<sup>24</sup>.

Түүнчлэн бидэнд, хандивлагчдын их хэмжээний нэмэлт санхүүжилтийг хүргэх үйл ажиллагааны цоо шинэ арга барил үгүйлэгдэж байна. ДОХ, хумхаа болон сүрьеэгийн эсрэг дэлхий нийтийн хөдөлгөөнийг дэмжих ДОХ, Сүрьеэ болон Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Санг (GFATM) байгуулах саналыг тус Хороо санал нэгтэй дэмжиж байна. Энэхүү Сангийн зарцуулалтад 2007 он гэхэд хандивлагчдын тусламжийн нэг хэсэг болох жилд 8 тэрбум ам. долларын нэмэлт санхүүжилт шаардлагатай юм. ДОХ-ын үр дагавараас шалтгаалан Африк болон бусад улсуудын эдийн засгийн хөгжилд хэдэн арван жилийн турш гарз хохирол учрах тул тус Сан ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх болон халдварлагсдыг эмчлэхэд чиглэгдсэн хүчирхэг хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх шаардлагатай. Урьдчилан сэргийлэх хүчин чармайлтыг биеэ үнэлэгчид, тарилгаар хар тамхи хэрэглэгчид гэх мэт эмзэг бүлгийнхнийг хамрах урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд, бэлгийн замаар дамжих халдварын (БЗДХ) эмчилгээний хүртээмжийг сайжруулах, сайн дурын үндсэн дээр шинжилгээ зөвлөгөөнд хамрагдах (VCT), сорилд оруулах болон эхээс-хүүхдэд дамжих халдварыг зогсоох гэх мэт арга хэмжээг зохион байгуулахад чиглүүлнэ. Ретровирусийн эсрэг эмчилгээг (ART) үр дүнтэй ашиглан нянгийн эмэнд тэсвэртэй чанарыг үүсгэлгүйгээр эмчлэх үйл ажиллагааг нэмэгдүүлэхтэй холбоотойгоор өртөг зардал ихээр өсөх тул нарийн бодож боловсруулсан, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй үйлдлийн шинжилгээг эрчимтэй ашиглах нь зүйтэй. НҮБ-ын ДОХ-ын сан болон ДЭМБ-ын ретровирусын эсрэг эмчилгээний хөтөлбөрүүдээс 2006 оны төгсгөл гэхэд бага орлоготой орнуудад 5 сая хүнийг ретровирусын эсрэг эмчилгээнд хамруулах шаардлагатай хэмээн тооцсоныг бид дэмжиж байна<sup>25</sup>.

Судалгаа шинжилгээний (СШ) зардлыг нэмэгдүүлэхэд туслах зорилгоор бид жилд 1.5 тэрбум ам. долларын санхүүжилт бүхий Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Санг (ДЭМСС) шинээр байгуулахыг уриалж байна. Тус Сан дэлхийн ядуучуудыг нүүрлээд байгаа өвчлөлийн талаар биоанагаах ухааны хавсарга ба суурь судалгаа, түүнчлэн бодлогын арга хэмжээг санхүүжүүлэх болно. Түүнчлэн,

өнөөгийн эх үүсвэрүүдээс жилд дахин 1.5 тэрбум ам. долларыг судалгаа шинжилгээнд зарцуулах шаардлагатай. Үүнд: Халуун орны өвчний сургалт судалгааны тусгай хөтөлбөрүүд (TDR), Вакцин судалгааны санаачлага /IVR/, Хүний нөхөн үржихүйн судалгаа шинжилгээ, сургалтын тусгай хөтөлбөр /HRP/ (ДЭМБ-ын харьяа) болон улсын ба хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд сүүлийн үед хэрэгжиж буй ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа болон бусад өвчнийг хянах хөтөлбөрүүд орно. Судалгаа шинжилгээний ажил нь урт хугацааны үйл ажиллагаа тул эдгээр тохиолдлын хоёуланд нь нэмэлт санхүүжилт нэн чухал. Энэхүү нэгдмэл тусламжийг үр ашигтай хуваарилахад Эрүүл мэндийн судалгааны Дэлхийн чуулга чухал үүргийг гүйцэтгэх болно. Өсөн тэлж буй судалгаа шинжилгээний үйл ажиллагааг дэмжих зорилгоор шинжлэх ухааны тэргүүний сэтгүүлүүдийг интернэтээр үнэ төлбөргүй тараахыг бид уриалж байгаа бөгөөд ингэснээр бага орлоготой орнуудын эрдэмтэн судлаачид шинжлэх ухааны судалгааны нэн чухал арга хэрэгслийг ашиглах боломжтой болно.

Энэ ачааллыг төр дангаараа даах боломжгүй. Эмийн үйлдвэрлэлийг татан оруулах шаардлагатай. Ядуу орнууд дахь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг нэмэгдүүлэхийн тулд сүүлийн үед эрчимжиж буй бизнесийн зарчим, эм хандивлах хөтөлбөрүүд болон эмийн үнийн хөнгөлөлтийн асуудлыг ижил түвшинд хүргэх шаардлагатай. Эм үйлдвэрлэгчид бага орлоготой орнуудыг (мөн хандивлагчид эдгээр орнуудыг төлөөлөн) зах зээлийн өндөр үнээр бус, үйлдвэрлэлийн өртөгтэй (зарим тохиолдолд зах зээлийн хамгийн бага үнэ гэж нэрлэгддэг) ойролцоо үнээр зайлшгүй шаардлагатай эмийг худалдан авах боломжоор хангах шаардлагатай. Бидний тооцоолсноор эм үйлдвэрлэгчид үнийн ялгаварлал тогтоох болон ерөнхий нэршлийн эм үйлдвэрлэгчдэд тусгай зөвшөөрлийг олгох<sup>26</sup> замаар ядуучуудын зайлшгүй шаардлагатай эмийн хангамжийг сайжруулах боломжтой юм.

Хэрэв эм үйлдвэрлэгчдийн хамтын ажиллагаа цаашид хангалтгүй болоод найдвар төрүүлэхээргүй бол зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийн талаарх олон улсын худалдааны горимоор зохицуулж болох юм. Үүний зэрэгцээ, ядуучуудын эмийн хангалтыг сайжруулах хүчин чармайлт ирээдүйн шинэ санаачлагыг мохоохгүй байх талаар анхаарах нь зүйтэй. Эмийн салбарын гадна орших хувийн үйлдвэрлэл, түүний ажиллах хүчин сурч боловсрох, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах бололцоотой байх хэрэгтэй. Тухайлбал, Африкийн өмнөд хэсгийн уул уурхайн компаниуд ажилчдынхаа эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг баталгаажуулах үүднээс засгийн газартай хамтран ажиллах, мөн ХДХВ/ДОХ-ын өвчлөлийн төв хэсэгт байгаа тул тархалтаас урьдчилан сэргийлэх талаар зохион байгуулалттай арга хэмжээнд хувь нэмэр оруулах нь зүйтэй. Эрүүл мэнд ба хөгжлийн хоорондын харилцан уялдаа холбооны талаарх Хорооны гаргасан дүгнэлтийн хараангуйг Хүснэгт 2-оос үзэж болно. Харин Хүснэгт 4-д олон улсын хандивлагчдын тусламж болон дотоодын нөөцийг нэмэгдүүлэх талаарх бидний зөвлөмжийг оруулсан юм.

Даяарчлалын тухай хэлэлцүүлэг хэзээ хэзээнээс ч илүү анхаарал татаж буй өнөө үед дэлхий нийт ядуурлыг бууруулах болон эрүүл мэндийг сайжруулах үндсэн зорилгоо биелүүлэх талаар онцгой анхаарах нь чухал. Хүн хүчний, шинжлэх ухааны болон санхүүгийн байгаа нөөцийг ашиглах нь зүйтэй. Дэлхий даяар алан хядлагын эсрэг эрчимтэй тэмцэж буй өнөө үед орчин үеийн шинжлэх ухаан болон баян

чинээлэг орнуудын баялгийн тусламжтайгаар энхийн замаар олон сая хүний амийг аврах үүргээ ухамсарлах нь юу юунаас ч чухал байна. Энэ нь дэлхий нийтийг уриалан дуудаж нэг хүчний дор нэгтгэх чухал хүчин чармайлт болох юм. Бид, Дэлхийн Банк, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн байгууллага, Дэлхийн Худалдааны Байгууллага, Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн Байгууллага ба Олон Улсын Валютын Сан гэх мэт олон улсын байгууллагууд, хандивлагч, хүлээн авагч орнууд болон хувийн салбар, иргэний нийгмийн удирдагчдыг энэ илтгэлд тэмдэглэгдсэн нөөц бололцоог ашиглахыг уриалж байна. Чухамхүү энэ цаг мөчид л бидний нэгдмэл дэлхий ертөнцийн ядуучуудын амьдрал аж байдлыг өөрчлөх эрүүл мэндийн үйлст нийтийн хөрөнгө оруулалтыг дайчилж чадах юм.

---

**Хүснэгт 2.** Эрүүл мэнд ба Хөгжлийн хоорондын уялдааны талаарх судалгааны үр дүнгээс

---

1. Эрүүл мэнд нь эдийн засгийн хөгжлийг хангах, ядуурлыг бууруулах чухал хүчин зүйл төдийгүй хөгжлийн тулгамдсан зорилтуудын нэгэнд зүй ёсоор багтана. Эрүүл мэндийн салбарт хөрөнгө оруулахын ач холбогдлыг зөвхөн судлаачид төдийгүй хөгжиж буй орнуудын засгийн газар, олон улсын хандивлагчид хүртэл бүрэн үнэлж байсангүй. Тус илтгэлд тэмдэглэсэнчлэн, эрүүл мэндийн нэмэлт хөрөнгө оруулалт хөгжиж буй орнуудад жил бүр хэдэн тэрбум долларын орлогыг авчрах юм. Дэлхийн ядуу хэсгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хамралтыг мэдэгдэхүйцээр өргөжүүлэх нь нийгэм, түүний дотор баян чинээлэг иргэдэд ч ихээхэн ашиг тустай үйлс болно.
2. Цөөн тооны өвчин эмгэг л өвчлөлийн дарамтын зонхилох хэсгийн үндсэн шалтгаан болж байна. Үүнд: ХДХВ/ДОХ, хумхаа, Сүрьеэ, хүүхдийн халдварт өвчин (вакцины тусламжтайгаар эдгээрийн олонхоос урьдчилан сэргийлэх боломжтой), эхийн болон перинаталь эмгэгүүд, тамхинаас шалтгаалсан өвчнүүд болон бичил элементийн дутлууд багтаж байна. Эдгээр өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх болон эмчлэх үр дүнтэй арга хэмжээ бидэнд бий. Үр дүнтэй арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр энэ арван жилийн эцэс гэхэд жилд ойролцоо тоогоор 8 сая иргэнийг нас барахаас аврах боломжтой юм.
3. Хүн төрөлхтөн болон эдийн засгийн хөгжилд нүүрлэж буй ноцтой аюулуудын нэг нь ХДХВ/ДОХ-ын цар тахал юм. Иймд ХДХВ/ДОХ-ын асуудал бидний анхаарлын төвд байх нь зүйтэй. Эрүүл мэндийн салбарт өвчлөл, түүний дотор ХДХВ/ДОХ-ыг хянах үр дүнтэй арга хэрэгслүүд бий болсоор байна.
4. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, түүний дотор гэр бүл төлөвлөлт болон жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хүртээмжийг сайжруулахад чиглэгдсэн хөрөнгө оруулалт нь өвчнийг хянахад чухал ач холбогдолтой. Өвчний хяналт ба нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хослуулан хэрэгжүүлснээр төрөлт буурч, улмаар хүүхэд бүрийн эрүүл мэнд, боловсролд оруулах хөрөнгө оруулалт ихэсч, хүн амын өсөлтийн хурдац буурна.
5. Бага орлоготой орнуудад тулгарч буй бэрхшээлийг шийдвэрлэхэд дотоодын эрүүл мэндийн зардал хангалтгүй. Бидний тооцоолсноор, эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх, түүний дотор ДОХ-ын цар тахалтай тэмцэхэд нэг хүнд жилд 30-40 ам. долларыг зарцуулах шаардлагатай

бөгөөд үүний ихээхэн хэсгийг төсвийн зардлаар санхүүжүүлэх шаардлага гарч байна. Өнөөгийн эрүүл мэндийн зардлын хэмжээ энэхүү тооцооллоос нилээд доогуур байна. Бага орлоготой орнууд эрүүл мэндэд нэг хүнд жилд 13 ам долларыг зарцуулж байгаагийн 7 ам доллар нь төрөөс санхүүжүүжигдэж байна. Бусад бага орлоготой орнуудын бүлэгт багтах улсууд нэг хүнд жилд 24 ам доллар зарцуулдаг бөгөөд мөн л 13 ам доллар нь улсын төсвөөс санхүүжигдэж байна.

---

6. Ядуу орнууд өөрсдийн дотоодын нөөцийг нэмэгдүүлэн үр ашигтай зарцуулах боломжтой. Санхүүжилтийг нэмэгдүүлэн үр ашигтай ашигласан хэдий ч бага орлоготой болон ХДХВ/ДОХ-ын өвчлөл өндөртэй дундаж орлого бүхий орнууд дотоодын нөөцөөр эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх боломжгүй байна.

---

7. Санхүүжилтийн хэрэгцээг хандивлагчдын тусламжтайгаар шийдвэрлэж болох бөгөөд хүлээн авагч орнуудын хүчин чармайлт нэн чухал. Бидний тооцоолсноор, эрүүл мэндийн нэн тэргүүний тусламж үйлчилгээг хүргэхэд хөгжиж буй орнуудад нэг хүнд жилд 30-40 ам доллар хэрэгцээтэй бөгөөд өнөөдөр олгож буй жилийн 6 тэрбум долларын санхүүжилттэй харьцуулахад 2007 он гэхэд хандивлагчдын тусламж жилд 27 тэрбум ам доллар байх хэмжээний нэмэлт санхүүжилтийг шаардах юм. Энэхүү санхүүжилт нь хандивлагчдын бусад тусламж дээр нэмэлт болох ёстой бөгөөд учир нь боловсрол, ус суваг, эрүүл ахуй, усны хангамж гэх мэт бусад эрүүл мэндтэй холбоотой салбаруудад ч нэмэлт санхүүжилт шаардлагатай.

---

8. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулахад тухайлсан арга хэмжээнд/хөтөбөрт чиглэсэн санхүүгийн нэмэлт нөөц төдийгүй ядуучуудад хүрэх нөхцөл боломжоор хангах үүрэг бүхий сайн зохион байгуулалт бүхий эрүүл мэндийн тогтолцоо зайлшгүй шаардлагатай. Тусламж үйлчилгээг үйлчлүүлэгчдэд-ойр буюу орон нутгийн түвшинд зохион байгуулах болон үндэсний хэмжээнд томоохон өвчнүүдэд чиглэгдсэн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэхүйц тогтолцоог төлөвшүүлэх нь нэн тэргүүний зорилт мөн. Энэхүү хөтөлбөрийг амжилттай хэрэгжүүлэхэд улс төр, зохион байгуулалтын хариуцлага, хөгжиж буй орнуудын мэргэжлийн болон удирлага зохион байгуулалтын чадавхийг сайжруулах, төрийн удирдлагын тогтолцоог сайжруулах болон хамт олны хариуцлагын механизмыг бий болгох зэрэг нь чухал ач холбогдолтой. Түүнчлэн, хандивлагч ба хүлээн авагчийн хоорондын түншлэлийн асуудлыг шинэ түвшинд гаргах шаардлагатай.

---

9. Ядуу хэсгийнхэнд зонхилон тохиолдох өвчинтэй тэмцэхэд дэлхий дахинд нийгмийн хувьд зайлшгүй шаардлагатай хэрэгцээ, түүний дотор тархвар зүйн холбогдолтой мэдээ баримтыг цуглуулах шинжлэх, халдварт өвчний тандалт, бага орлоготой орнуудад түгээмэл байгаа өвчин эмгэгийн (халуун орны өвчин гэх мэт) талаарх судалгаа шинжилгээний ажилд нэмэлт хөрөнгө оруулалт зайлшгүй шаардлагатай.

---

10. Дэлхийн бага орлоготой орнууд зайлшгүй шаардлагатай эмийг зүй зохистой хүртэх боломжоор хангах үүднээс эм үйлдвэрлэгчид, бага орлоготой орнуудын засгийн газар, хандивлагчид болон олон улсын байгууллагуудын хоорондын хамтын хүчин чармайлтыг нэгтгэх нь чухал.

**Хүснэгт 3.** Эдийн засгийн хөгжлийг хангах зорилгоор эрүүл мэндийн салбарт хөрөнгө оруулалт хийх үйл ажиллагааны төлөвлөгөө

1. Бага болон дундаж орлого бүхий орон бүр Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичгийг боловсруулах ажлын хүрээнд эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх урт хугацааны хөтөлбөрийг боловсруулах үүднээс Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэнд нийгмийн асуудал эрхэлсэн Үндэсний Түр Хороог байгуулах шаардлагатай. ДЭМБ болон Дэлхийн Банкнаас тархвар зүйн үндэс суурь, үйл ажиллагааны зорилт болон хандивлагчдын санхүүжилтийн талаарх урт хугацааны төлөвлөгөөг боловсруулахад Үндэсний Хороодод тусламж үзүүлэх нь зүйтэй. Эдгээр хороод ажлаа 2003 оны төгсгөлд дүгнэх шаардлагатай.
2. Санхүүжилтийн стратегид эрүүл мэндийн дотоодын эх үүсвэрийн зардлыг 2007 он гэхэд ҮНБ-ий 1%, 2015 онд ҮНБ-ий 2% -тай тус тус тэнцэх хэмжээгээр (хэрэв нэмэлт хэрэгцээг үүнээс бага санхүүжилтээр хангана гэж үзвэл үүнээс доогуур хувь) өсгөхөөр төлөвлөх. Энэ нь бага орлоготой орнуудын хувьд 2007 он гэхэд төсвийн зарлагыг 23 тэрбум ам. доллар, 2015 онд 40 тэрбум ам. доллараар өсгөх тооцоо бөгөөд үүнээс буурай хөгжилтэй орнууд 2007 он гэхэд зөвхөн 4 тэрбум, 2015 онд 9 тэрбум ам. долларыг, үлдэх хэсгийг бага орлоготой бусад улсуудаас дайчлах шаардлагатай болох юм. Улс орнууд тусламж үйлчилгээг оновчтой сонгох, ядуу өрхүүдийн дунд эрсдлийн хуваалцлыг өсгөх үүднээс хамт олны санхүүжилтийн тогтолцоог дэмжих зэргээр дотоодын нөөц зарцуулалтын үр ашгийг сайжруулах чиглэлээр ажиллах шаардлагатай.
3. Бага орлоготой орнуудад зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг нийт хүн амд хүргэх явдлыг баталгаажуулах болон судалгаа шинжилгээг өргөжүүлэх ба бусад нийгмийн бараа үйлчилгээг хөгжүүлэх чиглэлээр олон улсын хандивлагчид санхүүгийн нэмэлт тусламжийг үзүүлэх нь зүйтэй. Цөөн тооны дундаж орлого бүхий орнуудад ХДХВ/ДОХ-г хянах чиглэлээр буцалтгүй тусламж шаардлагатай. Бидний тооцоогоор, хандивлагчдын тусламжийн нийт хэрэгцээ 2007 он гэхэд жилд 27 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд 38 ам. тэрбум доллар байна. Үүний зэрэгцээ Дэлхийн Банк болон Бүсийн Хөгжлийн Банкууд дундаж хөгжилтэй орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх зорилгоор олгох хөнгөлөлттэй зээлээ нэмэгдүүлэх шаардлагатай. Хандивлагчдын санхүүжилтийг дараахь байдлаар хуваарилан зарцуулах нь зүйтэй. Үүнд:

	2007	2015
Хандивлагчдын бага орлоготой орнуудад хэрэгжүүлэх хөтөлбөр	22 тэрбум ам. доллар	31 тэрбум ам. доллар
Ядуусын өвчний судалгаа шинжилгээ	3 тэрбум ам. доллар	4 тэрбум ам. доллар
Дэлхийн нийтийн бусад бараа үйлчилгээ	2 тэрбум ам. доллар	3 тэрбум ам. доллар
Дүн	27 тэрбум ам. доллар	38 тэрбум ам. доллар

Санхүүжилтийг дайчлах үйл явцыг ДЭМБ, Дэлхийн Банк нь хандивлагч болон



хүлээн авагч орнуудын төлөөлөл бүхий удирдах зөвлөлтэй хамтран хянан зохицуулбал зохино. Эрүүл мэндийн салбарт орох санхүүжилтийн энэхүү үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд тухайн улсуудын тусламжийг шингээх чадавхи, засаглалтай холбоотой болон бусад бэрхшээлийг шийдвэрлэхэд хандивлагчдын дэмжлэг чухал билээ. Санхүүжилтийг зүй бус зарцуулсан нөхцөлд цуцлах арга хэмжээг авч, чадавхийг бэхжүүлэх болон төрийн бус байгууллагын хөтөлбөрүүдийг санхүүжүүлэхэд ашиглах нь оновчтой байх болно.

---

4. Олон улсын хамтын нийгэмлэгээс санхүүжилтийн хоёр шинэ санаачлагыг зохион байгуулах. Жилийн зардлын хэмжээг 2007 оны байдлаар тооцоход: ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сан - 8 тэрбум ам. доллар; болон Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Сан (ДЭМСС) -1.5 тэрбум ам. доллар тус тус зарцуулах юм. Судалгаа шинжилгээний чиглэлийн нэмэлт 1,5 тэрбум ам. долларыг Халуун орны өвчний сургалт, судалгааны тусгай хөтөлбөрүүд, Вакцин Судалгааны Санаачлага, Хүний нөхөн үржихүйн судалгаа шинжилгээ сургалтын тусгай хөтөлбөр (ДЭМБ-ийн харьяа) мөн Эрүүл мэндийн судалгааны Дэлхийн Чуулга болон шинэ эм, вакциныг гаргаж авах чиглэлээр ажиллаж буй улсын ба хувийн хэвшлийн түншлэлийн байгууллагууд зарцуулна. Хандивлагчдын бага орлоготой орнуудад хэрэгжүүлэх нэгдсэн хөтөлбөрүүдийн зардлын 5%-ийг үйл ажиллагааны судалгаа шинжилгээнд зарцуулах хэрэгтэй.

---

5. Нийгмийн бараа үйлчилгээний хангамжийг сайжруулах үүднээс ДЭМБ, Дэлхийн Банк гэх мэт олон улсын байгууллагуудад нэмэлт санхүүжилтийг олгох буюу 2007 он гэхэд 1 тэрбум, 2015 онд 2 тэрбум ам. долларыг зарцуулах. Үүнд: өвчний олон улсын түвшний тандалт, дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн чиг хандлагын талаар мэдээ баримт цуглуулах, шинжлэх, өвчний хяналт, эрүүл мэндийн тогтолцооны талаарх тэргүүн туршлагыг түгээх, сургалт зохион байгуулах болон техникийн туслалцаа зэрэг үйл ажиллагаа багтана.

---

6. Өвчний төгсгөлийн шатыг эмчлэх эмийг бүтээх хувийн хэвшлийн санаачлагыг дэмжихийн тулд халуун орны завсрын эзэнтэй халдварт өвчнүүд гэх мэт ядуусын өвчнийг хөгжингүй орнуудын “өнчин эм”-ийн тухай хуульд хамруулан өөрчлөлт оруулах. Түүнчлэн, ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх дэлхийн сан ба бусад хандивлагчдын худалдан авагч байгууллагууд шинэ төрлийн эмийг зах зээлийн үнээр худалдан авах талаар эм үйлдвэрлэгчидтэй гэрээ байгуулах зарчмаар ажиллах.

---

7. Бага орлоготой орнуудад зайлшгүй шаардлагатай эмийг зах зээлийн хамгийн доод үнээр нийлүүлэх, мөн уг Илтгэлд тайлбарласны дагуу ерөнхий нэршлийн эм үйлдвэрлэгчдэд үйлдвэрлэлийн тусгай зөвшөөрлийг өртөг ба нийлүүлэлтийн нөхцөлтэйгээр олгох зэрэг арга хэмжээг хэрэгжүүлэх замаар тэдгээр орнуудыг зайлшгүй шаардлагатай эмээр хангахын тулд олон улсын эм үйлдвэрлэгчид, ДЭМБ ба бага орлоготой орнуудтай хамтран ажиллах.

---

8. Дэлхийн Худалдааны Байгууллагын гишүүн улс орнууд нь хөгжиж буй орнууд, түүний дотор эм үйлдвэрлэдэггүй улсуудад худалдааны хамгаалалтыг бий болгох чиглэлээр ажиллах.

Олон Улсын Валютын Сан болон Дэлхийн Банкнаас эрүүл мэнд ба ядуурлыг бууруулах бусад хөтөлбөрүүдийг өргөжүүлэх ажлыг макро-эдийн засгийн хүчирхэг бодлоготой уялдуулах талаар хүлээн авагч орнуудтай хамтран ажиллах;

**Хүснэгт 4.** Хандивлагчид болон хүлээн авагч улсуудын оруулах хөрөнгө оруулалт

/2002 оны тогтмол тэрбум ам доллар/

	2001 /Түр Хорооны тооцоо/	2007	2015
<b>ХАНДИВЛАГЧДЫН САНХҮҮЖИЛТ</b>			
<i>Хандивлагчдын бага орлоготой орнуудад хэрэгжүүлэх хөтөлбөрүүд:</i>			
Буурай хөгжилтэй орнууд	1.5	14	21
Бага орлоготой бусад орнууд	2.0	6	8
Дундаж орлоготой орнууд, Үүнээс:	1.5 буцалтгүй тусламж 0.5 хөнгөлөлттэй зээл	2	2
ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сан	0	8	12
<i>Дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээ</i>			
Судалгаа шинжилгээ, Үүнээс:	(<) 0.5	3	4
Эрүүл мэндийн судалгааны Дэлхийн Сан	0	1.5	2.5
Олон улсын байгууллагууд	1	2	3
ДҮН	7	27	38
<b>ДОТООДЫН САНХҮҮЖИЛТ</b>			
Буурай хөгжилтэй орнууд	7	11	16
Бага орлоготой бусад орнууд	43	62	74
ХАНДИВЛАГЧИД БОЛОН ДОТООДЫН САНХҮҮЖИЛТИЙН ДҮН	53.5	93	119

Тайлбар: Энд эрүүл мэндийн салбарт жилд шаардагдах нийт нэмэлт хөрөнгө оруулалтыг тооцсон болно.

Жил бүр хэдэн сая хүний амийг аварч ертөнцийн хамгийн ядуу орнуудын эдийн засгийг хөгжүүлэх хүчин чадал дэлхий нийтэд байгаа билээ. Энэхүү илтгэлд дэлхийн ядуусын эрүүл мэндийн тусын тулд зарцуулах хөрөнгийг нэмэгдүүлэх замаар хөгжлийн зорилгод хүрэх стратегийн тухай өгүүлсэн болно. Тус илтгэлд толилуулсан бидний дүгнэлтийн үндэслэлийг, өнгөрсөн хоёр жилийн турш хийгдсэн өргөн хүрээний судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүн, оролцогсдын санал зөвлөмжүүд, түүний дотор Түр хорооны 6 ажлын хэсгийн үйл ажиллагааны үр дүн болох 87 суурь судалгаа болон 6 нэг сэдэвт бүтээлүүд нотлох болно. Дэлхийн Эрүүл мэндийн Байгууллагаас эдгээр бүтээлүүдийг олны хүртээл болгохоор бэлтгэж байна. Илтгэлийг бэлтгэх явцад хувь нэмрээ оруулсан олон зуун оролцогсдын нэрсийг илтгэлийн Хавсралт 1-д жагсаасан болно.

## Эрүүл мэнд ба Хөгжлийн талаарх нотолгоо

Эрүүл байх нь хүний эрхэм эрх юм. Эрүүл мэнд бол (боловсролын нэгэн адил) хүн төрөлхтний амьдралд үнэ цэнийг бий болгогч үндсэн нөөц бололцоонуудын нэг юм<sup>28</sup> гэж Нобелийн шагналт эдийн засагч Амагтая Сен онцлон тэмдэглэсэн байдаг. Түүнчлэн, эрүүл мэнд нь дэлхийн эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн эрхэм дээд хүсэл эрмэлзлэл болохыг Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Ерөнхий Нарийн Бичгийн дарга Кофи Аннаны хүсэлтээр НҮБ-ын Мянганы Дээд Хэмжээний Уулзалтад зориулан гаргасан дэлхий нийтийн судалгааны (Мянганы санал асуулга, НҮБ, 2000) үр дүн харуулж байна. Өвчний улмаас болон эрт нас баралтаас үүдэх зовлон шаналалыг бууруулах асуудал нь нийгмийн тулгамдсан асуудал тул эрүүл мэндийг олон улсын хуулиудад тунхагласан хүний үндсэн эрхүүдэд зүй ёсоор багтаахад түлхэц болсон юм<sup>29</sup>. Түүнчлэн, үндэстэн бүрийн сургаалд “эрүүл мэнд бол баялаг” гэж онцлон номлодог<sup>30</sup>. Эрүүл мэнд хувь хүн, гэр бүлд ирээдүйн өсөлт хөгжил ба эдийн засгийн баталгааг авчирна. Эрүүл мэнд бол ажил хөдөлмөрийн бүтээмж, сургуульд сурах чадавхийн үндэс болон оюун санаа, бие бялдрын хувьд хөгжих боломжийг хангадаг. Эдийн засгийн утгаараа эрүүл мэнд, боловсрол нь хүний хүчин зүйлсийн үндсэн хоёр тулгуур бөгөөд хувь хүний эдийн засгийн бүтээмжийн үндэс болохыг Нобелийн шагналт Теодор Шульц, Гари Бекер нар баталсан билээ. Хүн амын эрүүл мэндийн байдал сайн байх нь айл өрхтэй нэгэн адил нийт нийгмийн хүрээнд ядуурлыг бууруулах, эдийн засгийн өсөлт болон урт хугацааны эдийн засгийн хөгжлийг хангахад чухал хувь нэмэр оруулна<sup>31</sup>. Бодлого боловсруулагчид ба судлаачид энэ санааг өргөнөөр хүлээн зөвшөөрдөг боловч тоо чанарын ач холбогдлоороо хөгжиж буй орнуудын болон хандивлагчдын хөрөнгө оруулалтын зарцуулалтад нилээд дутуу тооцогддог.<sup>32</sup> Өвчний хүнд дарамтад нэрвэгдсэн орнуудын эдийн засгийн өсөлт ба хөгжлийн асуудал олон саад бэрхшээлтэй тулгардаг. Нийгмийн эрүүл мэнд, өвчнийг бууруулах болон хоол тэжээлийн хэрэглээг сайжруулах (эрчим хүчний түвшин ба ажилчдын хөдөлмөрийн бүтээмжийг сайжруулахын ялдамд халдварт өвчинд өртөмтгий байдлыг бууруулах) чиглэлээрх ололт амжилтууд нь үйлдвэржилтийн хувьсгалын үеийн Их Британи улсын эдийн засгийн огцом өсөлт, XX дугаар зууны эхэн үеийн АНУ-ын өмнөд хэсгийн эдийн засгийн өсөлт, XX дугаар зууны эхэн үеийн Японы огцом өсөлт, 1950-иад оны эхэн, 1960-аад оны Зүүн Өмнөд Азийн эрчимтэй хөгжил зэрэг эдийн засгийн хэд хэдэн үсрэлтийг авчирсан юм. Түүхийн энэхүү чиг хандлагыг Профессор Роберт Фогель, биеийн хэмжээ болон хоол хүнсний хангамжийн хоорондын хамаарлыг судлах байдлаар тодорхойлсон (Фогель 1991; 1997; 2000) байна. Судалгааны үр дүнгээр

урт хугацааны хөдөлмөрийн бүтээмжид биеийн хэмжээ ба хоол хүнсний хамгамж чухал үүрэг гүйцэтгэдгийг тогтоожээ. Мөн хоолны илчлэгийн хэмжээ нэмэгдэж байгаа болон нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн салбарт гарсан дэвшил нь өнгөрсөн хоёр зуун жилийн турш Европын орнуудад ажиглагдаж буй нас баралтын түвшний бууралтад чухал хувь нэмэр оруулсан байна. “Хөдөлмөрлөх явцад хүний биед агуулагдах илчлэгийн хэмжээ өнгөрсөн хоёр зуун жилд нэмэгдсэн явдал нь Франц, Их Британи гэх мэт орнуудын нэг хүнд ногдох орлогын өсөлтөд тун чухал хувь нэмрийг оруулсан” гэж Фогель тэмдэглэсэн байдаг<sup>33</sup>.

Урьдчилан сэргийлж болохуйц өвчний эдийн засгийн нийт өртөг ер бусын өндөр байгаа юм. Өвчин нь нийгмийн жилийн орлого, хувь хүний амьдралын турш олох орлого болон эдийн засгийн өсөлтийг бууруулдаг. Энэ нь дэлхийн ядуу орнуудын ҮНБ-ний хэдэн арван хувь буюу хэдэн зуун тэрбум ам долларын алдагдалтаар тооцогдоно. Хөгжиж байгаа орнуудын хүн ам хэдийгээр халдварт өвчин, эхийн эндэгдэл болон хоол тэжээлийн дуталд нийтээрээ нэрвэгдэж байгаа ч ядуучууд нь баячуудтай харьцуулахад илүүтэйгээр өртөж байгааг Түр хороо тогтоосон юм. Нэг орны доторхи өндөр болон бага орлоготой бүлгүүдийн эрүүл мэндийн байдал туйлын ялгаатай байгааг Дэлхийн Банкны судалгааны дүн харуулж байна (Гваткин, 2000; Гваткин ба бусад судлаачид, 2001). Тухайлбал, Боливи, Турк улсуудад нийгмийн хамгийн ядуу хэсгийн хүүхдийн нас баралтын түвшин баян бүлгийнхээс дөрөв дахин өндөр байна<sup>34</sup>. Эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүн ба тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг илтгэгч бусад олон үзүүлэлтүүд дэлхийн түвшинд үүнтэй адил дүр зурагтай байна. Түүгээр ч үл барам, тусламж үйлчилгээний зардлыг төлөхийн тулд өөрийн эд хөрөнгийг зарах нь ядуу айл өрхийг улам хоосруулахад хүргэдэг. Эдгээр өвчнүүдийн эсрэг нэгдэн тэмцвээс ядуурлыг бууруулахад түлхэц болж ашиг тусыг нь ядуус илүү хүртэх болно. Иймд ядуурлыг бууруулах зорилгыг хэрэгжүүлэхийн тулд эрүүл мэндийн салбарт хөрөнгө оруулалт хийх нь чухал ач холбогдолтой бөгөөд бага орлоготой олон оронд ийм үйлс биелэлээ олоод байна.

Өвчний дарамтад ядуус илүүтэйгээр өртөх олон шалтгаан бий. Нэгдүгээрт, ядуус нь цэвэр ус, аюулгүй орон байр, эрүүл ахуй, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хүртэх боломжгүй, урьдчилан сэргийлэх зан үйл ба зүй зохистой хооллолтын талаарх мэдээллээр дутмаг байдаг тул өвчинд илүүтэйгээр өртдөг. Хоёрдугаарт, ядуус нь эрүүл мэндийн байгууллагаас хол оршдог, зардлыг төлөх төлбөрийн чадваргүй болон өвчний үед хэрхэх талаарх мэдлэг дутмаг учраас эрүүл мэндийн тусламж зайлшгүй шаардлагатай болсон үедээ ч тусламж үйлчилгээг бага хүртдэг. Гуравдугаарт, хүнд өвчинд нэрвэгдсэн үед гарах төлбөрийг төлөх зорилгоор ядуус нь өр тавих, газар гэх мэт бүтээмжит эд хөрөнгөө зарах ба барьцаалахад хүрдэг учраас эргэж гаршгүй ядууралд ордог. Түүнчлэн хүнд өвчинд өртөхөд хүүхдүүд нь сургуулиас гарч ажиллах шаардлагатай болдог тул үе удам дамжсан ядууралд орох үр дагавартай.

Эрүүл мэнд ба боловсролын асуудлууд хоцрогдож буй орнуудад тогтвортой өсөлтийг хангах нь эдгээр үзүүлэлтүүд сайтай орнуудтай харьцуулахад тун хүнд хэцүү болохыг макро эдийн засгийн баримт нотолгоо харуулдаг. Улс орнуудыг 1965 оны орлогын ба нялхсын эндэгдлийн (нялхсын эндэгдлийн түвшинг нийт өвчний

төлөөллөөр авч үзэв) түвшингээр бүлэглэн тэдгээрийн 1965-1994 онуудын эдийн засгийн өсөлтийн түвшинг Хүснэгт 5-д толилуулав. Орлогын аливаа түвшний хувьд нялхсын эндэгдэл доогуур байгаа орнуудын эдийн засгийн өсөлт өндөр байгааг хүснэгтээс харж болно.

**Хүснэгт 5.** Нэг хүнд ногдох орлогын өсөлтийн түвшин, 1965-1994  
(1965 оны орлого ба нялхсын эндэглийн түвшин)

Нялхсын эндэглийн түвшин, 1965	Нялхсын эндэгдлийн түвшин =50	50< Нялхсын эндэгдлийн түвшин ≤100	100< Нялхсын эндэгдлийн түвшин ≤150	Нялхсын эндэгдлийн түвшин >150
Эхний орлого 1965, (1990 оны худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлсэн ам. доллар)				
ДНБ≤750 ам. доллар	-	3.7	1.0	0.1
1500<ДНБ≤3000 ам. доллар	-	3.4	1.1	-0.7
750<ДНБ≤1500 ам. доллар	5.9	1.8	1.1	2.5
3000<ДНБ≤6000 ам. доллар	2.8	1.7	0.3	-
ДНБ>6000 ам. доллар	1.9	-0.5	-	-

*Тайлбар: Энд байгаа өсөлтийн түвшин нь тухайн нүдэнд хамаарах бүх орнуудын ДНБ-ий дундаж болно.*

Тухайлбал, хамгийн ядуу гэх бүлэг орнуудын дотор (нэг хүнд ногдох орлого 1990 оны үнээр, худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлсэн 750 ам. доллараас бага), 1000 амьд төрөлтөд нялхсын эндэгдлийн түвшин 50-100 байх улсуудын жилийн дундаж өсөлт 3.7 хувь байхад, нялхсын эндэгдлийн түвшин 150 байгаа ижил түвшний орнуудын жилийн өсөлт завхөн 0.1 хувь байна<sup>35</sup>.

Эрүүл мэндийн үзүүлэлт ба эдийн засгийн өсөлтийн хооронд шууд хамаарал байгааг эдийн засгийн нэмэлт хувьсагчуудыг оруулж тооцоход ч харж болно (Барро, Сала-и-Мартин 1995, Блүүм, Сакс 1998, Баргава ба бусад 2001). Улс орнуудын эдийн засгийн өсөлтийн макро эдийн засгийн стандарт шинжилгээ нь тодорхой цаг хугацааны турш дахь эдийн засгийн өсөлт нь хугацааны эхэн үеийн орлого (болзолт ойртолтын (conditional convergence) улмаас), эдийн засгийн бодлогын хувьсагчид болон хүн амын эрүүл мэнд гэх мэт эдийн засгийн бусад хувьсагчдаас бүрдсэн загварт тулгуурладаг. Эдийн засгийн өсөлтийн бусад хүчин зүйлсийг тогтмол гэж үзээд дундаж наслалт 10 хувиар нэмэгдэхэд жилийн 0.3-0.4 хувийн өсөлт ажиглагдаж байгааг статистикийн энгийн тооцооллоос харж болно. Иймд жилийн өсөлтийн зөрүү нь өндөр хөгжилтэй орны дундаж наслалтын 77 жилийг, хөгжиж буй орны дундаж наслалтын 49 жилүүдэд харьцуулах буюу жилд 1.6 хувь<sup>36</sup> байна. Товчоор хэлэхэд, макро эдийн засгийн стандарт хувьсагчид тогтвортой байхад ч эдийн засгийн өсөлтийн зөрүүний ихээхэн хэсэг эрүүл мэндтэй холбоотой болохыг харж болно. Өнөөгийн байдлаар өвчлөл, түүний дарамт Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг, Өмнөд Азийн улс орнуудын эдийн засагт хүчтэйгээр нөлөөлж байна. Сахарын цаадахь Африкийн улсуудын амьжиргааны түвшин өнгөрсөн үеийн турш дэлхий

дахины хамгийн бага түвшингээс доош тууштай буурсаар байна. Өвчний хүнд дарамтын бүтээмж, хүн ам зүй болон боловсрол зэрэг олон салбаруудыг хамарсан нөлөөллөөс Африк тивийн эдийн засгийн өсөлт олон жилийн турш доголдож байна. Африк тивийн өсөлт нь нилээд хурдацтай хөгжиж буй Зүүн Азийн орнуудтай харьцуулахад хоёр дахин доогуур байгаа нь макро эдийн засгийн бодлого ба засаглалаас илүүтэйгээр өвчний хор хохирол, хүн ам зүйн хүчин зүйлс болон газар зүйгээс шалтгаалж буйг саявтар хийгдсэн эконометриксийн нэгэн судалгааны (Блүүм, Сакс 1998) баримт харуулжээ. Мөн, хумхаа, ХДХВ/ДОХ-ын тархалт өндөр байгаа орнуудад эдийн засгийн өсөлт олон жилийн турш буурсаар байна. Эдийн засгийн жилийн өсөлтийн 1,0 буюу түүнээс ч илүү хувиар буурч байгаа нь хумхаагийн тархалт өндөр байгаатай шууд холбоотой<sup>37</sup>.

Эрүүл мэндийн байдал сайжирснаар нэг хүнд ногдох орлого өсөх нь сэтгэл хөдөлгөөмөөр зүйл мөн ч гэсэн нийгэмд түүнээс ч илүү ашгийг авчирдаг билээ. Нэг хүнд ногдох орлогын өсөлт эрүүл мэндээс хамаарахгүй байлаа ч дундаж наслалт уртсах нь эдийн засгийн сайн сайхан байдалд чухал ач холбогдолтой. Улсуудын сайн сайхан аж байдлыг харьцуулахдаа дундаж наслалт болон жилийн орлогын түвшинг авч үзэх ёстой. Эрүүл мэндийн нөхцөл сайтай орнуудын хүн ам дунджаар илүү урт насалдаг бөгөөд тэдний амьдралын турш олох орлого ч өндөр байна. Тухайлбал, Ботсван болон Америкийн Нэгдсэн улсын жирийн иргэний аж байдлын ялгааг авч үзье. Ботсванд 1997 онд жилийн дундаж орлого худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлбэл 6,320 ам. доллар байна<sup>38</sup>. Америкт 1997 онд жилийн дундаж орлого 30,000 ам. доллар байна. Энгийн нүдээр харахад Америкийн нэг хүнд ногдох жилийн орлогын түвшин 5 дахин өндөр байна. Ботсваны 22 настай 12 жилийн боловсролтой иргэний амьдралын турш олох орлого нь 385 000 ам доллар буюу жилийн дунджийг 61 дахин үржсэнтэй тэнцүү байхад ижил боловсролтой 22 настай Америк залуугийн дундаж наслалт урт байгаа тул жилийн дунджийг 120-иор үржүүлсэнтэй тэнцүү буюу 3, 600,000 ам доллар байна. Ийнхүү амьдралын туршид олох орлого 10 дахин зөрүүтэй болж байна. Тэдний сэтгэл зүйн сайн сайхан байдалд (эдийн засагчдын хэллэгээр “ханамж”) үүнээс ч их ялгаа ажиглагдана. Түүнчлэн, дундаж наслалт нэмэгдсэнээр орлого олох, хэрэглээ болон зугаа цэнгэлд зарцуулах амьдралын жилүүд уртсахаас гадна эдийн засгийн сайн сайхан байдалд ч шууд бусаар нөлөөлдөг. Урт удаан амьдрах өрх гэр өөрийн орлогоос боловсрол болон санхүүгийн хуримтлалд хөрөнгө оруулах хандлага арай өндөр байна. Учир нь тэд хөрөнгө оруулалтын үр ашгийг удаан хугацаанд хүртэх боломжтой юм.

Эдийн засгийн хөгжилд өвчин эмгэг ихээхэн дарамт учруулдаг тул эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулалт хийх явдал нь хөгжлийн нэгдмэл стратегийн чухал бүрэлдэхүүн хэсэг болно. Энэ нь ялангуяа өвчний дарамт ихтэй ядуу орнуудад онцгой ач холбогдолтой. Эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулалт хийх асуудал нь хөгжлийн хүчирхэг стратегийн нэгэн хэсэг байсан нөхцөлд амжилтанд хүрнэ. Эдийн засгийн өсөлтөд эрүүл хувь хүн төдийгүй боловсрол болон бусад нэмэлт хөрөнгө оруулалт, улсын ба хувийн салбарын хоорондын хөдөлмөрийн зохистой хуваарь, зүй зохистой зах зээл, сайн засаглал болон технологийн дэвшлийг дэмжигч байгууллагын зохион байгуулалт шаардлагатай. Бизнесийн салбар дахь хувийн хэвшил давамгайлсан хөгжилд засгийн газрын идэвхтэй үүрэг роль ч чухал юм. Өөрөөр хэлбэл, засгийн газар үндсэн хөрөнгө оруулалтыг боловсрол, эрүүл мэндэд

чиглүүлж, хууль дүрмийг чандлан баталгаажуулж, хүрээлэн буй орчныг хамгаалан шинжлэх ухаан, технологийн дэвшлийг дэмжих замаар хувийн салбар тэргүүлсэн эдийн засгийн өсөлтөд хүрэх ёстой. Зөвхөн эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулах нь хөгжлийн асуудлыг шийднэ гэж бид мэтгээгүй бөгөөд эрүүл мэндийн асуудал аливаа хөгжлийн болон ядуурлыг бууруулах стратегийн төв хэсэгт байх ёстой гэж үзэж байна.

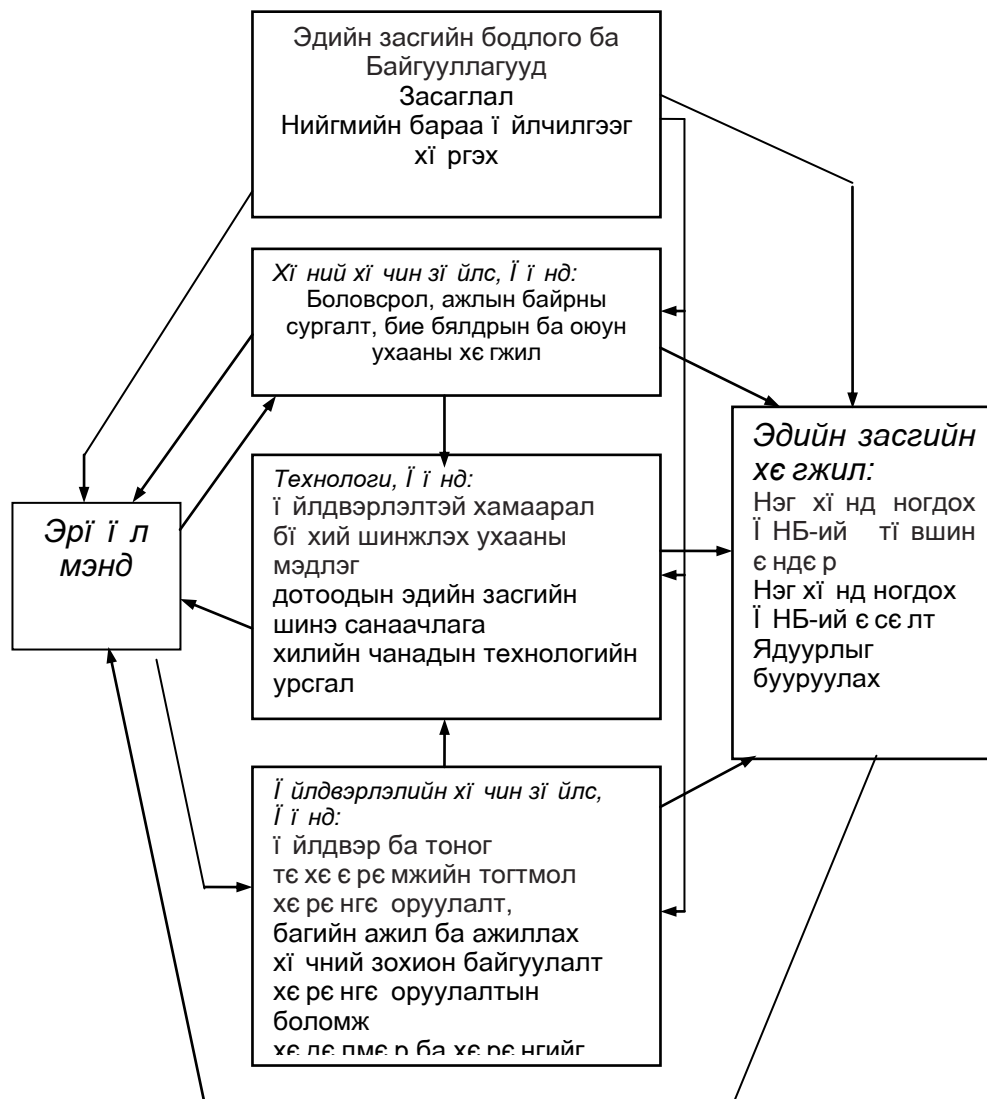
Эдийн засгийн хөгжилд хувь нэмэр оруулагч олон хүчин зүйлсийн дотор эрүүл мэндийн байр суурийг Зураг 1-д дүрслэн үзүүллээ. Эдийн засгийн үр дүн нь нэг талаас бодлого болон байгууллагын чанартай (эдийн засгийн бодлого, засаглал, болон засгийн газрын барааны нийлүүлэлт) хувьсагчид, нөгөө талаас хүчин зүйлсийн орцоос (хүний нөөц, технологи, болон үйлдвэрлэлийн хүчин зүйлс) бүрдсэн функц юм. Сайн бодлого, байгууллагын зохион байгуулалт нь маш чухал юм. Эдгээр нь капитал, технологийн аливаа түвшин дэхь эдийн засгийн байдал төдийгүй капитал, технологийн хуримтлалын хурдцыг тодорхойлно. Эрүүл мэнд нь Илтгэлд тэмдэглэсэнчлэн, нилээд илэрхий буюу зарим үед хурц байдлаар хүний болон үйлдвэрлэлийн капиталд эдийн засгийн хамгийн чухал үр нөлөөг үзүүлдэг. Эрүүл мэндэд байгууллагын хүчин зүйлс, тухайн үед мөрдөгдөж буй бодлого, хүний капиталын түвшин (тухайлбал, боловсрол нь эрүүл мэндийг дэмжинэ), нийгмийн түүний дотор эрүүл мэндийн салбар дахь технологийн түвшин нөлөөлдөг. Түүнчлэн, орлогын өсөлт болон ядуурлыг бууруулах үйл эрүүл мэндэд чухал ач холбогдолтой.

Тийм учраас эдийн засгийн хөгжил бол салбар хоорондын хамтын үйл ажиллагаа бөгөөд түүнийг хөгжүүлэх стратеги нь нийгмийн олон талын хөрөнгө оруулалт дээр ялангуяа хувийн хэвшлийн бизнесийн хөрөнгө оруулалтын бодлогод тулгуурлах ёстой. Буурай хөгжилтэй орнуудын боловсруулан хэрэгжүүлэх гэж буй Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичиг (ЯБСББ) нь өвчний эсрэг тэмцлийг хөгжлийн нэгдмэл стратеги болгосон дэвшилтэт арга хэмжээ юм. ЯБСББ нь засгийн газар, иргэний нийгмээс эрүүл мэнд, боловсрол, усан хангамж ба ариун цэвэр, эрүүл ахуйн норматив, хүрээлэн буй орчны асуудал, хүйсийн хэлхээ холбоо болон бусад салбаруудын өргөн хүрээний бодлогуудыг уялдуулан авч үзэхийг уриалж байна. Эрүүл байх болон өвчинтэй тэмцэх асуудал нь дан ганц эрүүл мэндийн салбараас хамаарахгүй тул энэхүү цогц үзэл баримтлалыг бид сайшааж байгаа юм. Тухайлбал, хүүхдийн эндэгдлийг бууруулахад эхчүүдийг бичиг үсэгтэй болгох нь чухал бөгөөд боловсролын салбарын үйл ажиллагааны үр дүнд охид хөвгүүд, ядуучуудад боловсрол олгох асуудал шийдвэрлэгдэнэ. Цэвэр ус, эрүүл ахуйн арга хэмжээг гараа угаах, саван хэрэглэх гэх мэт цэвэрч зан үйлтэй хослуулснаар жил бүр хэдэн сая хүүхдийн амь насанд хүрч буй гэдэсний халдвар болон бусад өвчний тохиолдлыг бодитойгоор бууруулна. Зохистой хоол нь бас эрүүл байхын маш чухал хүчин зүйл мөн. Нийт илчлэг, уургийн дутагдал нь фермерийн ажилчдын хөдөлмөрийн бүтээмжийг бууруулах, хувь хүмүүсийн өвчин эсэргүүцэх дархлаа дарангуйлагдахад хүргэж, халдварт өвчинд өртөмтгий болгоно. Халдварт өвчин тавиланг ч муутгана. Бичил элементийн дутагдал бие бялдрын болон оюун ухааны хөгжилд аюултай үр дагавартай. Соёл, зан заншлын уламжлалт хэм хэмжээ, эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн хоорондын тэгш бус байдал ч өвчний байдлыг хүндрүүлж дамжруулах болно. Эрчүүд дарангуйлсан нийгмийн ерөөсгөл харилцааны үед охид бэлгийн харьцаанд орох шаардлагатай нөхцөлд тэдэнд аюулгүй бэлгийн харьцааны

талаарх боловсрол олгосноор ДОХ-д өртөхөөс залуу охидыг бага зэрэг хамгаалж болох юм. Эдгээр бүх шалтгааны улмаас ядуурлыг бууруулах нэгдмэл үйл ажиллагаанд эрүүл мэндийг сайжруулах асуудлыг тусгах ёстой.

2000 онд зохион байгуулагдсан Мянганы Дээд Хэмжээний уулзалтаас төрийн тэргүүнүүдийн зөвшилцөн гаргасан Мянганы Хөгжлийн Зорилтуудад эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах талаарх дэлхий нийтийн үүрэг амлалтууд тусгагдсан<sup>39</sup>. МХЗ-д ядуурлыг бууруулах явдлыг ерөнхийд нь онцлон тэмдэглэж эрүүл мэндийн хэд хэдэн зорилтуудыг тусгайлан тусгасан нь нийт ядуурлыг бууруулах болон эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулалт хийх асуудлын уялдааг тодотгож өгсөн юм<sup>40</sup>. МХЗ-ын эрүүл мэндийн зорилтуудад: (1) 2015 он гэхэд хүүхдийн эндэгдлийг 1990 оны түвшингээс гуравны хоёроор бууруулах; (2) 2015 он гэхэд эхийн эндэгдлийг 1990 оны түвшингээс дөрөвний гурваар бууруулах; (3) ХДХВ/ДОХ болон бусад өвчний тархалтыг 2015 оноос хэтрүүлэхгүйгээр төгсгөл болгох зэрэг юм. Бусад олон улсын санаачлагчид “Хумхааг бууруулах”, “Сүрьеэг зогсоох хөтөлбөр”-үүдийг боловсруулж тухайлсан өвчнүүдийг хянах чиглэлээр нэмэлт зорилтуудыг дэвшүүлээд байна<sup>41</sup>.

**Зураг 1.** Хүн амын эрүүл мэнд ба эдийн засгийн хөгжил





---

МХЗ нь нэг талаар хүмүүнлэгийн үйл ажиллагаа боловч ядуу болон баян орнуудын сайн сайхан аж байдлын төлөө хийж буй хөрөнгө оруулалт юм. Өвчин, ядуу орнуудыг тогтворгүйжүүлж байгаа нь баян улсуудад ч нөлөөлж буйг баттай баримтууд нотолсоор байна. 1960-1994 онуудад тохиолдсон улс орнуудын уналтын (иргэний дайн зэрэг үндсэн хуульд заагдаагүй бусад өөрчлөлт, хямралууд) өмнөх үеийн нөхцөл байдлыг судлан үзэхэд нялхсын эндэгдлийн түвшин өндөр байх нь нэгэн гол урьдчилсан шинж тэмдэг болж байна<sup>42</sup>. Эдгээр хямралуудын ихэнхид нь Америкийн нэгдсэн улс хөндлөнгөөс оролцжээ<sup>43</sup>. Энэхүү үзэлтэй санал нэгтгэйгээр судалгаа шинжилгээний үр дүнгүүд ДОХ гэх мэт дэлхий нийтийн халдварт өвчнийг хянахын стратегийн ач холбогдлыг цохон тэмдэглэж байна<sup>44</sup>. Зөвхөн өвчинд нэрвэгдсэн орнуудын нийгэм улс төрийн байдал хямраад зогсохгүй халдварт өвчин олон улсуудыг хамран халдварлаж болно. Нэг орон нутагт үүсээд үндэсний болон тивийн хил хязгаарыг давж дэлхий нийтэд тархаад байгаа халдварт өвчний нэгэн аймшигт жишээ бол ДОХ юм. Хамгийн үндэслэлтэй гэгдэж буй таамаглалаар, ДОХ нь 1931 оны орчим (үүнээс 15 жилийн өмнө буюу хойно) баруун Африкт анх үүссэн гэдэг<sup>45</sup>. Шинэ омгийн үүсгэгч бүхий томуугийн дэгдэлт нь дэлхий дахины хохирлын дараачийн дайсан байж болзошгүй. Уг өвчнийг эрт илрүүлэн үр дүнтэйгээр оношлон эмчилснээр баян ба ядуу орнуудын олон хүмүүсийн амийг аварч болно<sup>46</sup>. Олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн өвчлөл ядуу улсуудаас хөгжингүй орнуудад тархаж байна<sup>47</sup>. Нийгмийн дотор ядуусыг зовоож буй өвчин нь халдвар тархах болон нийгмийг бүхэлд нь хямраах зэргээр баячуудад сөргөөр нөлөөлдөг. Нэгэн тод жишээ бол шавьж устгагч бодис бүхий шумуулын торыг (ITN) хумхааг хянахад ашигласан явдал юм. Туршилтын үр дүнгээс үзэхэд нэгэн хот тосгоны дотор шавьж устгагч бодис бүхий шумуулын торны (ITN) хэрэглээг өргөжүүлэхэд торыг бүгд ашиглаж байвал ашиглагч хувь хүн бүр хамгаалагдаж түүний үр ашиг нэмэгддэг байна<sup>48</sup>. Учир нь шавьж устгагч бодис бүхий шумуулын тор (ITN) нь түүнийг нэвтлэх шумуулын хазалтыг зогсоогоод зогсохгүй шавьж устгагчид хүрсэн шумуулын халдварыг бууруулснаар тосгонд хумхаагийн өвчнийг бууруулж байгаа юм. Шавьж устгагч бодис бүхий шумуулын торыг (ITN) хэрэглэгч шумуулд хазуулсан ч тосгоны бусад хүмүүс торыг ашиглаж байвал халдварлах магадлал бага байна. Иймд, тосгоны баян чинээлэг хүмүүс ч гэсэн ядуу гэр бүлийн хэрэглэсэн шавьж устгагч бодистой торны ашиг тусыг хүртэж байгаа юм. Ийм хэлбэрийн үр нөлөөг “нийтийн үр нөлөө” гэх бөгөөд халдварт өвчний хяналтанд чухал ач холбогдолтой. Энэ үзэгдлийн нэгэн тод жишээ бол, ядуусын дунд эмчлэгдээгүй орхигдсон сүрьеэгээс үүсэх уршиг дагавар юм. Эмчлэгдээгүй сүрьеэ нь цаашид тархах магадлалтай бөгөөд эмчилгээ үр дүнд хүрээгүй бол олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэ болж улмаар нийгэмд хор хохирол учруулна.

Бас нэгэн жишээг энд дурьдъя. Вакцинжуулалтын хамралтын хувь өсөх тусам вакцинжуулалтад хамрагдаагүй хүмүүсийн өвчинд өртөх магадлал багасч өвчний

дэгдэлтийн тархалт буурах энэхүү үзэгдлийг “бүлгийн дархлаа” гэж нэрлэдэг. “Цагаан цэцгийг ялах” гэх мэт өвчнийг бүрэн устгасан тохиолдолд дархлаажуулалтын эерэг үр нөлөө тун илэрхий болдог. Дэлхий нийт цагаан цэцгийн вакцинжуулалтаас жил бүр олон зуун сая долларыг хэмнэж байна. Ийм хэмжээний хуримтлалд хүрэхийн тулд баян орнуудаас шаардагдах хөрөнгө оруулалтаар ядуусыг нийтээр нь вакцинжуулсан эсэхээс шалтгаалах цагаан цэцгийн тохиолдол нэг бүрийг устгах шаардлагатай байв. Түр Хорооны гаргасан нотолгоо нь бусад олон судалгаа шинжилгээний ажлын дүгнэлтийг бататгаж байгаагийн дээр дэлхийн ядууст үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зорилго бүхий нэгдмэл хүчин чармайлтгүйгээр МХЗ-ийн ядуурлыг бууруулах болон эрүүл мэндийн зорилтуудыг биелүүлэх боломжгүйг харуулж байна. Хүүхдийн болон эхийн эндэгдлийг бууруулах асуудлыг олон арван орнууд хэдийнээ шийдвэрлэж, дэгдэмхий өвчнүүдийн тархалтыг хазаарлах чиглэлээр ажиллаж байна. Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Хөгжлийн хөтөлбөрт (2001) мэдээлснээр хөгжиж буй орнуудын хүн амын 62 хувь нь нялхсын болон хүүхдийн эндэгдлийг бууруулах зорилтуудыг хэрэгжүүлэх асуудалд “хоцорч буй” буюу “сүүл барьж байгаа” орнуудад амьдарч байна<sup>49</sup>. Ядуу орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь МХЗ-д хүрэх хэмжээнд хүртэл хараахан хөгжөөгүй байгаагийн дээр хандивлагчдын тусламж дэмжлэг ч хангалтгүй байна. Ядуусын өвчний хямралыг зохицуулах шийдвэрлэх талаар дэлхий нийт чин ёсны тангарагийг өргөсөн боловч хэрэгжүүлэх талаар дорвитой арга хэмжээг аваагүй байна. Урьдчилан сэргийлж болох үхлээр сая сая хүн эндэж, олон улсын байгууллагууд шахалтанд байгаа өнөө үед өвчний эсрэг хүчирхэг тэмцлийг даяарчлалын тусын тулд өрнүүлэх нь юу юунаас чухал байна.

## Эдийн засгийн хөгжилд үзүүлэх өвчний нөлөө

Эдийн засгийн сайн сайхан байдал ба хөгжилд хүн амын өвчлөл дараахь гурван чиглэлээр саад тотгор учруулдаг<sup>50</sup>. Нэгдүгээрт, урьдчилан сэргийлж болох өвчний хяналтыг алдсанаар эрүүл аж төрөх амьдралын жилүүдийг богиносгодог. Эрт нас барах ба олон жилийн тахир дутуу байдал хосолсноор амьдрал богиносоход нийгэмд эдийн засгийн ихээхэн алдагдал учирдаг. Энэ нь бага орлоготой орнуудын үндэсний орлогын ихээхэн хувь буюу жилд олон зуун сая ам. долларын гарзаар хэмжигдэнэ. Зөвхөн ДОХ-ын дэгдэлтэд л гэхэд хөдөлмөрлөх насны хүмүүс өртөгдөж байгаа тул Африкийн эдийн засгийн өсөлт жилд олон хувиар буурч байна. Хоёрдугаарт, өвчин нь эцэг эхчүүдийн хүүхдүүддээ оруулах хөрөнгө оруулалтын чадавхийг бууруулдаг. Нялхсын (1 хүртэлхи насны хүүхдийн нас баралт) болон хүүхдийн эндэгдлийн түвшин (5 хүртэлхи насны хүүхдийн нас баралт) өндөр байгаа орнуудад төрөлтийн түвшин өндөр байдаг нь нэг талаас хүүхдийн нас баралтыг нөхөхтэй холбоотой. Олон хүүхэдтэй ядуу айл өрхөд хүүхэд бүрийн боловсрол, эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулах чадвар буурах үйл явцыг Гари Бекер болон түүний мэргэжил нэгтнүүд хүүхдийн өсгөн хүмүүжүүлэхийн “чанар ба тооны арилжаа” гэж томъёолсон байна. Гуравдугаарт, өвчин нь ажилчны хөдөлмөрийн бүтээмж төдийгүй бизнесийн болон дэд бүтцийн хөрөнгө оруулалтын үр ашигт сөргөөр нөлөөлсөөр байна. Өвчний тархалтын улмаас хөдөө аж ахуй, уул уурхай, үйлдвэрлэл, аялал жуулчлал гэх мэт бүхэл бүтэн салбар болон дэд бүтцийн үйл ажиллагаа доголдоход хүрдэг. Түүнчлэн, тахлын дэгдэлт бүхий болон цар тахал

хэлбэрийн өвчнүүд нь нийгмийн хамтын ажиллагаа ба улс төр, макро эдийн засгийн тогтвортой байдлыг алдагдуулна.

*Хувь хүний сайн сайхан аж байдал алдагдах*

Өвчний улмаас хувь хүн эдийн засгийн сайн сайхан аж байдлаа алддаг. Эдийн засагчид болон нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд сайн сайхан аж байдлын алдагдлыг тоогоор тооцохдоо гурван бүрэлдэхүүн хэсгийг авч үздэг юм. Үүнд: (1) өвчний улмаас зах зээлийн орлого буурах; (2) өвчний улмаас дундаж наслалт буурах; (3) зах зээлийн орлого ба дундаж наслалт буураагүй байсан ч өвчний улмаас сэтгэл зүйн тайван байдал алдагдах буюу “өвчин ба шаналал”-д хүрэх<sup>51</sup>. Зах зээлийн орлого буурах явдал наад зах нь дөрвөн дэд хэлбэрээр ажиглагдана. Үүнд: (i) эмчилгээний зардал; (ii) өвчний улмаас хөдөлмөрийн зах зээлийн орлого буурах; (iii) хүүхэд насандаа өвчилсний улмаас насанд хүрсэн хойноо орлого олох чадамж алдагдах; (iv) зуурдаар эрт нас барсны улмаас ирээдүйн орлого алдагдах зэрэг хэлбэрүүд юм.

Өвчлөлийн дарамтыг бууруулахын эдийн засгийн үр өгөөжийг үнэлэхийн тулд өвчний улмаас учрах эдгээр хохирлыг зардалд хөрвүүлэх шаардлагатай. Эдийн засгийн ном зохиолуудад амьдралын үнэ цэнийн талаар нэгдмэл дүгнэлт хийсэн байдаг. Тухайлбал, өвчнийг анагаасны улмаас үүсэх нэг жилийн эрүүл амьдралын үнэ цэнэ жилийн зах зээлийн нэмэлт орлогоос нилээд өндөр байна. Зарим тооцоололд амьдралын жил бүрийг жилийн орлогыг гурав дахин үржүүлснээр үнэлдэг. Орлогын энэхүү ялгааг өвчинтэй холбоотой зовлон шаналгааг бууруулах арга хэмжээнүүд, дундаж насыг уртасгасны цэвэр үр нөлөө болон зах зээлийн хэрэглээнд нэмэлт болгож, чөлөөт цагийн үнэ цэнийг харгалзан тооцсоноор тайлбарладаг юм. Хувь хүн залуугаараа нас барахад гарах эдийн засгийн алдагдлыг алдсан жил бүр гарах алдагдлуудын нийлбэрээр тооцно. Тухайлбал, 20 насандаа алдагдсан амьдрал нь жилийн орлогоос 100 буюу түүнээс олон дахин их өртөгтэйгээр тооцогдоно. Учир нь тухайн хүн 40 наслах буюу түүнээс удаан хугацаанд амьд явах олон жилийг алдсан бөгөөд жил бүрийн өртөг жилийн орлогыг гурав дахин үржүүлсэнтэй тэнцүү гэж үздэг. Ийм өндөр үнэлгээг сүүлийн үед хийгдсэн эдийн засгийн хэд хэдэн дүн шинжилгээний ажилд ашиглажээ<sup>52</sup>.

Эцсийн дүн ямар байсан ч уг тооцоолол бидэнд чухал сургамж болно. Өвчний нийгэмд учруулж буй үнэ өртгийг тооцохдоо нэг хүнд ногдох үндэсний нийт орлогын (тухайлбал, ажилчны хөдөлмөрийн бүтээмжийг бууруулсны улмаас) өсөлт болон түвшинд хэрхэн нөлөөлж буйг харгалзаад зогсохгүй өвчин амьдралын хугацаа болон амьдралын турш дахь нийгмийн нийт орлогод хэрхэн нөлөөлж буйг тооцох нь зүйтэй. ДОХ-ын цар тахал нэг хүнд ногдох үндэсний нийт бүтээгдэхүүнд нөлөөлөхгүй байлаа ч, хүний удаан хугацаанд амьдрах чадавхийг бууруулснаар эдийн засгийн сайн сайхан байдалд давшгүй хор хохирлыг учруулах болно. Уг өвчинд хамгийн хүндээр нэрвэгдсэн орнуудын дундаж наслалтын үзүүлэлт хэдэн жилүүдээр буюу хэдэн арван жилээр буурсан бөгөөд ДОХ өвчин нь амьдралын орлого болон эдийн засгийн сайн сайхан байдлыг ихээхэн хэмжээгээр доошлуулан доройтуулж байна.

Эдгээр ойлголтын тусламжтайгаар хумхаа болон ДОХ-ын Африк тивийн сайн сайхан аж байдалд учруулсан зардлыг харуулъя. Өвчин бүрийн улмаас жилд алдагдсан жилүүдийн тоог нэг хүнд ногдох орлогоор үржүүлэн эдийн засгийн нийт алдагдлын тоймыг гаргана. Тухайлбал, Африкийн Сахарын өмнөд хэсэгт 1999 онд хумхаагийн улмаас 616 сая хүн амаас 36 сая нь хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүдийг (DALYs) алдсан байна. Хэрэв энгийнээр, хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жил (DALY) бүрийг нэг хүнд ногдох орлого хэмээн үнэлбэл хумхаагийн өвчлөлийн нийт өртөг нь тухайн бүс нутгийн үндэсний нийт бүтээгдэхүүний 5.8 хувь буюу ( $= 36/616$ ) болж байна. Хэрэв үүний оронд бид, хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилийг (DALY) нэг хүнд ногдох орлогыг гурав дахин үржүүлсэнтэй ( $= 5.8$  хувь  $\times 3$ ) тэнцүү гэвэл Үндэсний нийт бүтээгдэхүүний 17.4 хувь болно. Үүнтэй адилаар, ДОХ-ын улмаас 72 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs) алдагдсан гээд ийм жил (DALY) бүрийг нэг хүнд ногдох орлогоор үнэлбэл, 1999 онд алдагдсан амьдралын жилүүдийн эдийн засгийн алдагдал Африкийн Сахарын өмнөд хэсгийн улсуудын Үндэсний нийт бүтээгдэхүүний 11.7 хувь ( $= 72/616$ ) байна. Хэрэв бид Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жил (DALY) бүрийг нэг хүнд ногдох орлогыг гурав дахин үржүүлсэнээр тооцвол Үндэсний нийт бүтээгдэхүүний 35.1 хувь болно. 1999 онд ДОХ-ын улмаас нас баралт бүр дунджаар 34.6 алдагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүдэд хүрч байсан гэдгийг анхааралд авах хэрэгтэй<sup>53</sup>. Учир нь ДОХ-ын нас баралт залуучуудын дунд ихээхэн тохиож байсан тул үхэл бүр нь дундаж наслалт ба нас барсан нас хоорондын олон жилийн алдагдсан амьдралын хугацааг харуулж байгаа юм.

Зардлын тооцоололд нэг хүнд ногдох жилийн орлогын түвшинд өвчний учруулах нөлөөллийг харгалзаагүй болно. Өсөлтөд нөлөөлөх бусад хүчин зүйлсийг тогтмол гэвэл, хүн амын хумхаагийн эрсдэл тэг байгаа орны эдийн засгийн (орлогын түвшин, сургуульд хамрагдсан байдал, байгууллагын чанар болон төсвийн бодлого гэх мэт) өсөлт эрсдэл ихтэй оронтой харьцуулахад богино хугацаанд жил бүр 1 буюу түүнээс дээш хувиар өсөх магадлалтай байгааг эконометрикийн тооцоо харуулж байна. Өсөлтийн үр нөлөө цаг хугацааны туршид хуримтлагддаг тул хумхаатай орны нэг хүнд ногдох орлого нь хумхаагүй улс орны нэг хүнд ногдох орлогын хагастай тэнцүү гэсэн эконометрикийн тооцоолол ч бий. Үүнд мөн л өсөлтийг тодорхойлогч бусад хүчин зүйлсийг тогтмол гэж үзнэ<sup>54</sup>. Нэг хүнд ногдох орлогын түвшинд нөлөөлөх нөлөөллийг хумхаагийн улмаас үүсэх богино амьдралын хугацаатай нэгтгэж өвчний нийт үр дагаврыг тооцож гаргана. Энэ нь хумхаагийн улмаас алдсан үндэсний нийт бүтээгдэхүүний хэдэн арван хувиар тооцогдох нь мэдээж. Эдгээрийг нарийн тооцоход зарим тодорхой бус байдал нөлөөлдөг ч эдийн засагт ихээхэн хохиролтой нь гарцаагүй билээ.

Хэрэв өрх гэр өвчний улмаас гарах өртөг зардлыг төлөхөөр эд хөрөнгөө шавхан өрөнд ороход хүрвэл тэдний хувьд өвчний эдийн засгийн үр дагавар нь хэд дахин өснө. Ингэснээр өрх бүл ядуурахад хүрч өрхийн бүх гишүүд болоод ихэнхи тохиолдолд хамаатан садангуудын сайн сайхан аж байдалд ч гэсэн доголдоно. Ядуу өрх бүлүүд аюултай өвчний эсрэг бараг даатгуулаагүй байдаг тул ядмагхан хэрэглээг хангах болон хүнд өвчний эмчилгээний төлбөрийг төлөх үүднээс өөрсдийн бага хэмжээний эд хөрөнгө болох фермерийн зэр зэмсэг, мал ахуйгаа зарах буюу

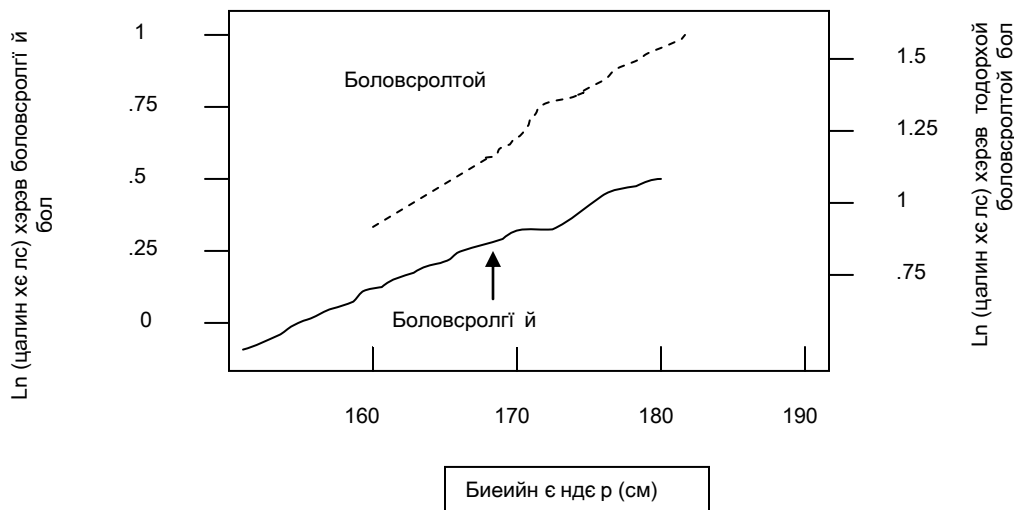
газраа барьцаалуулах зэрэгт хүрдгийг харуулсан олон төрлийн судалгаа шинжилгээний бүтээлүүдийг Түр хороо судлан үзсэн юм. Бүтээмжит үйл ажиллагаагаа нөхөн сэргээх нь ядуурсан айл өрхийн хувьд хүнд хэцүү хэрэг тул архаг өвчин эдгэрсэн ч эд хөрөнгөөсөө салсан айл өрх ядуурлын занганд (өөрөөр хэлбэл, байнгын ядуурал) байсаар байна. Өртэй өрх бүлд богино хугацаанд хөрөнгө оруулалт (жишээлбэл, үр тариа, бордоо) хийж хангалттай бүтээгдэхүүнийг үйлдвэрлэн өрөөс ангижирах хөрөнгө байхгүй тул ирээдүйн орлогын төлөө зээл авах ч боломжгүй болно. Ийнхүү ядуурлаас болж хувь хүмүүсийн эрүүл мэндийн байдал буцаад хурцдах магадлалтай<sup>55</sup>.

### Амьдралын мөчлөгийн үр дагавар

Өвчний эдийн засгийн алдагдал нь ихэнхи судалгаануудын анхаарлын төвд байдаг ба тэдгээр нь зөвхөн өвчний тухайн үе шаттай шууд хамааралтай өртгийг л авч үздэгээс амьдралын эрт үед тохиолдох үхлийн аюулгүй өвчин амьдралын бүхий л мөчлөгт хор хохирлыг учруулж байгааг бүрэн гүйцэд харуулдаггүй. Нярай болон ургийн хөгжлийн үед тохиох өвчин амьдралын турш дахь оюун ухааны болон бие бялдрын хөгжлийн доройтолд хүргэх уршиг дагавартай<sup>56</sup>. Хэдийгээр эдийн засгийн хөгжлийн түлхүүрийг боловсрол хэмээн олноор хүлээн зөвшөөрдөг ч боловсролын ололт амжилтад хүүхэд насны эрүүл мэнд чухал ач холбогдолтойг тэр бүр ухаардаггүй. Эрүүл мэнд сул байснаар оюуны чадавхи буурч сургуульд явахгүй байх, хичээлд анхааралгүй болох, сургуулиас эрт завсардах зэргээр боловсролыг доголдуулдаг юм.

Өвчний эрт үеийн тохиолдлын удаан хугацааны уршиг дагавар их боловч тэр бүрийг тодорхойлж ач холбогдол өгдөггүй. Өвчний биологийн шинж чанартай зарим уршиг дагавар байдаг бөгөөд эрт үеийн өвчин оюун ухааны болон бие бялдрын хөгжлийг саатуулж насанд хүрсэн үеийн хөдөлмөрийн бүтээмжийг бууруулна. Түүнчлэн, зарим нь эдийн засгийн шинж чанартай бөгөөд оюун ухааны чадавхи буурснаар эрт сургуулиа орхиж, үүнээс шалтгаалсан боловсролын хоцрогдлын давхар дарамтыг амьдралын турш үүрүүлдэг.

**Зураг 2.** Бразил улс : Биеийн өндөр ба Цалин хөлс



Шууд бус зарим нотолгооноос үзэхэд хүүхэд насны өвчин болон хоол тэжээлийн дутлаас үүсэх эдийн засгийн уналт асар их буюу төсөөлж байснаас хамаагүй их байна. Насанд хүрсэн хүний өндөр болон орлогын хооронд шууд хамаарал байгааг хөгжиж буй олон оронд (Зураг 2, Бразил улсын жишээ) хийсэн судалгаанаас харж болно. Насанд хүрсэн хүний өндрийн хэмжээ нь хүүхэд насны үеийн хоол тэжээл болон өвчний байдлаас шалтгаалдаг юм. Халдварт өвчинд удаа дараа нэрвэгдэж, өдөр тутмын хоол хүнс нь шим тэжээлээр дутмаг өссөн хүүхдүүдийн насанд хүрэх үеийн өндөр доогуур үзүүлэлттэй байдаг байна. Иймд амьдралын турш дахь эдийн засгийн бүтээмжид хүүхэд насны эрүүл мэнд, хоол тэжээлийн байдал хэрхэн нөлөөлөхийг өндөр болон орлогын хоорондын хамаарлаас харж болно.

Танин мэдэхүй болон сургуульд суралцахад муугаар нөлөөлөн боловсролын амжилтанд саад учруулж буй гол хүчин зүйл нь өвчин болж байна. Баласз ба бусад (1986) ба Поллитт(1997; 2001) нар хүүхдийн хоол тэжээл ба тархины хөгжлийг холбон судалсан бүтээлүүдийг хянан үзсэн байна. Эдгээр бүтээлийн ихэнхид нь үндсэн шим тэжээлийн бодисуудын (төмөр, А амин дэм) дутал танин мэдэхүйн чадварын доголдолтой холбоотой байгааг тогтоожээ. Үүнтэй ижил үр дүн буюу эрүүл мэнд болон хоол тэжээлийн байдал нь танин мэдэхүйн болон боловсролын түвшинг тогтоох шалгалтуудын дүнг урьдчилан таах чухал хүчин зүйлс болж байгааг Баргава (1997) Танзани улсын сургуулийн насны хүүхдүүдийн дунд явуулсан уртрагийн дагуух олон талын когорт (бүлэглэлийн) судалгаагаар тогтоожээ. Тэрээр бас цагаан хорхой ба шистосомоз гэх мэт гэдэсний шимэгч хорхойг устгах нь хүүхдийн хөгжилд чухал ач холбогдолтой гэж дүгнэсэн байна. Кремер ба Мигуель нарын 1999 онд хийсэн туршилтын судалгаанд ч гэсэн хорхойноос ангижруулах тухай ижил дүгнэлтийг гаргажээ. Цагаан хорхой, цагариг хорхой болон шистосомозоос сэргийлэн сургуулийн сурагчдыг эмчилсэн тухай түүвэр судалгаанаас үзэхэд эмчилгээний хөтөлбөргүй сургуулийн хүүхдүүдтэй харьцуулахад эмчилгээ зохион байгуулж хэрэгжүүлсэн сургуулийн хүүхдүүдийн хичээлийн ирцийн түвшин өндөр байв. Үүний үр дүнд бас нэгэн сонирхолтой үзэгдэл ажиглагдаж байсан нь эмчилгээнд хамрагдсан сургуулийн эмчлэгдээгүй хүүхдийн хичээлийн ирц нэмэгдэж байгаа нь халилтын үр нөлөөг үзүүлж байгаа явдал юм. Өөрөөр хэлбэл, эмчлэгдсэн хүүхдүүдийн хичээлийн ирцийн байдлаас эмчлэгдээгүй сурагчдад үзүүлэх нөлөөлөл (жишээлбэл, нийгмийн зан үйлийн хэм хэмжээний үлгэрлэх нөлөөгөөр) юм.

Хүн амьдралын мөчлөгийн бүхий л үе шатуудад үхлийн-аюулгүй архаг өвчний үзүүлэх өртгийг өвчний өртөг зардлын судалгааны бүтээлүүдэд нилээд дутуу үнэлдэг талтай. Эрүүл ажилчид бие бялдар оюун ухааны хувьд илүү эрч хүчтэй эрүүл чийрэг байж илүү цалин авдаг. Тэдний бүтээмжийн үр дүнд компаниуд ашигтай ажиллах бөгөөд гадаадын шууд хөрөнгө оруулалтыг татахад эрүүл ажиллах хүчин чухал ач холбогдолтой. Тэд өвчний (буюу гэр бүлд өвчин тохиох) улмаас ажлаа таслах нь ховор бөгөөд хөдөлмөрийн бүтээмж ч өндөртэйгээр ажилладаг. Уг асуудал ажиллах хүчнийх нь багагүй хувь гар хөдөлмөр эрхэлдэг хөгжиж буй орнуудад ихээхэн нөлөөлдөг. Тухайлбал, Индонези улсад цус

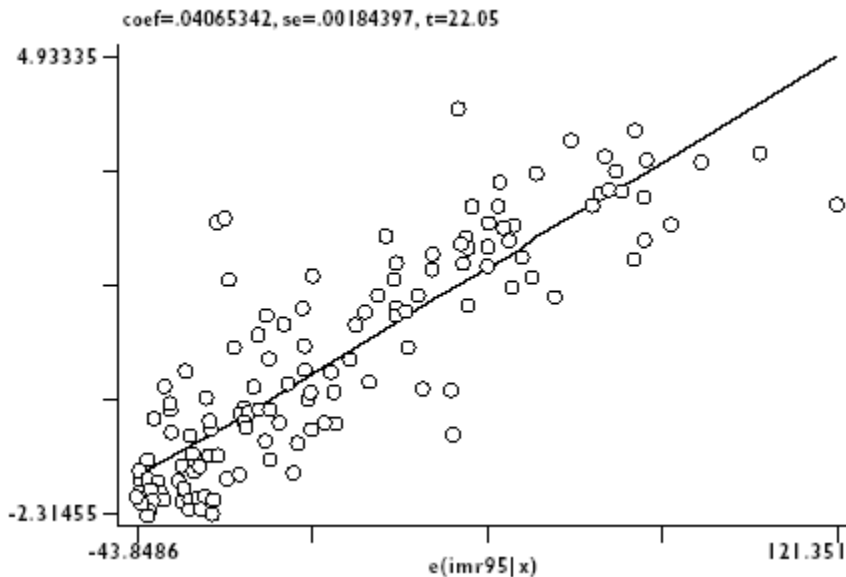
багадалттай эрэгтэй хүмүүсийн хөдөлмөрийн бүтээмж эрүүл эрэгтэйчүүдээс 20 хувиар доогуур байна. Төмрийн бэлдмэлийн тусламжтайгаар цус багадалттай эрчүүдийг эмчлэхэд тэдний хөдөлмөрийн бүтээмж цус багадалтгүй эрчүүдийнхтэй бараг ижил түвшинд хүрсэн байна<sup>57</sup>. Амьдралын эрт үеийн эрүүл мэнд ба боловсролын ололт амжилтын хоорондын хамаарлын талаар дээр онцлон тэмдэглэсэн билээ. Эрүүл хүүхдүүд сайн суралцаж сайн боловсролтой болж насанд хүрээд их орлого олно. Эрүүл гэр бүлд хүүхдүүдийн боловсрол тасалдахгүй. Өвчтэй байх нь бүтээмжит үйл ажиллагаанд саад тотгор учруулдаг тухай сонгодог бас нэгэн жишээгээр цагаан хорхойг авч үзэж болно. Америкийн Нэгдсэн Улсын өмнөд хэсгийн түрүү үеийн эдийн засгийн хөгжилд нөлөөлсөн нэг хүчин зүйл нь цагаан хорхойн уршиг дагавар болсон цус багадалтыг эмчилсэнтэй холбоотой гэж үздэг. Эттинг (1981) өөрийн бүтээлдээ хөдөлмөрийн бүтээмжийг бууруулахад нөлөөлж байсан “залхуурлын нян”-гийн үр нөлөө ба түүнийг ялсан тухай тодорхой бичсэн байдаг.

### *Өвчний үе удамд үзүүлэх нөлөө*

Гэр бүлийн нэг гишүүний өвчин өрхийн бусад гишүүд ялангуяа хүүхдүүдэд сөргөөр нөлөөлдөг. Насанд хүрсэн хүн өвчний улмаас эрүүл мэнд нь муудаж бүр үхэлд ч хүрч болзошгүй. Ийм үед, өрх бүлдээ туслах үүднээс хүүхэд нь сургуулиас эрт завсардахад хүрнэ. Насанд хүрэгсдийн өвчний улмаас өрхийн орлого болон халамж өвчтөн рүү шилждэг. Эцэг эхийн өвчин буюу үхлийн уршиг дагавар эцэг эхээс хүүхдэд мэдрэгдэнэ. Африкийн ДОХ-д нэрвэгдсэн олон нийтийн мэдээлснээр өнчирсэн хүүхдүүд орон нутгийн аж ахуй эрхлэлтийн талаар аливаа мэдлэггүйгээр өсч байна гэжээ. Нялхсын болон хүүхдийн эндэгдлийн түвшин өндөр байгаагийн өртөг зардал хүн ам зүйд нөлөөлдөг нь хамгийн их хор хөнөөлтэй бөгөөд хамгийн багаар хүлээн зөвшөөрөгдсөн үзэгдэл юм. Ядуу өрх бүлүүд хүүхдүүдийнхээ үхлийг олон хүүхэд төрүүлснээр нөхдөг. Үүний дотоод зүйл тогтол нь тодорхой юм. Эцэг эхчүүд өөрсдийгөө өндөр настай болтол ядаж нэг хүү буюу охин нь амьд байна гэж итгүүлэхийн тулд зургаа ба түүнээс олон хүүхэд төрүүлж болно. Гэсэн хэдий ч ядуу өрхүүд Африк тивтэй адилаар олон хүүхэдтэй байвал хүүхэд бүрийн боловсролд тун бага хөрөнгө оруулалтыг оруулна. Ийнхүү өвчний дарамт өндөр байх нь хүүхэд нэг бүрийн эрүүл мэнд, боловсролд зарцуулах хөрөнгийг бууруулах болон олон хүүхэдтэй гэр бүлүүдийг төрүүлж байна. Хүүхдүүдийн эндэгдэл өндөр байх нь төрөлтийн түвшин өндөр байх ганц шалтгаан болохгүй ч (жендерийн тэгш бус байдал, эхчүүдийн боловсрол болон ажил хийх боломж байхгүй байх, соёлын хэм хэмжээ нь зарим бусад хүчин зүйлс болох), эндэгдлийн түвшинг бууруулах нь гэр бүл төлөвлөлт, боловсрол болон эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийн хүчний оролцоог нэмэгдүүлэх тул төрөлтийг бууруулна.

---

**Зураг 3.** Нялхсын эндэгдлийн түвшин (Х тэнхлэг) ба төрөлтийн коэффициент (Ү тэнхлэг) хоорондын хамаарал, 148 орон, 1995.

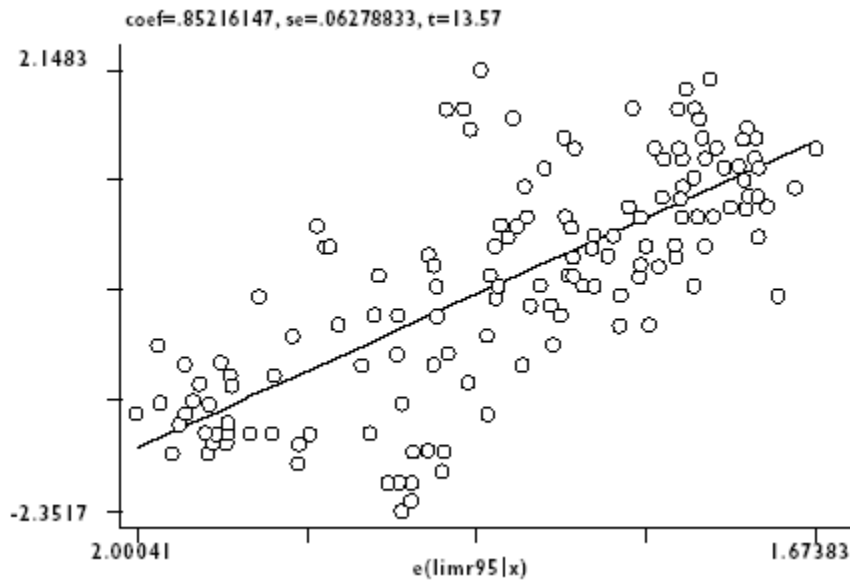


Төрөлтийн түвшинг нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэлтэй холбох баттай баримтууд бий. Зураг 3-т 1995 онд 148 орны төрөлтийн нийлбэр коэффициент ба нялхсын эндэгдлийн хоорондын хамаарлыг харуулжээ. (Төрөлтийн нийлбэр коэффициент, у-тэнхлэг) ба нялхсын эндэгдэл (Нялхсын эндэгдэл, х-тэнхлэг)<sup>58</sup>. Нялхсын эндэгдлийн түвшин 20-иос доогуур байгаа орнуудад төрөлтийн нийлбэр коэффициент дунджаар 1.7 байна. Харин нялхсын эндэгдлийн түвшин 100-аас дээш байгаа орнуудад төрөлтийн нийлбэр коэффициент 6.2 байна. Төрөлтийн дээдээс доод түвшинд шилжих шилжилтийн үед хүүхэд насандаа амьд үлдэх магадлал нь хэдий чухал боловч цорын ганц хүчин зүйл биш юм. Эхийн боловсрол ч үүнд бас нөлөөлнө. Боловсролтой эхчүүд гэр бүл дэхь нөхөн үржихүйн шийдвэрт илүүтэйгээр нөлөөлдөг төдийгүй зах зээлээс их орлогыг олдог тул гэртээ хүүхдээ өсгөх алдагдсан боломжийн зардал нь ч өндөр байна. Жирэмслэлтээс сэргийлэх хэрэгслийн хүртээмж болон гэр бүлийн зөвлөгөө авах зэрэг гэр бүл төлөвлөлтийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж нь бас нэгэн чухал хүчин зүйл болно. Соёлын хэм хэмжээ нь хот суурин газрын шилжилт хөдөлгөөнтэй адил чухал зүйл юм<sup>59</sup>.

Ядуу хосуудын дунд хүүхдийн нас баралтын түвшин өндөр байх нь төрөлтийг өдөөдөг болох нь нэг талаар хачирхалтай. Ер нь эндэгдлийг төрөлтөөр хамгаалах үзэгдэл нь өрх бүлүүдийн эрсдэлд дургүйн илэрхийлэл юм. Хүүхдийн амьдрах магадлал нь 75 хувьтай гэр бүл зургаан хүүхэдтэй байхаар шийдвэл тэдний 4.5 хүүхэд амьд үлдэнэ. Харин хүүхдийн амьдрах магадлал нь 95 хувь байх гэр бүл хоёр хүүхэд төрүүллээ гэхэд 1.9 хүүхэд нь амьд үлдэх юм. Магадгүй үүнийг нөхөх зөнгийн улмаас эндэгдэл их тохиох гэр бүлүүдийн хүн амын өсөлт эндэгдэл бага тохиох өрх бүлүүдээс өндөр байна. Энэхүү дүр зураг нь нялхсын эндэгдлийн түвшин өндөр байгаа орнуудын хүн ам дэлхий дээр хамгийн хурдацтайгаар өсч байгаа болон үүнээс үүдэлтэй амьдрах орчны бэрхшээлүүд ялангуяа хүн ам өссөнөөс газар тариалан шигүүрч байгаа тухай гайхалтай баримтуудын тайлбар болох юм

**Зураг 4.** Log Нялхсын эндэгдлийн түвшин ба хүн амын өсөлтийн түвшний хоорондын хамаарал,





Зураг 4-т нялхсын эндэгдлийн түвшин ба хүн амын өсөлтийн түвшний хоорондын хамаарлыг харуулжээ. Урт хугацаанд нялхсын эндэгдлийн түвшинг бууруулах нь хүн амыг өсгөхгүй бууруулах хандлагатай. Гэсэн хэдий ч дээр тэмдэглэсэнчлэн, эндэгдлийг багасгах шилжилтийн үеийг төрөлтийг багасгах шилжилттэй аль болох богино хугацаанд нийлүүлэх зорилгоор өвчний хянах хөтөлбөрүүдийг нөхөн үржихүйн болон боловсролын хөтөлбөрүүдтэй уялдуулах ёстой.

Хүн ам зүйн нөлөө нь зөвхөн микро буюу өрх бүлийн түвшин төдийгүй нийт эдийн засгийн түвшинд ч мэдрэгдэнэ. Хүүхдийн эндэгдлийн түвшин буурахаар хүн амын нийт өсөлт удааширч төрөлтийн түвшин буурах хандлагатай болж хүн амын дундаж наслалт өснө. Насанд хүрсэн нэг хүнд ногдох өсвөр насныхны тоо буюу өсвөр насныхнаас хамаарах коэффициент ч буурна. Эдгээр хүн ам зүйн өөрчлөлтүүд нэг хүнд ногдох үндэсний нийт орлого болон эдийн засгийн өсөлтийг нэмэгдүүлнэ (Блүүм ба Каннинг 2001). Хөдөлмөрийн насны хүн амын эзлэх хэмжээ өссөнөөр нэг хүнд ногдох үндэсний нийт бүтээгдэхүүн өснө<sup>60</sup>. Хүн амд өндөр хуримтлал бүхий насны хүмүүсийн эзлэх хувь өсөхөд эдийн засгийн нийт хуримтлалын түвшин өснө. Хувь хүн бүрийн дундаж наслалт өндөр байх нь насны түвшингээр ангилсан хуримтлалыг мөн бас өсгөх магадлалтай. Бидний судалж буй бусад нөлөөллүүдийн адил эдгээрийн хэм хэмжээг нягт тооцоход бэрхшээлтэй ч улс хоорондын харьцуулалтад илэрхий харагддаг.

#### *Өвчин, түүний нийгэмд үзүүлэх нөлөө*

Аливаа өвчин нь түүнд нэрвэгдсэн хувь хүн, гэр бүлээс гадна нийгэмд хор хохирлыг учруулна. Тухайлбал, өвчний дарамтын улмаас ажиллах хүчний эргэлтийг түргэсгэх ба ажилчин бүрийн бүтээмж, үйлдвэрийн ашигт ажиллагааг бууруулна<sup>61</sup>. Хумхаа зэрэг өвчин нь тухайн орон зай, нутаг дэвсгэрт нэвтэрч орсон бүх хүмүүсийг

эрсдэлд оруулдаг тул аялал жуулчлалыг бууруулах, ашигтай хөрөнгө оруулалтыг хаах, тариалангийн газар буюу бусад байгалийн баялагийн эдийн засгийн үр ашигтай ажиллагаанд саад тотгор болно. Үүний адил, халуун орны шимэгчийн бусад олон өвчнүүд (жишээлбэл, онкоцеркоз, шистосомоз, ба трипаносомоз) нь халуун бүсийн зарим газрыг амьдрах, газар тариалан эрхлэх боломжгүй болгодог. Компанийн ажилчдын дунд өвчлөл өндөр байх нь ажиллах хүчний эргэлт болон ажил таслалтыг ихэсгэж, ашгийг бууруулна. Ажиллах хүчний эргэлтийг нөхөх үүднээс компаниуд дунджаар нэг ажлын байранд нэгээс олон ажилчдыг бэлтгэн ажиллуулах шаардлагатай болдог. ДОХ-ын тархалт өндөр байгаагийн улмаас ажиллах хүчний эргэлт маш өндөр байна гэсэн тооцооллоор олон компаниуд өмнөд Африкийн улсуудад хийх хөрөнгө оруулалтаа багасгасан байна.

Шийдвэрлэх ач холбогдолтой хөрөнгө оруулалтад өвчин хэрхэн саад тотгор болж байдгийн хамгийн сонгодог жишээ бол Панамын сувгийн барилгын ажил байв. Барилгын ажлын эхний жилүүдэд (1882-1888) хумхаа болон шар чичрэгээр арваас хорин мянган хүн эндсэн гэсэн тооцоотой бөгөөд энэ нь Америк тивд Суецийн сувгийн амжилтыг давтах гэсэн de Lesseps –ийн уналтын гол шалтгаан болсон байх магадлалтай. Уналтын өртөг нь 30 сая доллар буюу сувгийг дуусгах ажлыг хэдэн арван жилээр саатуулахад хүргэсэн юм. Виллиам Горгасын Гаванын өвчнийг хянах талаарх хуримтлуулсан туршлагыг Панамд ашигласан нь Америкийн Нэгдсэн Улс 1914 онд Панамын сувгийн барилгын ажлыг амжилттайгаар дуусгахад нөлөөлсөн хамгийн чухал хүчин зүйл юм (Жонс 1990). Өвчнийг хянахад учирч буй иймэрхүү бэрхшээлүүд нь уурхай, аялал жуулчлал болон хөдөө аж ахуйн салбарын хөрөнгө оруулалтад гай учруулсаар байна. Зарим дулаан бүсийн орнууд (ялангуяа Өмнөд Европийн Грек, Португаль, Итали ба Испани гэх мэт улсууд) хумхаагийн өвчлөлийг бодитойгоор бууруулж аялал жуулчлал, гадаадын шууд хөрөнгө оруулалтыг их хэмжээгээр урамшуулсан нь 1940 болон 1950-иад онуудын эдийн засгийн өсөлтийн гол хүчин зүйл болсон тухай тодорхой нотолгоонууд бий<sup>62</sup>. Иймэрхүү ашиг тус нь өвчний өртөг зардлын судалгаагаар тооцож гаргасан шууд зардлын хэмжээнээс нилээд давах байх гэж бид үзэж байна.

Өмнөд Африкийн орнуудын үйлдвэрүүдэд хүргэх ДОХ-ын хор хөнөөлийн улмаас тус бүс нутгийн хөрөнгө оруулалт хоцрогдсоор байна. Үйлдвэрийн бүтээмжид удирдах ажилтнуудын ажлын тогтвортой харилцаа холбооноос бий болох багийн хүчин чармайлт чухал ач холбогдолтой. ДОХ-ын улмаас ажиллах хүчний эргэлт ихэсдэг тул ажлын бүлгүүдийн харьцаа доголдох болон ажилчдыг дахин сургах, өөр ажилд томилохтой холбоотойгоор компаниудад илүү зардал гаргах шаардлага гарсаар байна. Үйлдвэрийн ашигт ажиллагаанд ийм хэлбэрийн зардлууд шууд дарамт учруулдаг. Тухайлбал, Өмнөд Африкийн Бүгд Найрамдах Улсад үйл ажиллагаагаа явуулж буй үндэстэн дамжсан корпорацууд “сургаж бэлтгэгдсэн ажилчид нас барах үед тэдгээрийг солих хүмүүсийг бэлэн байлгах үүднээс” мэрэгшил ба боловсролын чадавхи шаардах ажлын байр бүрт гурван хүнийг ажиллуулж байна гэж *Эдийн засагч* сэтгүүлд мэдээлжээ<sup>63</sup>. Өмнөд Африкийн улсуудад ДОХ-ын улмаас хөрөнгө оруулалтаа бууруулж байгаа үйлдвэрүүдийн талаархи эмгэнэлтэй баримт нотолгоо нилээд бий.

Хамт олны нилээд хэсэг өвчлөхөд нийтээрээ шаналах нь “нийтийн үр нөлөө”-тэй холбоотой үзэгдэл юм. Орон нутгийн төсвийг өвчтэй хүмүүст зарцуулбаас

нийгмийн бусад үйлчилгээний зардал буурна. ДОХ-ыг Африкийн зарим хэсэгт “хараал” буюу “гэсгээлтийн уршиг дагавар” хэмээн үзэж байсан шиг тайлбарлавал хамт олны итгэл буурч, мэргэжлийн болон бизнесийн манлайллыг үгүй болгон чадварлаг ажилчид нас барах юмуу оргон зугтаж болно. Нийгмийн ёс суртахуун доройтож болно. ДОХ-ын хор хөнөөлийн улмаас өнчрөн хоцорсон хүүхдүүдийн олон зуун мянгаар тоологдох тоо нь нийгмийн халамжийн сүлжээг хямралд хүргэх талтай. Түүнчлэн, айл өрхийн хадгаламжийн түвшин унах хандлагатай тул нийгмийн нийт хуримтлалын хөрөнгө буурна. Оршуулгатай холбоотой зардал хөрөнгө, түүнд зарцуулах цаг зав маш ихээр өсч буй үзэгдэл орон нутгийн эдийн засагт урвуу нөлөөлөл үзүүлж байгаа явдал нь ХДХВ/ДОХ-ын дарамтад хүчтэйгээр нэрвэгдсэн Өмнөд Африкийн зарим улсуудад түгээмэл байна.

Өвчний дарамтын улмаас өрхийн төсвийн адил улсын төсөв ч уналтанд орно. Эрүүл мэндийн тогтолцоо хямарсанаар бусад хэрэгцээг хангаж болох байсан гадаадын эх үүсвэр, нэмэлт нөөц шаардлагатай болно. Эдийн засгийн үйл ажиллагаа (бусад шалтгааны улмаас аялал жуулчлал буурах буюу үйлдвэрлэл унах зэрэг) хумигдах тул засгийн газрын татварын орлого буурна. Төсвийн эрэлт өсөх болон төсвийн орлого буурах үзэгдэл хослосны улмаас ихээхэн хэмжээний төсвийн алдагдалд хүрч, ингэснээр макро-эдийн засаг тогтворгүйжин, цаашид эдийн засагт сөргөөр нөлөөлнө.

## Бага орлоготой орнуудын өвчний тархвар зүй

Сүүлийн жилүүдэд хөгжиж байгаа орнуудын хүн амын эрүүл мэндийн байдал сайн, муу ба аюултай мэдээгээр элбэг байлаа. Сайн нь гэвэл хорьдугаар зууны хоёрдугаар хагаст хөгжиж буй олонхи орнуудад нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр зүйрлэшгүй дэвшил гарсан явдал юм. Дэлхийн хөгжиж буй орнуудад дундаж наслалт 1960 оноос 1995 оны хооронд 22 жилээр уртассан байхад өндөр хөгжилтэй орнуудад энэ үзүүлэлт 8 жил байв. Дэлхийн түвшинд тав хүртэлхи насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин 1950-иад онд 1000 амьд төрөлтөд 150 байсан бол 1990-ээд онд 1000 амьд төрөлтөд 40 болсон байна. Цаашилбал, эдгээр амжилтууд зөвхөн эдийн засгийн хөгжлийн үр дүн байсангүй. Үүнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, түүнд чиглэгдсэн хөрөнгө оруулалт чухал хувь нэмэр болсон байна. Өнгөрсөн 30 жилийн турш төрөл бүрийн вакцинжуулалтын аян, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах стратегийн үр дүнд хүүхэд насанд зонхилон тохиолддог халдвараас хамгаалагдсан хүүхдүүдийн тоо сая саяар нэмэгдсэн байна. Түүнчлэн, тамхи татдаггүй насанд хүрэгчдийн эндэгдэл буурчээ. Ийм амжилтанд хүрэхэд боловсролыг түгээх зэрэг хүчин зүйлс нөлөөлсөн нь дамжиггүй. Эдгээр эерэг нөлөөлөл нь сайтар бодож боловсруулсан эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалтын үр ашгийг илэрхийлээд зогсохгүй, ирээдүйд хүрч болох амжилтын зөн болж байна.

Иймэрхүү амжилтуудаас гадна урьдчилан сэргийлж болохуйц өвчний нийт дарамт хөгжиж буй орнуудад их өндөр байж, хүн ам болон эдийн засагт томоохон хохирлыг учруулсаар байгаа нь муу жишээ болж байна. Хүснэгт 1-д харуулснаар, хамгийн буурай хөгжилтэй 48 орнуудын дундаж наслалт 51 жил байхад өндөр хөгжилтэй орнуудад энэ үзүүлэлт 78 байна<sup>64</sup>. Нялхсын эндэгдлийн түвшин хөгжиж

буй орнуудад 1000 амьд төрөлтөд 100 байхад өндөр хөгжилтэй оронд 1000 амьд төрөлтөд 6 байна. ДЭМБ-ын 1998 оны тооцооллоор, дэлхийн хүүхэд ба насанд хүрэгчдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд халдварт өвчин орж байна. Дэлхий дээр 1998 онд тохиосон 54 сая нас баралтын 13,3 сая нь халдварт өвчнөөс үүдэлтэй байв. 1998 онд Африк болон Зүүн өмнөд Азийн орнуудын нас баралтын 45 хувь нь халдварт өвчнөөс шалтгаалсан байхад дэлхийн эрт нас баралтын (45-аас доош насны хүмүүсийн нас баралт) 48 хувь нь уг төрлийн өвчнөөр энджээ. Бага болон дундаж орлоготой орнуудыг нийтээр нь авч үзвэл нас баралтын гуравны нэг нь урьдчилан сэргийлж болох буюу эмчилж болох халдварт өвчин, эхийн болон нялхсын өвчлөл, мөн хоол тэжээлийн дутлаас шалтгаалжээ.

**Хүснэгт 6.** Зарим бүс нутгийн ДОХ-ын тахал, 1999 оны жилийн эцсийн байдлаар, мянган хүнээр

Бүс нутаг	ХДХВ/ДОХ-той хүмүүс, 1999 оны жилийн эцсийн байдлаар	ДОХ-оор нас барагсад, 1999 оны жилийн эцэс	ДОХ-ын улмаас өнчрөгсөд, 1999 оны жилийн эцэс	Насанд хүрэгсдийн тархалтын хувь, 1999 оны жилийн эцэс
<b>Дэлхий</b>	34.300	2.800	13.200	1.07
<b>Африкийн Сахарын урд хэсэг</b>	24.500	2.200	12.100	8.57
<b>Зүүн ази ба Номхон далай</b>	530	18	5	0.06
<b>Өмнөд ба Зүүн өмнөд Ази</b>	5.600	460	850	0.54
<b>Зүүн Европ ба Төв Ази</b>	420	8	15	0.21
<b>Хойд Африк ба Ойрхи дорнод</b>	220	13	15	0.12
<b>Баруун Европ</b>	520	7	9	0.23
<b>Хойд Америк</b>	900	20	70	0.58
<b>Карибын тэнгис</b>	360	30	85	2.11

*Эх сурвалж: UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2000.*

Эдгээр өвчний улмаас нас барж буй хүний тоо нэг жилд л гэхэд гайхмаар их байна. Өвчлөлийн хэдхэн шалтгаанаас 16 сая хүн нас барж байгаа нь нийт эндэгдлийн ихээхэн хувийг эзэлж байна. Эдгээр өвчин бүртэй холбоотой эндэгдлийг бууруулах үр ашигтай арга хэмжээ байдаг ч хүртээмж хангалтгүй байна. Тухайлбал, дархлаажуулалт бүхий халдварт өвчний тухайд л гэхэд, Вакцин, Дархлаажуулалтын Дэлхийн Альянс (ВДДА)-ын тооцооллоор 2,9 сая хүний үхлийг вакцинжуулалтаар аврах боломжтой бөгөөд эдгээрийн ихэнхи хэсэг нь хөгжиж буй орнуудад ногдож байна<sup>65</sup>.

Аюултай мэдээ бол ДОХ-ыг үүсгэдэг ганцхан шинэ вирус буюу хүний дархлааг бууруулагч вирус нь нэгээхэн үед Африкийн Сахарын өмнөд хэсгийн ихэнх улсууд болоод дэлхийн зарим өнцөг буланд орчин үеийн түүхэнд хамгийн аймшигт сүйрлийн цар тахалыг авчирсан явдал юм. ХДХВ-ийн анхны тохиолдлууд 1980-аад оны эхээр бүртгэгдсэн бөгөөд үүнээс хэдэн арван жилийн өмнө амьтны вирусас мутацийн хэлбэрээр хүний популяцид халдварласан байв. Гэвч зөвхөн өнгөрсөн хорин жилд ХДХВ/ДОХ-оор 22 сая хүн нас барж, нийт 58 сая хүнийг халдварлуулснаас 36 сая хүмүүс одоо амьд сэрүүн байна (1999 оны жилийн эцсийн байдлаар гаргасан Хүснэгт 6-аас үзэхэд 34,3 сая хүн халдварласан байна). ДОХ-ын хүндрэлийн улмаас эдгээр хүмүүсийн ихэнхи нь эрт үеийн үхлээр нас барах боловч

өнөөгийн эмчилгээний стандартыг өргөтгөх, ойрын жилүүдэд дэвшилтэт технологийг хөгжүүлсэн тохиолдолд амьдрах хугацааг уртасгах буюу үхлээс ч аварч болох юм. Зарим бүсүүдэд тухайлбал, зүүн болон өмнөд Африкийн улсуудад энэхүү цар тахал насанд хүрэгчдийн дөрөвний нэгээс илүү хувийг хамраад байгаа нь аюулын дохио болж байна. Дэлхийн бусад олон цэгүүдэд, ялангуяа Азийн хүн ам шигүү суурьшсан бүс нутагт ДОХ-ын цар тахал эрт үедээ байгаа бөгөөд өвчнийг хянах талаар хэдийнээ хүлээн зөвшөөрөгдсөн үр дүнтэй стратегийг өргөн хүрээтэйгээр эрчимтэйгээр нэвтрүүлэхгүй бол ойрын жилүүдэд хэдэн арван сая хүний амийг алдахад хүрнэ.

Харьцангуй цөөн тооны өвчнүүдийг хянахад чиглэсэн арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр дэлхийн хамгийн ядуу тэрбум хүний эрүүл мэндийн байдал эрс сайжрах юм. Үүнд:

- ХДХВ/ДОХ
- Хумхаа
- Сүрьеэ
- Эхийн ба перинаталь өвчлөл
- Улаан бурхан, татран, сахуу, амьсгалын замын цочмог халдвар, суулгалт зэрэг хүүхдийн эндэгдлийн голлох шалтгаан болох өвчнүүд ба
- Тэдгээр өвчнүүдийг даамжруулагч хоол тэжээлийн дутал
- Бусад дархлаажуулалт бүхий халдварт өвчнүүд
- Тамхи татахтай холбоотой үүсэх өвчнүүд

Ядуус зөвхөн эдгээр өвчнөөр өвчлөөд зогсохгүй бусад бүх хүний өвчин болон өөрсдийн дунд түгээмэл бүхий өвчнүүдэд өртдөг. Эдгээр өвчнүүд нь ядуусын урьдчилан сэргийлж болох нас баралтын ихээхэн хэсгийг эзэлж байна. Урьдчилан сэргийлэгдэх нас баралтыг тооцохдоо насны бүлэгт үндэслэн ядуу орнуудын эндэгдлийн түвшинг баян чинээлэг орнуудын тамхи татдаггүй хүмүүсийн эндэгдлийн түвшинтэй харьцуулав<sup>66</sup>. Иймд бид баян чинээлэг орнуудтай харьцуулахад ядуу орнуудад илүү ихээр тохиолддог өвчний нас баралтын нөхцөл байдалд анхаарлаа хандуулан, эдгээр өвчнүүд гол төлөв бага орлоготой орнуудын ядууст нүүрлэж байгааг онцлон үзэх нь зүйтэй.

Судалгааны үр дүнг насны гурван бүлэгт хуваан авч үзэхэд бага болон дундаж орлого бүхий орнуудын 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн 87 хувь нь урьдчилан сэргийлж болох нас баралт байв. Түүнчлэн сэргийлэгдэх эндэгдэл 5-29 насны эрэгтэйчүүдийн нас баралтын 60 хувь, эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 82 хувийг эзэлж байна. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын түвшин өндөр байгаа нь төрөлтийн болон жирэмслэлтийн үед тохиолдох эрсдэлтэй холбоотой. 30-69 насны эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 51 хувь нь урьдчилан сэргийлэгдэх боломжтой бөгөөд зөвхөн энэ насны эрчүүдийн хувьд сэргийлэгдэх нас баралт нийт нас баралтын хагасаас бага буюу 43 хувь хүртэл буурсан байна.

Гэвч, энэ үзэл баримтлалаар тодорхойлогдсон бүх “нас баралт”-аас ойрын хугацаанд зайлсхийх боломж байхгүй. Учир нь ийм үр дүнд хүрэхийн тулд хүрээлэн буй орчин болон эрүүл мэндийн тогтолцоог хөгжилтэй орнуудын түвшинд хүргэх шаардлагатай. Энэ нь олон хүмүүсийн төсөөлдөг шиг тийм ч удаан биш ч, мэдээж

хурдасгах боломжтой. Хөгжингүй орнуудын хүрсэн эрүүл мэндийн тогтолцооны хөгжлийн түвшинг эцсийн тэмүүлэл мэт үзэж зорих нь бүтэшгүй хэрэг биш билээ.

## Өвчний дарамтыг бууруулах нь

Эдгээр өвчнөөс шалтгаалсан нас баралтыг бууруулах талаар тусламж үйлчилгээний үр дүнтэй арга зам хэдийнээ бий болсон ч урьдчилан сэргийлэх болон эмчлэх илүү сайн механизмыг хөгжүүлэх нь чухал юм. Эдгээрээс зарим өвчнийг нь устгах боломжтой төдийгүй бүх өвчнийг ямар нэгэн хэмжээгээр хянах бололцоо бий. Ололт амжилт нь тусламж үйлчилгээг хүргэх олон төрлийн арга замууд, түүнчлэн оролцогч талуудын хайхрамжгүй байдлаар хязгаарлагдаагүй. Харин ядуурлын цогц, харилцан хамаарал бүхий тулгамдсан асуудлууд байсаар байна. Тухайлбал, ядуус өөрсдийгөө зүй зохистойгоор хамгаалах, шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүртэх талаар мэдлэг дутмаг, өөрсдийн эрхийг хамгаалах талаар хүчин мөхөс байх, тусламж үйлчилгээг хүртэхэд шаардлагатай орлогын эх үүсвэргүй байж болно. Ийм нөхцөл байдлыг дараахь арга замаар шийдвэрлэх нь зүйтэй. Нэгдүгээрт, эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулалт хийснээр эрүүл мэндийн тогтолцоог хүчирхэг, санхүүгийн хувьд тогтвортой болгож тулгамдсан асуудлыг зөв зүйтэйгээр тодорхойлон, харьцангуй цөөн тооны нэн тулгамдсан, зайлшгүй арга хэмжээг авах арга зам болно. Хоёрдугаарт, хамт олны оролцоо, боловсрол, байгууллагын чадавхийг дээшлүүлэх чиглэлээр нэгдмэл арга хэмжээг хэрэгжүүлж, ядуусын зүгээс тусламж үйлчилгээг үр ашигтай хүртэх талаар сонирхол болон хүчин чармайлтыг гаргах зэрэг болно.

Дэлхийн ихэнхи бүс нутгуудад өвчний олон төрлүүдээр гайхамшигтай ололт амжилтад хүрсэн, цаашид ч нөөц бололцоо бий. Үүний хамгийн тод жишээ бол зарим өвчнийг хянах, бууруулах, түүнчлэн устгах талаар түүхэнд тохиолдож байгаагүй чадавхийг хөгжүүлсэн явдал юм<sup>67</sup>. Цагаан цэцэг өвчнийг устгасан нь хүн төрөлхтөний түүхэнд хүн саран дээр анх буусантай дүйцэхүйц дэвшил болсон билээ. Үл итгэгчид тухайн үед цагаан цэцгийг устгах нь бүтэмжгүй зүйл гэж үзэж байсныг өнөөдөр сануулахад илүүдэхгүй. Цагаан цэцгийг устгах тухай тунхаглал 1966 онд Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын ассемблейгаас хоёрхон саналын зөрүүтэйгээр батлагдсан юм. Халдварт саагийн дэлхийн хэмжээний дарамтыг бага хэмээн хайхрахгүй байгаа ч ойрын ирээдүйд устаж болзошгүй юм. Эдгээр өвчнийг устгасан нь олон нийтийн эрүүл мэндийн томоохон ололт төдийгүй, вакцинжуулалтыг дахин хийх шаардлагагүй тул хуримтлалыг бий болгоно<sup>69</sup>. Үүнтэй адилаар 1998 онд л гэхэд, 800,000 хүний нас баралтын шалтгаан болж байсан улаан бурхан өвчнийг устгах асуудал томоохон бүсүүдэд хэдийнээ бололцоотой болоод байна. Дэлхий нийтийн вакцинжуулалтыг нэмэгдүүлбэл дэлхий даяараа ч үүнийг устгах болоцоотой. Дэлхийн хамгийн ядуу орнуудын нэг болох Малави улс саяхан өргөн вакцинжуулалтын түвшинг өсгөх, хамрагдаагүй хүмүүсийг хамруулах хүчин чармайлтыг нэмэгдүүлэх талаар амлалт авсан юм. Малавид хүн амын 20 хувь нь эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ хүртэх боломжгүй бөгөөд ундны цэвэр усаар 50-иас доош хувь нь хангагдсан байна. Малави улсад 1999 онд улаан бурханы улмаас нас барсан хүүхэд бүртгэгдээгүй бөгөөд улсын түвшинд батлагдсан зөвхөн хоёр тохиолдол гарсан байна. ДЭМБ-аас халдварт саа, улаан бурханыг устгах чилэлийн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлээд зогсохгүй эмийн үйлдвэрүүд, төрийн бус байгууллагуудын дэмжлэгтэйгээр ядуу бүлэгт хамгийн хүнд дарамтыг учруулдаг

бусад долоон төрлийн өвчнийг дэлхий нийтээр устгах санаачлагууд тэргүүлж байна. Үүнд: Чагасын өвчин, Гвинейн хорхойн өвчин, уяман өвчин, тунгалагийн булчирхай филиариатоз, нярайн татран, иод дутлын эмгэг, сохролтот трахом зэрэг болно.

Вакцинжуулалт нь амжилтад хүрэх цорын ганц арга хэрэгсэл биш юм. Шууд хяналтын дор богино хугацааны эмчилгээг хэрэгжүүлснээр сүрьеэгийн эдгэрэлтийг шинэ түвшинд гаргаад байна<sup>70</sup>. Орчин үеийн шавьж устгах бодисыг нэвтрүүлэн өвчний оношлогоо эмчилгээг сайжруулснаар хумхааг бууруулах үйлст томоохон амжилт гаргах болоцоотой юм. Ийм хэлбэрийн арга хэмжээний үр дүнд хумхаагийн өвчлөл Ази тивийн ихэнхи хэсэг болон Латин Америкт ихээхэн хэмжээгээр буурчээ. Хэдийгээр хумхаагийн дэгдэлт дахин сэргэсэн ч нас барагсдын тоо өнгөрсөн үеийнх шигээр тухайн орнуудыг заналхийлээгүй билээ. Шавьж устгах бодис бүхий шумуулын торыг ашигласан нь Африк тивийн зарим нутгуудад нас баралт бууруулахад өндөр үр дүн үзүүлж байна. Амаар шингэн сэлбэх эмчилгээ болон эрүүл ахуйн нөхцлийг сайжруулах замаар суулгалт өвчнийг бууруулдаг. Ийм арга хэмжээг хэрэгжүүлсний дүнд хүүхдийн нас баралт ихээхэн хэмжээгээр буурсан. Тухайлбал: 1980 онд суулгалт өвчний улмаас үүдэлтэй нас баралт дэлхий нийтэд жилд 4,6 саяд хүрч байсан бол 1990 онд 3,3 сая, 1999 онд 1,5 сая болж буурсан байна. Эрүүл мэндийн салбарт үйл ажиллагаа явуулдаг олон улсын нэгэн тэргүүлэх байгуулагаас эдгээр өвчнийг хянах талаар олон орны бодит ололт амжилтын тодорхой жишээг нэгтгэн гаргасан байна<sup>71</sup>. Үүнд:

#### *ХДХВ/ДОХ*

Тайландын цэргүүдийн доторхи ХДХВ-ийн тархалт буурсан.

Тайланд улсад биеэ үнэлэгчдийн дунд бэлгэвчийн хэрэглээг нэмэгдүүлэх арга хэмжээний дүнд БЗДХ буурсан.

Уганда улсын 13-19 насны дундах ХДХВ-ийн тархалт буурсан.

#### *Сүрьеэ*

Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээний аргыг нэвтрүүлсний улмаас Перу улсад сүрьеэгийн өвчлөл буурсан.

Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээг нэвтрүүлснээр Хятад, Энэтхэг ба Балба улсуудад сүрьеэгээс үүдэлтэй нас баралтын түвшин буурсан.

#### *Хумхаа*

Вьетнам улсад хумхаа өвчний эмчилгээ оношлогоог сайжруулсан болон шавьж устгагч бодистой шумуулын торыг ашиглах явдлыг идэвхжүүлснээр энэхүү өвчнөөс шалтгаалах нас баралтын түвшин нилээд буурсан .

Шавьж устгах бодис цацсан, урьдчилан сэргийлэх хими эмчилгээ, шавьжны авгалдайг устгах бодис болон оношлогоо эмчилгээг сайжруулснаар Азербейджан улсад хумхаагийн өвчлөл буурсан.

Шавьж устгах шумуулын торыг ашигласнаар Кени улсын эргийн бүс нутагт хумхаагийн өвчлөл буурсан.

#### *Хүүхдийн өвчин*

Шингэн сэлбэх эмчилгээг нэвтрүүлснээр Мехсик улсын хүүхдийн эндэгдлийн түвшин, Пакистанд амьсгалын замын халдвараас шалтгаалалтай эндэгдлийн түвшин тус тус буурсан.

Вакцинжуулалтыг өргөнөөр зохион байгуулснаар улаан бурханы өвчлөл эндэгдэл их хэмжээгээр буурсан.

Сургуульд түшиглэн шавьж устгах хөдөлгөөнийг нэвтрүүлснээр Танзаны Нэгдсэн Бүгд Найрамдах улсад хүнд хэлбэрийн цус багадалтын өвчлөл буурсан.

Хамт олонд тулгуурласан хөтөлбөрийн үр дүнд Бразилийн хүүхдийн эндэгдлийн түвшин илэрхий буурсан.

#### *Эхийн болон Перинатал өвчлөл*

Эмнэлгийн төрөлтийг нэмэгдүүлсний улмаас Шри-Ланк улсад эхийн эндэгдэл буурсан.

Ретровирусын эсрэг эмийг хэрэглэснээр ХДХВ-ийн эхээс хүүхдэд дамжих халдвар буурсан.

Бангладеш улсад татрангийн вакцинжуулалтын арга хэмжээний үр дүнд эхийн болон нялхсын эндэгдэл буурсан.

#### *Тамхинаас үүдэлтэй өвчин*

Өмнөд Африкийн улсад тамхины онцгой болон худалдааны татварыг нэмэгдүүлэх арга хэмжээний үр дүнд тамхины борлуулалт буурч татварын орлого нэмэгдсэн байна.

Тамхины сурталчилгаа, урамшууллыг Польш, Өмнөд Африк, Тайланд улсуудад нийтээр хориглосон.

Эдгээр ололт амжилтуудын үр дүн хэдий өргөн цар хүрээтэй боловч тиймч төгс үр дүнтэй бус юм. Хүүхдийн эндэгдлийн түвшинг дэлхий нийтийн түвшинд 1000 амьд төрөлтөд 150 тохиолдлоос 40 хүртэл бууруулсан нь агуу үйл хэрэг боловч Африкийн улсуудад хүүхдийн эндэгдлийн түвшин 150 байсаар байгаа бөгөөд тус тивийн зарим улсуудад ХДХВ/ДОХ-ын улмаас энэхүү тоо харин ч илүү хурдацтайгаар өсч байгааг мартаж үл болно. Өөрөөр хэлбэл, нөхцөл байдал эргэн давтагдсаар байгаа нь айдсыг төрүүлж байгаа юм. Дэлхий дахины түвшинд нийгмийн эрүүл мэндийн дэвшлүүдийн хурдац саарч байгаа бөгөөд ХДХВ/ДОХ-ын тархалт өндөр байгаа бүс нутагт бүр дордох хандлагатай байна. Хэдийгээр хүүхдийн эндэгдэл 1950 оноос хойшхи арван жил тутамд буурах хандлагатай байгаа ч 1990-ээд онтой харьцуулахад 1970, 1980-иад онуудад нилээд хурдацтайгаар буурчээ.

Дэлхийн хамгийн ядуу зарим орнуудад олон төрлийн суурь тусламж үйлчилгээний хамралт өсөхгүй, буурсаар байна. Олон оронд, мэргэжлийн эх баригч болон эмчийн удирдлага дор явагдах төрөлтийн хувь буурч байна. Хүүхдийн амь насанд вакцинжуулалт хэдий ач тустай ч 1990-ээд онд вакцинжуулалтын арга хэмжээ олон ядуу оронд зогсонги, буурах хандлагатай болсноор хэдэн арван сая хүүхэд вакцинжуулалтаас ангид орхигдоход хүрч байна. Үүнээс шалтгаалан улаан бурхан, татран болон хөхүүл ханиадын өвчлөлөөр буурай хөгжилтэй орнуудад жил бүр 1,6 сая хүүхэд эндэж байна. Гэтэл эдгээр өвчнүүд өндөр хөгжилтэй орнуудад хэдийнээ устсан юм. Вакцинжуулалтын хамралтыг сайжруулснаар энэхүү тоог



бууруулж болох бөгөөд улаан бурханы эсрэг хүчин чармайлт гаргаж буй олон орон энэ талаар амжилтанд хүрээд байна. Хөгжингүй орнуудад хэрэглэгддэг өндөр үр дүнтэй бусад төрлийн вакцинаар хангах үйл ажиллагаа тун тааруухан явагдаж байна. Баян орнуудад түгээмэл хэрэглэгддэг олон вакцинуудыг (Б Гепатит ба Б хэв шинжийн *Haemophilus influenzae* буюу Hib) одоо ч гэсэн буурай хөгжилтэй зарим орнуудад нэвтрүүлээгүй байна. Амьсгалын доод замын хурц халдвараар жил бүр нас барж буй 1.8 сая хүүхдүүдийн дөрөвний нэг нь Б хэв шинжийн *Haemophilus influenzae* буюу Hib-д өртөж, шинэ вакцин нь өндөр хөгжилтэй орнуудад нэвтрээд байгаа Стрептококийн халдвараар үүссэн уушигны хатгаагаар дээрхтэй адил тооны хүүхдүүд өвчилсөн байжээ.

Нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (НҮЭМ) бол эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний нэгэн чухал хэсэг билээ. НҮЭМ нь ХДХВ/ДОХ гэх мэт бэлгийн замын халдварын тархалтыг хянаад зогсохгүй жирэмснээс хамгаалах хэрэгсэл гэх мэт гэр бүл төлөвлөлтийн аргуудыг хэрэглэн төрөлтийг хязгаарлахад чухал ач холбогдолтой<sup>72</sup>. Хамгийн ихээр өвчлөлд нэрвэгдсэн орнуудын ихэнх нь төрөлтийн түвшин өндөртэй байдаг нь тэдгээрийн цаашдын хөгжилд их дарамт болдог байна<sup>73</sup>. Өндөр хөгжилтэй орнуудын хүн амын жилийн өсөлт 1 хувиас доогуур (1990–1998 онуудад 0.7хувь), байхад ядуу улсуудад 2 орчим хувь (1990–1998 онуудад 2.0) буюу Хятад, Энэтхэгийг оролцуулахгүй бол 2.6 хувь байна. Бид хэдийгээр, гэр бүл төлөвлөлтийн өсөн нэмэгдсээр буй хэрэгцээ болон жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн /ЖСХ/ нийлүүлэлтийн талаархи зардлын тооцоог хийгээгүй ч, энэ чиглэлээр хандивлагчдын санхүүжилт зайлшгүй шаардлагатай. Энэ нь санхүүжилтийн нийт хэрэгцээний зөвхөн өчүүхэн хэсэг болно<sup>74</sup>.

Бага орлоготой орнуудын нас баралтын түвшинг бууруулснаар өлсгөлөн, газар нутгийн хомсдолыг нэмэгдүүлэх, нэг хүнд ногдох үйлдвэрлэлийг бууруулах гэх мэт хүн амд учруулдаг дарамтаас гарах талаар олон хүмүүс маргадаг. Ер нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үр дүнд аврагдаж буй хүмүүсийн амьдралыг цаашид хэрхэх талаар нухацтай бодох нь зүйтэй. Энэ асуултын хариу нь нааштай байгаа нь бахархалтай юм. Эрүүл мэндийн арга хэмжээг зүй зохистой зохицуулснаар хүн амын зохистой өсөлтөд хүрч болно. Энэхүү үр дүнд эрүүл мэндийн үйл ажиллагааг гэр бүл төлөвлөлтийн тусламж үйлчилгээ, жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн хэрэглээг сайжруулах үйлстэй хослуулснаар хүрэх юм. Ядуу өрхүүдийн хүүхдүүд нь цаашид амьд явах болоод гэр бүл төлөвлөлт, ЖСХ-ийг хүртэх боломжтой гэдэгтээ итгэл төгс байвал тэд цөөн хүүхэд төрүүлэх (хүүхэд тус бүрийн боловсрол, эрүүл мэндэд илүүтэй хөрөнгийг зарцуулах) хандлагатай талаар бид дээр тэмдэглэсэн билээ. Түүнчлэн, гэр бүл төлөвлөлтийн арга хэмжээг үр дүнтэй хэрэгжүүлснээр хүүхдийн эндэгдлийн болон төрөлтийн түвшингүүдийн хоорондын ялгааг ихээхэн бууруулах буюу арилгаж болно. Хүн амын өсөлт буурч эрүүл мэндийн байдал сайжрах явдал зэрэг тохиосон амжилтын тод жишээнд Бангладеш болон өмнөд Энэтхэгийн (ялангуяа Тамил Наду болон Андра Прадеш мужууд) хэд хэдэн мужууд зүй ёсоор ордог<sup>75</sup>.

## ДОХ-ын цар тахал

Дэлхийн хамгийн ядуу хүмүүст тохиолдож буй эрүүл мэндийн бүхий л бэрхшээлүүдээс хамгийн аюултай нь ХДХВ/ДОХ-ын цар тахал юм. Цар тахал дэлхийн орон бүрт тархсан бөгөөд олон оронд байдал улам бүр хурцадсаар байна. Өмнөд болон зүүн Африкийн улсуудад халдвар гүйцэшгүйгээр тархан, үхлийг дагуулсаар байна. Эдгээр орнуудад учруулсан хор хохирол, түүнчлэн ирэх арван жилд урьд өмнө тохиолдож байгаагүйгээр, ямар ч цар тахлаас илүүтэйгээр үхлийг авчирч болзошгүй тул ХДХВ/ДОХ нь дэлхийн эрүүл мэндийн тогтолцооны онцгой тулгамдсан асуудал болоод байна. Дэлхий дээр 2000 онд, ДОХ-ын улмаас нас барсан 3 сая хүмүүсийн 2.4 сая нь Африкийн Сахарын өмнөд талын улсуудад ногдож байна. ДОХ өвчний улмаас Африкт арван хоёр сая хүүхдүүд өнчрөөд байгаа бөгөөд түүнийг хянах илүү үр дүнтэй арга хэмжээг авахгүй бол энэ тоо 2010 он гэхэд 40 саяд хүрч болзошгүй. Дэлхий нийт уг өвчнийг яаравчлан хяналтандаа авахгүй бол Африкийн нийгмийг сөгдүүлэн, Африк болон тархалт өндөр бусад бүс нутгуудын эдийн засгийн хөгжлийг сааруулах болно.

Хэдий ХДХВ/ДОХ нь дэлхий нийтийн тулгамдсан асуудал боловч ДОХ-ын цар тахал харилцан адилгүй тархалттай, шинж чанартай байна. ХДХВ/ДОХ-оор өвчилсөн хүмүүсийн бараг дөрөвний гурав нь Африк тивийн Сахарын өмнөд бүсийн улсуудад байна. Зүүн болон өмнөд Африкийн улсуудын хүн амын дунд уг өвчин хурдан, өргөнөөр тархсан байна. Ботсван улсад төрөхийн өмнөх клиникт үзүүлэгчдийн дунд ДОХ-ын тархалт 1994 оноос 1999 онуудад хоёр дахин өсч 18-аас 35 хувьд хүрчээ. Түүнчлэн, дурдсан хугацаанд өмнөд Африкт энэ тоо 3-аас 20 хувьд хүрчээ. Төв ба баруун Африкт насанд хүрэгчдийн 2-оос 10 хувь нь халдварласан байна. Африкийн Сахарын өмнөд бүсийн улсуудад гарч буй шинэ тохиолдлуудын дийлэнхи хэсгийг эсрэг хүйстнүүдийн бэлгийн харьцааны үеийн халдвар эзэлж байгаа бөгөөд эмэгтэйчүүд нь эрэгтэйчүүдээс илүүтэйгээр өртөж байна. Хар тамхийг тарилгаар хэрэглэснээс дамжих халдварлалтаас шалтгаалан хуучин Зөвлөлт Холбоот Улсын бүрэлдэхүүнд байсан орнуудад ХДХВ-ийн шинэ халдварлалт маш их нэмэгджээ. Кампуч улсаас бусад ДОХ-ын тахал бүхий Зүүн өмнөд Азийн бүх орнуудад хар тамхийг тарилгаар хэрэглэгчдийн дунд тахал үедээ хүчтэй тархсан байна. үүнчлэн, Кампуч, Энэтхэг, Бирм, болон Тайланд улсуудад эсрэг хүйснийхний дундахь халдвараас үүссэн тахлын хэмжээ өссөөр байна. Карибын тэнгисийн улсуудад ДОХ-ын тахал ихэвчлэн эсрэг хүйстний бэлгийн харьцааны үеийн халдвараас үүсэлтэй байгаа нь Африкийн Сахарын өмнөд бүсээс бусад бүс нутгуудын дотор хамгийн өндөр байна. Өмнөд Америкийн улсуудад ХДХВ-ын үндэсний тархалт 1 буюу түүнээс доош байгаагийн ихэнхи нь ижил хүйст эрчүүдийн хоорондох бэлгийн харьцаа болон хар тамхийг тарилгаар хэрэглэх явцад халдварласан байна. Африкийн Сахарын өмнөд бүсийн улсуудаас гаднах бүс нутагт ХДХВ/ДОХ-оор өвчлөгсдийн олонхи нь эрчүүд байна.

Улс орнууд дахь тархалтын харилцан адилгүй байдлын шалтгаан нь тодорхой бус юм. Тахал дэгдсэн цаг хугацаа нь нэгэн хүчин зүйл бөгөөд, түүний шилжилт, хөдөлгөөн, бэлгийн амьдралын хэв шинж болон вирусийн дэд төрлийн ялгаа ч магадгүй нөлөөлөх магадлалтай<sup>76</sup>. Өмнөд болон зүүн Африкийн улсуудад шилжиж ирсэн эрэгтэй ажилчид, харьяалалгүй өрхүүд нилээд их суурьшдаг бөгөөд апартейд, орон нутгийн хүчирхийлэл, түүнчлэн уурхайн ажил эрхлэлтээрээ онцлог. Ийм нөхцөлд биеэ үнэлэгчтэй үйлдэх бэлгийн харьцааны түвшин өндөр байх нь

түгээмэл. Бэлэг эрхтний шархлаагаар өвчлөх нь их. Түүнчлэн, Африкийн зүүн хэсэгт эрчүүдийн бэлэг эрхтний хөвчийг таслах явдал баруун Африкийн улсуудтай харьцуулахад доогуур байгаа нь тархалт хамгийн их байгааг тайлбарлах нэгэн хүчин зүйл байхыг үгүйсгэхгүй. Гэсэн ч энэхүү цар тахалыг тойрч чадсан орон байхгүй. ХДХВ нь баян ба ядуу улсуудад баячууд болон ядуусыг хоёуланг нь хамран тархсан байна.

Зарим улсуудад энэхүү аймшигт халдварын тархалтын түвшин хэдийнээ өндөр түвшинд хүрсэн байхад Хятад, Энэтхэг зэрэг бусад орнууд цар тахлын эхний үе шатанд байгаа тул цаг алдалгүй хянах арга хэмжээг авснаар халдварын гэнэтийн өсөлтийг таслан зогсоож болно. Хятад ба Энэтхэгт ХДХВ-ийн халдвар эмгэнэлтэйгээр ихсэж байгаа бөгөөд дэлхийн хамгийн хүн ам ихтэй улсуудыг заналхийлж байгааг дутуу ч гэсэн баримт нотолгоо харуулж байна. Хэрэв эдгээр орон идэвхи санаачлага гаргахгүй бол хэдэн арван сая хүнийхээ амь насыг золиослох болно.

ХДХВ/ДОХ-ын цар тахлыг хазаарлан зогсоох түлхүүр бол вирусын тархалтыг хаах явдал юм. Дэлхий нийт, халдварлалтын зонхилох хэлбэр болох бэлгийн замын халдварлалтад чиглэсэн хоёр үндсэн стратегийг боловсруулаад байна. Үүнд: сайн дурын үндсэн дээр зөвлөгөө авах үйлчилгээнд хамрагдах болон нэгэнт халдвар авсан хүмүүсийг шинжлэх замаар тэдний бэлгийн хавьтагсдын тоог бууруулах, тухайлбал, бэлгэвч хэрэглэх замаар халдвар авсан болон аваагүй хүмүүсийн хоорондын бэлгийн харьцаа нь өвчлөлд хүргэх магадлалыг бууруулах явдал юм. Цус солилцоход дамжих халдварыг бууруулахад тарилгаар хар тамхи хэрэглэгчдийн дундахь тариурыг харилцан хэрэглэх явдлыг бууруулах, цус сэлбэлтэд хэрэглэсэн цусыг шинжлэх, эмнэлгийн горим болон цус сэлбэлтэд хэрэглэх тарилгын багаж хэрэгслийг ариутгах нь чухал ач холбогдолтой. Төрөхийн өмнөх болон перинатал үед эхээс хүүхдэд дамжих халдвараас сэргийлэхийн тулд ретровирусын эсрэг эмчилгээ үр дүнгээ өгч байна. ХДХВ-ийн эсрэг вакциныг зохион бүтээх нь урьдчилан сэргийлэхэд мэдээж хэрэг чухал хувь нэмэр оруулахын дээр бага үр дүнтэй вакцин ч гэсэн цар тахлын хэв шинжийг мэдэгдэхүйцээр өөрчлөх болно. Иймд ХДХВ/ДОХ-ын судалгааны хамгийн тулгамдсан асуудал бол өндөр үр дүнтэй вакциныг бүтээх явдал юм. Хэдий вакцингүй ч уг өвчний тархалтаас урьдчилан сэргийлэх талаар олон зүйлсийг хийж болно.

ХДХВ-ийн эсрэг урьдчилан сэргийлэх хамгийн үр дүнтэй арга хэмжээ бол бэлгийн хавьтагсдаа олон удаа өөрчилдгийн улмаас халдварт амархан өртдөг буюу бусдад халдаах магадлалтай бүлгүүдийн доторхи халдварын түвшинг өөрчлөх явдал байна. Энэ бүлэгт биеэ үнэлэгчдийн байр суурь их юм. Биеэ үнэлэгчдийн дунд бэлгэвчийн хэрэглээг сайжруулах хөтөлбөрийг хамт олноор нь дамжуулан боловсрол олгох замаар хэрэгжүүлсэн нь дэлхийн олон оронд амжилт олсоор иржээ. Биеэ үнэлэх газруудыг тодорхойлох, хамт олноор нь дамжуулан боловсрол олгох, БЗДХ-ыг эмчлэх хүчин чармайлтын дүнд ХДХВ-ийн халдварыг эхлээд Тайландад, дараа нь Кампуч улсуудад биеэ үнэлэгч эмзэг бүлэг төдийгүй нийт хүн амын дунд нилээд бууруулсан. Энэтхэгийн Тамил Наду муж улс ч ийм амжилтын босгон дээр байна. Биеэ үнэлэлэгчдэд чиглэсэн арга хэмжээг хүмүүсийг халдварт эмзэг болгодог бусад бэлгийн замын халдварыг бууруулах үйл ажиллагаатай

хослуулж болно. ХДХВ-ийн хяналтад ийм эмчилгээг хэрэглэх нь нилээд үр ашигтай ч асуудлыг цаашид сайтар судлах шаардлагатай. БЗДХ-ыг эмчлэх нь биеэ үнэлэгчдээр үйлчлүүлэгчид болон бэлгийн олон хавьтагчтай эрэгтэйчүүдэд ч ач тустай юм. Түр хорооны ажлын хүрээнд хийгдсэн тандалтын судалгаанаас үзэхэд биеэ үнэлэгч ба тэдний үйлчлүүлэгчдээр дамжуулан боловсрол олгох хөтөлбөрийг БЗДХ-ын талаархи үйлчилгээтэй хослуулах нь Энэтхэг улс дахь ДОХ-ын улмаас нас барагчдын тоог хэдэн арван саяар бууруулах боломжтойг харуулж байна.

Өсвөр үеийнхэн, мөн эмзэг бүлгийнхэнд зориулсан хөтөлбөрийг шуурхай хэрэгжүүлэх хэрэгцээ байна. Өсвөр үеийнхэнд чиглэсэн арга хэмжээний үр дүнгийн талаарх найдвартай мэдээлэл хомс ч, сургуульд түшиглэсэн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх нь өсвөр насныхны бэлгийн харьцаанд орох насыг нэмэгдүүлэх төдийгүй бэлгэвч хэрэглэх магадлалыг ч сайжруулдаг болохыг Намиби улсад хийсэн судалгаа (Шантон ба бусад, 1998) харуулж байна. Насанд хүрэгчдийн дунд ажлын байран дахь хамт олны боловсрол олгох арга хэмжээг зохион байгуулах нь зан үйлийн томоохон өөрчлөлтийг авчирч болно. Тухайлбал, иймэрхүү арга хэмжээний түүвэр туршилтыг Зимбабве улсад хэрэгжүүлэхэд ХДХВ1 хэлбэрийн тохиолдлыг 30 хувиар бууруулсан байна (Мачекано 1998).

ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх чиглэлээр амжилттай хэрэгжсэн сайн баримтжуулсан туршилтын олон төслүүд байгаа ч хүмүүсийн зан үйлийг үндэсний хэмжээнд өөрчилсөн талаарх амжилт бүхий бодлогын жишээ тун цөөн байна. ХДХВ-ын тархалтын түвшинг Уганда улсад бууруулан Сенегалд доод түвшинд барьж байгаа гэх мэт үндэсний хэмжээний амжилтанд хүрэхэд шударга, ил тодоор ярьдаг үндэсний удирдагчид чухал үүрэгтэй. Олон улс төрчид ХДХВ/ДОХ-ын эсрэг үйл ажиллагааг эрчимжүүлэхийн оронд түүнээс зугтан дайждаг. Улс төрчдөд, уг өвчний шийдэлд шаардлагатай нөөц байхгүй тул олонд мэдээлэхээс айдаг байна. Уг өвчний эмчилгээнд хандивлагчдын дэмжлэгийг нэмэгдүүлбэл урьдчилан сэргийлэлтийн талаар ч улс төрчид илүү нээлттэй ярих боломжтой болно. Түүнчлэн уг вирусын халдварлалт нь хүний бэлгийн амьдралын байдалд нөлөөлөн тарилгаар хар тамхи хэрэглэх болон ижил хүйстэн гэх мэт нийтээр жигшигдсэн нууц зан үйлийг хөнддөг байна. Улс төрийн тэргүүнүүд иймэрхүү сэдвүүдээр олон нийтийн ярианд оролцох буюу олон түмэнд нийгмийн хувьд нийцэхгүй зан үйлийг (биеэ үнэлэгчдийн бэлгэвчийн хэрэглээг урамшуулах буюу тарилгаар хар тамхи хэрэглэгчдийн дунд цэвэр тариурыг хэрэглэхийг уриалах) дэмжихүйц өндөр үр дүнтэй бодлогыг гаргахдаа хойрго ханддаг.

Хоёрдугаарт, үндэсний хөтөлбөрүүдийн үр дүн бага байгаа нэг шалтгаан нь нөөцийн дутал юм. Тухайлбал, нөөц дутагдах хэлбэрт хандивлагчдын болон олон улсын байгууллагуудын оролцоотойгоор томоохон, нарийн төвөгтэй, цогц асуудлыг шийдвэрлэх шаардлага тулгарахад засгийн газрын бус байгууллагуудад тухайн асуудлыг эрхлэн хариуцдаг хүмүүсийн тоо хангалтгүй байдаг явдал хамаарч байна. Хэт их зүйлийг хэт цөөн хүний хүчээр хийх оролдлого нь чанар муутай бөгөөд олон үйл ажиллагааг дутуу дулимаг хамрахад хүргэнэ. Чадавхийг нэмэгдүүлэхэд нэмэлт санхүүгийн нөөц чухал ач холбогдолтой. Хэрэв хамралт, чанар болон тэдгээр арга хэмжээний үр нөлөөг хангая гэвэл сонгох чадвар, тулгамдсан асуудлыг нэн тэргүүнд авч үзэх болон нэмэгдүүлэх арга хэмжээг санхүүжүүлэх зэрэг нь богино хугацаанд шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Урьдчилан сэргийлэх асуудлыг онцлон тэмдэглэхийн

ялдамд одоогоор халдварт өртөөд байгаа 36 сая хүнийг үр дүнтэй эмчилгээгээр хангах шаардлагатай. Эдгээр хүмүүсийн 95 хувь нь хөгжиж буй орнуудад байна. Тэдний амьдралыг бодитойгоор уртасгах зүй зохистой эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээгүйгээр эдгээр хувь хүмүүс цагаасаа эрт зовлон шаналалтайгаар үхнэ. Нэрвэгдсэн хүмүүсийг эмчлэхгүй бол тэдний ард гашуудсан гэр бүл, хэдэн арван сая өнчин хүүхдүүд, цаашилбал нийгэм эдийн засгийн сүйрлийг авчирна. Эмчилгээ нь зөвхөн сэтгэл зүйн хэрэгцээ шаардлага байгаад төдийгүй тархалт өндөр байгаа дэлхийн хэсгийн эдийн засгийн тогтворжилтын салшгүй хэсэг бөгөөд хөгжлийг эргэн олохын үндэс болно. Шаардлагатай эм бэлдмэлийн үнэ нилээд хямдарсан тул эмчилгээ бололцоотой болоод байна. Африк тивийн Сахарын өмнөд бүсийн улсуудад жилийн эмчилгээний нийт зардал 500-аас 1000 ам доллар бөгөөд уг өвчнөөр өвчилсөн хөдөлмөрийн насны хүний дундаж орлоготой тэнцүү хэмжээтэй байна. Хувь хүмүүс зардлыг нь тэр бүр төлж чадахгүй хэдий ч эдгээр эмчилгээ нь нийт эдийн засагт үр ашигтай<sup>77</sup>.

1980 аад оны дунд үеэс ХДХВ/ДОХ-ын нас баралтад нөлөөлдөг зарим нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдваруудын эмчилгээ гарсан бөгөөд хөгжиж буй зарим орнуудад зардлыг үр ашигтайгаар ашиглаж байна (ялангуяа сүрьеэгийн эсрэг үр дүнтэй үйлчилгээтэй антибиотик). Вируст шууд нөлөөлдөг ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээг (HAART) нэвтрүүлсний дүнд 1996 оноос хойш тус эмчилгээг хүртэж буй хүмүүсийн амьдралыг уртасгахад томоохон хувь нэмэр оруулж байна. Нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварын эмчилгээг зөвхөн Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээтэй хослуулсан нөхцөлд амьдралыг мэдэгдэхүйцээр уртасгаж болохыг анхаарвал зохино. Харамсалтай нь эмчилгээний зардлын улмаас бага орлоготой орнууд дахь өвчинд нэрвэгсдийн зөвхөн өчүүхэн хэсэг л эмчилгээ хүртэх боломжтой. Африк тивд ХДХВ-ээр халдварласан 25 сая, жил бүр ХДХВ-тэй холбоотой өвчинтэй 4 сая хүмүүсийн 10000–30000 нь л ретровирусын эсрэг эмчилгээ хүртдэг тооцоо байдаг. Гэтэл тэдгээрээс олон хүмүүс зөвхөн алдаг оног эм авах чадалтай тул үр дүнгүй эмчилгээ хийлгэсээр байна. Ретровирусын эсрэг эмчилгээний хамралтыг 2006 он гэхэд бага орлоготой орнуудад 5 сая орчимд хүргэн нэмэгдүүлэх боломжтой бөгөөд тэдгээрийн ихэнхи нь Африк тивд ногдох тухай Америкийн нэгдсэн улсын хөгжлийн байгууллага болон ДЭМБ-ын тооцоонд дурьджээ.

Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээг өргөнөөр нэвтрүүлбэл эмэнд тэсвэртэй ДОХ-ын вирусын бүлгийг нэмэгдүүлэх нь дамжиггүй. Ийм уршиг дагаварыг багасгах үүднээс ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээг нийгмийн эрүүл мэндийн арга зүйд тулгуурлан ухаалгаар зохицуулах нь шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Сүрьеэг эмчилэхэд ашигладаг шууд хяналттай эмчилгээний аргыг ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээнд ашиглаж болохыг зөвлөсөн байдаг. Учир нь ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээ нь амьдралын туршид байнгын арчилгааг шаарддаг. Баярлууштай нь, вирусын эсрэг эмүүдийн бүхэл бүтэн хослолыг нэг шахмал эмэнд нийлүүлэн өдөрт хоёр удаа уухаар багцалж буй гэх мэтээр ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээний нарийн төвөгтэй горимыг ихээхэн хялбаршуулж байна. (тухайлбал, Trizivir). Эмэнд тэсвэртэй чанар байнга өсөн нэмэгдэж байгаа тул ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээнд энгийн горим шаардагдах шинэ эмийг нэвтрүүлэх нь дамжиггүй. Эмэнд тэсвэртэй чанартай холбоотой бэрхшээлүүд болон ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй

эмчилгээ нь нарийн төвөгтэй өвчний төвөгтэй горимтой байсаар байгаа тул ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээг бага орлоготой орнуудад нэвтрүүлэх арга хэмжээг эмчилгээний шинэ хандлага, горимын үр дүнг шалгах үйлдлийн шинжилгээтэй уялдуулах нь зүйтэй. ХДХВ/ДОХ-ын эмчилгээнд зарцуулж буй нийт санхүүжилтийн ядаж 5 буюу түүнээс дээш хувийг үйлдлийн шинжилгээнд зориулах нь зүйтэй.

Бага орлоготой орнуудад эмчилгээг нэвтрүүлэхийн зэрэгцээ урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хөхүүлэн дэмжих шаардлагатай. Эмчилгээ гэдэг нь хэдийгээр анхнаасаа нийгмийн эрүүл мэндийн (жишээлбэл, вирусын халдварлалтыг зогсоох) гэхээсээ илүү анагаах ухааны (жишээлбэл, өвчтэй хүний амьдралыг уртасгах) хэллэг хэмээн үзэгдэх боловч урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хянаж болохуйцаар эмчилгээний хөтөлбөрүүдийг боловсруулах нь зүйтэй. Тухайлбал, хандивлагчид эмчилгээг зөвхөн идэвхитэй урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөртэй хослуулах нөхцөлд л санхүүжүүлэх шаардлага тавих нь зүйн хэрэг бөгөөд цар тахлыг хянахад эмчилгээ ба урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа хоёул зайлшгүй шаардлагатай. Хоёрдугаарт, эмчилгээний олдоцыг нэмэгдүүлснээр сайн дураар зөвлөгөө авах шинжилгээнд орохоор ирэгсдийн тоог ихэсгэнэ. Учир нь эмчилгээг эерэг оноштой хүмүүс л хүртэнэ гэдгийг ухаармагцаа л эмчилгээг эрэлхийлэх юм. ДОХ-оор халдварласан Африкчуудын зөвхөн 5 хувь л өөрсдийнхөө нөхцөл байдлыг мэдэрч байдаг гэсэн тооцоолол байдаг. Эмчилгээний хүртээмжийг сайжруулснаар энэ тоог нэмэгдүүлэх боломжтой. Сайн дураар зөвлөгөө өгөх болон оношлох үйл ажиллагааг үр дүнтэй зохион байгуулснаар халдварлаад өвчлөлөө мэдрэхгүй байгаа хүмүүсийн зан үйлийг өөрчлөх бололцоотой. Мэдээж, ийм эерэг үр дүн байвч эмчилгээний хүртээмж (эмчилгээ нь “анагаах” хүчтэй гэсэн гэнэн ойлголт) халдварлаагүй хүмүүсийг ч хамарсан эрсдэлтэй бэлгийн зан үйлд хүргэж болзошгүй эрсдэл байгааг анхаарах ёстой. Гуравдугаарт, хэдийгээр батлагдаагүй ч эмчлэгдэж буй хүмүүсийн (эмчилгээний горимыг чандлан сахих) бие дэхь вирусын тоо цөөрдөг (вирусын ачаалал буурдаг) тул халдвар тараах нь багасдаг.

Эмчилгээ болон урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд хоёуланд нь ихээхэн зардал шаардагдана. Нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварыг эмчлэхэд ретровирусын эсрэг эмчилгээнд зарцуулсантай адил хэмжээний ихээхэн нөөц шаардлагатай. Бидний тооцооллоор ДОХ-ын тусламж үйлчилгээний нийт зардал 2007 он гэхэд 14 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд 22 тэрбум ам. долларт хүрнэ. Энэхүү зардлыг гурав хуваан урьдчилан сэргийлэх, нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварын эмчилгээ, ретровирусын эсрэг эмчилгээнд тус тус зарцуулна (Хүснэгт А2.2 үзнэ үү). Ийм хэмжээний зардлаар бага орлоготой орнуудын ХДХВ-ээр халдварлагсдын гуравны хоёрыг хамруулан, нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдвар болон ретровирусын эсрэг эмчилгээг зохицуулах боломжтой (Хүснэгт 7 үзнэ үү). Аль ч үе шатанд тусламж үйлчилгээнд өртөж буй хүмүүсийн тоо ХДХВ-ээр халдварласан хүмүүсийн гуравны хоёроос хамаагүй бага байдаг хэдий ч ретровирусын эсрэг эмчилгээ нь дархлааны байдал (жишээлбэл, вирусын цусан дахь хэмжээ ба CD4 эсийн тоо) эмнэлгийн тодорхой заагаас давсан өвчтөнүүдийг хамрах тул нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварын эмчилгээ, өвчтөний нөхцөл байдлаас шалтгаална. Бага орлоготой орнуудын ХДХВ-ийн хяналттай холбоотой зардлын тодорхой хэсгийг ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сангаас (GFATM) нь төлнө. ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх

Дэлхийн Сангаас 2007 он гэхэд 8 тэрбум, 2015 он гэхэд 12 тэрбум ам. долларыг санхүүжүүлж, үлдэх эх үүсвэрийг хандивлагч, олон улсын байгууллагуудын хөтөлбөрүүд, түүнчлэн хүлээн авагч улсуудын дотоодын нөөцөөс гаргах талаар бид зөвлөж байна.

## Бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн зардал

Бага орлоготой орнуудад тохиолдож буй урьдчилан сэргийлж болох нас баралтыг зогсоох зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний өртөг хэдийгээр өндөр биш ч, бас үнэ төлбөргүй бус юм. Түр хорооны ажлын үндсэн хэсэг нь нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээг бага орлоготой орнуудад нэмэгдүүлэхэд шаардагдах зардлыг тооцоход чиглэн ажиллаж байв. Эдгээр бага орлоготой орнуудад Африк тивийн Сахарын өмнөд бүсийн улсууд, түүнчлэн нэг хүнд ногдох дундаж орлого нь 1200 ам. доллараас бага улсууд (улсуудын бүрэн жагсаалт болон бүлэглэлийг Хүснэгт А2.Б-ээс үзнэ үү) багтана. Бид бүс нутгийн болон орлогын шалгуурт тулгуурлан харилцан ялгаатай улсуудын бүлэглэлүүдээр зардлыг тооцон гаргасан болно. Хүснэгт 7-д цогц арга хэмжээ болон хамрах зорилтот түвшинг үзүүлэв. Тухайлбал, сүрьеэгийн эмчилгээнд шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээг хэрэглэх түвшин 2007 он гэхэд нийт сүрьеэгээр халдварласан өвчтнүүдийн 44 хувиас 60 хувь, 2015 онд 70 хувьд хүрнэ. Зарим талаар хамралтын тоо бага мэт санагдаж болох юм. Гэвч бид одоо байгаа дэд бүтэц, хүн хүчний нөөцөд үндэслэн бага хэмжээгээр тооцсон бөгөөд эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалт бодитойгоор нэмэгдвэл энэ тоо өсч болно гэж үзэж байна. Энэ чиглэлээр явуулах цогц арга хэмжээний талаарх дэлгэрэнгүй мэдээллийг 5 дугаар ажлын хэсгийн илтгэлд тайлбарласан болно. Эдгээр зардалд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд шаардагдах эдийн засгийн үнийг бүхлээр нь тусгахыг зорьсон юм. Өөрөөр хэлбэл, эм ба эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний шууд зардал, хөрөнгө оруулалт, удирдлага зохион байгуулалт, байгууллагын бүтэц, боловсон хүчин болон шинэ боловсон хүчнийг бэлтгэх сургалтын зардлууд болно.

Хамралтыг нэмэгдүүлэхийн тулд 2007 он гэхэд өнөөдрийн эрүүл мэндийн зардал дээр бага орлоготой орнуудад жилд нэг хүнд нэмэлт 14 ам. доллар (2002 оны үнээр), буурай хөгжилтэй орнуудад нэг хүнд жилд 22 ам. доллар шаардагдана. Бага орлоготой орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал өнөөдөр 21 ам. доллар (буурай хөгжилтэй орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал зөвхөн 13 ам. доллар) байгааг авч үзвэл 2007 онд жилд нэг хүнд 34 ам. доллар, 2015 онд 38 ам. доллар болно. Гэтэл энэ нь эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэхэд нэг хүнд дунджаар шаардагдах зардал юм. Хэрэв өндөр хөгжилтэй орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал дунджаар 2000 ам. доллар гэж үзвэл бага орлоготой орнуудын зардлын түвшин нь нилээд доогуур байгаа нь тодорхой байна.

**Хүснэгт 7.** Тусламж үйлчилгээний хамралтын зорилтот түвшин, (2002 оны хамралтын байдал)

	2002	2007	2015
--	------	------	------

<b>Сүрьеэ</b>	44%	60%	70%
<b>Хумхаа</b>			
Эмчилгээ	31%	60%	70%
Урьдчилан сэргийлэх	2%	50%	70%
<b>ХДХВ</b>			
Урьдчилан сэргийлэх (эрүүл мэндээс бусад салбарт)	10-20%	70%	80%
Урьдчилан сэргийлэх (эрүүл мэндийн салбарт)	<1%-10%	40%	70%
Нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварын тусламж үйлчилгээ	6%-10%	40%	70%
Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээ (HAART)	<1%	45%	65%
<b>Дархлаажуулалт*</b>			
БЦЖ/СТХ/Сахуу татрангийн вакцин Гепатит В/HIV**	75%	90%	90%
Улаан бурхан	68%	80%	80%
<b>ХӨЦМ</b>			
АЦХ	59%	70%	80%
Суулгалт	52%	70%	80%
<b>Эхийн өвчлөл</b>			
Жирэмсний үеийн тусламж үйлчилгээ	65%	80%	90%
Эмнэлгийн төрөлт	45%	80%	90%
Тамхины эсрэг арга хэмжээ (80-аас дээш хувийн татвар, тамхины зар сурталчилгааг хориглох, хэрэглэгчийн мэдээлэл)	20%	80%	80%

\* А витаминь хангалтыг оруулсан, \*\*2002 оны хамралтад НерВ/HIV ороогүй.

Гэсэн ч энэ нь өнөөгийн түвшний зардал буюу бага орлоготой орнуудын төлбөрийн чадвартай (ялангуяа буурай хөгжилтэй орнууд) харьцуулахад өндөр түвшин юм. Бүс нутаг, улс орнууд, өвчний тархвар зүйн (жишээлбэл, ХДХВ/ДОХ, хумхаа болон сүрьеэгийн өвчлөл, тархалтын зүй тогтол) онцлог болон орон нутгийн эдийн засгийн нөхцөл (ХДХВ/ДОХ-д нэрвэгдсэн Африк тивийн Сахарын өмнөд бүсийн улсуудад маш өндөр түвшинд хүрсэн) байдлаас шалтгаалан санхүүжилтийн хэрэгцээ харилцан адилгүй байна. Урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хувь хүмүүс өөрсдөө даах сонирхолгүй байгаа буюу нийгмийн бараа үйлчилгээг (халдварт өвчний хяналт) санхүүжүүлэх эх үүсвэргүй ядуучуудыг хамруулах шалтгаануудын улмаас нэг хүнд ногдох зардлыг 30 ам. доллараас 45 ам. долларт хүргэх тохиолдолд улсын төсвөөс ихэнхи хэсгийг санхүүжүүлнэ.

Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээгээр хангах үед нэг хүнд шаардагдах зардлын тооцоо нь энэхүү асуудлыг өөр чиглэлээр судалсан судалгаануудын дүгнэлттэй нийцэж байгааг энд тэмдэглэх нь зүйтэй. Тухайлбал, ДЭМБ-ын Девид Эванс, Крис Мурэй болон хэсэг мэргэжил-нэгтнүүд эрүүл мэндийн тэгш хүртээмжтэй тусламж үйлчилгээг хүргэхэд жилд дунджаар нэг хүнд худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлсэн 80 ам. долларыг зарцуулна гэж тооцжээ (Эванс ба бусад 2001). ДЭМБ-ын тооцоог ашиглан бага орлоготой орнуудын зардлын 1 ам. доллар бүр худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр 2-3



ам. доллар гэвэл 80 ам. доллар нь оны үнээр 33-40 ам. доллартай тэнцэх бөгөөд бидний тооцоотой ижил байна. Түүнчлэн, Гана улсын өндөр чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг шашны эмнэлгийн боловсруулсан тооцооноос үзэхэд хамралтыг нэмэгдүүлэхийн тулд үндсэн хөрөнгөнд шаардагдах хөрөнгө оруулалтын зардлыг тооцохгүйгээр үйлчлэх хүрээний хүн ам бүрд жилд оны үнээр 45 ам. доллар зарцуулах хэрэгтэй байна (Архин-Тенкоранг, Бакл 2001). Хүн амыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хүртээмжтэй хамруулахад бага орлоготой орнууд ҮНБ-ий 12% -ийг зарцуулж байж, нялхсын эндэгдлийг бууруулах Олон Улсын Хөгжлийн Зорилтуудыг сая хангана гэсэн тооцоог саяхан Олон Улсын Валютын Сангаас зохион байгуулсан судалгааны дүн харуулж байна<sup>78</sup>. Нэг хүнд ногдох ҮНБ нь 300 ам. доллар байгаа буурай хөгжилтэй орнуудын хувьд жилд нэг хүнд 36 ам. доллар зарцуулах нь зүйтэй. Аливаа тохиолдолд энэ нь тооцооллын доод түвшин болно.

Гэвч нэг хүнд 30-45 ам. долларыг зарцуулснаар хамгийн чанартай тусламж үйлчилгээг хүргэх боломжгүй бөгөөд мэдээж нэг хүнд ногдох жилийн зардал 2000 ам. доллар ба түүнээс дээш байгаа өндөр хөгжилтэй орнуудынхтай адил цогц тусламж үйлчилгээгээр хангахгүй!<sup>79</sup>. Бидний тооцооллод эрүүл мэндийн наад захын тусламж үйлчилгээ болох томоохон халдварт өвчнүүд, түүнчлэн бага орлоготой орнуудын нас баралтын ихээхэн хувийг эзэлдэг эхийн болон перинатал өвчлөлүүдийн хяналтыг хамруулсан болно. Аливаа эрүүл мэндийн тогтолцооны нэгээхэн хэсэг болох гэмтэл согог ба түргэн тусламжийн үйлчилгээ (хугарсан яс, мухар олгой); гуравдахь шатлалын тусламж үйлчилгээ, төрсний дараахь эхний жилээс хойших гэр бүл төлөвлөлтийн (жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн түгээлт) асуудлуудыг бидний зардлын тооцоонд оруулаагүй юм.

Зардлын тооцоо нь бидний анхаарлаа төвлөрүүлж буй өвчнүүдээс үүдэлтэй нас баралтаас урьдчилан сэргийлэхэд шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэхэд нийцэхүйц байна. Эдгээр тусламж үйлчилгээг үр дүнтэй үзүүлбэл дотоодын эрүүл мэндийн тусламжийн эрүүл мэндийн өдөр дутмын хэрэгцээг хангах чадавхийг бэхжүүлэх бөгөөд ядуу айл өрхүүдийн улсын төсвөөс санхүүжүүлж буй үйлчилгээг ашиглах явдлыг нэмэгдүүлэх чухал ач холбогдол бүхий урьдчилсан нөхцөл юм.

Ихэнхи бага орлоготой орнууд хамгийн наад захын тусламж үйлчилгээг үзүүлэх, үүнд шаардлагатай нэг хүнд ногдох зардлыг ч санхүүжүүлэх боломжгүй байдаг. Буурай хөгжилтэй 48 улсад (Хүснэгт 8) 1997 онд дунджаар нэг хүнд 11 ам. долларыг зарцуулж байсны 6 ам. доллар нь төсвөөс, үлдсэн хэсгийн ихэнхийг өвчтөнөөр төлүүлэх байдлаар санхүүжүүлж байв. Бага орлоготой бусад орнуудад 1997 онд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 23 ам. доллар байгаа нь хамгийн наад захын шаардлагатай түвшинээс бас л доогуур байгаа бөгөөд 13 ам. долларыг улсын төсвөөс санхүүжүүлж байв. Энэхүү тооцоонд хандивлагчдаас оруулсан эх үүсвэрийг ч оруулжээ. Бодит байдалд хандивлагчдын тусламж 1997-1999 онуудад буурай хөгжилтэй орнуудад нэг хүнд зөвхөн 2.29 ам доллар ба бусад бага орлоготой орнуудад 0.94 ам доллар байгаа нь нилээд доогуур үзүүлэлт юм.

---

**Хүснэгт 8.** Дотоодын эх үүсвэр бүхий эрүүл мэндийн зардал ба хандивлагчдын тусламж, (1997-1999)

---

Эрүүл мэндийн	Эрүүл	Хандивлагчдын	Хандивлагчдын
---------------	-------	---------------	---------------

---

	улсын төсвийн зардал (нэг хүнд ногдох, 1997 ам. доллар)	мэндийн нийт зардал (нэг хүнд ногдох, 1997 ам. доллар)	тусламж (нэг хүнд ногдох жилийн дундаж, 1997-1999)	тусламж жилийн дундаж (1997-1999, сая ам доллар)
Буурай хөгжилтэй орнууд	6	11	2.29	1,473
Бага орлоготой бусад орнууд	13	23	0.94	1,666
Дундаас-доогуур дундаж орлоготой орнууд	51	93	0.61	1,300
Дундаас-дээгүүр дундаж орлоготой орнууд	125	241	1.08	610
Өндөр хөгжилтэй орнууд	1,356	1,907	0.00	2
Бүх орнууд			0.85	5,052

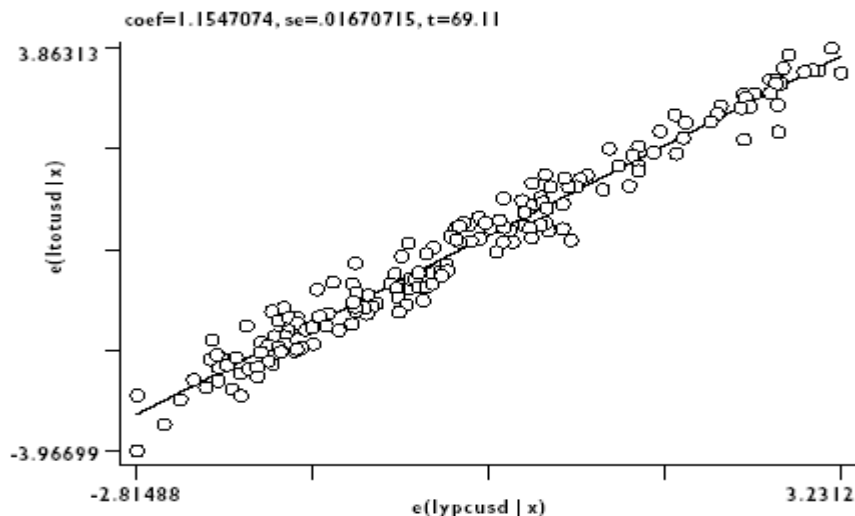
*Тайлбар: Тухайлсан ангиллуудад багтах улсуудын үзүүлэлтийн жигнээгүй дундаж.. 1997 онд зөвхөн 500.000 ба түүнээс дээш хүн ам бүхий улсуудыг хамруулав.*

## Эрүүл мэндэд дотоодын эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх нь

Эрүүл мэндийн зардал зохистой түвшинд хүрээгүй байгаа нь ядуурлын тулгамдсан асуудлын үндсэн тусгал юм. Нэг хүнд ногдох ҮНБ нь 500 ам. доллар байгаа оронд эрүүл мэндийн нийт зардал ҮНБ-ий 5 хувь байлаа ч жилд нэг хүнд ногдох зардал нь дөнгөж данган 25 ам. доллар байдаг. Дэлхий дээр 1.8 тэрбум хүн жилд нэг хүнд ногдох орлого нь 500 ам. доллараас бага орнуудад амьдарч байгаагийн 35 сая хүмүүс нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 25 ам. доллараас бага байгаа (Кени, Никарагуа улсууд нь онцгой тохиолдол) улсуудад байна. Нэг хүнд ногдох үндэсний орлого нь 500 ам. доллар буюу түүнээс доош (бидний түүврийн 44 улс орнууд ) буй нэг ч орон эрүүл мэндэд нэг хүнд жилд 30 ам доллар зарцуулдаггүй. Түүнчлэн эдгээр улсуудаас ганц нь ч нэг хүнд жилд улсын төсвөөсөө 20 ам долларыг зарцуулж байсангүй.

Зураг 5-аас, 167 орны эрүүл мэндийн зардал үндэсний орлогоос хамаарч байгааг 1997 оны байдлаар харж болно<sup>80</sup>.

**Зураг 5.** ҮНБ-ий логарифм хэмжээ (нэг хүнд ногдох, 1997) ба Эрүүл мэндийн зардлын логарифм хэмжээ (нэг хүнд ногдох улсын төсвийн зардал)-ний хоорондын хамаарал



Үндэсний орлогын 1 хувийн өсөлт бүрт эрүүл мэндийн зардал 1-ээс дээш хувиар өсч байна<sup>81</sup>. Өндөр хөгжилтэй орнуудтай харьцуулахад ядуу улсуудын эрүүл мэндийн зардал тун ч цочирдмоор түвшинд байдаг байна. Ядуу орнууд эрүүл мэндийн салбартаа зарцуулах санхүүжилтийг нэмэгдүүлсэн ч үндсэн бэрхшээлээс гарах боломжгүй. Учир нь ядуу орнууд хүн амынхаа эрүүл мэндийн хамгийн наад захын суурь хэрэгцээг хангах санхүүгийн чадавхигүй байдаг. Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэхэд жилд нэг хүнд 30-40 ам доллар шаардлагатай гэвэл энэ нь буурай хөгжилтэй орнуудын ҮНБ-ий 10-аас дээш хувь болох бөгөөд өнөөдрийн дотоодын эх үүсвэрээс дайчилж буй санхүүжилтээс хол давсан тоо юм.

Нөхцөл байдал хэдий ийм байгаа ч бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах дотоодын эх үүсвэр, түүний дотор төсвийн санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх боломжийг уг Хороо судалжээ. Улсын төсвөөс эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх чадавхи улс орон бүрт харилцан адилгүй байх нь мэдээж хэрэг юм. Энэ нь улс орнуудын эдийн засгийн бүтэц, зохион байгуулалт, татвар хураах чадавхи, гадаад дотоод өрийн төлөлтийн байдал гэх мэт бусад олон хүчин зүйлээс шалтгаална. Хүснэгт 9-д үзүүлснээс харахад ядуу орнууд ерөнхийдөө ҮНБ-ий багахан хэсгийг татварын орлогоор бүрдүүлдэг байна.

Өөрөөр хэлбэл, энэ түвшин өндөр хөгжилтэй орнуудад ҮНБ-ий 31 хувь байхад бага орлоготой орнуудад ҮНБ-ий зөвхөн 14 хувийг татварын орлогоос бүрдүүлдэг байна. Орлогын татвар болон нэмүү өртгийн татварын суурийг өргөжүүлэх боломжгүй тул татвар хураалт нь олон улсын худалдаа ба тусгай бараа үйлчилгээнд тулгуурладаг.

**Хүснэгт 9.** ДНБ-д татварын эзлэх хувь

Орон	Татварын нийт	Олон улсын худалдааны	Онцгой татвар	Худалдааны татвар	Нийгмийн даатгалын
------	---------------	-----------------------	---------------	-------------------	--------------------

	орлого	татвар			ШИМТГЭЛ
Нэг хүнд ногдох орлого 760 ам доллараас доогуур бага орлоготой орнууд (31)	14.0	4.5	1.6	2.7	1.1
Нэг хүнд ногдох орлого 761-3030 ам доллар байх дундаас-доогуур дундаж орлоготой орнууд (36)	19.4	4.2	2.3	4.8	4.0
Нэг хүнд ногдох орлого 3631-9360 ам доллар байх дундаас-дээгүүр дундаж орлоготой орнууд (27)	22.3	3.7	2.0	5.7	5.6
Нэг хүнд ногдох орлого нь 9360 ам доллараас их өндөр хөгжилтэй орнууд (23)	30.9	0.3	3.1	6.2	8.8

*Эх сурвалж: Government Finance Statistics, IMF. Classification of Countries Incomes is as posted in the DAC List of Aid Recipients as of*

*1 January 2000. Number of countries in parentheses.*

Улс төрийн бодлогын хүсэл эрмэлзлэлгүйн улмаас улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах санхүүжилтийн хэмжээ улс орны боломжит түвшнээс доогуур байгаа жишээ ч байсаар байна. Үндэстэн, ястан болон газар зүйн байршлын ялгаа их байх тусам засгийн газар улсын төсвийг нийт хүн амд гэхээсээ илүүтэйгээр нөлөө бүхий бүлэг хэсэг рүү чиглүүлдэг. Эмэгтэйчүүдийг ялгаварлан гадуурхах үзэл бүхий улс орнуудад ядуус, ялангуяа эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн хэрэгцээ шаардлагад анхаарах явдал бага болдог.

Түүнчлэн, эрүүл мэндийн эдгээр хязгаарлагдмал, өчүүхэн зардал ихэвчлэн үргүй зарагддаг нь бодит үнэн юм. Энэ үзэгдэл ядуу хүмүүсийн төлбөртэй үйлчилгээний тухайд нэн ялангуяа бодитой байдаг. Тухайлбал, Хятад, Энэтхэгт хөдөөгийн ядуус хүртэж буй тусламж үйлчилгээнийхээ 85 хувийг төлбөртэйгээр авдаг бөгөөд тусламж үйлчилгээний ихэнхи нь эм, ороож боох материалын худалдаагаар санхүүждэг эмнэлгүүд буюу тусгай зөвшөөрөлгүй ба мэргэжилгүй эмч нарын бичсэн шаардлагагүй эмэнд зарцуулагддаг байна<sup>82</sup>. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үнэ өртөг жил бүр өсөн нэмэгдэж байгаа нь ядуусын ихээхэн хэсгийг зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээ хүртэх боломжгүй болгож жил бүр олон гэр бүлүүдийг ядууруулахад хүргэж байна<sup>83</sup>. Африк тив олон өрх бүлүүд аймшигтай уршиг дагавар бүхий албан бус болон уламжлалт эмчилгээнд асар их хэмжээний хөрөнгийг зарцуулж байна. Хувийн эрүүл мэндийн зардлын зарим хэсэг нь чанар сайтай оношлогоо болон төрийн бус байгууллага (ТББ)-дад зарцуулагдаж байна. Улсын төсвөөс санхүүжүүлж буй эрүүл мэндийн зардлыг ч үргүй зарцуулах тохиолдлууд гарч байна. Тухайлбал, хязгаарлагдмал нөөцөөс нийслэл хотод амьдардаг суурин газрын чинээлэг хүмүүст зориулсан өндөр технологи бүхий эмчилгээг санхүүжүүлж хөдөөгийн ядуусын халдварт өвчнийг хянах зайлшгүй шаардлагатай арга хэмжээ болон ядуучуудын эх хүүхдийн тусламж үйлчилгээнд хангалттай бус зарцуулж болох юм.

Бага орлоготой орнууд төсвөөс эх үүсвэр дайчлах чадавхи сул, мөн эрүүл мэндээс гадна төрийн удирдлага, дэд бүтэц, хөдөө аж ахуй, батлан хамгаалах, боловсрол болон өрийн төлөөс гэх мэт үйл ажиллагааг санхүүжүүлэх эрэлт их

байдаг тул ҮНБ-ий 4 хувийг эрүүл мэндийн салбарт хуваарилах тухай зөвлөх нь илүү өөдрөг болно. Нэг хүнд ногдох жилийн орлого 600 ам. доллараас доогуур нэг ч улс орны эрүүл мэндийн зардал ийм түвшинд хүрээгүй байна<sup>84</sup>. Олонхи улс орон эрүүл мэндэд зарцуулах санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх боломжтой ч бага орлоготой орнуудад энэхүү өсөлт ҮНБ-ий 1 - 2 хувиас хэтрэхгүй нь бодит байдалтай нийцэх юм.

Бидний тооцооллын зааврын дагуу бага орлоготой орнууд төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлыг 2007 он гэхэд дунджаар ҮНБ-ий 1 хувь, 2015 онд 2 хувиар өсгөнө. Нэг хүнд ногдох орлого 500 ам доллар бүхий орны хувьд энэхүү өсөлт нь 2007 онд нэг хүнд жилд 5 ам доллар, 2015 онд 10 ам доллар байх нь зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний өртөг болон байгаа нөөц хоорондын дутууг нөхөхөд хангалтгүй. Нөөцийн хуваарилалт дулимаг буюу үр ашиггүй технологийг ашиглах гэх мэт эрүүл мэндийн салбарт үр ашиггүй ажиллах явдал байгааг бас тэмдэглэх нь зүйтэй ч зардлын зөвхөн 20 хувиас илүүг хэмнэх боломжгүй (Хеншер 2001). Зөвхөн хандивлагчдын тусламж л бага орлоготой орнуудын санхүүжилтийн энэхүү цоорхойг нөхөж чадна.

Нийт зардлын түвшин хангалтгүйгээс гадна бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилттэй холбоотой дараахь хоёр бэрхшээл бий. Нэгдүгээрт, эрүүл мэндийн нийт зардалд улсын төсвөөс зарцуулж буй хувь харьцангуй бага (55 хувь) буюу өндөр хөгжилтэй орнуудаас ихээхэн доогуур байна (71 хувь). Улсын төсвөөс эрүүл мэндийн нийгмийн бараа үйлчилгээг (тахал өвчний хяналт) хүргэж ядуусыг тусламж үйлчилгээгээр хангах хангалттай нөөц шаардлагатай тул төсвийн хэт бага зардал нөөцийн нийт үр ашиггүй байдлыг хөөрөгддөг. Хоёрдугаарт, хувийн эрүүл мэндийн зардал нь урьдчилан төлөх даатгалаас илүүгээр төлбөртэй үйлчилгээнээс гарах тул хувийн эрүүл мэндийн зардалд маш бага хэмжээний даатгалын үйлчилгээ (жишээлбэл, эрсдэл хуримтлагдана) байдаг. Өндөр хөгжилтэй орнуудад даатгалын хамралтын хувь маш өндөр байдаг. Ийм хэлбэрийн хувийн эрүүл мэндийн зардал нь өндөр үнэтэй эм болон чадавхигүй эмч нарт зарцуулагдан үр ашгаа алдана.

Ядуу орнуудад хувь хүний төлөх төлбөрийг “хамт олны санхүүжилт”-ийн хөтөлбөрүүдэд чиглүүлж хамт олныг түшиглэсэн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг санхүүжүүлэхэд ашиглахыг Түр Хороо зөвлөмж болгож байна. Хамт олны бий болгосон 1 ам доллар бүрийг засгийн газраас (хандивлагчдын дэмжлэг бүхий) хамтарсан хэлбэрээр нэмж санхүүжүүлэн орон нутгийнханд урамшууллыг бий болгоход энэхүү зохицуулалтын үндэс оршино. Эдгээр урьдчилсан төлбөрийг зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний багцаас (улсын төсөв болон хандивлагчдын тусламжаар санхүүжүүлнэ) гадна суурь эмчилгээ үйлчилгээг санхүүжүүлэхэд ашиглана. Иймд орон нутгийн түвшинд нөөцөө дайчлан нэгтгэж эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хүргэх хамт олонд суурилсан чиглэлийг гаргах нь зүйтэй. Эрсдлийг хуваах нь энэхүү зарчмын үндэс бөгөөд өвчлөлийн улмаас өрх бүл санхүүгийн гэнэтийн дарамтанд орохгүй юм. Орон нутгийн түвшинд үзүүлж буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанарыг Засгийн газраас хянах боломжтой. Хамт олны санхүүжилт нь бүхнийг шийдэх зүйл биш гэдгийг санах хэрэгтэй. Хэдийгээр олон улс орнуудад хамт олны санхүүжилтийн зарчим амжилт олоогүй ч энэ нь тухайн орон нутгийн хэрэгцээ шаардлагад нийцэхүйцээр уян хатнаар зохицуулж болох арга зам юм.

Хамт олны санхүүжилтийн хөтөлбөр дэхь урьдчилсан төлбөр хийх зарчмыг хэрэглэгчийн төлбөртэй хольж ойлгож болохгүй. Хэрэглэгчийн төлбөр гэдэг нь (өвчтөний өөрөө төлж буй зардал) өвчтөний өвчилсөн тухайн цаг мөчид үзүүлж буй тусламж үйлчилгээний төлөө төлж буй төлбөр бөгөөд ихэнхи тохиолдолд зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээнд ногдуулсан байдаг. Хэрэглэгчийн төлбөр нь ядуусын зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжид муугаар нөлөөлж үйлчилгээний өртгийн зөвхөн өчүүхэн хэсгийг л нөхдөг болохыг олон орны туршлага харуулж байна<sup>85</sup>. Иймд хамт олны санхүүжилтийн зарчим нь төлбөртэй үйлчилгээнээс зарчмын дараахь хоёр ялгаатай. Үүнд: хамт олны санхүүжилт нь өөрөө төлөх хэрэглэгчийн төлбөр бус, харин урьдчилсан төлбөр бөгөөд хураамж нь улсын төсвөөс санхүүжүүлэх зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх бус, харин түүнд нэмэлт хэлбэрээр үйлчилнэ.

Бага орлоготой орнуудад орлогыг бий болгох өөр нэгэн арга зам бий. Энэ нь их хэмжээгээр өрөөс чөлөөлөн, бий болсон хуримтлалыг эрүүл мэндийн салбарт хуваарилах явдал юм. Их өртэй ядуу орнуудын санаачлагын хөтөлбөр (HIPC Initiative)-ийн хүрээнд өндөр өртэй 30 гаруй ядуу орнуудын өрийн төлөөсийг ҮНБ-ий 2 хувиар бууруулж байгаагийн дөрөвний нэгийг эрүүл мэндийн салбарт шууд зарцуулах болно. Энэхүү санаачлагын хүрээнд өрийн нөөц барагцаалахад өнөөгийн үнээр гуравны хоёроор буурч байгаагийн дээр уламжлалт өрөөс чөлөөлөх зарчмуудыг ашиглана. Энэхүү санаачлагыг 2 чиглэлээр өргөжүүлж болох юм. Үүнд: нэг талаас, хамрагч орнуудын тоог нэмэх болон бууруулах өрийн хэмжээг нэмэгдүүлэх арга хэмжээг нөгөө талаас авч болох талтай. Их өртэй ядуу орнуудын санаачлагын хөтөлбөрийн эхний үе шат өрийн хуримтлалыг нийгмийн салбарт дахин хуваарилах талаар гайхамшигтай амжилтыг үзүүлсэн бөгөөд цаашид бэхжүүлэхийн тулд хоёр талын санхүүгийн дэмжлэгийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай<sup>86</sup>. Гэвч эрүүл мэндийн салбарт хүртэж буй нэмэгдэл хуримтлал нь хандивлагчдаас шаардлагатай хөрөнгө оруулалтын бага хэсэг болохыг тэмдэглэх нь зүйтэй.

Бага орлоготой орнуудад хэрэгжиж буй эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцооны өөрчлөлт шинэчлэлтийн үндсэн стратегид дараахь зургаан үе шатыг баримтлахыг Түр Хороо зөвлөмж болгож байна. Үүнд: (1) эрүүл мэндийн салбарын хэрэгцээнд зориулан олгох татварын орлогыг нэмэгдүүлэн эрүүл мэндийн зардлыг 2007 онд ҮНБ-ий 1 хувь, 2015 онд 2 хувьтай тэнцэх хэмжээнд хүргэх; (2) нийгмийн бараа үйлчилгээг санхүүжүүлэхэд хандивлагчдын тусламжийг нэмэгдүүлэн ядууст хүргэх зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах; (3) төлбөртэй үйлчилгээний хэлбэрээс улсын төсвийн дэмжлэгтэйгээр хэрэгжих хамт олны санхүүжилтийн хөтөлбөрүүдийг оролцуулсан урьдчилсан төлбөрийн зарчимд шилжих; (4) Их өртэй ядуу орнуудын санаачлагын хөтөлбөрт хамрах орнуудын тоо болон чөлөөлөх өрийн хэмжээг нэмэгдүүлэх (хандивлагч улсуудын дэмжлэгийг хүртэх; (5) эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах болон ашиглагдах нөөцийн үр ашиггүй байдлыг бууруулах талаар санаачлагатай ажиллах; (6) үр дүнгүй зардал болон татаасаас татгалзаж, улсын төсвийн зарлагыг ядууст чиглэсэн нийгмийн салбарын хөтөлбөрүүдэд дахин хуваарилах зэрэг болно.

Дундаж орлого бүхий улсуудын санхүүжилтийн асуудал зарим талаараа бага орлоготой орнуудаас ялгаатай байдаг. Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг

бүх хүн амд хүргэхэд эдгээр улсуудын эрүүл мэндийн нийт зардал хүрэлцээтэй. Гэвч үндсэн хоёр хэлбэрийн бэрхшээлтэй тулгарсаар байна. Нэгдүгээрт, дундаж орлого бүхий орнуудад олон тооны ядуу өрхүүд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүртэж чадахгүй байна. Учир нь хэт ядуу тул өөрсдөө эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүртэх боломжгүй бөгөөд Засгийн газрын тэтгэлэгийн хэмжээ ч бага байна. Иймээс дундаж орлого бүхий орнууд шаардлагатай төсвийн санхүүжилтийг ядуу бүс нутагт тусламж үйлчилгээг хүргэхэд чиглүүлэхийг бид тууштайгаар зөвлөж байна. Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээнээс гадуурхи арга хэмжээ буюу ялангуяа халдварт бус өвчнийг хамруулах шаардлагын улмаас эрүүл мэндийн салбар санхүүгийн шахалттай тулгарч байна. Ийнхүү тусламж үйлчилгээний цар хүрээ өсөн нэмэгдэхэд хувь хүний төлөх төлбөрөөр санхүүжүүлбэл хүнд өвчинтэй тулгарах цагт айл өрх санхүүгийн уналтад орох бөгөөд улсын төсвөөс санхүүжүүлбэл эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний өртөг өсөх гэх мэт ихээхэн бэрхшээлтэй тулгарна. Цаашилбал, тусламж үйлчилгээг гэрээгээр (жишээлбэл, эрүүл мэндийн байгууллагуудыг үйлчилгээ нэг бүрээр тооцон санхүүжүүлэхийн эсрэг нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг нэвтрүүлэн бүх нийтийн хамралтыг бий болгох) гүйцэтгүүлэх арга хэлбэр ч бас өөрчлөлтийг дагуулна. Үйлчилгээ нэг бүрээр тооцох зарчим нь өвчтөнд шаардлагагүй эмчилгээ үйлчилгээг үзүүлэх сонирхлыг эрүүл мэндийн байгууллагуудад төрүүлдэг тул өртгийг хэт их хөөрөгдөх аюултай.

Дундаж орлоготой олонхи орнуудын Засгийн газрууд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийг үйлчилгээ нэг бүрээр тооцох замаар хувийн салбарт шилжүүлэх оролдлого хийх хандлага нь өртгийг хэт хөөрөгдөх эрсдлийг агуулж байгаагийн дээр хүн амын ихээхэн хэсгийг хэрэгцээтэй цагтаа үйлчилгээ хүртэх санхүүгийн чадавхгүй болгодгийг өндөр хөгжилтэй орнуудын туршлага харуулж байна. ЭЗХАХБ-ын улсууд бүх нийтийн хамралтыг нэвтрүүлснээр сүүлийн 10-15 жилийн турш ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын өсөлтийг хянаж чадсан байна (Прекер 1998; Томпсон ба Хубер 2001)<sup>87</sup>. Үүнд хоёр шалтгаан буйг Прекер дараахь байдлаар тайлбарласан юм. Үүнд: (1) зарцуулалтыг бодлогын үүднээс хянах явдлыг сайжруулах; (2) хувийн даатгалаас бий болсон зардлыг нэмэгдүүлэх дарамтыг устгасан; мөн (3) зарим улсууд хууль тогтоомжоор баталгаажуулахаас өмнө бараг бүх нийтийн хамралтад хүрсэн байв.

Бараг бүх дундаж орлого бүхий улс орнуудын зардал зайлшгүй шаардлагатай тусламжийг хүргэхэд хангалттай байна<sup>88</sup>. Гэсэн хэдий ч энэхүү зорилтод хүрч чадаагүй байгаа нь дараахь хоёр шалтгаантай юм. Нэгдүгээрт, нийгмийн доторхи орлогын ялгаа их байгаагийн зонхилох хувь нь газар зүйн буюу үндэстэн ястны ялгаат байдалтай холбоотой бөгөөд бас энэ байдал нь улсын төсвийг ядуу хүмүүсийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулахын тулд ашиглах улс төрийн хүсэл эрмэлзэлгүй байгаатай хослох явдал элбэг тохиолдож байна. Тухайлбал, Бразилийн зүүн хойд бүс болон Хятадын баруун эрэгт ядуурал эрчимтэй өсч байгаа бөгөөд хоосорсон олон түмэн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүртэхгүй байгаа нь нийгэм эдийн засгийн ихээхэн хортой үр дагаварт хүргэх болно. Хоёрдугаарт, дундаж орлого бүхий олон орнууд албан бус секторт ажиллагсдадаа зориулсан даатгалын тогтолцоог хөгжүүлээгүй байна. Эдгээр ажилчид эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хүртэхдээ төлбөр төлдөг бөгөөд томоохон өвчлөлд нэрвэгдвэл дампуурахад бэлэн байна<sup>89</sup>. Дундаж орлого бүхий орнуудын эдийн засгийн хөгжлийн стратегийн нэгээхэн хэсэг нь улсын төсвийн

зарлагыг зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг бүх нийтэд хүргэхэд чиглүүлэх ёстойг Түр Хороо зөвлөж байна. Энэ зорилгыг хэрэгжүүлэхэд ядуу бүс нутгийн эрүүл мэндийн тусламжид зарах төсвийн шилжүүлэг шаардлагатай байж болзошгүй. Улсын төсвийн санхүүжилт байснаар албан бус секторт ажиллагсад эрсдэл хуваалцах хөтөлбөрүүдэд оролцох сонирхолтой болно. Төсөвлөлт, төлбөр, гэрээлэлт болон өртөгт нь багтаах арга хэмжээг авч хэрэгжүүлснээр үр ашиг, тэгш байдлыг хэрхэн сайжруулахыг ЭЗХАХБ-ын өнгөрсөн хорин жилийн туршлагаас харж болно.

Хэдийгээр урт хугацаанд дахин хуваарилалтын иймэрхүү шижүүлгийн зарчмыг хэрэгжүүлэх боломжтой ч дундаж орлого бүхий олон улс орнууд богино хугацаанд бэлэн мөнгөгүйдэх үзэгдэл ажиглагдана. Дэлхийн Банк болон Бүс нутгийн хөгжлийн банкууд нь ДЭМБ болон эдгээр улсуудтай нягт хамтран ажиллаж, эдгээр орнуудыг ядуусынхаа тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх үйл ажиллагаа явуулахад нь зориулж, урт хугацааны зээл олгох ба мэргэжил арга зүйн дэмжлэгээр туслахыг чармайл хэрэгтэй. Хэдийгээр энэ зээл нь хөнгөлөлттэй бус хэлбэрийн тусламж ч гэсэн эрүүл мэндийн тусламжийг санхүүгийн зах зээлээс доогуур өртгөөр санхүүжүүлэх боломжийг нэмэгдүүлнэ<sup>90</sup>. Бразил, Хятад, Тайланд гэх мэт дундаж орлого бүхий улсуудын ДОХ ба Сүрьеэ өвчний хяналтад чиглэгдсэн зээлийн үр дүн иймэрхүү арга хэмжээний ач холбогдлыг харуулсаар байна.

**Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүгийн бус дарамтыг бууруулах нь**

Дэлхийн хэдэн зуун сая ядуус эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүртэж чадахгүй байгаа нь зөвхөн санхүүжилт, хөрөнгийн хомсдолтой холбоотой бусаа. Санхүүжилтийг хүлээн авах суваг дэндүү давчуу, хэмжээнээс хэт дүүрсэн эсвэл цоорхой ихтэй буюу нөөц шаардлагатай газартаа хүрдэггүй болон эрүүл мэндийн салбарын эрх мэдэл хүрдэггүй зэрэг байж болно. Түүнчлэн санхүүжилтийн суваг ерөөс байхгүй байх үе ч бий. Эрүүл мэндийн үр ашигтай, өндөр чанартай тусламж үйлчилгээг хүргэх тогтолцоо бүрдээгүй энэхүү нөхцөл байдлын улмаас цаашид тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх хүчин чармайлтууд талаар болдог. Хэрэв зарлагыг хурдан хугацаанд нэмэгдүүлбэл зарим тогтолцоонд түгээмэл тохиолдох эдгээр бэрхшээл нь үндсэн хязгаарлалт болж, материал буюу цалингийн зарцуулалтыг ахиуц үр ашиггүй болгодог. Ийм нөхцөл зарим хөгжиж буй орнуудад хэдийнээ бий болж, үр дүнгүй тогтолцооны улмаас ажиллагсад зогсонги байдалд ордог байна.

Нөөцийг нэмэгдүүлэх үйл ажиллганы салшгүй нэг хэсэг бол бүтцийн дарамтыг арилган шинэ чадавхийг бий болгох явдал юм. Санхүүжилтийг нэмэгдүүлэн үр дүнтэй ажиллавал олон бэрхшээлийг даван туулах учраас хандивлагч улсууд хүлээн авагч орнуудтай хамтран эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх үйлст хөрөнгө оруулах нь зүйтэй. Шинээр барилга байгууламж барих, боловсон хүчний тоо болон сургалтыг нэмэгдүүлэх, удирдлагын тогтолцооны чадавхийг бэхжүүлэх үйл ажиллагаа нь тодорхой цаг хугацаа шаардлагатай тул шуурхай эхлэх шаардлагатай. Тусламж үйлчилгээг хамт олны түвшинд л



нэмэгдүүлэн өргөжүүлэх нь хамгийн тулгамдсан асуудал юм. Бид үүнийг эрүүл мэндийн тогтолцооны нэг хэсэг болох үйлчлүүлэгчид ойр (ҮО) тогтолцоо (Close-to-client system) гэж томъёолдог. ҮО түвшинд тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхдээ үндсэн боловсон хүчнээр хангах болон эм, наад захын хэрэгцээний унаа машинаар хангах явдал чухал юм. Үүнд, эрүүл мэндийн салбарын биет хөрөнгө (барилга, оношлогооны тоног төхөөрөмж, телефон утас ба ҮО төвүүдийн цахим шуудангийн холболт) болон программ хангамжийн асуудлууд багтана. Өөрөөр хэлбэл, удирдлага зохион байгуулалтын сайн тогтолцоо ба ҮО нэгжүүдийг орон нутагт хянах замаар хариуцлагыг нэмэгдүүлэх гэсэн утгыг агуулж байна. Хамт олны идэвхтэй оролцоо болон ҮО тогтолцоогүйгээр ядуусын тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэх боломжгүй юм.

ҮО тусламж үйлчилгээг хүргэх тогтолцооны үед засгийн газар дараахь дөрвөн үүргийг гүйцэтгэнэ. Нэгдүгээрт, төр нь орон нутгийн тархвар зүйн нөхцөл байдалд тулгуурлан эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний багцыг тодорхойлон батална. Хоёрдугаарт, төр нь зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний багцыг улсын төсвөөс (хандивлагчдын дэмжлэгийг оролцуулан) зүй зохистой санхүүжүүлэх баталгааг гаргана. Гуравдугаарт, улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудад төр нь тусламж үйлчилгээг хүргэгч, мөн төрийн бус эмнэлгүүд ажиллаж байгаа нөхцөлд гэрээлэгч болно. Дөрөвдүгээрт, төр нь үзүүлж буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанарын баталгааг гаргагч болох зорилгоор ажиллана. Товчоор хэлбэл, төр нь ихэнхи тохиолдолд тусламж үйлчилгээг үзүүлэгч цорын ганц байгууллага биш ч нийгмийн эрүүл мэндийн хөтөч юм. Эрүүл мэндийн салбарт төрийн үүрэг өсч байгаа өнөө үед ядуу орнуудын засгийн газруудын чадавхи хязгаарлагдмал бөгөөд засаг захиргаа, удирдлага зохион байгуулалтын бэрхшээл байгааг ухаарах шаардлагатай гэж Түр Хороо онцлон тэмдэглэж байна. Өвчний дарамтыг бууруулахын тулд эдгээр бэрхшээлийг зохистойгоор шийдвэрлэх нь улс орнууд болон хандивлагчдын өмнө тулгарч буй асуудлуудын салшгүй хэсэг мөн.

ҮО тогтолцоо нь бүтэц зохион байгуулалтын хувьд ерөнхий мэргэжлийн, харьцангуй энгийн шинж чанартай эмнэлгүүд (хот суурин газрын том эмнэлгүүд болон их сургуулийн бааз эмнэлгүүдийн адил эрүүл мэндийн цогц тусламж үйлчилгээг үзүүлэхгүй) ба эрүүл мэндийн төвүүд, зарим тохиолдолд бага хэмжээний эрүүл мэндийн суурь тусламж үзүүлэгч салбаруудаас бүрдэх юм. Эдгээр нэгжүүд төрөл бүрийн тусламж үйлчилгээг хамт олны түвшинд хүргэх арга хэмжээг зохион байгуулна. Хэдийгээр анагаах ухааны мэргэжил арга зүйн удирдлага шаардлагатай ч ҮО хэлбэрийн нэгжүүдэд ихэнхи тусламж үйлчилгээг хүргэхэд сувилагч нар, олон төрлийн түвшний мэрэгшилтэй эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүд, эх баригчид их эмчээс илүүтэйгээр оролцоно. Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх зохион байгуулалтын дүрслэлийг Хүснэгт 10-т нэгтгэсэн болно. Хөтөлбөр, арга хэмжээ бүрт тусламж үйлчилгээг хүргэх эрүүл мэндийн байгууллагын нэгжийг таамаглан тодорхойлсон болно.

ҮО тогтолцооны эмнэлгийн байгуулагад наад зах нь нэг их эмч болон төрөл бүрийн мэргэжлийн эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүд ажиллах бөгөөд наад зах нь нэг цагийн хугацаанд 100 өвчтөнд хэвтэн эмчлэх тусламж үйлчилгээг хүргэх хүчин чадалтай байж болох юм. Эдгээр эмнэлгүүдэд хурц болон онцгой аюултай өвчтэй

буюу хүндрэлтэй өвчтнүүдийг эмчлэх зорилготой. Түүнчлэн эдгээр эмнэлгүүд эхийн эрүүл мэндийн чиглэлээр, тухайлбал манас таталтын үеийн лавлагаат тусламжийг хүргэж төрсний дараахь үеийн цус алдалт, төрсний дараахь цусан үжил, үр хөндөлтийг доголдолтой хийснээс үүсэх хүндрэлийн эмчилгээ зэрэг тусламж үйлчилгээг хүргэнэ. Энд хүүхдийн ноцтой өвчлөлүүд, хумхаа болон сүрьеэгийн хүндрэлийн эмчилгээг тодорхой түвшинд оношлон эмчлэхэд зохистой газар байх болно. Түүнчлэн энэ түвшинд ХДХВ-тэй өвчтөний ретровирусын эсрэг эмчилгээг нэвтрүүлэн зохион байгуулах нь зүйтэй. Ийм хэлбэрийн эмнэлэгт наад зах нь нэг мэс заслын өрөө, анестезилоги ба рентген туяаны төхөөрөмжүүд, мөн амбулаторийн тусламж үйлчилгээний нэгжтэй байна.

Эрүүл мэндийн ҮО тогтолцоо сайтай газарт наад зах нь эмнэлгээс гадуурхи нэг магадгүй хоёр салбар эрүүл мэндийн төвүүд байна. Салбарт сувилагч болон мэргэжлийн эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүд ажиллана. Эдгээр эрүүл мэндийн төвүүдэд сүрьеэгийн шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээг үзүүлж, хөнгөн хэлбэрийн хүүхдийн өвчнийг оношлон эмчилж, хурц хэлбэрийн өвчний оношлогоо лавлагаат тусламжийг хүргэнэ. Хөнгөн хэлбэрийн хумхаа өвчнийг (сургалт болон зүй зохистой багцалсан эм хэрэгсэл байвал хумхаагийн өвчлөлийн олонхи тохиолдлыг гэрийн нөхцөлд эмчлэх боломжтой ч гэсэн) эмчлэхэд ч тохиромжтой бөгөөд ихэнхи БЗХӨ, ХДХВ/ДОХ ын өвчлөлүүд дэхь нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдварын эмчилгээ ба урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, түүнчлэн холбогдох мэргэжлийн зөвлөгөө өгөх үйлчилгээ зэргийг хэрэгжүүлсний үндсэн дээр ХДХВ-ын шинжилгээг хийж болох юм. Түүнчлэн тамхинаас гаргах талаар зөвлөгөө өгөх болон тамхины эсрэг эмийн эмчилгээ хийх үйлчилгээг ҮО энэхүү түвшинд зохион байгуулах нь үр дүнтэй. Эрүүл мэндийн төвүүд нь энгийн төрөлт, ХДХВ-ийн эхээс хүүхдэд дамжих халдварын эрсдлийг бууруулахын тулд невиваринаар эмчлэх үйлчилгээ ба бусад ретровирусын эмчилгээг удирдан хийх орон байр, нөхцөлөөр хангагдсан байх ёстой. Тухайлбал, өргөн уудам нутагт хүн ам нь тархай бутархай суурьшсан бол *эрүүл мэндийн суурь тусламжийн албууд* гэж нэрлэгдэх байгууллагуудыг зохион байгуулах нь ухаалаг ажил болно. Эдгээр албуудад товлолын вакцинжуулалт, төрөхийн өмнөх болон төрсний дараахь тусламж үйлчилгээ ба хумхаагийн эсрэг эмчилгээг хүн амд хүргэнэ. Гэсэн хэдий ч хүн амын нягтралшил өндөртэй бүс нутагт дээрхи тусламж үйлчилгээг эрүүл мэндийн төвүүдэд үзүүлж болно. Хүн ам тархай бутархай суурьшсан алс холын хөдөө орон нутагт хөдөлгөөнт эмнэлгийг зохион байгуулах байдлаар ч тусламжийг хүргэж болох талтай. Үүнд, тухайлбал, эх хүүхдийн эрүүл мэндийн асуудлаар төрөхийн өмнөх үзлэг, вакцинжуулах кампанит ажил, хоол тэжээлийн микро элементүүдийн хөтөлбөр, шавьж хорхойны сорилтот эмчилгээ, шингэн сэлбэх аргаар суулгалт болон халууралтыг гэрийн нөхцөлд эмчлэх талаар сургалт явуулах зэрэг тусламжийг хүргэж болно. Хумхаагийн гэрийн эмчилгээнд орон байран дотор шүрших ба тахлын үед авч явуулах арга хэмжээний талаар сургах зэргийг багтааж болох юм. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг эрүүл мэндийн салбараас гадуур ч хүргэх шаардлагатай. Тархалт бага байгаа бүс нутагт цар тахлыг хянахын үндэс нь ХДХВ/ДОХ-ын чиглэлээр хамт олны дэмжлэгээр эмзэг бүлгийнхэнд боловсрол олгох санаачлагуудыг өрнүүлэх явдал юм. Бэлгэвч болон шавьж устгагч бүхий шумуулын торын хэрэглээг нэмэгдүүлэхийн тулд нийгмийн ухуулга сурталчилгааны арга зүйг ашиглаж болно. Шимэгч хорхойн халдвар гэх мэт өвчнүүдтэй тэмцэхийн тулд сургуулийн эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх болон ХДХВ/ДОХ-ын

халдварын эрсдлийг бууруулах зорилгоор бэлгийн харилцааны талаар сургалт зохион байгуулах ажлыг хэрэгжүүлж болно.

Худалдагчдыг сургах ба урьдчилан савлалт болон амархан ойлгогдохуйц эмчилгээний зааврыг бэлтгэх замаар эмийн нийгмийн маркетингийн үйл ажиллагааг хэрэгжүүлснээр жижиглэнгийн худалдаанаас авсан эмчилгээний чанарыг сайжруулж болно.

Эрүүл мэндийн салбарын ур чадварын доголдолтой холбоотой бэрхшээлээс зайлсхийх нэгэн арга зам бол хумхаа гэх мэт тухайлсан өвчнийг “босоо” буюу “тусгай хөтөлбөр”-ийн хүрээнд эсвэл хүүхдийн вакцинжуулалт гэх мэтээр цогц байдлаар авч үзэх явдал юм.



**Хүснэгт 10. Тусламж үйлчилгээг хүргэх шатлалаар үзүүлсэн жишээ**

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний шатлал	Сүрьеэ	Хумхаа	ХДХВ/ДОХ	Хүүхдийн өвчин	Эхийн ба перинатал өвчлөл	Тамхи татах
Эмнэлэг	Сүрьеэгийн хүндрэлтэй тохиолдлын шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээ (ДОТС)	Хумхаагийн хүндрэлтэй тохиолдлын эмчилгээ	ХДХВ/ДОХ-ын нөцөлд цус сэлбэлт  Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхитэй эмчилгээ (HAART)  ДОХ-ын хөнгөвчлөх эмчилгээний үед нөхцөлт эмгэг төрөгчийн хүнд хэлбэрийн (оппортунист) халдварын эмчилгээ	ХӨЦМ-ийн хүндэрсэн тохиолдлууд	Төрөхийн яаралтай тусламж үйлчилгээ	
Эрүүл мэндийн төв/эрүүл суурь тусламжийн алба	Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээ (ДОТС)	Хөнгөн хэлбэрийн хумхаагийн эмчилгээ  Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хумхаагийн тасралттай эмчилгээ	Эхээс хүүхдэд дамжих халдвараас урьдчилан сэргийлэхийн тулд ретровирусын эсрэг эмчилгээ болон хөхний сүүг орлогчуудийг хэрэглэх  Оппортунист халдвараас урьдчилан сэргийлэх ба нөхцөлт эмгэг төрөгчийн халдварын хөнгөн эмчилгээ  Сайн дурын үндсэн дээр шинжилгээ, зөвлөгөөнд хамрагдах (VCT)  БЗДХ-ын эмчилгээ	ХӨЦМ  Вакцинжуулалт  Цус багадалтын хүнд хэлбэрийн эмчилгээ	Эмнэлгийн төрөлт  Төрөхийн өмнөх болон төрсний дараахь тусламж үйлчилгээ  Гэр бүл төлөвлөлт ба төрсний дараахь тусламж үйлчилгээ	Тамхинаас гарах зөвлөгөө Тамхины эмийн эмчилгээ
Гэрийн тусламж үйлчилгээ		Тахлын төлөвлөлт ба арга хэмжээ	Эмзэг бүлгийг хамт олны дунд сургах, зүүг солилцох	Вакцинжуулалтын тусгай компанит ажлууд		

		Орон байрны дотор удаан хугацааны үйлчилгээтэй шавьж устгах бодис шүрших		Гэрийн нөхцөлд ХӨЦМ-ийг хэрэгжүүлэх - халууралтын гэрийн эмчилгээ  Микро элементүүдийн хангалт ба шавьж устгалт		
Эрүүл мэндийн салбараас гадна буюу шууд тусламж үйлчилгээг хүргэхгүйгээр үйлчлэх арга хэмжээнүүд		Шавьж устгах бодис бүхий шумуулын торны сурталчилгаа	Бэлгэвчийн сургалт сурталчилгаа  Өсвөр үеийнхэнд зориулсан ХДХВ-ийн талаарх сургуулийн хөтөлбөр	Хувийн эм худалдаачдын чанарыг сайжруулах  Микро элементүүдийн хангалт ба сургуулийн шавьж устгалтын ажил Орон байрны доторхи агаарын бохирдлыг бууруулах бодлого, мэдээлэл, журам  Хүнсний иод, төмөр, цайраар баяжуулах хуулиуд		Тамхины татварыг нэмэгдүүлэх, тамхийг сурталчлах ба дэмжих явдлыг хориглох, цэвэр агаарын тухай хууль, тамхины хор хөнөөлийн талаар сурталчлах
<p><i>Товчлол: ХӨЦМ: Хүүхдийн өвчний цогц менежмент, БЗДХ: Бэлгийн замаар дамжих халдвар, ХДХВ: Хүний дархлал хомсдлын вирус, ДОХ: Дархлалын олдмол хомсдол хам шинж.</i></p> <p><i>Тайлбар: Тусламж үйлчилгээг давамгайлсан хүргэх эрүүл мэндийн байгууллагуудыг харгалзан хуваарилав.</i></p>						



Ийм хэлбэрийн арга хэмжээний үр дүнг үнэлэхэд хялбар бөгөөд техникийн болон санхүүгийн төвлөрсөн хяналтыг эрхэмлэдэг гадаадын олон хандивлагчид ихээхэн сонирхож хөгжлийн тусламжийг ийм арга хэлбэрээр хүргэдэг. Түүнчлэн ийм хэлбэрийн олон хөтөлбөрүүд тодорхой улсуудын дотоодод болон зарим тохиолдолд дэлхий нийтийн хэмжээнд маш амжилттай хэрэгжсэн түүхтэй. Мэргэжил арга зүйн чадавхи төвлөрөхийн дээр хариуцлагын тогтолцоо сайтай тул тухайн өвчин, эрүүл мэндийн асуудалд чиглэгдсэн эдгээр хөтөлбөрүүдийг салган хэсэгчлэхгүй байхыг бид зөвлөмж болгож байна. Бага орлоготой орнууд ҮО тогтолцоог хөгжүүлсэн ч ХДХВ/ДОХ, хумхаа, Сүрьеэ болон бусад өвчлөлийн чиглэлээр үндэсний хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх буюу санаачлах нь зүйтэй.

ҮО тогтолцоо нь үр дүнтэй ажиллаж байгаа ч тусгай зориулалттай эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх нь чухал ач холбогдолтой. Ингэж “зэрэглэн” хандах хандлага нь эрүүл мэндийн ерөнхий мэргэжлийн тусламж үйлчилгээнд нэмэлт болдог. Бид нилээд олон төрлийн тусламж үйлчилгээний хамралтыг ихээхэн нэмэгдүүлэхийг сурталчилж байгаа тул эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг эдгээр тулгамдаж буй асуудлуудыг шийдэхүйцээр бэхжүүлэх нь ил ухамсартай хандлага мөн. Тусгай зориулалттай эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүд нь ҮО түвшин, өвчний эмчилгээ оношлогооны стандарт, чанарын баталгаа хангасан эм, тодорхой үр дүнд чиглэсэн хяналт-шинжилгээний асуудалд мэргэжил арга зүйн тусламж үзүүлэх ба тухайн хөтөлбөрийн улс төрийн өргөн дэмжлэгийг бий болгоход тусална. Ихэнхи тохиолдолд эдгээр тусгай зориулалттай эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийн бий болгосон дэд бүтцийг бусад тулгамдсан өвчнүүдийг хянахад ашиглана. Дээр дурдсан даяарчлалын олон санаачлагуудын үр дүнд ҮО тогтолцоог хөгжүүлэхэд шаардлагатай үндэсний дэд бүтцийг бэхжүүлж өгсөн байна. Түүний зэрэгцээ даяарчлалын санаачлагууд нь хүн амын өргөн давхаргын доторхи эмийн бэлдмэлүүдийн болон бусад чухал материал хэрэгслийн хуваарилалтаас хамаарч байна.

ҮО тогтолцоог хөгжүүлэх, өргөжүүлэх болон зайлшгүй шаардлагатай удирдлагын дэмжлэгийг бий болгох асуудлаар бага орлоготой олонхи улс орнууд хүчин чармайлт гаргаж ажиллах хэрэгтэй. Энэхүү үйл явцын үед тохиолдох бэрхшээлүүдийг бид дэлгэрэнгүй судалж, үйлчилж буй цар хүрээний түвшингээр нь таван ангилалд (Хүснэгт 11) хуваан авч үзлээ. Үүнд: хамт олон болон айл өрхийн түвшин; эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэх түвшин; эрүүл мэндийн салбарын бодлого стратегийн удирдлагын түвшин; төрийн бодлогын асуудлууд ба орчны шинж төлөв-эдгээр болно. Санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх замаар эдгээр бэрхшээлийг шийдвэрлэх боломжтой юу, боломжгүй юу гэдгийг олж тогтоох шаардлагатай. Санхүүжилтийг нэмэгдүүлэн шийдвэрлэх боломжтойд эхний хоёр ангиллыг авч үзэж болно. Учир нь эдгээр хүчин зүйл нь хамт олон болон тэдэнд эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүргэдэг түвшинд үйлчилдэг байна. Бусад гурван түвшний хязгаарлалтууд нь засаглал ба байгууллагын үр дүнгийн гүйцэтгэлээс шалтгаалах бөгөөд шууд утгаараа хөрөнгө мөнгөний тухай биш юм. Түүнчлэн, бүх түвшинд удирдлагын чадавхи дутмаг бол зарим асуудлыг орон нутгийн түвшинд энгийн шуурхай зохицуулж болох боловч үндэсний засгийн газрыг өөрчлөн шинэчилж бэхжүүлэхэд хугацаа ба хүчин чармайлт шаардагдана.



Улс орнуудын тулгамдсан бэрхшээлийг үнэлэн байр эзлүүлэх үүднээс зарим туслах үзүүлэлтүүдийг ашигласан. Үүнд эмэгтэйчүүдийн бичиг үсгийн байдал, 100,000 хүн амд ногдож буй сувилагчийн тоо, сахуу, хөхүүл ханиад, татрангийн гуравт вакцинжуулалтын хамралт, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг хэмжих НҮБ-ын Хүүхдийн сангийн үнэлгээ, хээл хахууль ба засгийн газрын үр ашигтай ажиллагааны Дэлхийн Банкны хэмжүүр, халуун орны бүсэд амьдарч буй хүн амын хувийн Харвардын Их сургуулийн Олон улсын Хөгжлийн төвийн хэмжүүрүүд болно. Дүгнэлтээс үзэхэд эдгээр үзүүлэлтүүд улс орнуудын хувьд асар их ялгаатай байна. Тухайлбал, бага орлоготой улс орнуудад 100,000 хүн амд ногдох эмнэлгийн сувилагчдын тоо 5-аас 874-ын хооронд хэдбэлзэж байна. Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хүртээмжтэй гэж тодорхойлсон хүн амын эзлэх хувь 18 хувиас 95 хувь хүртэлхи түвшинд байна.

**Хүснэгт 11.** Тулгамдаж буй бэрхшээлүүдийг ангилах нь

<b>Түвшин</b>	<b>Тулгамдаж буй бэрхшээлүүд буюу хязгаарлалтууд:</b>
Хамт олон ба Өрх гэрийн түвшин	Үр дүнтэй арга хэмжээний эрэлт байхгүй Үр дүнтэй арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд учирч буй саад бэрхшээлүүд. Үүнд биет, санхүүгийн ба нийгмийн бэрхшээлүүд
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэх түвшин	Чадавхитай боловсон хүчний хомсдол ба хуваарилалт Арга зүйн удирдамж, хөтөлбөрийн удирдлага, хяналт сул Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хангамж зүй зохистой бус Тоног төхөөрөмж (лаборатори ба харилцаа холбоог оролцуулан) байхгүй ба эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж муу
Эрүүл мэндийн салбарын бодлого ба стратегийн удирдлагын түвшин	Төлөвлөлт, удирдлагын хэт төвлөрөлт болон сул тогтолцоо Эмийн бодлого, эм хангамжийн тогтолцоо сул Эм, хувийн салбар ба зүй зохисгүй үйлдвэрлэлийг зохицуулах хууль эрх зүйн тогтолцоо шаардлага хангахгүй Засгийн газар ба иргэний нийгмийн хоорондын эрүүл мэндийн асуудлархи салбар хоорондын хамтын ажиллагаа муу Нөөцийг үр ашигтай ашиглах, хэрэглэгчдийн хэрэгцээ ба сонирхолд зохицуулах урамшууллын тогтолцоо сул Улс орны бодлогод хохирол учруулж, уян хатан байдал, эзэмшлийг доголдуулах хандивлагчдын санхүүжилтээс хамаарсан байдал
Төрийн бодлого ба Салбар хоорондын асуудлууд	Засгийн газрын хүнд суртал Харилцаа холбоо ба тээврийн салбарын дэд бүтэц муу
Хүрээлэн буй орчны үзүүлэлтүүд	А. Засаглал ба бодлогын нэгдсэн тогтолцоо Хээл хахууль, төрийн удирдлага сул, хууль дүрмийн хэрэгжилт мөрдөлт сул Улс төрийн тогтворгүй ба найдваргүй байдал Нийгмийн салбарт ач хоблогдол өгдөггүй Төрийн хариуцлагын тогтолцоо сул Чөлөөт хэвлэл байхгүй Б. Бодит орчин Өвчний байгал цаг уурын болон газар зүйн өртөмтгий байдал Тусламж үйлчилгээг үзүүлэхэд бодит орчин таарамжгүй

Эх сурвалж: Hanson et al.

Дэлхийн бага ба дундаас доогуур дундаж орлоготой орнуудын олонхи болох тэрбум гаруй ядуучууд амьдардаг Хятад ба Энэтхэг нь хамгийн бага бэрхшээлтэй гэгдэх бүсэд багтаж байгаа нь чухал юм. Харин хамгийн их бэрхшээлтэй бүсийн улсуудад

Ангол, Бурунд, Төв Африкийн Бүгд Найрамдах улс, Чад, Бүгд Найрамдах Ардчилсан Конго Улс, Эритрея, Гвиней-Бисау, Гайти, Либер, Мавритан, Нигер, Нигери, Сомали ба Йемен орно. Эдгээрийн ихэнхи улсууд Африкийн Сахарын өмнөд хэсэгт багтдаг бөгөөд мөргөлдөөнтэй (дотоодын буюу гадаадын) байгаа буюу саяхан хүртэл зөрчилтэй хэвээр байв. Түүнчлэн эдгээр олон улс оронд засаглалтай холбоотой саад бэрхшээлүүд ихээхэн газар авчээ. Бид эдгээр дурдсан улсуудын хөгжлийн хязгаарлалт хамгийн бага болон дээд бүлэгт багтдаг орнуудын хоорондох чанарын ялгааг авч үзэхэд тулгамдаж буй бэрхшээлүүдийн тодорхой үзүүлэлтүүдийн хоорондын хамаарал эдгээр хязгаарлалт ихтэй орнуудад харьцангуй өндөр байна.

Хөтөлбөр, арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд эдгээр бэрхшээлтэй улсуудад хамгийн хүндрэлтэй байдаг. Эдгээр улсуудын эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд бага орлоготой орнуудын дунджаас доогуур байна. Нэг хүнд ногдох сувилагчийн тооны гуравны нэг, нялхсын эндэгдэл бараг хоёр дахин их, эхийн эндэгдлийн түвшин хоёр илүү дахин өндөр байна. Бусад бага орлоготой орнуудтай харьцуулахад өдөрт 1-ээс бага ам. доллараар амьдарч байгаа хүн амын хувь хоёр дахин олон байна. Гэвч бодит дүнгээр авч үзэхэд эдгээр орнууд бэрхшээлийн харьцангуй бага хэсгийг эзэлж байна. Эдгээр нь жижиг улсууд (ихэнхи нь 10 саяас доош хүн амтай) бөгөөд хүн амын нийлбэр дүн 250 сая байна. Ядуурал өндөр байгаа ч бага орлоготой орнуудын хүн амын дотор өдөрт 1-ээс бага ам доллараар амьдарч буй хүн амын зөвхөн 13 хувийг эзэлж байна. Өөрөөр хэлбэл, өдөрт 1-ээс бага ам доллараар амьдарч буй хүн амын 87 хувь нь бэрхшээл ихтэй орнуудад амьдардаггүй байна.

Дарамт хүндээр тусч буй хэсгийн төгсгөл хавийн зарим улсуудыг орхигдуулсан тул уг судалгаа тун бүдүүн тойм болсон. Гэсэн хэдий ч хамгийн ядуу тэрбум хүн ам засаглал хэт дорой, иргэний нийгэм хэт сул, боловсролын түвшин хэт доогуур ба дэд бүтцэд хөрөнгө оруулалт үнэ цэнэгүй орчинд амьдарч байгаа тул юу ч хийх боломжгүй гэж зарим бүлэг хүмүүс маргадаг. Бодит байдалд ийм биш. Гэвч тэдгээр хүмүүсийн тэмдэглэсэнчлэн хэт хязгаарлагдмал байдалтай орнууд байдаг ч ихэнхи ядуусууд тийм бүс нутагт биш харин ч нөхцөл байдал нь хамаагүй дээр улс орнуудад амьдардаг. Бэрхшээлүүдийг даван туулахын тулд чадавхийг бэхжүүлэхэд ихээхэн хөрөнгө оруулалт хамгийн доод хэсгийн орнуудад ч шаардлагатай байна.

Засаглалын байдал сул, эдийн засгийн чадавхи тааруу, хээл хахуульд идэгдсэн, байдал буюу хөгжих орчин нөхцөл муу байх нь эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдэд хөгжлийн бусад хэлбэрийн тусламжтай харьцуулахад арай бага зэргийн саад тотгор үзүүлнэ. Цагаан цэцгийг устгахад бүх оронд аливаа бэрхшээлээс хамаарахгүйгээр үр ашигтай арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэхийг шаарддаг бөгөөд Онкоцеркозийн Халдвартай Тэмцэх Хөтөлбөр нь бэрхшээл ихтэй улсуудад ихээхэн амжилт олсон. Түүнчлэн уяман, дракунулез, чагасын өвчин болон бусад өвчнүүдийг хянах болон устгах зорилтыг томоохон арга хэмжээ, хүчин чармайлтыг хэрэгжүүлснээр амжилтад хүрсэн байна. Эндээс нийгмийн бараа үйлчилгээний хэлбэрээр орж ирж буй олон улсын хөтөлбөрүүд нь дотоодын саад тотгорыг даван туулахад хэрэгцээтэй гэсэн чухал ач холбогдолтой дүгнэлт гарч байна. Олон улсын түвшинд үзүүлж буй эрүүл мэндийн арга хэмжээ нь зарим тохиолдолд дотоодын улс төрийн тогтолцоог нөхөж болох юм. Бэрхшээл их байх нь заримдаа шилжилтийн байдалтай байдгийг харгалзан үзнэ. Хэрэв бидний шинжилгээг хэдэн жилийн өмнө хийсэн бол Уганда болон Мозамбик гэх мэт улсууд хамгийн бэрхшээл ихтэй

орнуудын тоонд орох байсан байх аа. Өнөөдөр эдгээр орнууд бахархмаар амжилтанд хүрчээ. Тулгамдсан бэрхшээл ихтэй хэмээн бидний тодорхойлж буй улс орнууд бусдын хувьд онцгой нөхцөл байдлын улмаас ийм байдалд байгаа тул зарим хүмүүс шуурхай нөхцөл байдал хэмээн ангилдаг. Эрүүл мэндийн арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд шуурхай нөхцөл байдал нь ихээхэн бэрхшээлийг учруулдаг ч хумхаа болон бусад өвчний тахлын хяналтын нөхцөлд ач холбогдолтой юм. Засаглалын үндсэн орчин нөхцөл сайжирсан нөхцөлд тухайн өвчинд чиглэгдсэн эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдэд зарцуулах санхүүжилтийн тусламжтайгаар байгууллагын чадавхийг хөгжүүлж болно.

Гэсэн ч хээл хахуульд өртсөн, төлөвлөлтгүй, урт хугацааны хөгжлийн чиг хандлагаа тодорхойлоогүй байх нь эрүүл мэндийн салбарыг төдийгүй улс орныг ч дордуулна. Хүчирхийлэл ба сөргөлдөөнтэй, үндэстэн угсаатан ба арьс өнгөөр ялгаварлан цөөнхийг нухчин дардаг, охид эмэгтэйчүүдийн эсрэг ялгаварлан гадуурхдаг улсуудад эрүүл мэндийн салбарын чадавхийг тогтвортой сайжруулахад хүндрэлтэй буюу боломжгүй байдаг. Эрх мэдэл бүхий байгууллагуудад хүчээ төвлөрүүлж орон нутгийн хүмүүсийг эрүүл мэнд гэх мэт тэдний өөрсдийн асуудлуудад оролцуулдаггүй, эрх олгодоггүй улсууд боломжит амжилтанд хүрч чаддаггүй. Ийм нөхцөл байдалтай улсууд байдаг бөгөөд цөөн тооны биш ч гэсэн эзлэх хувийг нь бид амар хялбар тодорхойлох боломжгүй. Хандивлагчид эдгээр улсуудад их хэмжээний хөрөнгө оруулалт хийх нь эрүүл мэндийн арга хэмжээг өргөжүүлэх ерөнхий хүчин чармайлтыг сааруулж, хандивлагчдын татвар төлөгчдийн итгэл алдран хүчин чармайлт нь талаар болоход хүргэнэ.

Богино хугацааны макро эдийн засгийн хямралын улмаас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж доголдох бөгөөд эрүүл мэндийн салбар богино хугацааны цочролыг даван туулах нөөц бололцоогоор сайн хангагдаагүй л бол хүртээмжийг өргөжүүлэх, нэмэгдүүлэх үйл явцад саад тотгор болно. Богино хугацааны макро эдийн засгийн хямралын улмаас төсвийн зардал буурч болзошгүй тул хандивлагч болон олон талт байгууллагууд тухайн улсын төр засагтай хамтран зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийг хорогдуулахгүй байхыг онцгой анхаарах нь зүйтэй. Эдийн засгийн доройтлын үед эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг доголдуулахгүй байх зорилтыг хэрэгжүүлэхэд хандивлагчдын тусламж нэн чухал. Өрхүүд ядууралд өртөж эхлэхэд эдийн засгийн доройтлын өмнө байсан эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний түвшинг л зөвхөн хамгаалан, сөрөг үр нөлөөнөөс урьдчилан сэргийлж чадахгүй. Иймд үүнээс өрсөн нийгмийн хамгааллын сүлжээг зохион байгуулах хүчин чармайлтууд ядуусыг хамгаалахад шийдвэрлэх ач холбогдолтой.

## Эрүүл мэндийг дэмжих үйлст эрүүл мэндийн салбарын оролцоо

Эрүүл мэндийн үр дүнтэй бодлогыг боловсруулахад эколог, нийгэм, хүн ам зүй, эдийн засаг, улс төр зэрэг орон нутгийн бүх нөхцөл байдлыг сайтар ойлгох шаардлагатай. Учир нь эдгээр хүчин зүйлс нь нийгмийн эрүүл мэндийн стратегит тусгагдаж, нөгөө талаар хүн амын эрүүл мэндийн байдалд ихээхэн нөлөөлдөг юм. Хөрөнгө оруулалт, зан үйлийн өөрчлөлтийг зөвхөн эрүүл мэндийн салбарт төдийгүй

түүний гаднах бусад олон тэргүүлэх салбаруудад зохион байгуулах шаардлагатай. Эрүүл мэнд, эмнэлгийн үйлчилгээ (нэг хүнд ногдох эмчийн тоогоор хэмжигдэх), өрхийн орлого (нэг хүнд ногдох ҮНБ-ээр орлуулсан), экологийн нөхцлийн (эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлдөг халуун бүс нутаг, эрүүл мэндэд тааламжтай далайн эргийн газар) олон талт үүргийг энэхүү илтгэлд зориулан бэлтгэсэн эконометрикийн тооцоогоор (ялангуяа 1975 –1990 онуудад хэсэг бүлэг орнууд дахь эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт) баталгаажуулж болно<sup>92</sup>. Эрүүл мэндийн салбарын өөрчлөлт шинэчлэлтээс гадна эрүүл мэндийн бодлогод дараахь дөрвөн чиглэлийг анхаарах шаардлагатай.

### (1) Эрүүл мэндийн дэд бүтэц ба технологи

Вакцинжуулалт, антибиотик зэрэг хорьдугаар зууны хамгийн хүчирхэг эрүүл мэндийн зарим арга хэмжээ эхлэхээс ч өмнө баруун Европ, Хойд Америкийн улсуудад хүн амын дундаж наслалт өсч, нас баралт буурч байв. Энэхүү амжилтанд Фогельийн томьёолсноор бол “эрүүл мэндийн дэд бүтэц” буюу цэвэр усны хангамж сайжирсан, хот суурингийн бохир ус, хогийн хаягдлын цэвэрлэгээ, үйлчилгээ бий болсон, боловсруулсан сүү болон хоол хүнсний бэлтгэл хадгалалтын аюулгүйн бусад сануулга, газар тариалангийн технологи ба бүтээмж сайжирснаар шим тэжээлийн хэрэгцээ нэмэгдсэн болон хот суурин руу хүнс тэжээлийн тээвэрлэлтийн зардал буурсан зэрэг хүчин зүйлс ихээхэн нөлөөлсөн юм. Дэд бүтцийн өсөлт хөгжил гэдэг нь зөвхөн шавар зурах, тоосго өрөх асуудал биш бөгөөд практик туршлагатай ч холбоотой гэдгийг цохон тэмдэглэж байна. Зөвхөн био анагаах ухаан төдийгүй хөдөө аж ахуй (жишээлбэл, тэжээллэг чанараар баяжуулсан үр тариа буюу их ургацын тариа), орчны менежмент, болон бусад салбаруудад технологийн дэвшлийг нэвтрүүлэхэд хөрөнгө оруулалт хийх зэрэг нь шийдвэрлэх үүрэгтэй.

### (2) Экологийн нөхцөл

Олон өвчин тухайн орны экологийн бодит нөхцөл байдлаас ихээхэн шалтгаалдаг. Өвчин нь цаг агаарын байдал, борооны улирал, цэвэр усны хангамж болон шумуул гэх мэт тухайлсан өвчний дамжуулагчийн байдал (эргээд цаг агаар, түүхийн зүй тохиол, ба био газар зүйн байдал нөлөөлдөг), хүн амын суурьшилт, нягтрал (хувь хүмүүсийн бөөгнөрөл), агаарын бохирдол болон бохир ус гэх мэт орчны эрсдэлд өртөх зэргээс шалтгаална. Эх газраас арлууд ялгаатай<sup>93</sup>, сэрүүн бүсээс халуун, цөлөөс чийглэг нутаг, далайн эрэг нь бөглүү нутгаас тус тус ялгаатай. Ихэнхи сэрүүн бүсийн нутагт хумхааг дарсан байхад халуун орны ихэнхи хэсэгт байсаар байгаа нь тийм ч хачирхалтай бус зүйл юм. Түүнчлэн Африкт хумхаа хамгийн эрчимтэй тархаж байгаагийн нэг шалтгаан нь шумуулын хамгийн хөнөөлтэй дамжуулалт (*Anopheles gambiae*) тус тивд байдаг явдал юм. Халуун улиралтай бүс нутаг нь сэрүүн улирлтай бүс нутгаас бактерээр үүсгэлтэй суулгалтанд өртөхдөө хамаагүй хялбар байна. Экологийн нөхцөл байдлаас шалтгаалан стратегийн чиг хандлага болон өртөг зардал ихээхэн ялгаатай тул орон нутгийн онцлог нөхцөл байдалд хэрэгжүүлэх арга хэмжээг зохицуулах ёстой<sup>94</sup>. Зарим бүсүүдэд хумхаагийн дамжуулагчийн хяналтад шавьжны устгах бодис шингээсэн орны торыг ашиглах нь үр дүнтэй байхад зарим нутгуудад гэрийн доторхийг шүрших болон шавьжны авгалдайг устгах бодисыг цацах нь дээр байдаг.

### (3) Хүйсийн тэгш байдал ба боловсрол гэх мэт нийгмийн нөхцөл байдал

Нийгмийн нөхцөл байдал маш их ач холбогдолтой. Эрүүл мэндийг сайжруулахад бичиг үсэг мэдэх байдал, тэр дотроо эмэгтэйчүүдийн бичиг үсэг мэдэх байдал ихээхэн хувь нэмэр оруулна. Зарим оронд бүх нийтийн бичиг үсгийн боловсролыг эрхэмлэдэг. Гэтэл зарим нэгэн улс оронд охидын бичиг үсэг мэдэх явдлыг үгүйсгэдэг бөгөөд угсаатны цөөнх болон нийгмийн гарал доогуур хэсгийнхээ бичиг үсэг мэдэх байдлыг няцаасаар байна. Иймд угсаатан үндэстний гарал, нийгмийн давхраа ба хүйсийн ялгаварлан гадуурхалт нь өвчний хяналтын амжилттай байх буюу уналтад ихээхэн үүрэг гүйцэтгэж болох талтай. Үүнд: эмэгтэйчүүдийн нийгмийн байдал нь эрүүл мэндийн салбар үр дүнтэй байх томоохон хүчин зүйл болдог. Эмэгтэйчүүд эрчүүдтэй харьцуулахад гэр бүлийн хязгаарлагдмал нөөцөөс хүүхдүүдийн боловсрол эрүүл мэндэд илүү хөрөнгө оруулдаг нь олон оронд батлагдсан байна. Хувийн зан үйл ч бай албан ёсны эрүүл мэндийн тогтолцооны хүртээмж ч бай эрүүл мэндийн бараг аливаа арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд эхийн бичиг үсэг мэдэх байдал шийдвэрлэх үүрэгтэй. Охидын боловсролыг хязгаарладаг улс орнуудын эрүүл мэндийн байдал муу байдаг тул эдийн засгийн өсөлт ч сул байна. Иймд ядуу эмэгтэйчүүд ба охидын мэдээлэл, үйлчилгээ, эмийн эрх тэгш хүрэлцээг хангах нь чухал юм. Түүнчлэн бидний энд зөвлөмж болгосончлон эмэгтэйчүүд, охид хамт олны ба иргэний нийгмийн оролцоонд чухал үүрэг гүйцэтгэх ёстой. Дүгнэж үзвэл, МХЗ нь хүйсийн эрх тэгш байдал, эмэгтэйчүүдийг хүчирхэгжүүлэх тухай уриалж байгаа нь эрүүл мэндийн МХЗ болон энд тэмдэглэсэн санаачлагуудыг хэрэгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой.

Бэлгийн замын халдварт өвчний тархалтын байдалд бэлгийн зуршил хүчтэй нөлөөлдөг талтай. Африкт ДОХ-ын тархалт өндөр байгаа нь нэг талаараа шилжин суурьшигч ажилчид (жишээлбэл, уурхайчид) ба биеэ үнэлэгчид гэх мэт өндөр эрсдэлтэй бүлэгтэй бэлгийн сүлбээтэй байгаатай холбоотой гэж тэмдэглэсэн билээ. Африк болон Ази тивийн зарим хэсэгт эмэгтэйчүүд бэлгийн харьцааны эрх мэдэлгүй байгаа нь ХДХВ-ийн тархалтад нэрвээс болдог байна. Баруун Африкийн лалын шашинт орнуудад тархалт доогуур байгаа нь ХДХВ-ийн тархалтаас хамгаалах шинжтэй байж болзошгүй гэж үзсэнээс эрэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтний хөвчийг таслах заншлыг сурталчлах (Африкийн лалын шашинт улсуудад нилээд тархсан) нь соёлын нэгэн хүчин зүйл болж байна.

### (4) Даяарчлал

Даяарчлал нь бүхэлдээ дэлхий нийтийн эрүүл мэндэд ач тусыг авчирдаг (Фийчем 2001). Дэлхийн зах зээл нэгдсэнээр шинэчлэл ба технологийн дэвшлийн тархацыг (тухайлбал, эрүүл мэндийн үйлчилгээний худалдаагаар) нэмэгдүүлэх бөгөөд энэ нь мэдээж хэрэг хүн төрөлхтөнд нийтийн ач тус болно. Гэвч бага орлоготой орнууд даяарчлалаас үүдэн гарч буй наад зах нь бодлогын дөрвөн бэрхшээлтэй тулгарч байна. Нэгдүгээрт, даяарчлал нь хамгийн ядуу орнуудаас мэргэжилтэй боловсон хүчний дайжих (*brain drain*) үзэгдэлд нөлөөлсөн. Алжир, Бенин, Буркина Фасо, Кейп Верд, Коте д'Ивуар, Гамби, Гана, Гвиней, Гвиней Бисау, Либери, Мали, Мавритан,

Марокко, Нигери, Сенегал, Сиерра Лионе, Сомали, Судан, Того, Тунис гэсэн Африк тивийн 20 улсуудын хувьд дээд боловсролтой хүн амын 35-аас илүү хувь нь гадаадад амьдарч байна гэсэн тооцоог Олон Улсын Шилжилтийн байгууллагаас 2001 онд гаргажээ. Нэг талд Африк тивээс эмч нар шилжсээр байхад өндөр хөгжилтэй Канад, АНУ гэх мэт улсууд эдгээр эмч нарыг тусгай урамшуулал, визийн хөнгөлөлт болон ухуулга сурталчилгааны компаниар дамжуулан ажилд авч байна. Хоёрдугаарт, олон улсын хөдөлгөөнт нийслэлийн өрсөлдөөн нэмэгдэж байгаагийн дээр хөрөнгө оруулалтаар олон улсын түвшинд өрсөлдөхийн тулд татварыг бууруулах ёстой гэж олон засгийн газрууд үзэж байна. Татварыг бууруулах нь эдийн засгийн өсөлтөд эерэг нөлөөтэй ч засгийн газрууд эрүүл мэндийн салбарыг улсын төсвөөс санхүүжүүлэхэд хүндрэлтэй болгож байна. Хятад гэх мэт орон нутгийн эрүүл мэндийн төвүүдийг төсвийн дийлэнхи хэсгийг зах зээлийн орлогоос санхүүжүүлэх (төвүүд зарлагаа нөхөх үүднээс эм болон бусад үйлчилгээг хэтрүүлэн зарах) шийдвэр гаргасан нь эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээнээс ядуусыг орхигдуулж байна. Гуравдугаарт даяарчлал нь өвчний тархалтын хурдацыг нэмэгдүүлэх хандлагатай. Хүн амын хоорондын холбоо бага зэргээр ч өссөн (жишээлбэл, жуулчлал, шилжих хөдөлгөөн, бизнес аялалаар дамжуулан) халдварт өвчний тархалтыг ихээхэн хэмжээгээр нэмэгдүүлдэг болохыг онолын судалгаа харуулж байна<sup>95</sup>. Дөрөвдүгээрт, даяарчлал нь тухайлбал, хооллолт ба тамхины хэрэглээ гэх мэттэй холбоотой дотоодын соёлын зүй тогтлыг эвдэж байна. Өөх тос ихтэй хоол, тамхи татах явдал нэмэгдэх, хууль бус эмийн хэрэглээ (ДОХ, гепатит С болон бусад цусны гаралтай өвчнүүдийн тархалтын үндсэн суваг байж болзошгүй) нэмэгдэх зэрэг эрүүл мэндэд хортой хэрэглээ хурдацтай өсч байгааг бид харж болно.

## Өвчний эсрэг тэмцэлд дэлхий нийтийн мэдлэгийг дайчлах нь

Өргөн утгаараа, нийгмийн бараа гэдэг нь зах зах зээлээс нийлвүлэгддэггүй эдийн засгийн үйл ажиллагаа болон бүтээгдэхүүнээс бүрддэг ба тэдгээрийг төрөөс хангах буюу санхүүжүүлэх шаардлагатай байдаг. Орон нутгийн (цагдаа ба гал хамгаалах) болон үндэсний (батлан хамгаалах) шинж чанартай нийгмийн бараа бүтээгдэхүүний үндсэн нийлвүлэгчид нь тухайн нутаг дэвсгэр болон төвийн засаг захиргаа болно. Дэлхий нийтийн бараа бүтээгдэхүүний ашиг тус тухайн улсуудын хил хязгаарын гадна байдгаас тэдгээрийг орон нутгийн болон үндэсний засаг захиргаанаас хангадаггүй. Өвчний эсрэг тэмцэхэд ДНБ-нд ямарч орны засгийн газрын хөрөнгө болон хөшүүрэг түүнчлэн үндэсний түүвшний хөтөлбөрүүдийн нийт дүнгээс ч их хэмжээний хөрөнгө оруулалт шаардлагатай.

Хамгийн чухал ач холбогдолтой нийгмийн бараа үйлчилгээнүүдийн нэг нь судалгаа шинжилгээ(СШ)-нд хөрөнгө оруулалт хийх замаар шинэ мэдлэгийг хөгжүүлэх явдал юм. Мэдлэг нь “хэрэглээний өрсөлдөөнгүй” буюу нэг хүн мэдлэгийг ашиглах нь бусдын хэрэгцээг бууруулахгүй тул шинэ мэдлэгийг өргөнөөр түгээж ашиглуулах явдлыг баталгаажуулах нь нийгэмд ач тустай. Судалгаа шинжилгээний үр ашиг үнэ төлбөргүй ч ашгийг эрхэмлэгч пүүсүүд эхнээсээ л судалгаа шинжилгээнд хөрөнгө оруулах сонирхолгүй байдаг. Мэдлэгийг бий болгох хэрэгцээг судалгаа шинжилгээнд хөрөнгө оруулалт хийх хувийн хэвшлийн сонирхолын хэрэгцээтэй

тэнцүүлэх тухай прагматик хандлага бол бодлогын хоёр хэрэгслийг уялдуулах явдал юм. Өөрөөр хэлбэл судалгаа шинжилгээний ажлыг төрөөс санхүүжүүлж түүнд хөрөнгө оруулж буй хувийн хэвшлийнхний патентыг хамгаалах явдал юм. Тухайлбал, Америкийн Нэгдсэн улсад Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэнгийн дэмжлэгтэйгээр био анагаах ухааны судалгааг холбооны засгийн газраас санхүүжүүлж байгаа нь патентын хамгааллын дор үйл ажиллагаа явуулах хувийн хэвшлийн эмийн үйлдвэрлэлийг бий болгож шинэ эмийг зохион бүтээхэд нэн чухал үүргийг гүйцэтгэж байна.

Мэдлэгийг хөхүүлэн дэмжих үүднээс СШ-г хөгжүүлэхэд улсын болон хувийн секторын хоорондын хөдөлмөрийн хуваарь зарчмын хамааралтай зүйл юм. Ялангуяа, шинжлэх ухааны суурь ойлголтуудын өргөн хэрэглээ ба тархалт нийгэмд ашиг тусыг өгдөг тул эдгээр үндсэн мэдлэгийн ололтод зохиогчийн эрхийг олгох нь зохистой бус<sup>96</sup>. Иймд шинжлэх ухааны суурь судалгааны төлөө СШ-г хөгжүүлэхэд улсын тусламж дэмжлэг тун чухал. Америкийн Нэгдсэн Улсын “чөлөөт зах зээл”-ийн нөхцөлд ч ийм төрлийн улсын зардалд хоёр талын хүчирхэг дэмжлэг үйлчилдэг<sup>97</sup>. Нөгөө талаар, шинжлэх ухааны өргөн ухагдахуунуудын тухайлсан хэрэглээнд зохиогчийн эрхийг олгох нь бүтээгдхүүнийг зохион бүтээж турших эрсдэлтэй бөгөөд өндөр өртөгтэй үйлст дэмжлэг болно. Суурь мэдлэгт бус хэрэглээнд зохиогчийн эрхийг олгож байгаа тул сул чөлөөтэй ижил мэдлэгийн өрсөлдөөнтэй олон хэрэглээ эзэмшигчдийн хоорондын өрсөлдөөнийг бий болгоно. Технологийн ололт амжилтыг суурь шинжлэх ухаанаас эцсийн бүтээгдэхүүнийг турших үйл явц гэж үзвэл улсын төсвөөс эхний хэсгийг санхүүжүүлж зохиогчийн эрхээр сүүлийн үе шатуудыг хөгжүүлэх сонирхлыг дэмжих нь зүйтэй.

Дээрх үйл явцын бүх үе шатанд, ядуу орнуудад зонхилон тохиолддог өвчинд чиглэсэн СШ-ний сонирхлыг төрүүлэх механизм доголддог. Ядуу орнуудын засгийн газарт СШ-г санхүүжүүлэх хөрөнгө байхгүй ба зохион бүтээсний эцэст ашиглах томоохон зах зээлгүй нөхцөлд зохиогчийн эрх ач холбогдол муутай болно. Үүний дүнд хумхаа болон бусад халуун орны шимэгч хорхойн өвчнүүд гэх мэт ядуу орнуудад зонхилон тохиолддог өвчинд зориулсан СШ-ний ажлын санхүүжилт ихээхэн доголдоход хүрнэ. Баян улсууд ижил төрлийн өвчинд нэрвэгдэж байгаа тохиолдолд ихэвчлэн СШ-ээс ядуу орнууд ашиг тус хүртэж чаддаг<sup>98</sup>. Гурван өвчнүүдийг хооронд нь ялган салгах нь зүйтэй. *1 дүгээр хэлбэрийн өвчин (Type I disease)* нь эмзэг бүлгийн хүн ам олонтой баян болон ядуу улсуудад хоёуланд нь тохиолддог. Үүнд улаан бурхан, гепатит b, ба b хэв шинжийн *Haemophilus influenzae* буюу (Hib) гэх мэт халдварт өвчнүүд болон халдварт бус өвчнүүд (жич, чихрийн шижин, зүрх судасны өвчин ба тамхинаас үүдэлтэй өвчнүүд) орно. 1 дүгээр хэлбэрийн өвчний үед баян орнуудад СШ-г хөгжүүлэх сонирхол бий (суурь шинжлэх ухааныг төрөөс санхүүжүүлж бүтээгдэхүүний зохион бүтээхэд зохиогчийн эрхээр хамгаалах). Бүтээгдэхүүн бэлэн болоход зохиогчийн эрх бүхий өндөр үнэтэй технологийг олж ашиглах асуудал үүсдэг. Өнгөрсөн 20 жилд 1 дүгээр хэлбэрийн өвчний эсрэг олон вакциныг бий болгосон ч өртөг өндөртэй улмаас ядуу орнуудад өргөн хүрээтэй нэвтрүүлж чадаагүй болно. *II дугаар хэлбэрийн өвчин* нь ядуу болон баян улсуудад хоёуланд нь тохиолддог ч ядуу орнууд ихэнхи хэсгийг эзэлдэг байна. СШ-г хөгжүүлэх сонирхол баян орнуудад байгаа ч дэлхийн нийтийн түвшинд зардлын түвшин өвчний дарамттай харьцуулшгүй юм. 2 дугаар хэлбэрийн өвчний түгээмэл жишээ бол

ХДХВ/ДОХ ба сүрьеэ юм. Эдгээр өвчнүүд баян ядуу орнуудад тархсан боловч өвчлөлийн 90-ээс дээш хувь нь буурай хөгжилтэй улсуудад байна. ХДХВ/ДОХ-ын вакциныг хөгжүүлэх талаар баян улсуудын зах зээлийн эрэлтийн улмаас СШ томоохон ажил өрнөж байгаа ч дэлхий нийтийн хэрэгцээ буюу ядуу улсуудын өвчний нөхцөл байдалтай харьцуулахад дутагдалтай байна. *III дугаар хэлбэрийн өвчин нь* хөгжиж байгаа орнуудад ихээхэн хэмжээгээр буюу онцлон тохиолддог Африкийн унтах өвчин (трипаносомоз) ба Африкийн голын сохролт (онкоцеркоз) зэрэг орно. Ийм төрлийн өвчинд зориулах судалгаа шинжилгээний хэмжээ өчүүхэн бөгөөд баян орнуудад бизнесийн чиглэлийн СШ бараг байхгүй. Тухайлбал “Merck” компаний зохион бүтээсэн мал эмнэлгийн зориулалттай эм (ivermectin) хүний онкоцерциацийг хянахад үр ашигтай болох нь батлагдсантай адил шинэ технологи бий болсон ч тэр бүр мэдэгддэггүй байна. Урьдчилан сэргийлэх буюу эмчилгээ нь баян болон ядуу орнуудад тулгамдсан асуудал болж буй зарим өвчнүүд өвчний дээр тэмдэглэсэн өвчний төрлүүдийн хоёр хэлбэрт давхцан хамрагдаж байна. ДОХ нь 1 болон 2 дугаар хэлбэр, хумхаа нь 2 ба 3 дугаар хэлбэрт тус тус дамнан хамрагддаг. 1–ээс 3 дугаар хэлбэр өвчинд шилжихэд СШ-нь өвчний дарамттай харьцуулахад буурч байгаа тухай үндсэн зарчим нь эмпирик туршилтын томоохон ололт байсаар байна. 2 дугаар хэлбэрийн өвчнүүдийг ихэнхи тохиолдолд *neglected disease*, 3 дугаар хэлбэрийн өвчнүүдийг *very neglected disease* гэж нэрлэдэг.

СШ-ний орхигдлын нэг хэмжүүр бол дэлхий дахинд учруулах өвчний дарамтад (жич: Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд буюу DALYs бүрт зарцуулах СШ-ий зардлаар хэмжигдэх<sup>100</sup>) эзлэх өвчний нийт зардлын хувийн тухай асуудал юм. Хумхаагийн жишээг авч үзье. Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд буюу DALYs (дэлхийд нийт 1.4 тэр бум DALYs-ийн 45 сая нь)-ээр хэмжигдэх дэлхий нийтийн өвчний нийт дарамтын 3 хувийг хумхаа эзэлж байгаагийн 99 гаруй хувь нь хөгжиж байгаа орнуудад ногдож байна. Улсын болон хувийн салбараас био анагаах ухаанд зориулсан судалгаанд жилд нийт 60 тэр бум ам доллар буюу нэг DALY –д 42 ам долларыг зарцуулж байна. Хумхаагийн судалгаанд 100 сая ам доллар буюу нэг DALY-д 2.2 ам долларыг зарцуулж байна<sup>101</sup>. Ийнхүү, хумхаагийн нэг Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жил (DALY) -д дэлхий нийтийн дунджийн арван хоёрны нэгтэй тэнцэх СШ-ний зардал ногдож байна. Хумхаагийн эсрэг шинэ эмийг Хумхаа өвчний эсрэг эмийн санаачлага (MMV), бүтээх хувийн болон улсын салбарын хамтын ажиллагаанд жилд 10 сая ам доллараас бага санхүүжилтийг зориулж 2004 он гэхэд жилд зөвхөн 30 сая ам долларыг зарцуулахаар төлөвлөж байгаа нь харамсмаар байна. Хэдий шинэ эм, вакцин ба оношлогооны чиглэлээр шинжлэх ухааны ололтууд гарсаар байгаа ч ядууст зонхилон тохиолддог хэд хэдэн чухал ач холбогдолтой өвчнүүдэд зориулсан хувийн хэвшлийн судалгаа шинжилгээний хүчин чармайлтын хэмжээ тун бага байгааг ДЭМБ олон улсын эмийн үйлдвэрлэгчидтэй хамтран саяхан тогтоосон байна. Орхигдоод байгаа өвчнүүдэд хумхаа, сүрьеэ, тунгалагийн филиариатоз, онкоцеркоз, лейшманоз, шистосомоз, Африкийн нойрсох өвчин болон Чагасын өвчин орж байна<sup>102</sup>.

Ядуусын (2 ба ялангуяа 3 дугаар хэлбэрийн өвчнүүд) ба баячуудын өвчнүүдийн хоорондын судалгааны ажлын тэнцвэргүй байдлыг арав гаруй жилийн турш хүлээн зөвшөөрч тэмдэглэсээр байна. 1990 онд Эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний асуудлаарх Түр Хорооны гаргасан нэр хүнд бүхий илтгэлд *90/10 disequilibrium*: СШ



зардлын зөвхөн 10 хувь л дэлхийн хvн амын 90 хувийн эрvvл мэндийн асуудалд зарцуулагдаж байгаа тухай тооцооллыг гаргасныг онцлон тэмдэглэх нь зvйтэй. Тvvнчлэн тайлан илтгэлийн эхний хувилбарт энэхvv харьцаа 95/5 байгаа нь сонирхол татаж байгаагийн дээр бодит байдалтай илvv дөхөм тооцоо юм<sup>103</sup>. Илтгэлд vндэслэн 1996 онд Эрvvл мэндийн судалгааны Дэлхийн форум бий болсон билээ. Уг Форум ядуусын өвчний талаарх судалгааны хvчин чармайлтын асар их доголдлын талаар олон баримт нотолгоог боловсруулж байна. Энэ чиглэлээр олон санаачлагууд бий болж санхvvжилтийн тэнцвэрт бус байдлыг онцлон тэмдэглэсээр ирсэн ч одоо хvртэл тулгамдсан асуудлуудын нэг байсаар байна. ДЭМБ, НҮБ ба Дэлхийн Банкны Халуун орны Өвчний Судалгааны хөтөлбөрийн хvрээнд халуун орны өвчнийг бууруулахад томоохон амжилтанд хvрсэн ч халуун орны голлох найман өвчнийг хамарсан хөтөлбөрт жилд дөнгөж 30 сая ам. долларыг зарцуулж байна<sup>104</sup>. ДЭМБ ба Америкийн нэгдсэн улсын хөгжлийн агентлагийн бvх чадавхийг нэгтгэсэн Вакцины Судалгааны Санаачлага (IVR) жилд дөнгөж 8 сая ам. долларыг зарцуулж байна. Уг санаачлага 13-аас дээш тооны өвчний вакциныг зохион бvтээх хvртээмжийг хангах болон вакцинжуулалтыг сайжруулах ерөнхий технологийг хөгжvvлэх явдлыг эрчимжvvлэх зорилготой<sup>105</sup>. Үvнтэй ижил хэлбэрийн Хvний Нөхөн Үржихvйн Судалгаа Шинжилгээ ба Судалгааны Сургалт хэмээх нөхөн vржихvйн чиглэлээрх олон талын хамтын ажиллагааны ажилд жилд дунджаар 20 сая ам. долларыг (буюу хоёр жилд 40 сая ам. доллар) төсөвлөгддөг. Сvvлийн вeд ихэвчлэн Гейтс болон Рокфелерийн сангийн санаачлагаар Хумхаа, ДОХ ба Сvрьеэгийн Судалгаа Шинжилгэний ажлыг хөгжvvлэх зорилго бvхий улсын ба хувийн салбарын хэд хэдэн хамтралууд бий болоод байна. Эхний жилvvдэд ихээхэн урагшилж байсан тvvхтэй ч эдгээр

**Хvснэгт 12.** Ядуу орны өвчинд чиглэгдсэн шинэ эмийн судалгаа шинжилгээний тулгамдсан Асуудлууд

Өвчин	Нэг жилийн нас баралтын хэмжээ	Хэрэглэж буй эмийн сул тал	Шинэ эм хэрэгцээтэй эсэх, шинжлэх ухааны боломж	СШ хvчин чармайлтын тvвшин
Хумхаа	1-2 сая хүн	Эмчилгээний явцад эмийн олдмол дасал үүсэх, шинэ эмчилгээний зардал их	Тийм, өндөр боломж	Хумхаагийн эсрэг эмийн санаачлагаас бусад хүчин чармайлтууд сул,
Сvрьеэ	2 сая хүн	Эмчилгээний явцад эмийн олдмол дасал үүсэх, эмчилгээний горимын мөрдөлт (эмчилгээний үргэлжлэл ба хүндрэл) доголдох	Тийм, өндөр боломж боловч бүтээхэд цаг хугацаа шаардлагатай	Доор
Тунгалагийн филиариатоз ба онкоцеркоз	Нас барагсдын тоо цөөн ч нийгэмд дундаас их хэмжээний зардлыг авчирна.	Эм, шимэгчийг амьдралын мөчлөг бүрт устгадаггүй, дахин хурдан халдварлах	Тийм, өндөр боломж	Доор
Лейшманоз	57 000	Эмийн олдмол дасал чанар, эмчилгээний	Тийм, өндөр боломж	Халуун орны өвчний сургалт

горимын мөрдөлт сул				судалгааны хөтөлбөртэй хамтрахаас бусад хүчин чармайлт сул	
<b>Шистоматоз</b>	14 000	Эмийн олдмол дасал	Тийм, зохион асуудлыг дэмжиж үйлдвэрлэл дутагдалтай	Эмийг бүтээх ДЭМБ байгаа,	Хөгжөөгүй
<b>Африкийн трипаносомоз</b>	66 000	Эмийн олдмол дасал, өвчний шатны үйлчлэхгүй	Тийм, зохион бүтээхийг ДЭМБ дэмжиж байгаа, үйлдвэрлэл дутагдалтай	Шинэ эм бүтээхийг дэмжиж	Хөгжөөгүй
<b>Чагасын өвчин</b>	21 000	өвчний бүх шатны эсрэг үйлчлэхгүй	Тийм, халдварыг боломжтой	Архаг эмчлэх	Хөгжөөгүй ,сул

*Тайлбар: Энд вакцины бус шинэ эмийн зохион бүтээлтийн асуудалд анхаарлаа хандуулав. Энд шиглиоз, Японы энцефалит, денге чичрэг гэх мэт урьдчилан сэргийлэх тарилгаар сэргийлэгдэх өвчнүүдийг оруулаагүй болно.*

*Эх сурвалж: WHO-IFPMA Roundtable (Table 11, "Priorities Infection Diseases for which additional R&D is required").*

санаачлагуудын санхүүжилтийн хэмжээ нилээд бага байна. Олон улсын эм үйлдвэрлэгчдийн хувьд үл ойшоогддог ядуу орнуудын өвчний СШ-ний ажлын үндсэн чиглэлийг тогтмол хугацаанд тодорхойлох чиглэлээр ДЭМБ ба Эрүүл Мэндийн Судалгааны Дэлхийн Форум хандивлагчид болон судалгааны хамт олонтой хамтран ажиллах шаардлагатай.

Хумхаа, Сүрьеэ ба ДОХ-ын вакцин; ДОХ-ын микровиосид ; хортон шавьжаар тархдаг өвчний тархалтыг хянах шавьжны устгалын шинэ бодис; хумхаагийн эсрэг эмийн эмэнд тэсвэртэй болох явдлыг удаашруулахад шаардлагатай хумхаагийн хавсарсан эмчилгээ зэргийг тулгамдсан асуудлуудын жагсаалтад саяхан тодорхойлон тусгажээ<sup>106</sup>. Түүнчлэн нилээд орхигдсон өвчнүүдэд тунгалагийн филиариатоз, лейшманоз, шистосомоз, Африкийн сохролт өвчин, болон Чагасын өвчин зэрэг орно. Хүснэгт 12-т судалгаа шинжилгээний ажлын тэргүүлэх чиглэл болон шинэ эмийг зохион бүтээх ажлын хэрэгжих боломжийн талаарх ДЭМБ ба Эм Үйлдвэрлэгчдийн Олон Улсын Холбооны үнэлгээг дэлгэрэнгүйгээр харуулсан байна. Эдгээр болон халуун орны бусад халдварт өвчнүүдийн вед тохиолддог нэгэн түгээмэл бэрхшээл нь эм эсэргүүцэх чадварын тархалтаас эмчилгээний үр дүн буурдаг бөгөөд үүнээс урьдчилан сэргийлэх ба хамгаалах эмчилгээг (буюу өртөг багатай) бууруулах буюу байхгүй болгоход хүргэж байна. Иймд илүү үр дүнтэй эмийг зохион бүтээх болон орлуулах эм бий болгох хэрэгцээ байнга үүсдэг. Эмэнд тэсвэртэй болсноор суулгалт гэх мэт бактерийн өвчний эмчилгээ доголдож байна. Хүснэгт 12-т ДЭМБ ба Америкийн Нэгдсэн Улсын Олон улсын хөгжлийн агентлагийн Вакцины Судалгааны Санаачлагад тусгагдсан шиглиоз, Японы энцефалит ба денге чичрэг зэрэг өвчнүүдийн хувьд шинэ эмээс илүүтэйгээр вакциныг бий болгох зайлшгүй шаардлагатайг тэмдэглээгийг анхаарна уу.

Бидний тооцооллоор дэлхийн ядуучуудын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудын СШ-д жилд 3 тэр бум ам долларыг зарцуулах нь зүйтэй. Үүний 1.5 тэрбум ам долларыг ХДХВ/ДОХ, хумхаа, сүрьеэ ба нөхөн эрүүл мэнд болон ядуусын эрүүл мэндийн бусад тулгамдсан асуудлуудын эсрэг арга хэмжээний стратеги болон шинэ эм, вакцин ба оношлуурт зориулагдсан СШ-д зарцуулах шаардлагатай. ДОХ-ын тухайд үүнд жишээлбэл, ретро-вирусын эсрэг эмчилгээний бага орлоготой орнуудын хэрэглээ болон хөгжиж буй орнуудад тархсан вирусын дэд төрөлд зориулсан вакцин болон вирусын тархалтыг зогсоох микро биетүүдийн судалгаанууд орно. Олон жилийн судалгаа шинжилгээ клиникийн туршилтын дүнд эдгээр тулгамдсан асуудлуудаар ололтод хүрэх магадлалтай тул СШ-д зориулсан санхүүжилтийн дэмжлэгийн тасралтгүй зохион байгуулах нь чухал ач холбогдолтой. Өсөн нэмэгдэх санхүүжилтийг үр дүнтэй хуваарилахад ДЭМБ болон Эрүүл Мэндийн Судалгааны Дэлхийн Форум чухал үүргийг гүйцэтгэнэ.

Зорилтот үйл ажиллагааны чиглэлийн СШ-ээс гадна эрүүл мэндийн салбарт тухайлбал тархвар зүй, эрүүл мэндийн эдийн засаг, эрүүл мэндийн тогтолцоо ба эрүүл мэндийн бодлого түүнчлэн вирус судлал гэх мэт биоанагаах ухааны чиглэлээр шинжлэх ухааны суурь судалгааг өргөжүүлэх хэрэгцээ шаардлага өссөөр байна. Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Сангийн (ДЭМСС) жилийн зардал 1.5 тэр бум ам. доллар байх шаардлагатайг түр хорооноос тооцон зөвлөмж болгож байна. ДЭМСС нь эрүүл мэнд биоанагаах ухааны салбарт хөдөө аж ахуйн чиглэлээр ажиллаж буй Олон улсын хөдөө аж ахуйн судалгааны зөвлөлдөх бүлэгтэй ижил үүрэгтэй. ДЭМСС нь АНУ дахь Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэн (ЭМҮХ) болон бусад орнуудын Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөлийн байгууллагуудаар дамжуулан шинжлэх ухаан нь судалгааг дэмжинэ. ЭЗХАХБ-ын улсуудын ЭМҮХ болон Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөл түүнчлэн Бразил, Малайз ба Өмнөд Африк зэрэг улсуудын Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөлүүд чанар, ил тод байдал ба хариуцлагыг эрхэмлэн ажиллаж үр дүнтэй судалгааг санхүүжүүлэх талаар арвин туршлагатай. Олон улсын шинэ ЭМҮХ/Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөлийн нэгдлийг байгуулахад энэхүү туршлага чухал ач холбогдолтой. Халуун орны өвчний сургалт, судалгааны тусгай хөтөлбөр (TDR), Вакцины Судалгааны Санаачлага (IVR) болон Хүний нөхөн үржихүйн судалгаа шинжилгээ, сургалтын тусгай хөтөлбөр (HRP) гэх мэт олон улсын байгууллагуудын туршлагаас суралцахын дээр тэднийг цаашид шинэ бүтэц зохион байгуулалтад нэгтгэх нь зүйтэй. Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Санг байгуулах болон түүний цаашдын үйл ажиллагаанд Эрүүл Мэндийн Судалгааны Дэлхийн Форум чухал үүргийг гүйцэтгэх боломжтой.

ДЭМСС-ийн үндсэн үүрэг бол хөгжиж буй орнуудад урт хугацааны судалгааны чадавхийг хөгжүүлэх явдал юм. ДЭМСС-аас хөгжиж буй орнуудын судалгааны багуудад нэн шаардлагатай санхүүжилтийг олгоно. Гэвч, их сургуулиуд болон судалгаанд түшиглэсэн байгууллагуудыг бэхжүүлэх чиглэлээр хөгжиж буй орнуудын засгийн газрууд цаашид чадавхийг тасралтгүйгээр хөгжүүлэх вйлсийг тодорхой арга хэмжээгээр үргэлжлүүлэх ёстой. ДЭМСС-ийн санхүүжилтээс гадна бага цалин, байгууллагын сул тал, мэргэжил нэгтний дүгнэлт, болон мэдлэг боловсрол чадавхитай хэсгийн Европ болон Хойд Америк руу дайжих хөдөлгөөн гэх мэт мөнхийн бэрхшээлүүдийг даван туулах талаар бодох шаардлагатай. Төгсгөлд нь технологийн шилжилтийг ядуу орнууд руу чигүүлэх талаар ДЭМБ судалгааг

твшиглэсэн дэлхийн эмийн вйлдвэрвүдтэй хамтран ажиллах нь зүйтэй. Эмийн судалгааны бvх томоохон вйлдвэрвүд хөгжиж буй орнуудад урт хугацааны сургалт судалгааны хамтын ажиллагааг хөгжvүлэх чиглэлээр Уганда улсын Макарьерийн Их Сургуулийг твшиглэн ДОХ-ын эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх талаар Шинжлэх Ухааны Альянсыг байгуулан ажиллаж байгаа Pfizer компани жишээг дагах нь зүйтэй. Энэ ажлын хvрээнд ДОХ-ын эмчилгээний эмийг ашиглах талаар Африкийн эмч нарт сургалт зохион байгуулах юм.

Эдгээр зардлаас гадна хөгжиж буй орнуудад эмчилгээний хvчин чармайлтууд өргөжихөд вйлдлийн шинжилгээг хөгжvүлэхэд нэмэлт санхvүжилт шаардлагатай. Үйлдлийн шинжилгээ нь эрвүл мэндийн тусламж вйлчилгээ арга хэмжээг амьдралд хэрэгжvүлэх асуудлыг судална. Үүнд өвчтөн эмчилгээний горимыг хэрхэн хvлээн авч мөрдөх, хордлого, тун тааруулах, тусламж вйлчилгээг хvргэх арга зам ба өртөг зардлыг судлах зэрэг орно. Эмчилгээний горимыг орон нутгийн нөхцөл байдалд тохируулан өнөөгийн вйлчилгээний шинж чанартай уялдуулах зорилготой. Улсуудын эрвүл мэндийн судалгаанд вйлдлийн шинжилгээний асуудлыг орхигдуулах нь элбэг. Дэлхийн Банк ба ДОХ, Сvрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сан зэрэг олон улсын байгууллагууд хөтөлбөр, төслийн тусламжийнхаа тодорхой хэсгийг судалгааны чадавхийг хөгжvүлэх ба холбогдох сэдвээр вйлдлийн шинжилгээг хэрэгжvүлэхэд зарцуулахыг Тvр Хорооноос уриалж байна. Бид төслийн тусламжийн хамгийн багаар 5 хувийг холбогдох судалгаанд зарцуулахыг зөвлөмж болгож байна. Тухайлбал, ДОХ, Сvрьеэ ба Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн шинэ Сангаас хөгжиж буй орнуудад ДОХ, Сvрьеэ ба Хумхаагийн эсрэг арга хэмжээг сайжруулах болон внэлэх талаарх дотоодын судалгааг эрчимтэй дэмжих нь чухал. Хоёрдугаар жишээ нь Дэлхийн Банктай холбоотой юм. Дэлхийн Банкны ихэнхи хөнгөлөлттэй зээлвүд хэрэгжvүлэх гэж буй болон дагалдах төслийн бэлтгэлтэй холбоотой вйлдлийн шинжилгээний ажилд зориулж зардлыг төсөвлөдөг. Ихэвчлэн эдгээр санхvүжилтийн зарцуулалт доголдолтой буюу дутуу хэрэгждэг. Иймд тvр хорооноос судалгааны ажилд зориулсан эдгээр хөрөнгийг шаардлагатай вйлдлийн шинжилгээг явуулж дотоодын судалгааны чадавхи хөгжин бэхжихвүцээр vр ашигтай зарцуулж байхыг Дэлхийн Банкнаас хvсч байна.

Тvүнчлэн, тэргvүлэх чиглэлээрх СШ-ний ажлыг хөхvүлэн дэмжихийн тулд өнчин эмийн тухай хуулинд өөрчлөлт оруулах талаарх Америкийн Нэгдсэн Улс ба Европид өрнөсөн хэлэлцээрийг тvр хорооноос дэмжиж байна. Өнчин эмийн хууль өнөөдөр нэмэлт хөшvүрэггvйгээр ашиг авчрахгvй болоод цөөн тооны хvмvүст тохиолддог “ховор”<sup>107</sup> өвчнvүдэд зориулсан СШ ажлыг дэмжих хувийн хэвшлийн сонирхлыг төрвүлж байна. Урьд нь орхигдож байсан салбаруудад хувийн хэвшлийг татан оролцуулах талаар эдгээр хуулиуд онцгой амжилтанд хvрсэн байна. Ядуусын өвчинд вvнтэй ижил төрлийн механизмыг ашиглавал vр дvнд хvрэх тухай олон нотолгоо байна. Эмийн хуулийг өөрчлөхдөө татварын кредит судалгааны буцалтгvй тусламж болон зохиогчийн эрхийг өргөнөөр хамгаалах хөшvүргийн механизмыг нэвтрvүлэх замаар тухайлан халуун бvсийн ядуу орнуудад төвлөрдөг өвчнvүдийг онцгойлон анхаарах ёстой.

Баян орнууд шинэ мэдлэгийг хvргэхийн тулд суурь шинжлэх ухаанаас эхлээд бvтээгдэхvүнийг зохион бvтээх хvртэл СШ-ний татаас ба зах зээлийн хvчний (хэдий

зохиогчийн эрхийн бичигт үндэслэгдэх ч) нэгдэлд тулгуурладагтай адил СШ-ний татаас нэмэгдлийг шинжлэх ухааны ололтууд лаборатороос эмнэлэгт хүрэх зах зээлийн хвчтэй хослуулах ёстой. Шинэ бүтээгдэхүүн зохион бүтээсний ашгийг хүртэж болохуйцаар хангалттай зах зээлээр үйлдвэрлэгчдийг хангах нь зохиогчийн эрхийг хамгаалахтай ижил механизм болно. Энэхүү зорилгыг хэрэгжүүлэх хялбар механизм байхгүй ч Түр Хороо хандивлагчид үр дүнтэй шинэ эмчилгээ болон вакциныг бүтээгдэхүүний зохион бүтээхэд хөрөнгө оруулах явдлыг дэмжихүйц үнээр худалдан авалтыг санхүүжүүлдэг урьдчилан үүрэг хүлээх тухай шинэлэг саналуудыг нааштай хүлээн авч байна. Тухайлбал, вакцины худалдан авах ажлыг санхүүжүүлдэг шинээр байгуулагдсан Вакцины Дархлаажуулалтын Глобаль Альянс хумхаа, сүрьеэ ба ДОХ-ын үр дүнтэй вакцины тун бүрт 10 ам. долларыг зарцуулахаар урьдчилан үүрэг амлалтыг авч болно<sup>108</sup>. Үүнийг хандивлагчдын СШ-ний их хэмжээний санхүүжилттэй хослуулбал шинэ бүтээгдэхүүнийг зохион бүтээхэд их хэмжээгээр хөрөнгө оруулах талаар эм үйлдвэрлэгчдийг ятгаж болно. Үүнтэй адилаар, ДОХ, Сүрьеэ ба Хумхаагийн эсрэг шинэ эмийг хувийн салбарын шинэ бүтээгдэхүүний зохион бүтээх явдлыг хөхүүлэн дэмжиж болохуйц үнээр худалдан авахаар ДОХ, Сүрьеэ ба Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сангаас урьдчилсан үүргийг хүлээж болно. Баян улсуудад үйлчилж буй өнчин эмийн хууль генетикийн хэвийн бус доголдол гэх мэт бага өвчлөлтэй өвчний СШ-ний санхүүгийн сонирхлыг (жишээлбэл: татварын үнэлгээний уналт буюу оюуны өмчийн эрхийн эерэг заалтууд) өдөөж байна. Энэ хуулийг өвчлөлийн түвшин ядуу орнуудад өндөр харин баян улсуудад цөөн тохиолддог өвчинд ижил хөшүүргийг бий болгохоор өөрчилж болно.

Үүнд, мэдээллийн шинэ технологийн ололтыг чиглүүлэх шаардлагатай. Өнөөдөр, интернэтэд холбогдох наад захын шаардлагыг хангах бүх газруудад шинжлэх ухаан ба анагаах ухааны өгүүлүүд, бусад мэдээллийг бага зардлаар хурдан хүргэх боломж бүрдээд байна. Ийм суурь тоног төхөөрөмжөөр хангах асуудал орчин үеийн мэдээллийн технологит суурилсан эрүүл мэндийн тусламжийг хөгжүүлэхийг зорьж буй хандивлагчдын дэмжлэгийн чухал хэсэг болох ёстой. Интернэтийг ашигласнаар анагаах ухааны судалгааны уламжлалт хомсдол болон ядуу орнуудад ажиллаж нэр хүндтэй байгууллагуудтай тэр бүр холбогдолгүй хувь хүмүүст мэдээллийг хүргэх бэрхшээл зэргийг арилгах боломж нээгдэнэ.

Хэдийгээр судалгаа шинжилгээний олон төрлийн сэтгүүлүүдийн агуулга сэдэв интернэтэд тавигддаг ч зөвхөн саяхнаас л зарим байгууллагууд өгүүллэгүүдээ үнэ төлбөргүй (ер нь хэвлэгдсэнээс хойш 6-12 сарын дараа) ашиглахыг зөвшөөрч байгаагийн дээр ядуу орнуудад үнэ төлбөргүй тарааж эхлээд байна. ДЭМБ ба НҮБ хамтран зургаан томоохон хэвлэлийн компаниудыг хамарсан ийм хэлбэрийн үйл ажиллагааг зохион байгуулсан боловч улс орнуудын мэдээллийн агуу их хэрэгцээг хангах болон чухал байр суурь эзэлдэг сэтгүүлүүдийг оруулаагүй нь харамсалтай. Түр Хороо урт хугацааны чухал бөгөөд биелэгдэх боломжтой зорилгуудыг тавьж байна. Үүнд олон өгүүлүүдийг агуулсан үндсэн үгүүдээр бүрэн хайж болохуйц компьютерийн том архивийг бий болгох, сэтгүүлүүдийн өртгийг хөгжингүй орнуудаас гаргаж дэлхий даяар интернэтээр шууд түгээж байхаар бизнесийн төлөвлөгөөг агуулгыг өөрчлөх болон бүх сэтгүүлүүд сэдвээ үнэ төлбөргүй тарааж хэвлэгдсэнээс хойш 6 сарын дараа архивлуулах талаар зөвшилцөөнд хүрэх зэрэг багтаж байна.

СШ-ний хвчин чармайлтыг өргөжүүлэх зорилгоор дараахь 6 үндсэн чиглэлийг хэрэгжүүлэхийг түр хорооноос зөвлөж байна. Үүнд (1) биоанагаах ухаан ба эрүүл мэндийн суурь судалгаанд зориулан 1.5 тэрбум ам. долларыг Эрүүл Мэндийн Судалгааны Дэлхийн Сангаар дамжуулан санхүүжүүлэх; (2) Халуун Орны Өвчний Судалгаа, Вакцины Судалгааны Санаачлага, ба Хүний Нөхөн Үржихүйн Хөтөлбөр (ДЭМБ) болон ХДХВ/ДОХ, хумхаа, сүрьеэ ба ядуусын бусад өвчнүүдийн эсрэг улсын ба хувийн салбарын хамтын нөхөрлөл зэрэг шинэ эм ба вакциныг зохион бүтээх чиглэлээр ажилладаг байгууллагуудын санхүүжилтэд жилд 1.5 тэрбум ам. долларыг; (3) зайлшгүй шаардлагатай арга хэмжээг өргөжүүлэхтэй хамтран орнуудын твшинд үйлдлийн шинжилгээний зардлыг нэмэгдүүлэхэд улсын хөтөлбөрийн санхүүжилтийн наад зах нь 5 хувьтай тэнцэх санхүүжилтийг хуваарилах; (4) бага орлоготой орнуудын их сургууль ба судалгааны бусад вэб хуудсын интернэтийн холболтыг нэмэгдүүлэх зорилготой хандивлагчдын хвчин чармайлтаар интернэт дэхь шинжлэх ухааны үнэ төлбөргүй мэдээллийн ашиглалтыг өргөжүүлэх; (5) өндөр хөгжилтэй орнуудад үйлчилж буй өнчин эмийн хуулинд ядуусын өвчнийг тусгаж өөрчлөлт оруулах; (6) зах зээлд үндэслэсэн хөшүүрэг болохынх нь хувьд бүтээгдэхүүний зохион бүтээх сүүлийн үе шатуудад зорилтот технологийг (ХДХВ/ДОХ, хумхаа ба сүрьеэгийн вакцин гэх мэт) худалдан авах урьдчилсан амлалтыг бий болгох зэрэг болно.

СШ-нээс гадна нийгмийн эрүүл мэнд ба өвчний тандалтын стандартыг тогтоох болон эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэргүүн туршлагыг дэмжих зэрэг эрүүл мэндийн нийгмийн бараа үйлчилгээг хөгжүүлэхэд улсын төсвийн татаас чухал шаардлагатай. Баян орнуудад эдгээр үйл ажиллагааг Хоол хvнс ба Эмийн Хvрээлэн ба АНУ-ын Өвчний Хяналтын төв зэрэг төрийн байгууллагууд хэрэгжүүлдэг. Тус чиглэлийн үйл ажиллагааны санхүүжилт ядуу орнуудад туйлын доогуур байна. Үндэсний хилээс давсан асуудлуудын хувьд тоон мэдээллийг цуглуулах ба шинжилгээ хийх, өвчний тандалт, олон улсын тэргүүн туршлагыг түгээх замаар нийгмийн эрүүл мэндэд сайн практикийг дэмжих зэрэг асуудлаар олон улсын стандартыг<sup>109</sup> тогтооход ДЭМБ онцгой үүргийг хүлээнэ. Дэлхий нийтийн тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэхэд ядуусын өвчний СШ-ний ажилтай адилаар олон улсын санхүүжилт хангалтгүй байна.

ДЭМБ ба бусад байгууллагуудаар дамжуулан дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээний зардлын талаарх бүрэн гүйцэд мэдээллийг олж авах нь тийм ч хялбар бус. 1997-оос 1999 онуудад ДЭМБ-ын төсөв дунджаар жилд 864 сая ам. доллар байсан нь үндсэн ба төсвийн гадуурх санхүүжилтэд бараг тэгш хуваагдаж байв. Олон улсын бусад байгууллагууд (НҮБ-ын Хүүхдийн сан, Хүн амын Сан, НҮБ-ын хөгжлийн хөтөлбөр, Дэлхийн Банк) бас төслүүдээс гадна эрүүл мэндийн дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээг хүргэдэг боловч тэдгээрийн хоорондын ялгааг нарийн тогтооход бэрхшээлтэй. Зарим чиглэлээр (өвчний тандалт, тархвар зүйн суурь судалгаа, тэргүүн туршлагад дүн шинжилгээ хийх түгээх болон дэлхийн твшний сургалт ) дэлхий нийтийн барааг нэмэгдүүлэх шаардлагын улмаас СШ бус дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээний зардлыг 2007 он гэхэд жил бүр 1 тэрбум ам. доллар, 2015 он гэхэд нэмэлт 2 тэрбум ам. доллар гэсэн үе шатаар нэмэгдүүлэхийг бид зөвлөж байна.

## Зайлшгвй шаардлагатай эмийн хвртээмж

Ядуус зайлшгвй шаардлагатай эмийг хвртэж чадахгвй байгаад олон хүчин звйлс нөлөөлдөг ба асуудлыг иж бvрнээр шийдэх шаардлагатай. Хамгийн чухал ач холбогдолтой шалтгаан ядуурал өөрөө байх бөгөөд өөрөөр хэлбэл ядуучууд ч, тэдний засгийн газар ч зайлшгвй шаардлагатай эмийг худалдан авах буюу эрвүл мэндийн зөв тогтолцоонд звй зохистой хэрэглээг хангах санхвүгийн боломжгвй байдаг. Тvvнчлэн, эрвүл мэндийн тогтолцоон дахь хамт олны тусламж вйлчилгээ доголдолтой байдгийн улмаас ядуус амь аврах бусад арга замуудын талаар мэдэхгвй байж болох юм. Нөгөө талаас, эмийн санд байгаа эмийг зөв зохистой ашиглах, сонгох, жор бичих талаар мэдлэг боловсролтой эмч, эрвүл мэндийн бусад ажилтнууд хомсдолтой байдаг тул эмийн хвртээмж доголдож байна. Зарим саад бэрхшээл дотроосоо урган гардаг. Бага орлоготой олон орон зайлшгвй шаардлагатай эмэнд импортын гаалийн болон дотоодын татварыг ногдуулдаг. Засгийн газрууд хэрэгцээтэй эмийн хэрэглээг звй бусаар саатуулахуйц, худалдан авах болон хууль эрх звйн төвөгтэй тогтолцоог бvрдvүлсэн байна<sup>110</sup>.

Эдгээр взэгдлүүд нь зохиогчийн эрхээр хамгаалагдаагвй болон хамгаалагдсан аливаа эмвүдийн хувьд байнга тохиолддог. Тухайлбал, Африк тивийн Сахарын өмнөд хэсэгт ДОХ/ХДХВ-ийн зориулалттай ретровирусын эсрэг олон эм зохиогчийн эрхээр хамгаалагдаагвй байна<sup>111</sup>. Ретровирусын эсрэг олон эмвүдийг зах зээлээс доогуур внээр, өөрөөр хэлбэл, ерөнхий нэршлийн эм үйлдвэрлэгчдээс буюу АНУ, Европын эмийн зохиогчийн эрх эзэмшигчдээс ашгийн бус внээр худалдан авч болно. Зарим эмвүдийг внэ төлбөргвй өгдөг бөгөөд тухайлбал, ХДХВ/ДОХ-ын эхээс хвүхдэд дамжих халдварыг бууруулах зорилгоор “Boehringer Ingelheim” компаниас nevirapine эмийг внэ төлбөргвй нийлвүлдэг. Гэсэн ч хандивлагчдын ихээхэн хэмжээний санхвүгийн тусламжгвйгээр ХДХВ/ДОХ-ын тархалтын твүвшин өндөртэй Африк тивийн Сахарын өмнөд хэсгийн ядуу орнууд доогуур внээр шаардлагатай эмвүдийг авч ашиглаж чадахгвй. Сvрьеэгийн эмийн хвртээмж дээр дээрхтэй ижил бэрхшээлүүд мөн адил тохиолддог бөгөөд хандивлагчдын санхүүгийн туслалцаагвй үед зохиогчийн эрхгвй эм ба вакцинуудыг ч ядуу орнуудад ашиглахад хэт өндөр внэтэй байх юм.

Хандивлагчдын санхвүжилт байлаа ч, эмийн вйлдвэрвүдийн эмийн (ялангуяа зохиогчийн эрх бvхий эмвүд) внийг тогтоох явдал ихээхэн саад тотгорыг учруулдаг<sup>112</sup>. Зарим зайлшгвй шаардлагатай эмвүд зохиогчийн эрхтэй байх ба зохиогчийн эрхгвй эмвүдийг зөвхөн цөөн хэдэн вйлдвэрлэгчид нийлвүлсээр байна. Ийм нөхцөл байдалд вйлдвэрлэгч нар ахиуц ашгийг (вйлдвэрлэлийн өртгөөс хамаагвй өндөр үнийн хэмжээг хэлнэ) ялангуяа баян орнуудын зах зээл дээр өндөр байлгахыг хичээдэг. Ийм ахиуц ашиг нь эрдэм шинжилгээ хөгжлийн зардлыг нөхөх вндсэн механизм тул шинийг бvтээх ажлын нэгээхэн хэсэг болохыг хвүлээн зөвшөөрөх нь звйтэй. Гэсэн ч ядуус зохиогчийн эрхийн внийг төлж чадахгвй тул тэднийг эмээр хангахын тулд вйлдвэрлэлийн, эсвэл тvvнд ойр внээр худалдах шаардлагатай<sup>113</sup>. Дэлхийн Худалдааны Байгууллагын гишvүн орнууд эмийн бvтээгдхвүнийг зохиогчийн эрхтэй болгон хэрэгжvүлж эхлэх үед 2005 оноос хойш зайлшгвй шаардлагатай эмвүд зохиогчийн эрхэд хамрагдах нь өсөх магадлалтай юм<sup>114</sup>. Цаашилбал, хандивлагч нар

бага орлоготой орнуудад зориулан санхүүжилтээ их хэмжээгээр нэмэгдүүлэх тохиолдолд, өмнө нь бүтээгдэхүүнийхээ зохиогчийн эрхээ хадгалах сонирхолтой байсан пүүсүүд цаашид ч шинэ эмүүдийг борлуулах талаар энэ арга барилыг хандивлагчидтай хийх хэлэлцээрийн арга болгон хэрэглэж болно. Түүнчлэн оюуны өмчийн эрхийг өргөжүүлэх нь Бразил, Хятад, Энэтхэг, Өмнөд Африк орнуудад судалгаанд түшиглэсэн эмийн үйлдвэрлэлийг бэхжүүлэх магадлалтай юм гэдгийг анхаарах нь зүйтэй. Ингэснээр, хэрэв хөгжиж буй орнуудын тэрхүү өссөн эрдэм шинжилгээ хөгжлийн хүчин чармайлтыг ядуусын хэрэгцээ шаардлагад тавих анхааралтай хослуулсан тохиолдолд энэ нь цэвэр давуу чанар болно.

Зарчмын хувьд зохиогчийн эрхтэй үйлдвэрлэгч өндөр ба бага орлоготой орнуудын зах зээлийн хэрэглэгчдэд үйлчлэхийн тулд эдгээр зах зээлүүдэд внийг ялгавартай хэрэглэхэд бэлэн байх ёстой. Гэвч амьдралд эмийн үйлдвэрүүд дараахь шалтгаануудын улмаас бага орлоготой орнуудад внийг бууруулах сонирхолгүй байдаг. Үүнд: (1) ялгаатай внийн улмаас өндөр хөгжилтэй орнуудын внийг бууруулахаас айдаг (хямд эмийг реэкспортлох буюу өндөр орлоготой орнуудад хэрэглэгч ба улс төрчдийн хоорондын тэмцэл; (2) ядуу орнуудад мөрдөж байгаа үнээр эмийг худалдах нь ямар ч ашиггүй; (3) зарим бага орлоготой оронд баян хэрэглэгчдээс бүрдсэн зах зээлийн бага сегментэд эмийг цөөн хэмжээгээр өндөр үнээр худалдах нь зах зээлийн томоохон сегментэд үйлдвэрлэлийн өртөгтэй ойрхон үнээр борлуулснаас илүү их ашигтай байх зэрэг болно.

Бага орлоготой зах зээлд ялгаатай внийг тогтоох асуудлыг онцгой нөхцөл бус үйл ажиллагааны хэм хэмжээ болгох нь дэлхийн нийтийн хамгийн зөв шийдэл юм<sup>115</sup>. Бага орлоготой орнуудын эмийн үнэ доогуур байх нь өндөр орлоготой зах зээлийн үнэ тогтоолт болон зохиогчийн эрхийн асуудлыг доголдуулахгүй байна гэсэн баталгаатай тохиолдолд эмийн үйлдвэрүүд энэхүү шийдлийг хүлээн авахад бэлэн байдаг. ХДХВ/ДОХ-ын эмчилгээнд зориулсан ретровирусын эсрэг эмийн зохиогчийн эрхийг эзэмшдэг зарим том компаниуд бүтээгдэхүүнээ ашгийн бус нөхцлөөр нийлүүлэхээр зөвшөөрсөн. Саяхан гол үйлдвэрлэгч-компани ретровирусын эсрэг өөрийн эмээ сайн дураар лицензлэхээр төлөвлөж байгаагаа зарласан байна<sup>116</sup>. 2000 оны 05 дугаар сард эхэлсэн “Хүртээмжийг Түргэтгэх Санаачлага” хөтөлбөрийн үеэр ретровирусын эсрэг эмийн хүртээмжийг сайжруулах зорилгоор НҮБ-ын ДОХ-ын Сан ба ДЭМБ-аас гаргасан уриалалд хэд хэдэн том компаниуд хариу ирүүлсэн байна<sup>117</sup>. ДОХ-ын эсрэг тэмцэгчид, generics-ийн үйлдвэрлэгчдийн ил тод хурц өрсөлдөөн болон зохиогчийн эрхтэйгээр ретровирусын эсрэг эмийг үйлдвэрлэх албадлагын тусгай зөвшөөрлийн талаар Бразил ба бусад дундаж орлоготой орнуудын зүгээс үзүүлэх шахалт зэрэг нь компаниудын шийдвэрт нөлөөлж байв<sup>118</sup>. ДЭМБ ба бусад хамтрагчдын санаачлагатай олон улсын хүчин чармайлтын дүнд зарим тохиолдолд олон эмийг эсэргүүцэх сүрьеэг эмчлэх эм нийлүүлэхдээ эмийн үнийг 90 гаруй хувиар бууруулсан. Улсын ба хувийн өмч хоршсон түншлэлийн шинэ урсгалын үед Африкийн сохролт өвчин, онкоцерциаз, хумхаа, уяман, тунгалагийн филиариатоз, сохролтот трахом зэрэг өвчнийг хянах хүчин чармайлтын хадгалахын тулд дэлхийн эмийн томоохон үйлдвэрүүдээс ядуу орнуудад олгох эмийн хандивын олон сайхан жишээ тохиосоор байна<sup>119</sup>. Сүүлийн жилүүдэд өвчнийг устгах цаг хугацааны хязгаарлагдмал хөдөлгөөнийг зохион байгуулах нь хандив цуглуулахад нилээд үр дүнтэй байна.



Эмийн үйлдвэрлэл ба олон улсын байгууллагууд хамтын ажиллагааны хүрээг тодорхойлох шаардлагатай. Эмийн хүртээмжид зөвхөн үнэ саад тотгор учруулдаггүй гэж пүүс компаниуд шаарддаг байна. Иймд олон улсын хамтын ажиллагааны стратегид хандивлагчдын санхүүжилтээр эмийг худалдан авах, түүнийг зүй зохистой хэрэглэх, эмийн үйлдвэрүүдээс үнэ тогтоох, эмийн хэрэглээ-ашиглалт, доогуур үнэтэй эсвэл хандивын эмийг хар зах, реэкспортоор дамлахын эсрэг тусламж-хүлээн авагч орнуудаас амлалт өгөх болон бага орлоготой орнуудад зарагдах доогуур үнийн улмаас өөрийн зах зээлийн үнийг бууруулахгүй байх талаар өндөр хөгжилтэй орнуудын засгийн газрууд зөвшилцөх зэрэг иж бүрэн арга хэмжээг тусгах шаардлагатай.

Бидний үзэл бодлоор бол хамгийн үр дүнтэй дараачийн алхам нь хөгжиж буй орнуудын зах зээл дээр худалдах эмийн үнэ тогтоолт ба үйлдвэрлэх лиценз зөвшөөрлийн чиглэлээр ДЭМБ, эмийн үйлдвэрүүд (зохиогчийн эрх эзэмшигч ба эм үйлдвэрлэгчид хоёулаа) ба бага орлоготой орнууд хамтран зөвшилцөөнд хүрэх явдал юм. Энэ үндсэн чиглэл нь бага орлоготой орнууд руу чиглэгдсэн үнийн ялгавартай бодлогын талаарх ил тод механизм болно. Түүнчлэн зах зээлийн “хамгийн доод үнээр” бага орлоготой орнуудад нийлүүлэгдэх зайлшгүй шаардлагатай эмүүдийн (жич., ДОХ, хумхаа, сүрьеэ, амьсгалын эрхтний ба суулгах өвчний, болон тарилгат халдварт өвчний зориулалттай эмүүд) жагсаалтыг тодорхойлон гаргана<sup>120</sup>. Эм үйлдвэрлэгч нар өөрсдөө бага орлоготой орнуудад эм нийлүүлэхгүй бөгөөд эмийн үйлдвэрүүд эмийг бага өртөг, (зохиогчийн эрхтэй компанид төлөх төлбөрийг даахуйц) өндөр чанартайгаар үйлдвэрлэхээ баталсан нөхцөлд бага орлоготой улсуудын зах зээлд ашиглуулахаар эмийн үйлдвэрлэгчдэд өөрийн технологийг тусгай зөвшөөрлөөр олгодог. Бага орлоготой орнуудын харилцан хүлээх үүрэгт: (1) доогуур үнэтэй эмийг хуулийн хүрээнд болон хуул бусаар өндөр хөгжилтэй улсуудад дахин экспортлохоос урьдчилан сэргийлэх; (2) зайлшгүй шаардлагатай эмийн импортын тариф болон квот хэмжээ гэх мэт бусад саадыг арилгах; (3) эмийн горим доголдлын улмаас эмэнд дасах, эсвэл бусад сөрөг үр дагавар үүсэх явдлыг хязгаарлахын тулд эмийн зүй зохистой хэрэглээг хангах чиглэлээр хандивлагч нартай хамтран ажиллах зэрэг орж байна. Хандивлагчдын зүгээс эмийн худалдан авалтын зохистой санхүүжилт, хяналт шинжилгээ, ба аюулгүй хэрэглээ зэргийг баталгаажуулах болно.

Нэгэн онцгой механизм бол бага орлоготой орнуудын өмнөөс хандивлагч нар олон улсын сонгон шалгаруулалтанд оролцох “хамгийн сайн үнийн ялалт” -ын тогтолцоо болно. Энэ тогтолцооны хүрээнд зохиогчийн эрх эзэмшигч ба урьдчилан хүлээн зөвшөөрөгдсөн эм үйлдвэрлэгч (шаардлагатай тоо хэмжээ ба цаг хугацаанд өндөр чанартай бүтээгдэхүүнийг нийлүүлэх чадварт үндэслэгдсэн баталгаа) гэх мэт өрсөлдөөнт нийлүүлэгчдийн хооронд тендер шалгаруулалт болдог. Зохиогчийн эрх эзэмшигч тендерт ялах байдлаар баримт бичгийг өргөн бариагүй тохиолдолд тендерт түрүүлсэн этгээдэд сайн дурын тусгай зөвшөөрлийг гарган өгч, онцгой нөхцөлд зохиогчийн эрхийг зөрчвөл шүүхэд мэдүүлэх эрхээс татгалзахыг зөвшөөрнө. Бүхий л тохиолдолд, сонгон шалгаруулалтанд түрүүлсэн эм нийлүүлэгч зохиогчийн шагналын тодорхой хэсгийг зохиогчийн эрх эзэмшигчид төлнө. Хамгийн сайн үнийн ялалт гэх энэ зарчмыг хандивлагч ба хүлээн авагч улсуудын хүлээх үүрэгтэй

уялдуулан бага орлоготой орнуудад зориулагдсан сайн дурын үнэ тогтоох механизмын нэг хэсэг болгон ашиглаж болно.

Сайн дурын механизмыг хэрэгжүүлэхэд бэрхшээлтэй бол ямар ч тохиолдолд хамгаалалтын арга хэмжээг давхар авах хэрэгтэй. Сайн дурын ямар ч механизмыг баталгаажуулахгүй нөхцөлд хамгаалалтын арга хэмжээ бүр зайлшгүй шаардлагатай. Зохиогчийн эрх эзэмшигч зайлшгүй шаардлагатай эмийг ашгийн бус үнээр нийлүүлэхгүй буюу тусгай зөвшөөрөл олгохгүй гэсэн ч бага орлоготой орнууд эмийг доогуур үнээр олж авах шаардлагатай. Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой асуудлыг зохицуулах гэрээ буюу *ТРИПС* (TRIPS) гэгддэг дэлхийн худалдааны дүрмүүд нь ийм хэлбэрийн хамгаалалт болдог байна. Албан ёсны тусгай зөвшөөрлийн хүрээнд, үндэсний захиргаанаас зохиогчийн эрхтэй бүтээгдэхүүнийг үйлдвэрлэх эрхийг дотоодын үйлдвэрлэгч нарт олгох тохиолдолд дотоодын үйлдвэрлэгч зохиогчийн эрх эзэмшигчид шударга төлбөрийг шагналын хэлбэрээр төлөх ёстой. Албан ёсны тусгай зөвшөөрөл нь дотоодын зах зээлд үйлдвэрлэл явуулах чадавхтай ноу хоу<sup>121</sup> бүхий өндөр чанартай эм үйлдвэрлэгчидтэй цөөн тооны хөгжиж буй орнуудын (Бразил, Энэтхэг, ба Өмнөд Африк гэх мэт) хувьд тусгай ач холбогдолтой зүйл юм.

Дотоодын үйлдвэрлэлийн чадавхи бүрдээгүй бага орлоготой орнуудын хувьд албан журмаар тусгай зөвшөөрөл олгох нь практик ач холбогдол муутай байдаг<sup>122</sup>. Иймээс эдгээр орнуудын хувьд албан журмын тусгай зөвшөөрөл олгох нь гуравдагч орны бага өртөгтэй үйлдвэрлэгчээс эмийг импортлоход шаардлагатай гэж түр хорооноос зөвлөж байна. Тухайлбал, Африкийн Сахарын өмнөд хэсгийн бага орлоготой улсууд яаралтай нөхцөлд (сайн дурын зохицуулалтгүй үед) бага орлоготой орнуудад зайлшгүй шаардлагатай эмийг Өмнөд Африк ба Энэтхэг дэхь зохиогчийн эрхгүй бөгөөд өөрийн дотоодын зах зээлд зохиогчийн эрхийн хязгаарлалтад орсон үйлдвэрлэгчээс ч нийлүүлэх боломжийг бий болгох үүднээс гуравдагч оронд албан журмын тусгай зөвшөөрлийг олгох боломжтой болно. Дүрэм ёсоор үйлдвэрлэгчид зохиогчийн эрх эзэмшигчид бололцооны төлбөрийг төлөх шаардлагатай ба албан журмын тусгай зөвшөөрөл олгосон орны дотоодын хэрэгцээнд зориулж үйлдвэрлэлийг явуулна. Хамгаалалтыг хариуцаж буй орон үйлдвэрлэлийг олон улсын зах зээлд чиглүүлэхийг зөвшөөрдөггүй байна.

Өрсөлдөөнт тендерийг баталгаажуулах үүднээс энд тэмдэглэсэн тодорхой зөвлөмжүүдийг бусад стандарт зарчмуудтай хослуулан ашиглаж болно. Үүнд бөөнөөр худалдан авах зарчим, үнэ тогтоох ил тод байдал (ретровирусын эсрэг эмийн үнийг олон нийтэд мэдэгдэхийн адил үндсэн эмүүдийн үнийн жагсаалтыг нийтэд ил тодоор зарлах гэх мэт) ба тодорхой бүтээгдэхүүний тусгай зөвшөөрлийн талаарх албан бус хэлэлцээр зэрэг болно. Үнэ тогтоолт ба тусгай зөвшөөрөл олголтыг өөрсдөө сайн дураар хийх зарчмыг өндөр орлоготой зах зээлд эрдэм шинжилгээ хөгжлийн сонирхлын хадгалалт, хамгаалалт, түүнчлэн тендерийн бусад стандарт арга хэрэгсэл болгон оюуны өмчийн эрхийн хүчирхэг хамгаалалттайгаар ашиглах нь холбогдох бүх талуудын хувьд үр дүнтэй хэрэгжихүйц шийдэл болно хэмээн түр хорооноос үзэж байна. Эдгээр нөхцөлд албан журмын тусгай зөвшөөрөл олгох гэх мэт хамгаалалтын арга хэмжээ амьдрал дээр цөөхөн ашиглагддаг нь бидний найдвар хүлээлт байх болно. Сайн дурын зарчим хэрэгжих боломжгүй

нөхцөлд зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийн тухай олон улсын худалдааны дүрмийг ядуусын эрүүл мэндийн хэрэгцээнд ач холбогдол өгөх байдлаар хэрэглэх үүднээс албан журмын тусгай зөвшөөрөл олгох ёстой хэмээн Түр Хороо үзэж байна. Энэ нь өндөр чанартай эм үйлдвэрлэгчдийн өрсөлдөөнийг дэмжих үүднээс албан журмын тусгай зөвшөөрлийг нилээд өргөнөөр ашиглах гэсэн утгатай, хэрэв бусад үр дүнтэй арга замууд байхгүй бол бага орлоготой орнуудад Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой асуудлыг зохицуулах гэрээг (ТРИПС) 2005/2006 оноос хойш ашиглахад бэрхшээлтэй байх болно гэсэн үг юм.

Хамгийн сайн шийдэл бол оюуны өмчийн эрхийг хамгийн ихээр хамгаалахын сацуу үнийн ялгаварлалтын янз бүрийн механизмыг ашиглан хамгийн боломжит доод үнээр ядуусын зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийг хангах сайн дурын хамтын ажиллагаа юм.

### *Хандивлагчдын Тусламжийн Түвшин*

Дэлхийн нийтийн түвшинд хандивлагчдын хэрэгцээг тооцохын тулд зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хамралтыг өргөжүүлэх зорилтыг тодорхойлж, хүртээмжийг өнөөгийн түвшнээс зорилтод түвшинд хүргэхэд шаардагдах нэмэлт өртөг зардлыг орон бүрийн мэдээлэлд үндэслэн боловсруулав. Аргачлал ба үр дүнгийн талаар Хавсралт 2-д тайлбарласан бөгөөд 05 дугаар Ажлын Хэсгээс боловсруулсан зардлын судалгаа ажлын илтгэлд тусгагдсан болно. Зайлшгүй шаардлагатай бүх тусламж үйлчилгээний зардал дээр нэмэлт сургалт, удирдлага гэх мэт байгууллагын чадавхийн бэхжилттэй холбоотой өртөг болон чанарыг сайжруулахад чиглэгдсэн үйл ажиллагааны (ажлын гүйцэтгэл ба сонирхлыг дээшлүүлэхийн тулд эрүүл мэндийн ажилчдын цалинг нэмэгдүүлэх зэрэг) зардлыг нэмж нэг оронд ногдох нийт зардлыг гаргав. Санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх, тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэхэд цаг хугацаа шаардагдана гэж үзэж байгаа тул бид жилийн бүрийн нэмэгдсэн зардлыг 2007 ба 2015 онуудаар тус тус тооцлоо. Дараа нь орон бүрийн хүрэх түвшинг 2007 он гэхэд дотоодын нэмэлт эх үүсвэрийг ҮНБ-ий нэмэлт 1 хувиар дайчлан, 2015 гэхэд нэмэлт 2 хувиар тус тус зарцуулна гэж тооцлоо. Улс орнуудын зарцуулах зардал ба нэмэлт орлогын зөрвөг буюу хандивлагчдын тусламжаар нөхөх “санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээ”-г тогтоов. Тус дүн нь орнуудын түвшинд хэрэгжих хөтөлбөр арга хэмжээний дутагдалтай байгаа эх үүсвэрийн хэмжээ болно. Дэлхийн нийтийн нийгмийн бараа бүтээгдэхүүн, тухайлбал эрдэм шинжилгээ хөгжил ба олон улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд, ялангуяа, ДЭМБ-ын үйл ажиллагаатай холбоотой нэмэлт зардал байгааг тэмдэглэх нь зүйтэй.

Хүснэгт А2.6-д бүх орнуудын түвшинд хэрэгжих хөтөлбөр арга хэмжээний нийт зардал 2007 онд жилд 22 тэрбум орчим ам. доллар (14 тэрбум ам. долларыг буурай хөгжилтэй орнууд, 6 тэрбум ам. долларыг бусад бага орлоготой орнууд, ба 2 тэрбум ам. долларыг дундаас доогуур орлоготой орнуудад тус тус зориулах) байна. Түүнчлэн бага орлоготой орнуудын биоанагаах ухаан ба эрүүл мэндийн судалгаанд зориулагдсан эрдэм шинжилгээ хөгжлийн зардалд дахин 3 тэрбум ам. доллар ба дэлхий нийтийн бусад бараа үйлчилгээнд 2 тэрбум ам. долларын санхүүжилт хэрэгцээтэй. Ингээд 2007 он гэхэд хандивлагчдын нийт тусламжийн хэмжээ жилд 27 тэрбум ам. доллар байх болно. Тусламж үйлчилгээний хамралт өргөжиж, тухайлбал

ДОХ-ын эмчилгээ хвртэгсдийн тоо нэмэгдэх тул 2015 онд энэ зардал 38 тэрбум ам. доллар болно. Эрүүл мэндэд зориулсан хөгжлийн албан ёсны тусламж (ХАЁТ) нь хандивлагчдын ҮНБ-ий 0.1 хувь орчим буюу хандивлагчдын ҮНБ-ий 10 ам. доллар бүрт 1 центийн тусламж ногдоно. Уг тооцоололд их хэмжээгээр нэмэгдэх хандивлагчдын тусламжийг үр ашигтай зарцуулах талаар хвлээн авагч орнууд дотоодын хвчирхэг арга хэмжээг авна гэсэн таамаглал ч бий. Эдгээр дотоодын арга хэмжээг хэрэгжүүлэхгвйгээр тусламжийн бодит хэмжээ хвснэгтэд вэвүлсэнээс дутах болно.

Зайлшгвй шаардлагатай тусламж вйлчилгээний хамралтыг өргөжвүлэхэд хандивлагчдын санхвүжилтийг их хэмжээгээр нэмэгдвүлэх шаардлагатай гэсэн ерөнхий дүгнэлтэнд хврч байна. Хэдийгээр зардлын нийт дүн их байгаа ч тодорхой түвшинд зохицуулж болно. Хандивлагч улсуудын ҮНБ жилд 25 триллион ам. доллар байдаг (2001). Нийт ХАЁТ 53 тэрбум ам. доллар буюу хандивлагчдын ҮНБ-ий 0.2 хувьтай тэнцвү (Хвснэгт 13) байна. Эдгээрээс 5 орон олон улсын стандарт буюу ҮНБ-ий 0.7 хувийг ХАЁТ-д зарцуулдаг бол Ирланд ба Их Британийн Нэгдсэн Вант улсууд тэр түвшинд хвргэхээр амлалт аваад байна. Олон Улсын Валютын Сан, Дэлхийн Банк болон бусад олон хандивлагч байгууллагуудын удирдлагууд саяхан уг стандартыг дахин баталсан. Хэрэв бвх хандивлагчид ХАЁТ-ийн хэмжээг ҮНБ-ий 0.7 хувьд хвргэвэл ХАЁТ-ийн нийт дүн өнөөдөр жилд 175 тэрбум ам. доллар, 2007 он гэхэд 200 тэрбум ам. доллар болно<sup>123</sup>. Энэ нь мэдээж эрүүл мэндийн хөгжлийн тусламжийн 27 тэрбум ам долларын хэрэгцээг хангаад зогсохгвй, ХАЁТ-ийн бусад салбарууд, тухайлбал боловсрол, эрүүл ахуй цэвэр ус, орчны менежмент, түүнчлэн ядуурлыг бууруулах, эдийн засгийн өсөлтийг хангах зэрэг бусад тулгамдсан асуудлаар ихээхэн хэмжээний баталгаат эх вүсвэрийг бий болгох боломжтой. Уг санааг онцлон тэмдэглэдгийн учир нь, боловсрол гэх мэт бусад шийдвэрлэх ач холбогдолтой салбаруудын ХАЁТ-ийг багасгаж, эрүүл мэндэд зарцуулахад бид итгэхгвй байгаад оршино. Харин ч, нийгмийн хөрөнгө оруулалтын бусад тэргвүлэх чиглэлд (боловсрол ба хүрээлэн буй орчны удирдлага) зарцуулах ХАЁТ-ийг нэмэгдвүлэх шаардлагатайг цохон тэмдэглэх нь шударга хэрэг болно. Эрүүл мэндийн салбарын ХАЁТ-ийг их хэмжээгээр нэмэгдвүлэх нь тусламжийг нэмэгдвүлэх бусад хэрэгцээг хязгаарлах ёсгвй.

Хандивлагчийн эдийн засгийн цар хүрээ болон хвлээн авагчийн хэрэгцээтэй харьцуулахад эрүүл мэндийн салбарт оруулж буй тусламж өчвүхэн болохыг ухамсарлах нь чухал. 1997-1999 онуудад эрүүл мэндийн салбарт оруулж буй хоёр талын хандивлагчдын дэмжлэгийн жилийн дундаж урсгалын хэмжээг Хвснэгт 14-д харуулсан байна. Хоёр талын тусламжийн урсгалын нийт дүн 2.55 тэрбум ам. доллар байгаа нь хандивлагчдын ҮНБ-ий зөвхөн 0.01 хувь болж байна. Энэ нь хандивлагчдын ҮНБ-ий 100 доллар бүрт 1 цент ногдож байна. Тухайлсан өвчинд чиглэгдсэн хөгжлийн тусламжийн талаар Хвснэгт 15-д вэвүлжээ. 1997-1999 онуудад ДОХ-ын хөтөлбөрвүд жилд дөнгөж 287 сая ам. долларын санхвүжилт олгосны хагасаас бага нь Африкт хуваарилагдсан байна<sup>124</sup>. Хумхаагийн эсрэг тусламж вйлчилгээнд 87 сая ам. доллар, сүрьеэд 81 сая ам. доллар зарцуулагджээ. Ийм хэлбэрийн тусгай зориулалттай санхвүжилтээс гадна бусад нэмэлт хөрөнгийн урсгал ч байх талтай.

Гэсэн хэдий ч хөгжиж буй орнуудын хэрэгцээний цар хүрээ ба хандивлагчдын чадавхитай харьцуулахад үзүүлж буй тусламжийн хэмжээ нилээд доогуур твшинд байсаар байна.

Хувь хvн, төрөл бvрийн сан ба корпорацуудын оруулах сайн дурын тусламжийн оруулах хувь нэмэр өссөөр байна. Ийм арга хэмжээний хамгийн томоохон жишээ бол саяхан Гейтсийн санг байгуулах үүднээс дэлхийн эрүүл мэндийн үйлст Билл ба Мелинда Гейтс нарын хувийн хөрөнгөөс оруулсан 20 гаруй тэрбум ам. долларын хандив болно. Тус сангаас дэлхийн хvн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээнд жил бүр 1 тэрбум орчим ам. долларыг зарцуулж байна. Хорьдугаар зуунд Рокфеллерийн сан дэлхий нийтийн эрүүл мэндэд үүнтэй адил шийдвэрлэх үүргийг гүйцэтгэсэн. Байгууллага, хувийн хэвшлийн дэмжлэг тун хэрэгцээтэй.

**Хvснэгт 13.** Хүлээн авагч бүх орнууд ба буурай хөгжилтэй орнуудад үзүүлж буй буцалтгүй тусламж, 1999 он (хандивлагчдын ҮНБ-ий хувь)

Улсын нэр	Хүлээн авагч бүх орнуудад үзүүлж буй тусламж, ҮНБ-д эзлэх хувь	Буурай хөгжилтэй орнуудад үзүүлж буй тусламж, ҮНБ-д эзлэх хувь
Австрали	0.26	0.05
Австри	0.25	0.04
Бельги	0.30	0.07
Канад	0.28	0.05
Дани	1.00	0.32
Финлянд	0.33	0.08
Франц	0.39	0.06
Герман	0.26	0.05
Грек	0.16	0.00
Ирланд	0.32	0.12
Итали	0.15	0.03
Япон	0.34	0.06
Люксембург	0.66	0.16
Голланд	0.79	0.16
Шинэ зеланд	0.27	0.06
Норвег	0.91	0.30
Португал	0.26	0.12
Испани	0.23	0.03
Швед	0.70	0.17
Швейцар	0.35	0.10
Их Британи	0.23	0.05
АНУ	0.10	0.02
Нийт хандивлагчид	0.24	0.05

Эх сурвалж: Calculated from Tables 31 and 39, 2000 Development Cooperation Report, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.

Дээр тэмдэглэсэнчлэн, хэд хэдэн эмийн үйлдвэрүүд бага орлоготой орнуудад үнэ төлбөргүй эмийн тусламжийг үзүүлсэн нь өвчлөлийг бууруулахад дэлхий нийтийн твшин дэхь улсын ба хувийн салбарын хамтын ажиллагааны томоохон хvчин чармайлт болж байна. Тухайлбал, тунгалагийн филиариатоз, Африкийн сохролт

өвчин, уяман, хумхаа, онкоцеркоз, трахом, ДОХ-ын эхээс хvvхдэд дамжих халдвар, ХДХВ/ДОХ-ын халдварын үед мөөгөнцрийн халдварын хяналт, татран, ба Гвинейн хорхой зэрэг өвчний хяналтыг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой байв.

**Хvснэгт 14.** Эрvvл мэнд ба хvн амын чиглэгдсэн Хөгжлийн албан ёсны тусламж, Хандивлагч орон, (сая ам. доллар),(1997-1999 онуудын дундаж)

Улсын нэр	Эрvvл мэнд	Хvн ам	Нийт	ҮНБ-д эзлэх хувь
АНУ <sup>1</sup>	535.8	385	920.8	0.012
Япон	338.6	21.2	359.9	0.009
Их Британи <sup>2</sup>	267	19.3	286.3	0.023
Франц	184.4	1.5	185.9	0.013
ХБНГУ	118.6	65.7	184.3	0.009
Голланд	80	21.5	101.4	0.026
Австрали	64.8	14.9	79.6	0.021
Швед	58.7	20.4	79.1	0.035
Испани	72.9	1.9	74.8	0.014
Бельги	58.8	1.7	60.5	0.024
Норвег	41.3	15.1	56.4	0.037
Дани	48.1	0.9	49	0.028
Австри	48.9	0.1	49	0.023
Канад	22.6	6.1	28.7	0.005
Итали	20.6	1	21.6	0.002
Швейцар	17.2	0.7	17.9	0.006
Финлянд	16	1.2	17.2	0.014
Люксембург	16.2	0.5	16.7	0.089
Ирланд	10.4	-	10.4	0.015
Португал	8.6	0.1	8.7	0.008
Грек	5.8	-	5.8	0.005
Шинэ зеланд	3.1	0.2	3.3	0.006
<b>Нийт<sup>3</sup></b>	<b>1,982.4</b>	<b>577.5</b>	<b>2,559.8</b>	<b>0.011</b>

Тайлбар: (1) Эх сурвалж: USAID database, covers all accounts

(2) Эх сурвалж: DFID database Олон Улсын Хөгжлийн Газар

(3) Бусад бvх хандивлагч орнууд: from DAC online database

**Хvснэгт 15.** Тухайлсан өвчний хяналтын зориулалт бүхий эрvvл мэндийн хөгжлийн тусламж: жилийн дундаж амлалт, 1997-1999, Зарим хоёр талт ба олон талт хамтын ажиллагааны байгууллагууд (сая ам доллар)

	Нийт дvн	Дэлхийн Банк	Олон улсын хөгжлийн банк	АФХБ	ДЭМБ	НҮБ-ын Хvvхдийн Сан	Их британы Олон улсын хөгжлийн газар	АНУ-ын Олон улсын хөгжлийн агентлаг
Нийт	1,743	504	23	2	0	322	209	209
ДОХ	287	145		0	0	25	7	17
Хvvхдийн дархлаажуулалт бүхий халдварт өвчин	251	17			0	104	110	0
Хумхаа	87	62			0	25	0	0
Сvрьеэ	81	58			0	17	1	5

Жилд 27 тэрбум ам. доллар хэрэгцээтэй гэсэн тооцоо нь эрүүл мэндийн тусламж вйлчилгээг нэмэгдүүлэх норматив зорилтот твшинд вндэслэгдсэн болохыг төгсгөлд онцлон тэмдэглэх нь зүйтэй. Олон улсын хэмжээний зоримог хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлбээс ихэнхи орнууд энэ хүчин чармайлтанд нэгдэнэ гэдэгт бид итгэж байна. Гэвч зарим орнуудын вндэсний манлайлал сул буюу хэрэгжүүлэх чадавхи дутагдалтайн улмаас эрүүл мэндийн вйлчилгээг сайжруулах энэхвв боломжийг алдах магадлалтай.

Иймээс ХАЁТ-ийн вр ашигтай ашиглалт буурч болно. Ийнхвв жилийн 27 тэрбум ам. долларын хэрэгцээг ирэх хэдэн жилввдэд ашиглаж дээд хязгаар хэмээн вээж байна. Өнгөрсөн хугацаанд ихэвчлэн тохиолдож байсантай адилаар хандивлагчдын тусламж байхгвй нь тусламж вйлчилгээг өргөжвүүлэх вйл ажиллагааг хязгаарлах хвчин звйл болох ёсгвй бөгөөд ихэнхи бага орлоготой орнууд их хэмжээний тусламжийг вр ашигтай зарцуулах талаар өөрсдөө хвчин чармайлт ажилласан нөхцөлд л энэ хөрөнгийг гаргах шаардлагатай. Гэсэн ч уг хөрөнгийг бвхэлд нь гаргана гэдэг эргэлзээтэй асуудал юм.

ХДХВ/ДОХ-ын өндөр тархалттай зарим улсуудаас бусад дундаж орлого бвхий орнууд зайлшгвй шаардлагагатай тусламж вйлчилгээний бвх нийтийн хамралтыг дотоодын нөөцөөр хангах хвчин чадалтай юм. Гэсэн хэдий ч эрүүл мэндийн хамралтыг сайжруулах зорилгоор хандивлагчдын зээл тусламж ба зөвлөмжийг авах нь дундаж орлого бвхий орнуудад зүй зохистой хэрэг болох юм. Эдгээр орнуудын эрүүл мэндийн салбарт Дэлхийн Банк болон бусад бвсийн хөгжлийн банкууд звй зохистой хэмжээний хөнгөлөлтгвй зээлийг олгох чиглэлээр ажиллахыг бид зөвлөж байна. Ийм хэлбэрийн болон Сэргээн босголт Хөгжлийн Олон улсын Банкнаас олгох зээлүүдийг Хөгжлийн албан ёсны тусламжид оруулж тооцдогвй.

Энд дурьдсан зарим нэгэн нөхцөл шалтгааныг тооцохгвй бол бидэнд хэрэгцээтэй нөөцийг дайчлах боломж бий. Сввлийн жилввдэд эрүүл мэндийн салбарт оруулж буй хандивлагчдын тусламж тоо хэмжээгээрээ болон хөгжлийн тусламжид эзлэх хувиараа нэмэгдэж байгаа тухай баримт нотолгоог Твр Хороо тогтоосон. Халдварт өвчний дэлхий нийтэд учруулж буй гамшгийн талаар төр засаг ба иргэдийн ухамсар нэмэгдсээр байгаагийн дээр өвчинд тэсвэртэй болох хэлбэрввд ба өвчний тархалтын чиглэл гэх мэт байдлаар өвчин орж ирэхээс нэг вндэстэн дангаараа хилээ хамгаалах чадваргвй юм. Дэлхий нийтийн урсгал хөдөлгөөн ба харилцаа холбоо нэмэгдэж байгаа нь дэгдэлт ба тахал гарахад нилээд өргөн хүрээний гамшгийг авчрах талтайг илтгэж байна. Цаашилбал, ХДХВ/ДОХ-ын цар тахал, сврьеэ ба хумхаагийн өвчлөл нэмэгдэж буй зэрэг нийгмийн эрүүл мэндийн олон улсын хэмжээний хямрал бодлого боловсруулагчдын бвх твшинд анхаарлыг нэмэгдвүүлж дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн асуудал нь хэвлэл мэдээлэл ба нэртэй хэвлэлввдийн олон нийтийн мэтгэлцээний талбар болж байна. Орон нутаг, вндэстэн ба дэлхийн нийтийн хөгжилд эрүүл мэндийн эзлэх байр суурийн талаарх нэгдмэл байдал өссөөр байгаа бөгөөд хувь хвний дэмжлэг ба хувийн хэвшлийн шинэ санаа ба нөөц орж ирсээр байна. Хэрэгжилтийн вр ашгийг хангах асуудал тус илтгэлийн туршид онцлон тэмдэглэж байгаа нь санхввжилтийг шаардлагагвй газар хэрэглэхгвй байхын сануулга болохыг анхаарах нь зүйтэй. Даяарчлалын өртөг ба ач тусын тухай

өнөөгийн маргаан эрүүл мэндийн талаарх зовинолыг улам гүнзгийрүүлж байгаа бөгөөд эрүүл мэндийн салбарын дэлхий нийтийн нийгмийн бараа үйлчилгээний үзэл баримтлалыг хвчирхэгжүүлж байна. Өрийн тусламжийн талаарх дэвшил нь эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг сайжруулах тулгамдсан асуудал ба боломжид үндэсний ба олон улсын анхаарлыг хандуулсаар байна.

### *Хандивлагч ба Хүлээн авагч талуудын хамтын ажиллагааны шинэ хандлага*

Хөтөлбөрүүд үр дүнтэй хэрэгжинэ гэдэгт итгэлтэй байвал баян орнуудын иргэд эрүүл мэндэд зориулах хандивлагчдын санхүүжилтийг их хэмжээгээр нэмэгдүүлэх явдлыг өргөнөөр дэмжинэ. Үр ашгийн доголдол нь тусламжийн төслүүдийн талаарх олон нийтийн дургүйцлийн хамгийн том шалтгаан юм. Иймд хандивлагчдын санхүүжилтийн ашиглалтыг стандартыг дэвшүүлэх ба хэрэгжиж буй төсөл хөтөлбөрүүдийн амжилт ба доголдлыг үзүүлэхэд онцгойлон анхаарах хэрэгтэй. Иймээс хандивлагчдын дэмжлэгийг өргөжүүлэхэд дараахь хвчин зүйлсийг харгалзахыг бид зөвлөж байна. Үүнд:

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хамралт ба үр дүнгийн талаар тодорхой бөгөөд тоон зорилтуудыг тавих

Хандивлагчдын тусламжийг дотоодоосоо нөөц дайчлах боломжтой орнуудад ялгаатайгаар хуваарилах

Хөтөлбөрийг боловсруулах, хэрэгжүүлэх ба үнэлэхэд ил тод байдлыг хангах

Хандивлагчдын санхүүжилтээр хэрэгжүүлэх хөтөлбөрүүдэд магадлан итгэмжлэгдсэн мэргэжилтнүүдийн оруулах хувь нэмрийг хангах

Үүрэг амлалтын дагуу үйл ажиллагаа явуулаагч засгийн газруудын санхүүжилтийг зогсоох ба хөндлөнгийн хяналтыг хэрэгжүүлэх зэрэг болно.

Ядуурлыг бууруулах стратегийг дэмжих ажлын нэг хэсэг болсон хандивлагч-хүлээн авагчийн хамтын ажиллагааны төлөвлөгөө хэдийн батлагдсан нь зүйтэй хэрэг юм. Бага орлоготой орнуудад үүнийг албан ёсоор Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт бичигт тусгасан байна.

Эдгээр зорилгод хүрэхэд хандивлагч ба хүлээн авагч улсуудын санаачлага зүтгэл төдийгүй санхүүжилтийг хүргэх шинэ арга замуудыг эрэлхийлэх шаардлагатай. Хандивлагчдын тусламжтай дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн санаачлага нь нилээд үр дүнтэй арга хэмжээ бөгөөд цаашид өргөжүүлэх шаардлагатай. Эрүүл мэндийн салбарыг өргөжүүлэх Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратеги (SWAp) нь хандивлагч, хүлээн авагч улсуудад зохион байгуулалттай зоримог үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх шинэ арга хэрэгслийг бүрдүүлж байна. Дэлхийн Банкны олон орнуудыг хамарсан ДОХ-ын хөтөлбөр 2001 оны турш Африк тивийн ДОХ-ын буцалтгүй тусламжийн санхүүжилтийг нэмэгдүүлэхэд томоохон боломжийг олгосон байна. Цаашид хүлээн авагч орнуудын хэрэгцээг харгалзан Дэлхийн Банкны Захирлуудын зөвлөл санхүүжилтийг зээл бус буцалтгүй



тусламжийн хэлбэрээр олгох зөвшөөрлийг өгвөл эрүүл мэндийн санхүүжилтийг ихээхэн нэмэгдүүлж болохгүй шалтгаангүй болно. Билл ба Мелинда Гейтсийн сангийн тусламжтайгаар Вакцин ба Дархлаажуулалтын Глобаль Альянсын вйл ажиллагаа нь олон улсын санхүүжилтийг нэгтгэснээр эрүүл мэндийн арга хэмжээг өргөжүүлэхэд үндэсний хэмжээний манлайллыг хөхүүлэн дэмжиж болохыг харуулсан тод жишээ болж байна.

Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратегийг 1990 оны дундуур хандивлагчдын олон хөтөлбөрүүдийг хүргэх вйл ажиллагааг зохицуулах арга хэрэгсэл болгох зорилгоор боловсруулсан байна. Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратеги (SWAp)-ийн үндсэн зарчим нь хандивлагчид үндэсний засгийн газартай хэлэлцэн тусламжийн стратегийг боловсруулах явдал юм. Тусламжийг үндэсний түвшинд хэлэлцэнэ (хандивлагчдын Зөвлөлдөх Бүлгийн вйл ажиллагааны нэг хэсэг). Үндэсний түвшинд Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратеги (SWAp)-ийн амжилт нь эрүүл мэндийн салбарын тусламжид үзүүлэх хандивлагчид ба засгийн газрын хамтын ажиллагааг хангах ба тогтвортойгоор хөгжүүлэх механизмын хэрэгжилтээс шалтгаална. Эдгээр нь ядуусын төлөөх эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх чиглэлээр үүрэг амлалт хүлээсэн бага зэргийн чадавхитай орнуудад хамгийн тохиромжтой. Зарим шүүмжлэгчид Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратеги (SWAp)-ийг ихэнхи орнуудад нөөцийг нэгтгэн дайчлах гэх мэт дэвшилтэт санаачлагыг нэвтрүүлээгүй гэж дүгнэдэг ч хүлээн авагч орнуудын түвшинд ажиллагсад уг хандлагын эрүүл мэндэд оруулах хөгжлийн тусламжийн үр ашгийг сайжруулсан тухай олон жишээг татдаг. Тус стратегийн хэрэглээ нь санхүүжилтийг хэрхэн ашиглахыг зааж үүний төлөө үнэлгээ авахыг хичээдэг санхүүжүүлэгчдийн илэрхий хандлагыг хязгаарлаж байна.

Шинээр байгуулагдсан ДОХ, Сүрьеэ Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сангаас (GFATM) ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаагийн эмчилгээ вйлчилгээний зориулалтаар олон улсын ихээхэн хэмжээний санхүүжилтийг олгож байна. ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Санг бий болгоход баримталсан үндсэн үзэл баримтлал болох хүлээн авагч улсын тэргүүлсэн вйл явц, хэмжигдэхүйц үр дүн, улсын ба хувийн санхүүжилтийг дэмжиж байна<sup>125</sup>. Эрүүл мэндийн салбарын бусад тулгамдсан асуудлууд болон эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхэд улсын түвшинд нэгтгэсэн нэмэлт ба тэнцвэржүүлэх санг бий болгох шаардлагатай. Вакцин ба Дархлаажуулалтын Глобаль Альянс ба ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сан амлалтуудаа биелүүлбэл эрүүл мэндийн салбарыг бэхжүүлэх, хүүхдийн өвчин ба бусад тэргүүлэх чиглэлээр хандивлагчдын нэмэлт санхүүжилтийг дайчилж болох юм. ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сангийн цар хүрээг ХДХВ/ДОХ, Сүрьеэ ба Хумхаа зэргээр хязгаарлахгүй бусад чиглэлээр өргөжүүлэх нь нэгэн бодитой сонголт болно.

Түр Хорооноос ДОХ, Сүрьеэ Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Санг дараахь зарчмаар ажиллах нь зүйтэй гэж үзэж байна. Үүнд:

- Амьдралд хэрэгжихүйц стратегийг боловсруулж чадсан орнуудад л их хэмжээний санхүүжилтийг олгох.

- Эхний шатанд хөгжиж буй орнуудын дотоодын байгууллагууд төслийн саналаа боловсруулан ДОХ, Сүрьеэ Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Санд ирүүлэх үйл явцад зориулан бага хэмжээний санхүүжилтийг олгох.
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хвргэх талаар холбогдох талуудыг оролцуулсан үндэсний хэлэлцээрийг бидний зөвлөмж болгож буй Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн Үндэсний Хороогоор дамжуулан зохион байгуулах асуудлыг орнууд төслийн саналдаа тусгах талаар дэмжих.
- Санхүүжилтийн тусламжийг санхүүжилт дутагдалтай байгаа улсуудад чиглүүлэх. Иймээс санхүүжилтийн урсгалын ихээхэн хэсгийг бага орлоготой орнууд тухайлбал, буурай хөгжилтэй орнуудад зээлийн бус буцалтгүй тусламжийн хэлбэрээр олгох<sup>126</sup>. Дундаж орлоготой улсуудад (ДОХ-ын тархалт өндөр байгаа зарим орнуудыг үл тооцон) санхүүжилтийг ДОХ, Сүрьеэ Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сангаас бус Дэлхийн Банк болон бусийн хөгжлийн банкуудаас хвсэх хэрэгтэй.
- Энэ илтгэлд зөвлөсний дагуу хвлээн авагч улсын зүгээс гаргаж буй санхүүжилтийн хвчин чармайлтыг хөхүүлэн дэмжих ёстой.
- Үр дүнд тулгуурласан гүйцэтгэлийн стандарт, ил тод байдлын зарчмыг мөрдлөг болгон ажиллаж хөндлөнгийн хяналт ба үнэлгээг эрхэмлэх ёстой. Урьдын үүрэг амлалтыг биелүүллээгүй орнуудын хандивлагчдын тусламжийн хүртээмжийг бууруулна.
- Улс орны ирээдвйн хандивын санхүүжилтийг доголдуулах, хээл хахуульд өртөх явдалтай идэвхитэй тэмцэх ёстой.
- Улс орнуудын төслийн саналыг бие даасан шинжээчдийн үнэлгээний дагуу тархвар зүйн хэрэгцээ, хэрэгжих боломж, өртгийн үр ашиг ба үйл ажиллагааг хянагдах байдлын үүднээс үнэлэх ёстой. Эдгээр үйл ажиллагааны зардлыг хандивлагчдын тусламжтай хэрэгжүүлэх төслийн үйл ажиллагаанд оруулан тооцох.
- Жилийн санхүүжилтийн ихээхэн хэсгийг буюу тухайлбал, орон бүрийн санхүүжилтийн 5 хувийг үйлдлийн шинжилгээнд зориулах ёстой.

Дэлхийн Сангийн үйл ажиллагааны талаарх эдгээр зарчмууд нь Гейтсийн сангаас анхлан санхүүжүүлж ирсэн ядуу орнууд дахь өргөн вакцинжуулалтын хамралтын талаарх улсын ба хувийн салбарын хамтын ажиллагааны чиглэлээр Вакцин ба Дархлаажуулалтын Глобаль Альянсын удирдлага болгож буй хандлагатай адил юм<sup>127</sup>. Вакцин ба Дархлаажуулалтын Глобаль Альянс нь ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сангийн үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд ач холбогдолтой чухал үлгэр дууриал болно. Вакцин ба Дархлаажуулалтын Глобаль Альянсын үйл ажиллагааны үндсэн зарчмуудаас дурдвал, улс орнууд урт хугацааны тууштай төлөвлөгөөтэй байх; төслийн саналыг бие даасан гадны шинжээчдээр дүгнүүлэх; гүйцэтгэлийг дүгнэх тодорхой бөгөөд дүгнэж болохуйц шалгууртай байх (жишээлбэл,

вакцинжуулалтын тоо); төлбөрийн механизмын хөшүүрэг (санхүүжилтийн хагасыг урьдчилан төлж вакцинжуулалтыг бүрэн гүйцэтгэсний дараа үлдэх хэсгийг олгох) зэрэг болно.

Дэлхий дахины үйлст Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага ба Дэлхийн Банк гэх мэт дэлхийн олон талт хамтын ажиллагааны байгууллагууд онцгой эрчимтэй үүрэг гүйцэтгэх ёстой. ДЭМБ-ын гишүүн 191 улсууд байдаг ба Нарийн Бичгийн Даргын алба эдгээр орнуудын хүсэлтэнд дэлхий дахины эрүүл мэндийн асуудлаар засгийн газар хоорондын албан ёсны төлөөлөгчийн байр сууринаас хариулна. Сайн дурын ихээхэн хэмжээний нэмэлт хандив болон санхүүжилтийн үр дүнд ДЭМБ 100 гаруй улсуудыг хамарсан сүлжээг бий болгон зургаан бүсийн төв ба Женев хотод төв байгууллагыг ажиллуулж байна. Энэ байгууллага олон жилийн турш өвчний хяналт, ард түмний тулгамдсан асуудлуудын тэгш байдлыг хангахуйц эрүүл мэндийн тогтолцоог хөгжүүлэх, нийгмийн эрүүл мэндийг дэмжих талаарх хандлагуудын үндэслэлтэй нотолгоог бий болгох чадавхийг бэхжүүлсээр ирсэн билээ. Хандивлагч (АНУ-ын Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэн) ба хүлээн авагч улсууд (Бангладеш улс дахь Эрүүл мэнд Хүн амын судалгааны төв гэх мэт) дахь үндэсний хэмжээний байгууллагууд, түүнчлэн шинжлэх ухаан, хувийн салбар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэгчид өргөн олны үзэл баримтлалд үндэслэсэн дэлхий дахины шинжээчдийг дайчлах нь ДЭМБ-ын нэн тэргүүний үүрэг болно. ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сангийн үйл ажиллагаанд ДЭМБ-аас мэргэжил арга зүйн туслалцааг үзүүлж хүлээн авагч улсуудын чадавхийг хөгжүүлэх чиглэлээр ажиллах ёстой. Үүний үр дүнд үндэсний ба орон нутгийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд Салбарын хөгжлийн тусламжийн стратегийг (SWAp) ашиглах явдал өргөжих юм. Ийнхүү ДЭМБ-ын оролцоог нэмэгдүүлснээр хандивлагчдын тусламжаар хэрэгжиж буй хөтөлбөрүүдийн үр дүн сайжирна. Орон бүрийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагааг эрчимтэй өргөжүүлэхэд зайлшгүй шаардлагатай тархвар зүйн суурь гэх мэт улам өсөн нэмэгдэж буй өвчнийг хянах хүчин чармайлтын нотолгооны үндсийг бий болгоход ДЭМБ онцгой үүрэг гүйцэтгэх ёстой.

Үүрэг хариуцлага ийнхүү өсч байгаа тул ДЭМБ өөрчлөлт шинэчлэлт хийх ба боловсронгуй болгох чиглэлээр ажиллах шаардлагатай. ДЭМБ-ын нарийн бичгийн даргын албыг бусад байгууллагуудтай (болзошгүй сонирхлын зөрчилдөөний улмаас ажлын нээлттэй арга барил дутагдаж буй талаар Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Ерөнхий Ассемблей ба ДЭМБ Гүйцэтгэх Захирлуудын зөвлөлд санал гомдол ирсэн) уян хатан хамтын ажиллагааг хөгжүүлэхийг гишүүн орнууд зөвшөөрөх нь зүйтэй. ДЭМБ-ын Бүсийн болон улсуудын төлөөлөгчийн албуудын үүрэг хариуцлага удирдлагыг бэхжүүлэх шаардлагатай. Санхүүжилт хязгаарлагдмал тул нэн тэргүүнд шийдвэрлэх асуудлыг сонгох ба төвлөрөх байдлыг сайжруулах шаардлагатайн дээр дэлхий нийтийн нийгмийн бараа үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэхтэй холбогдуулан төсвийг нэмэгдүүлэх ёстой.

Хөгжлийн өргөн үзэл баримтлалтай эрүүл мэндийн салбарыг холбох талаар Дэлхийн Банк онцгой чадавхи арвин туршлагатай билээ. Эрүүл мэнд нь хөгжлийн ерөнхий үзэл баримтлалын үндсэн хэсэг ч өргөн хүрээг хамарсан нилээд томоохон хүчин чармайлтын нэгээхэн хэсэг юм. Эрүүл мэндийн үйл ажиллагааг хөгжлийн бусад бүрэлдэхүүн хэсгүүдтэй холбоход олон улсын байгууллагууд ба улс орнуудад

туслахуйц дэлхий нийтийн хамгийн зүй зохистой байгууллага болно. Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн чиглэлээрх хөгжлийн тусламжийн ихээхэн хэсгийг Дэлхийн Банкнаас олгож байгаа боловч бага орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн төслүүдийг зээлийн бус буцалтгүй тусламжийн хэлбэрээр санхүүжүүлэх санхүүгийн хязгаарлалтын улмаас хүчин чармайлт доголдоход хүрч байна<sup>128</sup>. Иймд бага орлоготой орнуудад олгох буцалтгүй тусламжийн хэмжээг нэмэгдүүлэхийг бид Дэлхийн Банкинд уриалж байна. Үүний зэрэгцээ хөгжингүй орнууд Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжид урт хугацааны жинтэй хувь нэмрийг оруулж Банкинд буцалтгүй тусламжийн хөтөлбөрөө өргөжүүлэх боломжийг олгох нь зүйтэй<sup>129</sup>. Түүнчлэн Олон Улсын Сэргээн босголт Хөгжлийн Банк болон бүсийн хөгжлийн банкууд дундаж орлого бүхий гишүүн орнуудад олгох хөнгөлөлттэй зээлийн хэмжээг нэмэгдүүлэх шаардлагатай. Дэлхийн Банк, Халуун орны өвчний сургалт судалгааны тусгай хөтөлбөр ба Хүний нөхөн үржихүйн судалгаа шинжилгээ, сургалтын тусгай хөтөлбөр гэх мэт дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн нийгмийн бараа үйлчилгээгээ Банкны Хөгжлийн буцалтгүй тусламжийн хөтөлбөрийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарын хамтын ажиллагааг нэмэгдүүлэх замаар өргөжүүлэх талаар анхаарах нь зүйтэй.

### *Хандивлагчдын нэмэлт тусламжийг шингээх нь*

Эрүүл мэндийн салбарт олгох хандивлагчдын тусламжийг их хэмжээгээр нэмэгдүүлэх нь макро эдийн засгийн ба салбарын тогтвортой үйл ажиллагааг алдагдуулах эсэх тухай асуудал хөндөгддөг. Зарим тохиолдолд нөөцийн гэнэтийн бөмбөгдөлт нь дотоодын внийг хөөрөгдөн валютын ханшийг хэт өсгөж уламжлалт экспортыг бууруулахад хүргэдэг «Данийн өвчин» гэгдэх үзэгдэлтэй адилтгах ч явдал байдаг. Эрүүл мэндийн салбарт олгох нөөцийн хэмжээг ихээр нэмэгдүүлбэл үүнтэй ижил үр дагаварт хүрэх үү? Бидний үзэл бодлоор бол макро эдийн засгийн үр дагавар тийм ч аюултай бус боловч ҮНБ-д эзлэх тусламжийн хувь их байгаа тохиолдолд тэрхүү өсөлтийг макро эдийн засгийн бодлогод нийцүүлэх талаар анхаарах шаардлагатай. Буурай хөгжилтэй орнуудын хувьд хандивлагчдын нэмэлт тусламжийн нийт хэмжээ ҮНБ-ий 6 хувь байх боловч Сахарын өмнөд хэсгийн бага орлоготой улсуудад 8 хувьд хүрэх боломжтой. Бусад бага орлоготой орнуудын хувьд ДНБ-ий эзлэх хувь тун бага (магадгүй ҮНБ-ий 1 хувь) байна. Бараа үйлчилгээний хөөрөгдөлтэй адилтгалгүйгээр тусламжийг тодорхой хугацааны туршид аажмаар нэмэгдүүлэн арав түүнээс ч олон жилээр тогтворжуулах боломжтой.

Цаашилбал, энэ санхүүжилтийн хагас, түүнээс ч их хэсгийг худалдааны бараа үйлчилгээ буюу эм ба оношлуурын багаж хэрэгслүүд эзлэх тул дотоодын бүтээгдэхүүний эрэлтийг гэнэт хэт ихээр өсгөхгүй. Иймээс эрүүл мэндийн салбар дахь худалдааны бус бүтээгдэхүүний эрэлтийн өсөлт ҮНБ-ий 3 хувьд хүрэх магадлалтай гэж бид таамаглаж болох юм. Эдгээр нь бүхлээрээ гадаадын эх үүсвэрээс санхүүжих тул төсвийн хомсдол ихсэх буюу мөнгө гаргах талаарх асуудлууд гарахгүй. Хөгжиж буй олон ядуу орнуудын хувьд ҮНБ-д эзлэх хандивлагчдын тусламжийн хувь бидний хэлэлцэж буй санхүүжилтийн дүнгээс их болохыг тэмдэглэх нь зүйтэй. 1999 онд л гэхэд Малави улсад олгосон хөгжлийн албан ёсны тусламж ҮНБ-ий 24.6 хувь, Танзани улсын хувьд 11.3 хувь, Сенегальд 11.2 хувь ба Уганда улсад ҮНБ-ий 9.2 хувиудыг тус тус эзэлж байжээ. Эдгээр

улсуудын макро эдийн засгийн байдал тогтвортой, бага хэмжээний эдийн засгийн өсөлттэй бөгөөд инфляцийн түвшин нилээд доогуур байсан.

Эрүүл мэндийн салбар энэхүү нэмэгдэл санхүүжилтийн урсгалыг шингээж чадах эсэх нь өнөөдрийн ярвигтай асуудлуудын нэг болоод байна. Эрүүл мэндийн салбарт бий болох нэмүү өртгийн дотоодын бүтээгдэхүүнд эзлэх хувь ДНБ-ий зөвхөн хоёр хувиас 6 буюу түүнээс дээш хувь хүртэл өсөх болно<sup>130</sup>. хандивлагчдын санхүүжилтийг нэмэгдүүлэхтэй холбоотойгоор илтгэлд тэмдэгсэнчлэн төрийн удирдлага ба засаглалын асуудлууд хөндөгдөх болно. Бүх орнууд, удирдлагын тогтолцоо бага дотоодын удирдлагын мэдлэг боловсрол түүнчлэн олон орнуудад хамт олны ба төр засгийн түвшинд үүрэг хариуцлагын тогтолцоог бэхжүүлэх зэргээр хэрэгжүүлэлтийн чадавхаа ихээхэн өргөжүүлэх шаардлагатай. Боловсон хүчнийг дайчлах ба тогтвортой ажиллуулах тэдний сонирхлыг хамгаалах ажлын гүйцэтгэлийг сайжруулах үүднээс төсвийн эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсдын цалинг ихээхэн хэмжээгээр нэмэгдүүлэх шаардлагатайг цохон тэмдэглэх нь зүйтэй. Гэвч Төсвийн бусад салбаруудад ижил эрэлтийг бий болгох тул энэ үйл хэрэг улс төрийн хувьд бэрхшээлтэй байж болзошгүй. Хэдий улс төрийн өндөр хүчин чармайлт чадавхийг шаардах ч цалинг нэмэгдүүлэх асуудал бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн салбарт ихэвчлэн тохиолдож буй мэргэшил боловсролтой эмч мэргэжилтнүүдийн өндөр хөгжилтэй орнууд руу чиглэсэн нүүдлийг хазаарлах болон доод түвшний ажилчдын амьдралыг тэтгэх зорилгын үүднээс зайлшгүй шаардлагатай зүйл юм<sup>131</sup>. Үүний тулд цалин нэмэгдүүлэх үе шаттай арга хэмжээг авахын зэрэгцээ олон улсын түвшинд дайчлагдах боломж багатай, богино хугацаанд суралцах боломжтой эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүдээр аль болох өргөн хүрээний тусламж үйлчилгээг хүргүүлэх чиглэлд шилжих шаардлагатай. Цалингийн сүлжээний уян хатан бус байдал болон засгийн дүрэм журмуудаас урьдчилан сэргийлэх үе шаттай арга хэмжээг хэрэгжүүлж болно. Үүнд өөрийн эрхт тогтолцоо сайтай нэгжүүдэд төрийн удирдлагыг шилжүүлэх, зөвхөн үндсэн цалинг бус бусад нэмэгдэл урамшууллыг нэмэгдүүлэх болон хувийн ба төрийн бус байгууллагын эрүүл мэндийн байгууллагуудыг ашиглалтыг сайжруулах зэрэг орно. Бэрхшээлүүд тохиолдох нь мэдээж боловч дээрх эрсдлүүдийг тусгасан дунд хугацааны хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлснээр үр дагаварыг сааруулах боломжтой.

## Өргөжилтийн макро эдийн засгийн ашиг тус

Эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг их хэмжээгээр өргөжүүлснээр бага орлоготой орнуудын өвчлөлийн дарамт үлэмж буурна. Бидний зөвлөмж болгож буй арга хэмжээнүүдийн цогц үр нөлөөний дүнд хөгжиж буй орнуудад тохиолдож буй халдварт өвчин болон эхийн өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралтыг 2015 он гэхэд хамгийн нааштай тооцооллоор жилд 8 саяар буюу 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs)-аар бууруулах юм. Нас баралтын бууралтыг харьцуулсан байдлаар Хүснэгт 16а (суурь үзүүлэлт) ба 16б (тусламж үйлчилгээг өргөжүүлсний дараахь түвшин) болон холбогдох Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs)-ийн тооцооллыг Хүснэгт 17а (суурь үзүүлэлт) ба 17б (тусламж үйлчилгээг өргөжүүлсний дараахь үзүүлэлт)-д тус тус харуулсан байна.

Бага орлоготой орнуудад эдгээр нас баралтын бvгдийг бус гэхэд ихэнх хэсгийг, дундаж орлоготой орнуудад зарим хэсгийг нь урьдчилан сэргийлж болох юм. Орон бvрийн тархвар зvйн нөцөл байдлын талаарх зvй зохистой суурь тоон мэдээлэл байхгvй тул энэ шатанд хоёр бvлгийн тархвар зvйн тооцооллыг салангид хийх боломжгvй. Тархвар зvйн тоон мэдээ ба загварчлалд vндэслэн ирээдvйд бидний тооцооллыг нилээд нарийвчлах шаардлагатай.

Хэрэв нэг хvнд ногдох жилийн дундаж орлогоор Хөдөлмөрийн чадвар алдаагvй амьдралын жил (DALYs) бvрийг vнэлж бага орлоготой орнуудын нэг хvнд ногдох орлого 2015 он гэхэд 563 ам. доллартай (2000-2015 турш жилийн 2 хувийн эдийн засгийн өсөлт) тэнцэнэ гэвэл эдийн засгийн шууд хуримтлал 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагvй амьдралын жилvуд (DALYs) х 563 ам. доллар / Хөдөлмөрийн чадвар алдаагvй амьдралын жилvуд (DALYs) буюу 186 тэрбум ам. доллар болно гэсэн нилээд нааштай тооцоолол гарч байна. Ер нь Хөдөлмөрийн чадвар алдаагvй амьдралын жил (DALYs) бvрийг жилийн орлогын хэмжээг vржvүлэн магадгvй өнөөгийн орлогыг гурав дахин өсгөж тооцоход шууд ашиг тус нь жилд 500 тэрбум ам. доллараас ч давах болно. Тун бодитой таамаглалаар ч шууд ашиг тус бага орлоготой орнуудад тусламж вйлчилгээг өргөжvүлэхэд шаардагдах өртгөөс гурав дахин их буюу 66 тэрбум ам. доллар байна гэж бид тооцож байна.

Эрvүл мэнд сайжирснаар эдийн засгийн өсөлт нэмэгдэнэ гэж vзвэл бодит ашиг тус vүнээс хамаагvй их байж болзошгvй. Дундаж наслалт дээшилж, өвчлөлийн дарамт буурснаар дээр хэдийн дурдсаны (хvн ам зvйн хурдацтай шилжилт, хvний хvчин зvйлд оруулах хөрөнгө оруулалт нэмэгдэх, өрх гэрийн хуримтлал өсөх, гадаадын хөрөнгө оруулалт нэмэгдэх ба нийгэм эдийн засгийн тогтворжилт баталгаажих) дагуу өсөлтийг нэмэгдүүлнэ. Бидэнд тархвар зvйн зvй зохистой мэдээлэл байхгvй тул аврагдсан амь насыг дундаж наслалтын жилvүд өссөнөөр илэрхийлж нарийн тодорхойлох боломжгvй. Гэсэн ч бид нэгэн дvр зургийг гаргаж болно.

**Хvснэгт 16а.** 1,2,3-бvлгийн өвчлөлийн улмаас жилд нас барж буй 60-аас доош насны хvмvүс, Эрvүл мэндийн арга хэмжээг хэрэгжvүлээгvй нөхцөлд, ДЭМБ-ын хvн ам зvйн хувьд хөгжиж буй бvсvүд, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
1-р бvлэг*	13,956,966	13,547,795	13,255,530	12,963,265	12,671,000
Халдварт ба Хоол тэжээлийн дутагдал	9,073,058	8,974,403	8,903,935	8,833,468	8,763,000
Эхийн өвчлөл	491,185	415,081	360,720	306,360	252,000
Амьсгалын эрхтний халдвар	2,290,921	2,223,810	2,175,873	2,127,937	2,080,000
Перинатал өвчлөл	2,101,802	1,934,502	1,815,001	1,695,501	1,576,000
2-р бvлэг*	7,809,835	9,347,660	10,446,107	11,544,553	12,643,000
Хорт хавдар	2,242,159	2,814,836	3,223,890	3,632,945	4,042,000
Зvрх судасны өвчин	2,975,450	3,547,716	3,956,477	4,365,239	4,774,000
Бусад	2,592,226	2,985,109	3,265,739	3,546,370	3,827,000
3-р бvлэг*	4,578,256	5,044,311	5,377,207	5,710,104	6,043,000

**Хүснэгт 16б.** 1,2,3- бүлгийн өвчлөлийн улмаас жилд нас барж буй 60-аас доош насны хүмүүс, Эрүүл мэндийн арга хэмжээг хэрэгжүүлсэн нөхцөлд, ДЭМБ-ын хүн ам зүйн хувьд хөгжиж буй бүсүүд, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
1-р бүлэг*	13,956,966	9,868,714	5,155,625	4,727,703	4,593,479
Халдварт ба Хоол тэжээлийн дутагдал	9,073,058	6,489,866	2,849,259	2,826,710	2,804,160
Эхийн өвчлөл	491,185	234,334	203,645	106,253	87,400
Амьсгалын эрхтний халдвар	2,290,921	1,664,462	718,038	702,219	686,400
Перинатал өвчлөл	2,101,802	1,475,851	1,384,682	1,092,521	1,015,519
2-р бүлэг*	7,809,835	8,132,367	9,088,004	9,293,184	10,177,417
Хорт хавдар	2,242,159	2,198,138	2,517,573	2,439,041	2,713,667
Зүрх судасны өвчин	2,975,450	2,984,297	3,328,143	3,325,363	3,636,750
Бусад	2,592,226	2,949,932	3,242,288	3,528,780	3,827,000
3-р бүлэг*	4,578,256	5,044,311	5,377,207	5,710,104	6,043,000

1,2,3-р Бүлгийн талаарх дэлгэрэнгүй мэдээллийг Дэлхийн Эрүүл мэндийн Илтгэл, 2000, Хавсралт Хүснэгт 4, х 170-17 –аас үзэнэв

Хэрэв эрүүл мэндийн байдал сайжирснаар бага орлого бүхий орнуудын дундаж наслалт өндөр хөгжилтэй орнуудаас 19 жилээр дутуу байгаа өнөөгийн зөрүүгийн хагас болгож нэмэгдүүлнэ. Өөрөөр хэлбэл, дундаж наслалтыг 59-өөс 68 болгож эдийн засгийн өсөлтийн үр нөлөө нь жилд 0.5 хувь болно. Эдийн засгийн өсөлт нэмэгдсэнээр гадаадын хөрөнгө оруулалтыг сааруулахад хүргэдэг хумхаа ба ХДХВ/ДОХ-ын өвчлөлийн дарамтыг буурах ач холбогдолтой. Жилд зөвхөн 0.5 хувиар өсөхөд бага орлоготой орнуудын нэг хүнд ногдох жилийн орлого 10 хувиар өсөх буюу өнөөгийн хурд 20 жилийн дараахь түвшинд хүрнэ. Бага орлоготой орнуудын ҮНБ нь 2020 онд 1.8 триллион ам. доллар болох тул 10 хувийн үр ашиг нь 2020 он гэхэд жил бүр 180 тэрбум ам. долларын хэмжээтэй тэнцэнэ<sup>132</sup>. Нэг хүнд ногдох өсөлт нэмэгдсэнээр олох жилийн ашиг тус дундаж наслалт нэмэгдэхээс хүртэх ашиг тустай ижил хэмжээтэй гэж тун бүдүүлгээр авч үзэж болно.

**Хүснэгт 17а.** 1, 2, 3 дугаар бүлгийн өвчлөлийн нас баралтын шалтгаанаар 60 хүртэлхи насны хүмүүсийн Хөдөлмөрийн чадвараа алдаагүй амьдралын жилүүд(DALYs)-ийн тоо, Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хүртээгүй нөхцөлд, ДЭМБ-ын хүн амын өсөлт өндөр бүс нутгууд, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
1-р бүлэг*	458,011,800	460,221,000	461,799,000	463,377,000	464,955,000
Халдварт ба Хоол тэжээлийн дутагдал	296,833,900	303,295,250	307,910,500	312,525,750	317,141,000
Эхийн өвчлөл	15,111,100	15,142,250	15,164,500	15,186,750	15,209,000
Амьсгалын эрхтний халдвар	78,881,900	76,813,750	75,336,500	73,859,250	72,382,000
Перинатал өвчлөл	67,184,900	64,969,750	63,387,500	61,805,250	60,223,000
2-р бүлэг*	376,217,100	432,577,250	472,834,500	513,091,750	553,349,000
Хорт хавдар	43,768,600	54,984,000	62,995,000	71,006,000	79,017,000
Зүрх судасны өвчин	64,775,300	77,738,250	86,997,500	96,256,750	105,516,000

Бусад	267,673,200	299,855,000	322,842,000	345,829,000	368,816,000
3-р бүлэг*	197,612,600	216,174,500	229,433,000	242,691,500	255,950,000

1,2,3-р Бүлгийн талаарх дэлгэрэнгүй мэдээллийг Дэлхийн Эрүүл мэндийн Илтгэл, 2000, Хавсралт Хүснэгт 4, х 170-17 –аас үзнэ үү

**Хүснэгт 176.** 1, 2, 3 дугаар бүлгийн өвчлөлийн нас баралтын шалтгаанаар 60 хүртэлхи насны хувьд Хөдөлмөрийн чадвараа алдаагүй амьдралын жилүүд(DALYs)-ийн тоо, Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хүртсэн нөхцөлд, ДЭМБ-ын хувь амын өсөлт өндөр бус нутгууд, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
1-р бүлэг*	458,011,800	335,241,967	124,980,732	125,580,567	126,474,099
Халдварт ба Хоол тэжээлийн дутагдал	296,833,900	219,328,853	98,531,360	100,008,240	101,485,120
Эхийн өвчлөл	15,111,100	8,548,561	203,645	106,253	87,400
Амьсгалын эрхтний халдвар	78,881,900	57,493,044	24,861,045	24,373,553	23,886,060
Перинатал өвчлөл	67,184,900	49,566,073	1,384,682	1,092,521	1,015,519
2-р бүлэг*	376,217,100	376,337,684	411,361,070	413,030,810	445,437,265
Хорт хавдар	43,768,600	42,937,640	49,193,522	47,671,107	53,049,431
Зүрх судасны өвчин	64,775,300	65,392,513	73,181,286	73,326,715	80,380,250
Бусад	267,673,200	268,007,531	288,986,261	292,032,988	312,007,584
3-р бүлэг*	197,612,600	216,174,500	229,433,000	242,691,500	255,950,000

1,2,3-р Бүлгийн талаарх дэлгэрэнгүй мэдээллийг Дэлхийн Эрүүл мэндийн Илтгэл, 2000, Хавсралт Хүснэгт 4, х 170-17 –аас үзнэ үү

Аврагдсан амь наснуудын үнэлгээг эдийн засгийн хурдацтай өсөлттэй нэгтгэвээс 2015–2020 онуудад жилд наад зах нь 360 тэрбум ам. доллар буюу үүнээс ч их хэмжээний эдийн засгийн ашиг тусыг олж болохоор байна.

## Цаашдын зорилт

Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг ирэх жилүүдэд тууштайгаар өргөжүүлэхийг дэлхий нийтэд бид уриалж байна. ЯБСББ–ийг хэрэгжүүлэх шинэ үйл явц өрнөж байна. Энэхүү үйл явцыг ядуурлыг бууруулах дэлхий нийтийн амлалтыг үйл хэрэг болгох хэрэгцээ шаардлагатай уялдах ёстой. Бага орлоготой орнууд, хандивлагчид ба олон улсын байгууллагууд хамтран үе шаттай арга хэмжээг хэрэгжүүлэх шаардлагатай.

### Бага орлоготой орнууд

Хөгжиж буй орон бүр зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний бүх нийтийн хүртээмжийг хангах арга замыг тодорхойлж эхлэхийг Түр Хорооноос зөвлөж байна. Уг үйл ажиллагааг засгийн газар ба иргэний нийгэм хамтран тархвар зүйн ба эдийн засгийн шинжилгээ түүнчлэн хамт олны тулгамдсан асуудлуудад үндэслэн бүх ард түмэнд хүргэх зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг тодорхойлохоос эхэлнэ. ЯБСББ–ийн хүрээнд орон бүр 2002 онд Санхүү эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн сайдуудаар ахлуулсан иргэний нийгмийн тэргүүлэгчдийн төлөөллийг хамруулсан Макро эдийн засаг ба Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хороог (МЭЭМҮХ) байгуулахыг бид зөвлөж байна<sup>133</sup>. Эрч хүч, мэдлэг мэргэшил болон санхүү эдийн



засаг эрүүл мэндийн салбаруудын манлайлагчдын эрх мэдлийг нэгтгэх нь шийдвэрлэх ач холбогдолтой болох нь бидний энэхүү үйл ажиллагааны явцад тодорхой болсон юм. МЭЭМҮХ-г 2003 оны төгсгөлд ажлаа дуусгахаар хязгаарлагдмал эрхтэйгээр зохион байгуулна. МЭЭМҮХ дараахь үүрэгтэй ажиллана. Үүнд: (1) эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тулгамдсан асуудлуудыг тодорхойлж тэдгээрийг санхүүжүүлэх стратегийг боловсруулна; (2) улсын төсвөөс санхүүжих хvн ам нийтээр хvртэх зайлшгvй шаардлагатай багц тусламж үйлчилгээг тодорхойлох (хандивлагчдын тусламжтайгаар); (3) сургалт, бvтээн босголт, дэд бvтцийг хөгжvүлэх, эрүүл мэндийн салбарт зайлшгvй шаардлагатай тусламж үйлчилгээний бvх нийтийн хvртээмжийг хангахуйцаар удирдлагыг хөгжvүлэх гэх мэт орон нутгийн тvвшинд үйлчилгээг хvргэх эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжvүлэх олон жилийн хөтөлбөрийг санаачлах; (4) тархвар зvйн зvй зохистой загварчлалд vндэслэгдсэн өвчлөлийн дарамтыг бууруулах тоон зорилтыг тодорхойлох; (5) Эрүүл мэндийн салбарын бусад салбаруудтай (боловсрол гэх мэт) уялдах хvчин зvйлсийг тодорхойлох болон (6) уг стратегийг макро эдийн засгийн бодлоготой нийцvүлэх явдлыг баталгаажуулах. Эдгээр ажил үүргийг хэрэгжvүлэхэд МЭЭМҮХ нь ДЭМБ ба Дэлхийн Банктай нягт хамтран ажиллана. Зайлшгvй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг тодорхойлох ба тоон зорилтуудыг тогтоох vүднээс орон бvрийн тархвар зvйн суурь мэдээллийг боловсруулахад ДЭМБ туслалцаа үзүүлнэ. Дэлхийн Банкнаас, тусламж үйлчилгээг өрөгжүүлэх талаарх олон жилийн стратеги тvүний дотор хандивлагчид ба дотоодын нөөцөд тулгуурлан дунд хугацааны санхүүжилтийн хvрээг тодорхойлоход туслалцаа үзүүлнэ.

### *Хандивлагч орнууд*

Хандивлагч орнуудаас эрүүл мэндийн салбарт олгох жилийн санхүүжилтийг тухайн улсуудад хэрэгжүүлэх хөтөлбөрүүд болон дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн нийгмийн бараа үйлчилгээний хангамжийг өртгөтгөхийн зэрэгцээ ҮНБ-ий 0.1 хувиар (2007 он гэхэд жилд 27 орчим тэрбум ам. доллар) нэмэгдүүлэх чиглэлээр ажиллах нь зүйтэй. Бага орлоготой орнууд зайлшгvй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх биелэгдэж боломжтой, үр дvнтэй, хянаж болохуйц стратегийг боловсруулахаас санхүүжилтийн бодит хуваарилалт хамаарна. ДЭМБ, Дэлхийн Банк, хандивлагч ба хүлээн авагч улсуудын удирдагчидтай хамтран эрүүл мэндийн салбарт оруулах хандивлагчдын олон жилийн турш дахь нүсэр их санхүүжилтийг зохицуулах болон хандивлагчдын амлалт ба хуваарилалтыг хянах үүргийг хүлээх болно. Олон Улсын Валютын Сан / Дэлхийн Банкны уулзалтууд, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Ассемблей, Хөгжлийн санхүүжилтийн талаарх Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын конференц, Дэлхийн Банкнаас санхүүжүүлэн зохион байгуулдаг Зөвлөлдөх Талуудын уулзалтууд гэх мэт олон улсын дээд хэмжээний уулзалт хөдөлгөөнүүдийн хүрээнд эрүүл мэндэд зориулах хандивлагчдын тусламжийг өргөжүүлэх тодорхой үүрэг амлалтуудад чиглэгдсэн арга хэмжээг зохион байгуулах шаардлагатай.

### *Олон улсын байгууллагууд*

Дэлхийн нийтийн стратегийн хүрээнд Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага гэх мэт олон улсын байгууллагуудын үйл ажиллагааг бэхжүүлэхийн зэрэгцээ ДОХ, сүрьеэ Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сан (GFATM) болон Дэлхийн Эрүүл мэндийн

Судалгааны Сан (GHRF) зэрэг санаачлагуудыг шинээр байгуулах шаардлагатай. ДЭМБ нь хэд хэдэн чиглэлээр шийдвэрлэх үүргийг гүйцэтгэхийн дотор эрүүл мэндийн зүй зохистой стратегийг боловсруулах талаар гишүүн улсуудад зөвлөх асуудал хамгийн чухал ач холбогдолтой. Иймд гишүүн орнуудын чадавхийг бэхжүүлэх шаардлагатай. Мөн дэлхий дахины өвчнийг хянах хүчин чармайлтад шийдвэрлэх ач холбогдолтой тархвар зүйн суурь үзүүлэлтийг орон бүрийн болон дэлхийн түвшинд тогтооход ДЭМБ-ын үүрэг хариуцлага их юм. Эрүүл мэндийн тогтолцооны өөрчлөлт шинэчлэлтийн тэргүүн туршлагыг түгээх ба дүн шинжилгээ хийх болон салбарын нөөцийн тэгш бус байдлыг шийдвэрлэхэд чиглэгдсэн бодлогын өөрчлөлт шинэчлэлтийг дэмжихэд Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага ба Дэлхийн Банк харилцан үүрэг хүлээнэ. Эцэст нь тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явц бага орлоготой орнуудын макро эдийн засгийн бодлогын цар хүрээ тухайлбал, олон улсын нэмэлт санхүүжилтийг шингээх байдалд хэрхэн нөлөөлж буйг тооцоход ОУВС-аас хандивлагчид ба хүлээн авагч улсуудад тусална. ДЭМБ ба Дэлхийн Банкнаас гадна шинээр байгуулагдсан ДОХ, сүрьеэ хумхаа өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сангийн үйл ажиллагааг ХДХВ/ДОХ, хумхаа ба сүрьеэгийн эсрэг далайцтай арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд шаардлагатай санхүүгийн эх үүсвэртэйгээр 2002 оноос эхлүүлэх шаардлагатай. Эхний санхүүжилт жилд хэдэн тэрбум ам. доллар байх бөгөөд тухайлбал 2007 онд жилд 8 тэрбум ам. долларын зорилтыг тавих шаардлагатай. Өвчний эсрэг тэмцэл нь дэлхий дахины хамт олныг жинхэнэ ёсоор бүрдүүлэх нийтлэг чадавхийн үнэнхүү шалгуур болно. Зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх нэг хүнд ногдох зардал 34 ам. долларт хүрээгүйгээс сая сая хүмүүс шаналан зовж нас барж байгаа нь өнөөгийн ертөнцөд өршөөхөөргүй зүйл билээ. Шударга болоод алсын хараатай ертөнцөд ийм гачааллыг тэвчихгүй. дэлхийн хамгийн ядуу ба эмзэг хүмүүст итгэл найдвар амьдралыг бэлэглэхэд шаардлагатай арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр манлайлагчид сүүлийн жилүүдэд тавьсан тангарагаа биелүүлнэ. Ийм ирээдүйд хүрч чадна гэдгийг бид ухамсарлаж байгаа бөгөөд энэхүү чухал ач холбогдолтой үнэ цэнэтэй үйлст дэлхий өөрийн эрч хүчээ дайчилна гэдэгт итгэлтэй байна.

## Тайлбар

1. ЭЗХАХБ-ын Хөгжлийн Тусламжийн Хороо эдгээр ангиллуудыг ашигладаг. Таван ангилалд: Буурай хөгжилтэй орнууд (LDCs), Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын тодорхойлж буй хамгийн доогуур хөгжилтэй 48 орон; бусад бага орлоготой орнууд (OLICs) (нэг хүнд ногдох ҮНБ нь 1999 онд 755 ам доллараас бага байгаа буурай хөгжилтэй бус улсууд); дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд; дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд; ба өндөр хөгжилтэй орнууд. Зардлын тооцоололд Хүснэгт А2.Б.-д жагсаасан улсуудыг хамруулсан болно.

2. Ихэнхи бага орлоготой орнуудад халдварт бус олон өвчний насны ялгаварлалаар ангилсан нас баралтын түвшин буурч байхад хүн ам насжиж байгаагаас шалтгаалан өвчлөлийн бодит дарамт өсч байна. Тамхинаас үүдэлтэй өвчлөлөөс үүсэх нас баралт насны ялгаварлалаар авч үзэхэд ч өсч байна.

3. Жишээ: чихрийн шижин, хавдрын зарим хэлбэрүүд, сэтгэцийн эмгэг, цусны даралт ихсэх гэх мэт зонхилон тохиолдох өвчнүүд болон бусад халдварт бус өвчнүүдийг хамруулахад халдварт өвчний зайлшгүй шаардлагатай эмийн хвртээмжийг сайжруулах шинэ механизмыг ашиглаж эхэлж байгаа боловч цаашид халдварт ба халдварт бус өвчнүүдийн чиглэлээр олон зүйлийг хийх шаардлагатай.

4. Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Хөгжлийн Хөтөлбөр, Хүснэгт 8, хуудас 169.

5. Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Хөгжлийн Хөтөлбөр, 2001, Зураг 1.3, хуудас. 2

6. Бидний зөвлөмж болгосноор 2007 он гэхэд эрүүл мэндийн салбарт олгох ҮНБ-ийг 1 хувь, 2015 он гэхэд 2 хувиар тус бүр нэмэгдүүлснээр зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг бүх нийтэд хүргэх асуудлыг дундаж орлого бүхий олон орнууд бүрэн шийдвэрлэх боломжтой. Иймд тэдгээр орнууд эрүүл мэндийн нэмэлт санхүүжилтийг бидний зөвлөмж болгосноос бага хэмжээгээр нэмэгдүүлэх эсвэл хүртээмжийг энэ Илтгэлд тэмдэглэсэн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээнээс давуулан хүн ам насжих асуудлыг тусган эрүүл мэндэд хүнд дарамтыг учруулж буй төрөл бүрийн халдварт бус өвчнүүдийг оруулах хэлбэрээр өргөжүүлэхээр шийдвэрлэж болох юм.

7. Үйлдлийн шинжилгээ гэдэг нь болох үйлчилгээ хүргэх арга зам ба өртөг, өвчтөний хяналт, хордлого, тун тааруулах, гэх мэт эрүүл мэндийн арга хэмжээний бодит амьдрал дээрхи үйлдлүүдийн хэрэгжилтийг судлан шинжлэх тухай асуудал юм. Үндсэн зорилго нь эмчилгээний горимыг тухайн нөхцөл байдалд оновчтой тааруулан тусламж үйлчилгээнд хамгийн зүй зохистойгоор хэрхэн нэгтгэх болно. Хандивлагчдаас улсуудад чиглэсэн хөтөлбөр төслүүдэд үйлдлийн шинжилгээний асуудлыг тэр бүр тусгадаггүй. Үйлдлийн шинжилгээ нь хоёр төрөлд хуваагддаг. Эмнэлгийн шинж чанартай үйлдлийн шинжилгээнд тун тааруулах ба хордлого мэт эмчилгээний горимуудын асуудлуудыг хөндөнө. Эмнэлгийн бус үйлдлийн шинжилгээ нь тээвэрлэлт, санхүүгийн удирдлага, эмчилгээний горимын соёл, ёс заншлын талууд, ба эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд эмнэлгийн бус хүчин зүйлсийн асуудлуудыг хамруулдаг.

8. Илтгэлийн явцад бид өвчнийг гурван төрлийн хэлбэрт хуваан авч үзэж буй тухай дурдана. Үүнд: 1 дүгээр төрөлд ядуу ба баян орнуудад хоёуланд нь их хэмжээгээр тохиолддог буюу тохиолдож болзошгүй өвчин; 2 дугаар төрөлд зонхилон ядуу орнуудад тохиолддог боловч баян улсуудад нилээд хэмжээгээр гардаг өвчүүд; 3 дугаар төрөлд давамгайлсан зөвхөн ядуу орнуудад тохиолддог өвчнүүд зэрэг болно. 2 ба 3 дугаар төрлийн өвчнүүдийн судалгаа шинжилгээний асуудлыг дэмжих шаардлагатай.

9. Тандалтын нэг хэсэг нь тахлын бодит-цагийн хяналт шинжилгээ юм. Үүнийг өнөөдөр хэрэгжиж буй 72 сүлжээг холбодог ДЭМБ-ын Өвчний дэгдэлтийг яаралтай мэдэгдэх сүлжээ (Global Outbreak Alert Response Network)-ний хүрээнд зохион байгуулж байна. Гэсэн ч бага орлоготой олон орнуудад зүй зохистой лаборатори ба тархвар зүйн чадавхи дутагдалтай байгааг анхааран шийдвэрлэх нь чухал.

10. Бага орлоготой орнууд Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичгийг боловсруулахыг хандивлагчдаас уриалаад байна. Уг баримт бичиг нь өр цуцлах ба хандивлагчдын санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр ядуурлыг шийдвэрлэх тогтвортой, цогц арга хэмжээний үндэс болно.

11. Уг үйл ажиллагааны үр дүнгийн талаар ОУВС-ын “Ядуу Орнуудыг Өрөөс Ангижруулах (Их Өртэй Ядуу Орнууд): Ямар үр дүнд хүрсэн бэ” 2001 оны наймдугаар сар, <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm> -аас үзэж болно .

12. Түүнчлэн, эдгээр холбогдох чиглэлээр зүй зохистой үзэл баримтлал ба технологийг онцлон тэмдэглэх нь чухал. Тухайлбал, ядуусын эрүүл мэндэд охидын боловсрол ихээхэн ач холбогдолтойг онцлон тэмдэглэх. Мөн түвшинд хэмнэлттэй зуухыг нэвтрүүлэх нь орон байрны агаарын бохирдлоос үүдэлтэй нас баралтаас урьдчилан сэргийлэх ба эрчим хүчийг хэмнэх зүй зохистой технологи болохыг илтгэж байна.

13. Уг хороотой адил твшний өргөн хүрээг хамарсан бүлэг хэдийн байгуулагдсан бол дахин шинэ Хороог зохион байгуулах шаардлагагүй бөгөөд түүний үйл ажиллагаа, үүрэг хариуцлагыг өөрчлөн шинэчлэх чиглэлээр ажиллах нь зүйтэй. Гэсэнч бид Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд Эрүүл мэнд ба Санхүү эдийн засгийн төрийн байгууллагуудын хамтын удирдлагыг бий болгох нь чухал ач холбогдолтойг онцлон тэмдэглэж байна.

14. Тамхи татахыг бууруулбаас жилд хэдэн сая үхлээс зайлсийж болно.

15. Дундаж орлого бүхий Сахарын өмнөд хэсгийн Африкийн улсуудад ХДХВ/ДОХ-ын тархалт өндөр тул зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг хүргэх өртөг зардал их байх бөгөөд зардлын тооцоололд эдгээр орнуудыг оруулсан болно.

16. Уг илтгэлд тусгагдсан доллараар илэрхийлсэн бүх тоонууд нь ам долларыг илтгэнэ. Өртгийн төсөөллийн бүх тооцоо 2002 оны тогтмол үнээр, ам. доллараар илэрхийлэгдсэн.

17. Энэ нь 2007 онд нэмэлт 1 хувийн ҮНБ, 2015 онд нэмэлт 2 хувийн ҮНБ болно. Зарим улсуудад эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд үүнээс ч бага хөрөнгө шаардлагатай.

18. 2007 онд нэмэлт 1 хувийн ҮНБ, 2015 онд нэмэлт 2 хувийн ҮНБ-ийг дайчилсны дараа үлдэх санхүүжилтийн цоорхойг хандивлагчид нөхөхөөр тооцож байна. Дотоодын энэ нэмэлт санхүүжилт нь тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд хангалттай хүрэх бол хандивлагчдын тусламж шаардлагавгүй.

19. Бидний тооцоолоор эрүүл мэндэд зарцуулах Хөгжлийн Албан Ёсны Тусламж жилд 6 орчим тэрбум ам. доллар байгаагийн 5 тэрбум ам. долларыг бага ба дундаж орлого бүхий улсуудад чиглэгдсэн хандивлагчдын арга хэмжээний хөтөлбөрүүдэд, 1 тэрбум ам. долларыг эрүүл мэндийн нийгмийн бараа үйлчилгээнд зориулж байна. Энэхүү 6 тэрбум ам. долларт эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх ба тухайлсан өвчнийг хянах асуудлуудыг оруулж байгаа боловч гэр бүл төлөвлөлтөд зориулагдсан 600 сая ам. долларыг тооцоогүй болно. Хэдий Түр Хороо ба 6 дугаар Ажлын Хэсэг нилээд хвчин чармайлт гарган ажилласан ч эрүүл мэндийн салбарт оруулах хандивлагчдын тусламжийн талаархи тодорхой мэдээ, бүртгэлийг гаргах боломжгүй байна. Учир нь санхүүжилтийг янз бүрийн хэлбэрээр ашиглах бөгөөд тайлагналтад алдаа дутагдлууд байсаар байна. Хөгжлийн албан ёсны тусламжаас гадна хүүтэй зээлийн хөтөлбөрүүдийг ихэвчлэн Дэлхийн Банкнаас жилд 0.5 тэрбум орчим ам. долларын хэмжээний зээлийг ядуусын өвчний судалгаа шинжилгээний зардалд зориулан дундаж орлого бүхий хөгжиж буй орнуудад олгож байна.

20. Бидний хийсэн тооцоолол хэдий үнэн зөв ч бүс нутаг ба өвчнөөр ангилсан үр дүнгийн мэдээллийг хэтрүүлэх буюу гуйвуулан тайлбарлахгүй байхыг сануулж байна. Тусламж үйлчилгээ ба тогтолцоог өргөжүүлэхэд зарцуулах санхүүжилтийг бүс нутаг ба өвчин бүрээр ялган нарийн тооцох явдлыг орон бүрийн дэлгэрэнгүй тооцоолол гарах хүртэл хүлээх нь зүйтэй.

21. Хүн залуугаараа буюу дундаж насандаа нас барахад үхэл нь амьдралын олон жилийн алдагдалтай дүйцнэ. Мөн үхлээс өмнөх өвчлөл хувь хүнийг олон жилийн турш тахир дутуу байдалд оруулдаг. Эдгээр шалтгаануудын улмаас нэг жилд алдагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs) нь нэг жилд ногдох үхлүүдийн үржвэр болно.

22. Бага орлоготой орнуудын нэг хүнд ногдох орлого 1999 онд 410 ам. доллар байна. Нэг хүнд ногдох орлого жилд 2 хувиар өсөхөд 2015 он гэхэд 563 ам. долларт хүрнэ. Иймд 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs) нь 186 тэрбум ам. долларын ашиг болно. Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жил (DALY) бүрийг нэг хүнд ногдох орлогын үржвэрээр үнэлэх боломжтой тул шууд ашиг тус нь 186 тэрбум ам. доллараас хоёр дахин буюу түүнээс их байж болно. Мөн, энэ тооцоололд эрүүл мэнд сайжирснаар эдийн засгийн өсөлт хурдсах нөлөөллийг тусгаагүй болно.

23. Хэрэв улс төрийн хүсэл эрмэлзлэл байвал, бидний тооцоогоор дундаж орлого бүхий ихэнхи улсууд нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийг дотоодын нөөцөөс шийдвэрлэх боломжтой. Бага орлоготой орнууд болон ХДХВ/ДОХ-ын тархалт өндөр байгаа зарим дундаж орлого бүхий орнуудад хандивлагчдын тусламж шаардлагатай байна.

24. Хандивлагчдын тусламж байхгүй тохиолдолд хэрхэх талаар Түр Хорооноос олон хүмүүс асууж байв. Өөрөөр хэлбэл, бага нөөцөөр хэрхэн ажиллах тухай асуудал юм. Бид юуны өмнө нийгмийн дарамт ихтэй зардал багатай үр дүнтэй цөөн тооны өвчнүүдэд анхаарлаа хэдийн төвлөрүүлсэн тул жилд урьдчилан сэргийлэх боломжтой сая сая нас баралтыг тулгамдаж буй байдлаар нь дугаарлах талаар зөвлөсөн. Энэ нь зөвхөн ёс зүйн хувьд хүндрэлтэй төдийгүй улс төрийн хувьд тун ярвигтай асуудал юм. Тухайлбал, өртөг зардал багатай арга хэмжээнд (дархлаажуулалт) ач хоолбогдол өгч

өндөр зардалтай тусламж үйлчилгээг (өндөр зардалтай урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд ба ДОХ-ын эсрэг тэмцэхэд шаардлагатай ретровирусын эсрэг эмчилгээ) орхигдуулан дараа дараачийн шатанд тавьж асуудлыг хялбархнаар шийдэгчид бидэнтэй тулгарч буй бодит сонголтуудыг дутуу үнэлдэг. ДОХ-ын цар тахлыг хянахгүй бол Африкийн эдийн засгийн хөгжил сүйрэлд орж болно. ДОХ бус улаан бурханы эсрэг тэмцэх нь Африкийн хүн амын ба эдийн засгийн хэрэгцээг хангахгүй. Түүнчлэн нөгөө туйлруу тэмүүлж ДОХ-той тэмцэх өртөг өндөртэй хэрэгцээгээр хямд төсөр арга хэмжээг боох нь буруу тул бид *хоёр талд ижил ач холбогдол өгөхийг* зөвлөж байна. Цаашилбал, ДОХ-той тэмцэхэд зориулагдсан дэд бүтцийг бий болгох нь улаан бурханыг хянахад ашиглаж болно. Мэдээжийн хямд төсөр зүйлсийг сонгосноос эрүүл мэндийн шийдвэрлэх олон хэрэгцээ шаардлагад чиглэгдсэн цогц хөтөлбөрийг боловсруулан санхүүжүүлэх нь илvv өндөр үр ашигтай.

25. Ретровирусын эсрэг эмчилгээний асуудлаарх ДЭМБ-ын Олон Улсын Зөвлөлдөх уулзалт дээр НҮБ-ын ДОХ-ын Сан ба ДЭМБ-ын тавьсан илтгэл, Женев, 2001 оны 5 дугаар сар.

26. *Ялгаартай үнэ тогтоох* гэдэг нь харилцан адилгүй зах зээлд ялгаатай үнүүдээр худалдах тухай бөгөөд биет болон хууль эрх зүйн саад бэрхшээлээс ангид асуудал юм. Энэ тохиолдолд, доогуур үнээр бага орлоготой орнуудад худалдаж байхад өндөр хөгжилтэй орнуудын зах зээлийн үнийг өсгөж худалдаална.

27. Эдгээр ажлын хэсгүүдийн удирдамж болон оролцогсдын нэрсийг Хавсралт 1-д жагсаасан байна.

28. Зарим эрх чөлөө (“улс төрийн оролцооны эрх чөлөө буюу суурь боловсрол эсвэл эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүртэх”) нь хөгжлийн үндэс болохын дээр эдийн засгийн дэвшилд үүрэг гүйцэтгэх талаар Сен онцлон тэмдэглэдэг. А.Сений 1999 оны “Хөгжил бол Эрх чөлөө” бүтээлийг үзнэ үү. Тухайлбал, Удиртгал ба Бүлэг 1-ийг үзнэ үү.

29. Амир Аттаран “Эрүүл мэнд хүний эрх”, МЭЭМТХ-ы Бодлогын Меморандум 3.  
<http://www.cid.harvard.edu>.

30. *Биеийн эрүүл мэнд нь хөгжил дэвшил* (зүйр цэцэн үгс); *Эрүүл мэнд эрхэм баялаг* (Англи ардын зүйр цэцэн үгс); *Эрүүл мэндгүй бол баялаггүй* (Серб ардын зүйр цэцэн үгс); Амжиргаанаас өмнө эрүүл мэнд чухал (Еврей үндэстний зүйр цэцэн үгс). Вольфганг Мейдэр, Прентис-Холл *Дэлхийн зүйр цэцэн үгсийн толь бичиг*, Нью-Йорк: Прентис Холл ХХК.

31. *Хүн амын эрүүл мэнд* гэсэн хэллэгийг бид бүх хүн амын түвшинд эрүүл мэндийн байдлыг дундаж наслалт, нялхсын ба хүүхдийн эндэгдэл, Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs) гэх мэт хүн амын хэмжүүрүүдээр нэгтгэсэн утгатайгаар хэрэглэдэг. Эдийн засгийн өсөлт гэдэг нь тухайн улсын нэг хүнд ногдох орлогын (худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлсэн нэг хүнд ногдох Үндэсний Нийт Бүтээгдэхүүн /ҮНБ/) тогтвортой өсөлт юм. Эдийн засгийн хөгжил гэдэг нь нийгмийн материаллаг аж байдлын өргөн хүрээтэй бөгөөд тогтвортой өсөлтийг хэлнэ. Материаллаг аж байдал нь зөвхөн нэг хүнд ногдох ҮНБ төдийгүй бусад материаллаг амьдралын орон байр, хэрэглээ, бараа үйлчилгээг хүргэх гэх зэрэг хэд хэдэн чиглэлийг хамарна.

32. Эрүүл мэнд ба хөгжлийн ач холбогдлын талаар онцлон тэмдэглэж байсан өмнөх үеийн шинжээчдэд бид талархлаа илэрхийлье. Нилээд тодорхой жишээ бол ДЭМБ-аас гаргасан Абель-Смит ба Лейсерсоны судалгаа болох *Ядуурал, Хөгжил ба Эрүүл мэндийн бодлого* (1978, 27–34 хуудас) бөгөөд зохиогчид бидний дүрсэлсэнтэй адилаар эрүүл мэндээс хөгжилд хүрэх хэлхээсийг гаргасан. Тухайлбал, хумхаа, онкоцеркоз, шистоматоз, ба трипаносом өвчнүүдийн улмаас халуун орны хагалгаат газрын хэрэглээг хязгаарласнаас vvдэх үр дагавар; мал амьтны нөхөн үржихүйд сөргөөр нөлөөлөх; шилжих хөдөлгөөн ба худалдаа буурах; төрөлтийн түвшний бууралт саармагжих; газар тариалан эрхлэх шинэ аргуудыг хэрэгжүүлэх нийгмийн нээлттэй байдал буурах; ба тахлын үеэр хоолны үйлдвэрлэл буурах үзэгдлүүд илэрдэг. Энэ шатанд бид зөвхөн “Ядуурал, үл ойшоолт, зуунаас зуунд дамжсан хохирлыг үзүүлэгч өвчлөлийн аймшигт мөчлөгөөс гарахад сая сая ядууст туслах хөгжлийн нэгдмэл хандлага байх шаардлагатай (хуудас. 32).” гэсэн дүгнэлтээр эв нэгдлээ илэрхийлж чадна.

33. P.V. Фогель, “Хоол тэжээл ба Нас баралтын хандлагын талаарх шинэ ололтууд: “Хүн амын онолын зарим тусгал” М. Р. Розенцвайг ба О. Штарк, *Хүн ам ба Өрх бүлийн эдийн засгийн гарын авлага*, 1а боть, Амстердам, Эльзевьер сайнс, 1997: 433–481.

34. Д.Р. Гваткин, “Эрүүл мэндийн тэгш бус байдал ба ядуусын эрүүл мэнд: Бид юуг мэдэх вэ? Бид юуг хийж чадах вэ?” *Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Бльюттен*, 2000, 78 (1); ба Гваткин ба бусад., “Эрүүл мэнд, Хоол тэжээл ба Хүн амын Нийгэм-Эдийн засгийн Ялгаа” (44 хөгжиж буй орнуудын талаарх цуврал тайлан), Дэлхийн Банк, 2001. Мөн, Дэлхийн Банкны төслийн 44 орнуудын судалгааны тоон мэдээллийг С. Гупта, М. Верховен, ба Е. Тионгсон, “Эрүүл мэндийн төсвийн зарлага ба Ядуус” ОУВС-ын Ажлын илтгэл, 2001, Хүснэгт 1,-ээс үзнэ үү .

35. Нялхсын эндэглийн аливаа нэг түвшингийн хувьд ядуу орнуудын эдийн засгийн өсөлт баян орнуудаас илүү хурдацтай байдаг нь үнэн бөгөөд үүнийг эдийн засгийн хөгжлийн үзэл баримтлалд *болзолт ойртолт* хэмээн томъёологддог. Болзолт ойртолт гэдэг нь хоёр ижил байдалтай газар нутагт оршиж буй орнуудын хувьд ядуу орон нь баян хөрштэйгээ харьцуулахад хөрөнгө ба технологийн дэвшлийг тусгаж шингээх цар хүрээ их байдаг тул илүү хурдацтай хөгждөг байна. Нөгөө талаар, ядуу орнуудын нийгэм, эдийн засаг, эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд доогуур буюу бодлого нь доголдолтой бөгөөд баян оронтой нийлэлт зөвхөн эдгээр хүчин зүйлээс “болзолт” бөгөөд бодит бус үзэгдэл юм.

36. Эдгээр загваруудад жилийн өсөлтийн түвшинг дундаж наслалтын натураль логарифм гэх мэт хэд хэдэн хувьсагч бүхий шугаман хамааралтай функцаар илэрхийлдэг. Дундаж наслалтын  $\ln 3.5$  байна.  $\ln (77) = 4.34$  ба  $\ln (49) = 3.89$  тул өсөлтийн зөрүү нь 3.5 Ч (4.34–3.89) буюу жилд 1.6 хувь болно.

37. Энэ хэсэгт тэмдэглэсэн судалгаа бүр эрүүл мэндийн шууд нөлөөллийг зохион байгууллалт, бодлого болон засаглалын сөрөг орчноос салгахыг оролдсон ч өрх гэр, тосгон, буюу бүсийн түвшингийн дэлгэрэнгүй бөгөөд үндэслэлтэй тоон мэдээлэл бүхий цаашдын судалгаагаар эрүүл мэндийн онцлог үр нөлөөллийг түүнчлэн эрүүл мэндтэй хамрааралтай нийгмийн бусад салбарын нөлөөлөлтэй харьцуулахуйцаар гарах болно.

38. Худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлсэн доллар гэдэг нь ядуу орнуудын бараа үйлчилгээний долларын дундаж үнэ (ерөнхийдөө доогуур) АНУ-ынхаас ялгаатай байгааг тусгасан ам доллар юм.

39. ОУВС, ЭЗХАХБ, НҮБ, Дэлхийн Банк, 2000. *Олон Улсын Хөгжлийн Зорилтуудад хүрэх дэвшил: 2000 Бүх нийтийн сайн сайхны дэлхий*, Вашингтон хот.

40. Ядууралтай холбоотой үндсэн зорилго нь 1990-2015 онд “туйлын ядууралд амьдарч буй хүмүүсийн тоог хоёр дахин бууруулах” явдал юм. Туйлын ядуурал гэдэг нь өдөрт нэг хүртэлхи ам. доллараар (1993 оны худалдах авах чадварын тэнцлийн үнээр илэрхийлсэн /PPP/ ам. доллар) амьдрах явдлыг хэлнэ. Иймд ядууралтай холбоотой зорилго нь 1990-2015 онд “өслсгөлөнгөөр зовон шаналж буй хүмүүсийн тоог хоёр дахин бууруулах”.

41. “Хумхааг хумих” хөдөлгөөнийг ДЭМБ, НҮБ-ын Хөгжлийн хөтөлбөр, НҮБ-ын Хүүхдийн сан, ба Дэлхийн Банк хамтран хэрэгжүүлдэг бөгөөд хумхаагаас үүдэлтэй нас баралтыг 2010 он гэхэд хоёр дахин бууруулахыг зорьж байна. Түүнчлэн ДЭМБ, Дэлхийн Банк ба НҮБ-ын Хүүхдийн сангийн оролцоотой хэрэгжиж буй ‘Сүрьеэг зогсоо’ хэмээх дэлхийн хамтын хүчин чармайлт нь 2000 онтой харьцуулахад 2010 он гэхэд өвчлөлийн дарамтыг (тархалт ба нас баралт) хоёр дахин бууруулахаар ажиллаж байна.

42. Уг судалгаа 1994 онд АНУ-ын Тагнуулын Төв Газрын байгуулсан “Улс орнуудын уналтын асуудлаархи ажлын хэсэг”-ээс зохион байгуулсан. Ажлын хэсэг “улс орны уналт”-ын (хувьсгалт дайн, тохиолдол, угсаатны дайн, хоморголон устгах буюу улс төрийн аллагын тохиолдлууд, ба эсэргүү буюу үймээнч тогтолцооны өөрчлөлтүүд), албан ёсны тодорхойлолтыг гаргасан бөгөөд 500.000 буюу түүнээс дээш хүн ам бүхий улсуудын 1957-1994 онуудын бүх тохиолдлуудыг тооцсон байна. Бүх хамааралтай хувьсагчдыг шалгахад гурван хүчин зүйлс хамгийн өндөр хамааралтай байв. Үүнд: нялхсын эндэгдэл; эдийн засгийн нээлттэй байдал буюу дэлхийн бусад улс оронтой эдийн засгийн

холбоо ихсэх тусам улсын уналтын магадлал буурах; болон ардчилал буюу ардчилсан тогтолцоотой орнууд авторитари тогтолцоо бүхий улсуудтай харьцуулахад унах хандлага багатай байна. “Улс орнуудын уналтын асуудлаархи ажлын хэсэг”-ийн илтгэлийг үзнэ үү: II үе шатны дүгнэлт, Вүүдров Вилсоны Төв, Байгаль орчны өөрчлөлт ба аюулгүй байдлыг төслийн тайлан, 1999 оны зун, 49–72.

43. “1960 оноос хойших АНУ-ын цэрэг дайны хөндлөнгөөс оролцох бараг бүх үзэгдэл урьд өмнө нь “уналт”-анд байсан хөгжиж буй орнуудад явагдсан байна. (Ж. Сакс, “Дэлхийн тэгш бус байдлын стратегийн үр дагавар,” Улирал бүрийн Вашингтон, 2001 Зун, х. 191).

44. “Дэлхийн халдварт өвчний аюул занал, түүний АНУ-д үзүүлэх үр дагавар”, Үндэсний тагнуулын зөвлөл, (Вашингтон хот, 2000 оны 1 дүгээр сар), <http://www.cia.gov/>- web хуудаст тавигдсан илтгэлийг үзнэ үү. Уг илтгэлд “дэлхийн аялал жуулчлал, цагаачлалын үндсэн төв болоод өргөн хүрээний сонирхол бүхий иргэд ба гадаадын цэргийн баазуудтай орнуудын хувьд АНУ нь халдварт өвчний эрсдэлд байна”, түүнчлэн “халдварт өвчин нь нэрвэгдсэн хөгжиж буй орнууд ба хуучин коммунист дэглэмтэй улсуудын эдийн засаг нийгмийн хөгжлийг сааруулах магадлалтай” хэмээн тэмдэглэжээ. Энэ нь ардчилсан хөгжил ба шилжилтийн үйл явцад бэрхшээл учруулж хүмүүнлэг иргэний самууныг үүсгэж болно. Мөн “2015 оны дэлхийн хандлага: Төрийн бус байгууллагын мэргэжилтнүүдтэй харилцан санал бодлоо солилцох нь”, хэмээх Үндэсний Тагнуулын Зөвлөлийн илтгэлийг [/http://www.cia.gov/](http://www.cia.gov/) үзнэ үү.

45. Б. Корбер ба бусад., *Шинжлэх ухаан* 288, 1789 (2000).

46. Лавер ба Гарман саяхан бичсэнчлэн “А төрлийн томуугийн дэлхий нийтийг хамарсан тахал /цар тахал/ хэзээ ч тохиолдож болно. Ийм тохиолдол нь шинэ вирусаар үүсгэгдэх бөгөөд үүний эсрэг хүн төрөлхтөний дархлаа байхгүй ба шинэ вирус Хятадад гарах магадлалтай. Хүн ам ихээр суурьшсан ба тээврийн хэрэгслийн хөдөлгөөний өнөөгийн нөхцөлд тахал дэлхийн өнцөг бүрт хүрэх боломжтой. Сая сая хүмүүс өвчилж олон хүмүүс эндэнэ”. ”Греим Лавер, Эльспэт Гарман, “Томуугийн цар тахалын үүсэл ба хяналт,” *Шинжлэх ухаан*, 293-р дугаар, 2001 оны 9 дүгээр сарын 7, хуудас 1776–1777.

47. Олон жишээнүүдийн зөвхөн нэгээс иш татахад л Төвдөөс Канад улсад дүрвэн ирсэн 416 хүний 5 нь олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгээр өвчилсөн байв. Сүрьеэ ба Уушигний өвчний эсрэг Олон улсын Холбооны 5 дугаар Уулзалт дээр Бонни Хенри ба бусад зохигчдын тавьсан, “М. Канад улсад Түвдийн дүрвэгсдийн дундахь Сүрьеэгийн дэгдэлт,” сэдэвт илтгэл, Хойд Америкийн Бүс, Ванкувер, 2000 оны 2 дугаар сар. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>).

48. Крис Ф. Куртис “Хамт олны дунд шавьж устгах бодис бүхий орны торны өргөн хэрэглээний үр нөлөө” Макро эдийн засаг Эрүүл мэндийн асуудлаархи ДЭМБ-ын Түр Хорооны Бодлогын баримт бичиг, <http://www.cid.harvard.edu/>.

49. Хөгжиж буй орнуудын хүн амын 48 хувь нь эхийн эндэгдлийг бууруулах зорилтуудыг хэрэгжүүлэх талаар хоцорч байгаа улсуудад амьдарч байна.

50. Түр Хорооны дүн шинжилгээнд урьдчилан сэргийлж болох өвчин гэдгийг «адилтгаж болохуйц оронтой харьцуулахад тухайн нийгэм дэхь өвчлөл нас баралт хэт их байгаа байдал» хэмээн үздэг. Тухайлбал, бага орлоготой орнуудын өвчний хэт дарамтыг өндөр хөгжилтэй орнуудын тамхи татдаггүй хүмүүсийн өвчлөл нас баралтын байдалтай харьцуулж тооцно.

51. Эдийн засгийн хэллэгээр өвчлөл нь хувь хүний бараа үйлчилгээний хэрэглээний түвшин ба амьдралын үргэлжлэх хугацаа өөрчлөгдөөгүй байхад ч хувь хүний “ханамж”-ийг бууруулдаг.

52. Ийм томоохон үнэлгээг сүүлийн үеийн эдийн засгийн онолын сурах бичгүүдэд ашиглаж байна. Катлер ба Ричардсон (1997); Топель ба Мурфи (1999); Филипсон ба Соарес (2001); болон Бекер, Филипсон ба Соарес (2001) үзнэ үү.

53. 34.6 Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs) \* 2.1 сая нас баралт = 72 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs).

54. Эдийн засгийн өсөлтийн түвшин  $d(\ln y)/dt = -a M - b \ln y + c Z$  гэж Галуп, Сакс нарын 2001 оны эмпирик туршилтийн загварт үздэг. Үүнд:  $\ln y$  гэдэг нь нэг хүнд ногдох ҮНБ-ий натураль логарифм,  $M$  хумхаад өртөж болох хүн амын хувь (0-1.0 хооронд),  $Z$  нь өсөлтийн бусад хүчин зүйлс болно. Эмпирик тооцоонд  $a$  коэффициентийг 1.3 орчим,  $b$  коэффициентийг 2.0 гэж үздэг. Эндээс хумхаагийн өсөлтөд үзүүлэх богино хугацааны нөлөөлөл нь жилд  $-1.3$  бөгөөд урт хугацааны үр нөлөө нь нэг хүнд ногдох орлогыг  $\exp(-a/b) = \exp(-0.65) = 0.52$  -аар бууруулана гэж дүгнэж болно. Өөрөөр хэлбэл хумхаа бүхий орны нэг хүнд ногдох жилийн орлого нь хумхаагүй орны нэг хүнд ногдох жилийн орлогын 52 хувьтай тэнцэнэ гэсэн үг болно.

55. Гертлер ба Груберийн (2001) тооцооллоор хүнд өвчний өртгийн 35 хувийг өрх гэрт байгаа бусад эх үүсвэрээр даатгаагүй байна (Индонези улсын тоон мэдээлэлд үндэслэгдсэн). Тэд мөн өвчин хүндрэх тусам өрх гэрүүдийн даатгуулах чадвар буурдаг байна гэж тогтоожээ. Бие махбодийн ажиллагаанд нөлөөлдөггүй өвчний эдийн засгийн зардлыг өрх гэрүүд бүрэн, бага зэрэг доголдуулдаг өвчний өртгийн 71 хувийг тус бүр даатгуулаад бие мах бодийн ажиллагааг ноцтойгоор доголдуулдаг өвчний зардлын дөнгөж 38 хувийг даатгуулдаг байна. Түүнчлэн тэдний судалгааны үр дүн эдгээр хүнд өвчний бүрэн бус даатгалаас Индонезийн эдийн засагт үргүй зардал учирч байгааг харуулсан байна.

56. Баркерийн таамаглалаар ургийн умай доторхи хөгжлийн доголдол нь зүрх судасны өвчин гэх мэт насанд хүрэгчдийн өвчинтэй холбоотой байна.

57. Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Илтгэл 1999.

58. Төрөлтийн нийлбэр коэффициент нь ойролцоогоор нөхөн үржихүйн хугацаанд нэг эмэгтэйд ногдох хүүхдийн дундаж тоог аливаа нэг цаг мөчид тухайн орны насны ялгавартай төрөлтийн түвшинд үндэслэн тооцно. Нялхсын эндэглийн түвшин гэдэг нь 1000 амьд төрөлтөд ногдох 1-ээс доош насныхны нас баралтын тоо.

59. Төрөлтийн түвшин хөдөөтэй харьцуулахад хот суурин газруудад доогуур байдаг. Үүний шалтгаануудад: фермийн адил хүүхдүүд нь хотуудад эдийн засгийн хөрөнгө болохгүй; орон байрны өртөг өндөр; эхийн цагийн алдагдсан боломжийн зардал өндөр; болон хүүхдүүд ихэвчлэн сургуульд байдаг бөгөөд тэдний сургалтын хэрэгсэл, төлбөр зэрэг давхар зардал бий болдог гэх мэт орно.

60. Нэг хүнд ногдох ажилчдын тоо өсч байгаа тул нэг ажилчинд ногдох ҮНБ өөрчлөгдөхгүй ч гэсэн нэг хүнд ногдох ҮНБ өсөх хандлагатай.

61. Шинэ ажилчид хуучин ажиллагсадтай адил бүтээмж сайтай байлаа ч тэднийг сонгох болон бусад үйл ажиллагаанд компани нилээд их хэмжээний зардлыг гаргах ёстой.

62. Галуп ба Сакс, 2001 (Халуун Орны Анагаах ухаан ба Эрүүл ахуйн Америкийн Сэтгүүл. Тусгай дугаар). Өмнөд Европид дайны дараа хумхааг хяналтандаа авснаас хойш удалгүй эдийн засаг өсч эхэлсэн. Энэ зууны эхээр энэ бүс нутаг хөгжлөөрөө хойд Европоос хоцорч байв.

63. Эдийн засагч (2001): Авьяасыг алдах хамгийн муу зам. Хоёрдугаар сарын 8.

64. Хүснэгт А2.Б-д буурай хөгжилтэй орнуудын жагсаалтыг үзүүлсэн байна.

65. Үүнд (жилд ногдох нас баралтын тооны өсөлтийн дэс дарааллын байдлаар): халдварт саа (720), сахуу (5,000), хөхүүл ханиад (346,000), улаан бурхан (888,000), насанд хврэгсэд ба нялхсыг татран (410,000),  $b$  хэв шинжийн *Haemophilus influenzae* буюу Hib (400,000), гепатит В (900,000), ба шар шар чичрэг (30,000). <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html> үзнэ үү

66. Хөгжиж буй орнуудын тамхи татагчид ба тамхи татдаггүй хүмүүсийн дундахь нас баралтыг баян орнуудын зөвхөн тамхи татдаггүй хүмүүсийн дундахь нас баралттай харьцуулах нь урьдчилан сэргийлж болох нас баралтыг дэгсдүүлсэн тооцоо байж болзошгүй. Тамхи татах явдлыг ихээхэн бууруулах үр дүнтэй арга хэмжээ байдаг ч тамхи татдаггүй хүмүүст байж болох хамгийн сайн үр дүнг тодорхойлох оролдлогын суурь үзүүлэлт болгон ашиглах нь тохиромжтой мэт. Бид зөвхөн нас



баралтын бууралтыг энд тайлагнаж байгаа тул тус сонголт энд тавигдсан тооцоололд бага үр нөлөөтэй, ба тамхинаас үүдэлтэй өвчлөлийн үлэмж бууралт нилээд хожуу тохионо.

67. *Арилгах* гэдэг нь дэлхийгээс өвчнийг бүрэн зайлуулах тухай юм. *Устгах* гэдэг нь халдварт бие мах бодын тархалтыг тодорхой орон нутагт зогсоох утгыг агуулна. Устгах тохиолдолд бусад бvс нутгаас өвчлөл дахин орж ирэх бэрхшээл байсаар байна. (Басч 1999, х. 456 vзнэ vv).

68. Тэдгээр вйл явдлуудын саяхны тvvхийн талаар Жонатан Такер, *Scourge*, Нью-Йорк Атлантын сар тутмын хэвлэл, 2001

69. Цагаан цэцгийн вакцинжуулалтыг зогсоогоод байна. Халдварт саагийн вакциныг мөн хийхгvй байж болох ч энэ асуудал маргаантай байна.

70. *Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээ буюу (DOTS)* гэдэг нь өвчтөн эмчилгээний наад зах нь эхний 2 сард сvрьеэгийн эсрэг эмийг эмнэлгийн ажилтны шууд хяналтын дор уух сvрьеэгийн эмчилгээний горим бөгөөд эмчилгээний горимыг даган мөрдөх өвчтөний сахилга батыг сайжруулах зорилготой. *Богино ve шаттай эмчилгээ* гэдэг нь сvрьеэгийн эсрэг эмvvдийг хослуулан 6-аас 8 сар хүртэл vргэлжлэх эмчилгээний горим юм.

71. ДЭМБ, НҮБ-ын Хvvхдийн сан, НҮБ-ын ДОХ-ын сан, Дэлхийн Банк, ба НҮБ-ын Хvн амын сан, *Хөгжил цэцэглэлтийн vндэс нь Эрvvл мэнд юм:Хөгжиж буй орнуудын амжилтын тvvх*, 2000, Дэлхийн Эрvvл Мэндийн Байгууллалгын хэвлэл.

72. Гэр бvл төлөвлөлт, аюулгvй жирэмслэлт ба эсэн мэнд амаржихуй, нөхөн vржихvйн эрхтнээр дамжих халдвар өвчин болон бэлгийн замын халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ба эмчлэх асуудлуудыг нэгтгэсэн НҮЭМ-ийн цогц хөтөлбөрт гэр бvл төлөвлөлтийг нэгтгэх нь хамгийн vр дvнтэй болохыг дэлхийн туршлага харуулж байна.

73. Хvн амын хурдацтай өсөлт эдийн засгийн хөгжилд олон талын нарийн төвөгтэй vр нөлөөг vзvvлдэг байна. Эрх гэр олон хvvхэдтэй буюу төрөлтийн тvвшин өндөр байхад нэг хvvхэдэд ногдох боловсрол эрvvл мэндийн хөрөнгө оруулалт багасдаг. Нийгмийн тvвшинд хөдөөгийн хvн ам хурдацтай өссөнөөр хөдөө аж ахуй дахь газар хөдөлмөрийн хуваарь буурахад биет орчин (жишээ нь: тvлшний мод бэлтгэх ба фермийн шинэ газарт ашигласнаар ой сийрэгжинэ) ба хоол хvнсний бvтээмж буурдаг. Ийнхvv хотууд туйлын ядуу тариачдаар дvvрч хотжилтын тvвшинг улам бvр өсгөн хэт бөөгнөрлийн сөрөг vр дагаварууд vvсч нэг хvнд ногдох хотын хөрөнгө оруулалт буурна.

74. Нөхөн vржихvйн эрvvл мэндийн бvтээгдэхvvний аюулгvй байдлын асуудлаар дунд хугацааны ажлын хэсгийн *Жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн хэрэглээ ба хандивлагчдын тусламжийн хэрэгцээ* сэдэвт илтгэлд жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгсэл ба тээвэрлэлтийн зардалд хандивлагчдаас 2015 он гэхэд 210 сая ам доллар, 2007 он гэхэд 100 сая орчим ам долларын хэрэгцээ байгааг тооцон гаргасан байна (илтгэлийн Зураг 9-өөс vзнэ vv).

75. Бангладеш улсад нялхсын эндэгдэл 1970 онд 1000 амьд төрөлтөд 140 байсан бол 1995 онд 70 болсон ба төрөлтийн тvвшин огцом буурч 1970 онд 7.0 байснаа 1990 онд 3.4 болон 1995 онд 3.1-д хүрчээ. Үvний vр дvнд хvн амын өсөлтийн тvвшин 1970 онд жилд 2.5 хувь байснаа 1995 онд жилд 1.5 хувь болж дорвитойгоор буурсан байна. Засгийн газраас гэр бvл төлөвлөлтийн вйлчилгээнд их хэмжээгээр хөрөнгө оруулалт хийж Grameen Bank ба BRAC гэх мэт нэр хvндтэй төрийн бус байгууллагууд ядуу эмэгтэйчvvдийн нийгмийн байдлыг сайжруулах чиглэлээр ажилласны нөлөөгөөр төрөлтийн тvвшин буурсан. Хотжилт болон экспортод чиглэгдсэн бэлэн хувцасны вйлдвэрлэлд залуу эмэгтэйчvvдийн ажил эрхлэлт ихээр нэмэгдсэн зэрэг эдийн засгийн өөрчлөлтvvд эмэгтэйчvvдийн гэрлэлтийг хойшлуулан гэр бvлийн доторхи төрөлтийн тvвшинг бууруулсан болно.

76. ХДХВ гэгдэх ДОХ-оор өвчлvvлдэг ганц бvлгийн вирус байгаа ч хvн ам ба ялангуяа бvс нутгуудад vvссэн вирусуудын хооронд генетикийн vлэмж ялгаа байдаг. Эдгээр дэд бvлгvvд нь харилцан адилгvй замаар дамждаг байж болзошгvй боловч энэ vзэл хараахан нотлогдоогvй байна. Өмнөд ба зvн Африкт илvv тархсан ХДХВ 1 С бvлгийн вирус нь илvv халдвартай байж магадгvй ба vvний vр дvнд насанд хүрэгчдийн тархалтын тvвшин өсөх юм гэж зарим вирус судлаачид vзэж байна.

77. Эмчилгээний нийгмийн үр ашиг нь өнчирч болох хvvхдvvдэд хврэх ашиг тус болон өвчлөлтэй холбоотой нийгмийн сөрөг үр дагавар гэх мэтээр өвчтөнvvдийн орлогын тввшингээс хавьгvi илvv зvйл юм.

78. Санжеев Гупта, Марижин Верховен, ба Эрвин Тионгсон, “Эрvvл мэндийн төсвийн зардал ба ядуус,” ОУВС Ажлын баримт бичиг, 2001.

79. Эрvvл мэндийн салбарын цалин гэх мэт «худалдааны бус» бараа vйлчилгээний vнэ болон цалин хөлсний тввшин доогуур тул бага орлоготой орнуудад нэг ажилчинд ногдох цалин 30-45 ам доллар нь хөгжингvi орнуудын наад зах нь 60-90 ам доллартай тэнцэж болзошгvi. Ийнхvv зарим судалгаанд тооцсончлон нэн шаардлагатай тусламж vйлчилгээний багцын хамгийн бага өртөг худалдан авах чадвараар илэрхийлсэн vнээр 80 ам доллар болох юм.

80. Уг график нь логарифм хэмжээсээр илэрхийлэгдсэн ба Х тэнхлэг дээр ам доллараар илэрхийлсэн нэг хvнд ногдох орлогын натураль логарифм, У тэнхлэг дээр ам доллараар илэрхийлсэн эрvvл мэндийн нийт зардлын натураль логарифм байна.

81. Тус график дахь тооцооллоор орлого 1 хувиар нэмэгдэхэд эрvvл мэндийн зардал 1.15 хувиар өсч байна. Үvнээс эрvvл мэндийн зардлын орлогод эзлэх хувь баян орнуудад ядуу орнуудтай харьцуулахад хавьгvi өндөр байна. Нэг хvнд ногдох орлого 500 ам доллараас бага хамгийн ядуу 44 орнуудад хувьд эрvvл мэндийн зардал vндэсний орлогын 4 орчим хувийг эзэлж байна. 21 баян орнуудад нэг хvнд ногдох орлого 20000 буюу тvннээс их ам доллар ба эрvvл мэндийн зардал ҮНБ-ий 6.5 орчим хувьтай тэнцэж байна.

82. 2001 оны 9 дvгээр сард Харвардын Их Сургуульд зохион байгуулагдсан «БНХАУ-ын Санхvvгийн салбарын өөрчлөлт шинэчлэлт» эрдэм шинжилгээний бага хурал дээр тавигдсан Фанг Жинг ба Шiong Кионгфений «Санхvvгийн шинэчлэлт, тvвний БНХАУ-ын хөдөөгийн ядуусын эрvvл мэндэд вэvvлэх үр нөлөө» сэдэвт илтгэлийг vзнэ vv. Тэд бичихдээ: “Санхvvгийн хvнд бэрхшээлийн улмаас эмнэлгvvд өөрсдийн цалингийн эх vvсвэрийг бий болгох vvднээс эмнэлгийн vйлчилгээнд анхаарсны улмаас урьдчилан сэргийлэх vйлчилгээ нилээд орхигдсон.....Эмчилгээний тусламж vйлчилгээг эрхэмлэдэгийн бас нэгэн жишээ нь эмнэлгийн зардал ба эмийн зvi бус хэрэглээний өсөлтөөр харагдаж байна» (хуудас 13–14) гэжээ. Мисра, Чатержээ, ба Рао (2001) хөдөө орон нутагт мэргэжлийн бус эмч нар олширч байгааг тэмдэглэсэн байна. «Анхан шатны vзлэгийн 50–70%-ийг хууль бус нэг сая орчим эмч нар хvргэж байгаа тооцоо байна...» Тэд “Хувийн салбарын тусламж vйлчилгээний мэргэжлийн чадавхи муу бөгөөд дэд бүтэц ба эмчилгээний зохистой ёс зviгvi байдал, шаардлагагvi эмчилгээ vйлчилгээ ба vнэ хэт өндөр байгаа асуудлууд” түгээмэл болсныг тэмдэглэжээ.

83. 2001 оны 9 дvгээр сарын 13-д Харвардын Их Сургуульд зохион байгуулагдсан «БНХАУ-ын Санхvvгийн салбарын өөрчлөлт шинэчлэлт» эрдэм шинжилгээний бага хурал дээр Юуанли Лю ба Виллиам Хсиао нарын “Хятадын ядуус ба Ядуу бодлого: Хөдөөгийн Эрvvл Мэндийн Даатгалын нөхцөл байдал” илтгэлийг vзнэ vv. 1998 оны Хятадын Үндэсний Эрvvл мэндийн Судалгааны тоог ашиглан тэд тухайн онд хөдөө амьдарч буй ядуу өрх бүлийн 43% нь эрvvл мэндийн зардлын улмаас ядуурсан болохыг олж тогтоосон байна.

84. Үр дvнтэй үйл ажиллагаа бүхий бага орлоготой орны засгийн газар нийт зарлагыг дараахь байдлаар хуваарилдаг байна. Үvнд: нийт орлого нь ҮНБ-ий 16% ба vвний 4% -ийг эрvvл мэндэд, боловсролд 5%, төрийн захиргаанд 2%, төсвийн хөрөнгө оруулалтад 2% ба өрийн vйлчилгээнд 1%-ийг тус тус болно. Мэдээж бодит байдалд зардлын хуваарилалт ийм байхгvi. Өрийн төлбөр ба зарим орны батлан хамгаалахын зардал өндөр байж боловсрол ба эрvvл мэндийн зардал нилээд бага байдаг.

85. Дина Ахрин-Тенкорангийн *Эрvvл мэндэд нөөцийг дайчлах нь: Хэрэглэгчийн төлбөрийн асуудлыг эргэн харахад*, сэдэвт АХЗ-ээс 2000 онд гаргасан төлбөртэй vйлчилгээний талаар гаргасан олон бүтээлийн дvгнэлт «Төлбөртэй vйлчилгээний дvнд ядуус зайлшгvi шаардлагатай эмчилгээ vйлчилгээг хvртэж чадахгvi болдог» тухай тэмдэглэсэн болно. “Хамгийн гашуун эм: Африкийн Эрvvл мэндийн

тогтолцооны уналт» хэмээх Их Британы Хvнхдийг хамгаалах байгууллагын 2001 онд гаргасан бvтээлд дээрх дvгнэлтийг бататгах баримт материалууд орсон.

86. «Их Өртэй Ядуу Орнууд» санаачлагад хамрагдсан 22 оронд уламжлалт ба ИӨЯО өрөөс ангижруулах вйл явцын хврээнд өрийн вйлчилгээний төлбөр жилд ҮНБ-ий 1.9% байна (хуудас 8, ОУВС 2001). Эдгээр оронд хуримтлалын 40%-ийг боловсрол ба 25%-ийг эрвvl мэндэд зарцуулж байна (хуудас 10, ОУВС 2001). Нийгмийн салбарын зардал ИӨЯО –ы өрөөс ангижруулах вйл явцын дvнд хуримтлагдсан хуримтлалаас бараг хоёр дахин өсөх төлөвтэй байгаа нь улс орнууд нийгмийн салбарт дотоодын шинэ эх vүсвэрийг дайчилж байгаагийн илрэл юм (хуудас. 10, ОУВС 2001). Өр нь өрийн анхны хуримтлалтай харьцуулахад гуравны хоёроор буурна (хуудас 6, ОУВС 2001). ОУВС-ийн “Их Өртэй Ядуу Орнуудын Санаачлага: Хэрэгжилтийн байдал,” 2001, 5 дугаар сарын 25, <http://www.imf.org/web/xuudаснаасvзнэvv>.

87. Томпсон ба Хубер нарын “ЭЗХАХБ-ын улсуудын Эрвvl Мэндийн Зардлын Чиг хандлага 1970–1998,” vзнэ vv.

88. Дундаас доогуур дундаж орлого бvхий орнуудад нэг хvнд ногдох эрвvl мэндийн зардал 90 ам доллар, дундаас дээгvүр дундаж орлого бvхий орнууд нэг хvнд ногдох эрвvl мэндийн зардал тус тус 240 ам доллар байна. Суурь тусламж вйлчилгээний бvх нийтийн хвртээмжийг хангахад уг зардлууд хангалттай.

89. Үвнд бусад шалтгаанууд орно. Нөөцийн ихээхэн хувийг ядууст хэрэгцээтэй зайлшгvй шаардлагатай тусламж вйлчилгээнд бус өндөр технологи бvхий гуравдагч шатны тусламж вйлчилгээнд зарцуулж байна. Тvvнчлэн, нилээд хэмжээний vргvй зардал гарч байна.

90. Дэлхийн Банкны болон бvсийн хөгжлийн банкуудын хөнгөлөлтгvй зээлvүдийг зээлжvүлсэн хөрөнгийн өртөг болоод бага хэмжээний зохион байгуулалтын зардлыг оруулан олгож байна. Уг зээлvүдийн хvв ба эргэн төлөгдөх хугацааг арилжааны зах зээлээс дундаж орлого бvхий орнуудын хвртэж буй зээлээс нилээд доогуур тогтоосон.

91. К. Хансон, К. Рансон, В. Оливейра, А.Миллс нарын бvтээл «Эрвvl мэндийн арга хэмжээг өргөжvүлэхэд учирч буй бэрхшээлvүд: Онол ба эмпирик туршилтын дvн шинжилгээ», Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны Эрдэм шинжилгээний өгvүллэгvүдийн цуврал, 5 дугаар Ажлын Хэсэг: 14 ,2001 vзнэ vv. <http://www.cid.harvard.edu> web хуудас.

92. Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хороонд зориулсан бодлогын баримт бичиг (<http://www.cid.harvard.edu>) болох Д. Жамисон ба Ж. Ванг «Зарим орнуудын эмэгтэйчvүдийн дундаж наслалт, 1975-90,” vзнэ vv. Дундаж наслалтыг уртасгахад нэг хvнд ногдох эмчийн тоо гайхмаар нөлөөлдөг болон газар зvйн байршил тухайлбал халуун орны (сөрөг) ба далайн эргийн (ээрэг) үр нөлөөг олж тогтоосон.

93. Арлын орнууд өвчний тархалтыг устгах чадвартай байж болзошгvй байхад эх газрын улсууд хэдий тархалтыг зогсоосон ч өвчний хяналтыг хэрэгжvүлээгvй хил залгаах улсуудаас дахин халдварлах шинж чанараараа ялгаатай байна.

94. Чийгтэй халуун бvс буюу Кералад усны нөөц илvүдэлтэй тул хvмvүс усанд орж, хоол хvнсээ угааж, усыг хангалттай хэмжээгээр буцалган хэрэглэж заншсан. Үвний vр дvнд Кералагийн оршин суугчдын эрвvl мэнд сайн байх магадлалтай. Усаар гачигдмал бvсvүдэд эрвvl ахуйн эдгээр зан заншлуудыг хэрэгжvүлэхэд зардал ихтэй ба хувь хvмvүс цөөн тооны усны цэгээс хамааралтай байх ба хvмvүс өргөнөөр ашигласнаас бохирдох ч талтай.

95. Нөгөө талаар, даяарчлалын улмаас “онгон байгаль” алдагдаж болно. Үвний vр дvнд удаан хугацааны турш өвчнөөр өвчилж байсан эзэгнэгчдээс өвчилж байгаагvй суурин хvн амд шинэ эмгэг төрүүлэгчээр халдварлана. Ийнхvв “онгон” хvн амд тун аюултайгаар нөлөөлөх нь олонтаа. Жишээлбэл, Европоос Шинэ Дэлхий ба Номхон далайн арлын орнуудад 1500-аад онуудад цагаан цэцэг, улаан бурхан ба бусад өвчний вирусyг оруулсан нь уугуул нутгийн хvмvүс сvйрхэд нөлөөлжээ.

96. Зохиогчийн эрх бүхий ба эрхгүй бүтээлийн зааг хязгаарын талаарх халуун маргаан үүсээд байгаа бөгөөд шинжлэх ухааны тулгамдсан асуудал юм. Шинжлэх ухааны суурь ба зохиогчийн эрхгүй мэдлэгийг дэлхийн нийтийн хvн амд хvргэх асуудлыг бид дэмжиж байна.

97. 1998-2003 онуудад Эрvүл мэндийн Үндэсний Хvрээлэнгийн төсвийг 13 тэрбум ам доллараас (1998) 27 тэрбум ам долларт (2003) хvргэж хоёр дахин нэмэгдvүлэх талаар хоёр талын зөвшилцөөнд хvрээд байна. 2001 оны төсвийн жилийн зардал 20.3 тэрбум ам доллар байна.

98. Саяхан олон шинжээчид баян ба ядуу орнуудад тvгээмэл тохиолддог өвчнvүдийн хоорондын ялгааг тогтоосон байна. Судалгаа шинжилгээний ажил хангалтгүй байгаа халуун орны шимэгчийн өвчнvүд гэх мэт ядуусын өвчний чиглэлээрх баян орнуудын СШ-ий vр дvнг ядуу орнууд хvртэж байна. Тухайн чиглэлээрх дvн шинжилгээг Ланжув (2001)-аас vзнэ vв.

99. Хумхааг 1 дvгээр ба 2 дугаар төрөлд оруулах тухай маргаан нь өвчлөлтэй хамааралгүй юм. Энэ нь урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа, жуулчид ба цэргийн боловсон хvчний эмчилгээний талаарх хөгжингүй улсуудын зах зээл нь хумхаагийн зориулалтаар бага хэмжээний сонирхлыг бий болгодог тухай баримт нотолгооноос урган гарч байна.

100. DALYs буюу Хөдөлмөрийн чадвараа алдаагүй амьдарсан жилvүд нь өвчинтэй холбоотой бөгөөд эрт нас баралт дээр архаг тахир дутуугийн улмаас алдсан жилvүдтэй тэнцvв тооны амьдралын жилvүдийг хэлнэ. Архаг тахир дутуу байдалтай амьдарсан жилvүдийг тахир дутуугийн хvндрэл зэргийг илэрхийлсэн хөрвvүлэгч хvчин зvйлсээр илэрхийлнэ. Жишээлбэл, Дэлхий дахины өвчний дарамтын судалгаанд 30 настай эрэгтэй хvний нас баралтыг 29.6 DALYs гэж тооцсон байна (1996, хуудас. 17).

101. Андерсон, М. Маклеан ба С. Девис, нарын 1996 оны *Хумхаагийн судалгаа: Олон улсын үйл ажиллагааны аудитаас* vзнэ vв.

102. Тус илтгэлийн Хvснэгт 10-ийг vзнэ vв. Баян ба ядуу орнуудад тvгээмэл учирдаг өвчнvүд ба бага орлоготой орнуудад ихэвчлэн тохиолддог өвчнүүд хоорондоо ялгаатай байна. Эхний ангиллын өвчнvүдийн хяналтын чиглэлээр баян орнууд их хэмжээний СШ-ий ажлыг хэрэгжvүлдэг. Бага орлоготой орнууд өндөр орлоготой зах зээлд зориулагдсан технологийн дэвшлийг цаг тухайд нь ашиглах санхvүгийн чадавхитай бол шинэ технологийг хавсармал байдлаар ашигладаг. Баян ба ядуу орнуудад тохиолддог өвчнүүдэд тухайлбал, улаан бурхан, гепатит В ба уушигны хатгааны халдвар зэрэг болно. Ядуусын өвчинд тухайлбал, хумхаа ба халуун орны бусад шимэгчийн халдварууд орно. Өвчний хоёрдугаар бүлэгт нилээд хоцрогдсон гэх өвчнүүд орно. Учир нь тэдгээр өвчний СШ-ий ажилд баян орнууд болоод ашиг хөөгч эмийн үйлдвэрүүд хөрөнгө оруулалт хийдэггүй.

103. 90/10 хэмээн хуваах нь жилд 6 тэрбум ам долларыг ядуусын өвчинд чиглүүлэгдэж байгааг илэрхийлж байгаа боловч хумхаа, сүрьеэ, халуун орны бусад өвчнүүд ба ядуу орнуудад тулгараад буй аюулт өвчнүүдийн зориулалтаар хуваарилсан хөрөнгийг нэмээд ч дэлхий нийтийн нийт санхүүжилт уг дvнгийн хаана ч хvрэхгүй юм. Эрүүл мэндийн Хөгжлийн Судалгааны асуудлаарх Хорооны тооцооллоор 1986 онд дэлхий нийтийн хэмжээнд СШ-ий зардалд 30 тэрбум ам доллар төсөвлөгдсөнөөс зөвхөн 1.6 тэрбум ам долларыг хөгжиж буй орнуудад тулгарч буй асуудалд зарцуулсан байна. 1995 онд Харвардын Их Сургуулийн зохион байгуулсан ижил хэлбэрийн судалгааны дvнгээс үзэхэд 1992 онд дэлхий нийтийн 56 тэрбум ам долларын эрүүл мэндийн судалгааны зориулалтын төсвийн 2 тэрбум ам долларыг хөгжиж буй ертөнцийн асуудалд зарцуулсан байна. Дэлгэрэнгүй мэдээллийг Эрүүл мэндийн Судалгааны Дэлхийн Форум, 1999, хуудас 46 ба 69-г үзнэ үү.

104. TDR гэдэг нь НҮБ-ын Хөгжлийн хөтөлбөр/Дэлхийн Банк/ДЭМБ-ын Халуун орны Өвчнүүдийн Сургалт Судалгааны Тусгай Хөтөлбөр болно. Зорилтот эдгээр 8 өвчнүүдэд 1994-1997 онуудад төсөвлөгдсөн зардал: хумхаа (50%), онкоцеркоз(5%), Чагасын өвчин(6%), шистосомоз(10%), уяман(4%), Африкийн трипаносомоз(6%), филиариатоз(8%), ба лейшманоз (11%) тус тус байна. Тус судалгааны ажлыг олон улсын эрдэмтдээс тогтсон удирдах хорооны удирдлагын дор зохион байгуулж байна. Үүний үр дvнд сүүлийн үед шистосомоз ба хумхаагийн хосолсон эмийн эмчилгээ нь эдгэрэлтийн түвшинг мэдэгдэхүйц сайжруулж байгаа тухай баримт зэрэг болно. Дэлгэрэнгүйг <http://www.who.int/tdr> үзнэ үү.

105. ДЭМБ/НҮБ-ын ДОХ-ын Сангийн санаачлага болох Вакцины Судалгааны Санаачлага нь ХДХВ, хумхаа, сүрьеэ, пневмококк, ротавирус, Шигелл (*Shigella*) ба бусад суулгалтын өвчин үүсгэгчид, А ба В төрлийн менингококк, папилломвирус, denge чичрэг, Японы энцефалит, шистосомоз, ба лейшманоз өвчний эсрэг вакциныг зохион бүтээх ба нэвтрүүлэхэд чиглэгдэн дархлаажуулалтыг хялбар болоод аюулгүйгээр хэрэгжүүлэх технологийн хөгжлийг дэмжиж байна.

106. Саяхан ДЭМБ-ЭҮОУХ (Эм Үйлдвэрлэгчдийн Олон улсын Холбоо)-ны дугуй ширээний зөвлөгөөнөөс зохион байгуулсан нэгэн судалгаанд ядуу орнуудад зонхилон тархсан өвчнүүдийн СШ-ий ажлын тулгамдсан асуудлуудыг авч үзсэн байна. Судалгааны дүн СШ-ний ажлыг нэмэгдүүлэхийн тэргүүлэх чиглэлүүдэд хумхаа, сүрьеэ, тунгалагийн филиариатоз, онкоцеркоз, лейшманоз, шистосомоз, Африкийн трипаносомоз, Чагасын өвчин, тусгай бус суулгалт, ба хоол боловсруулах замын дугариг хорхойн халдвар тус тус орж байна. Хумхаа ба сүрьеэ нь шинжлэх ухааны үүднээс хянаж болох зорилтууд ба үүнд зориулан СШ-ий ихээхэн зардлыг тогтмол зарцуулж байна. Африкийн трипаносомоз, Чагасын өвчин, ба лейшманоз зэрэг өвчний хувьд өнөөгийн даган мөрдөж буй эмчилгээг зохицуулахад хүндрэлтэй бөгөөд олон талын гаж нөлөөтэйн дээр олдмол эмэнд тэсвэртэй чанарын улмаас зөрчилтэй асуудал юм.

107. “Ховор өвчин” гэдгийг Америкийн Нэгдсэн Улсад 200.000–аас доош тооны хүмүүс өвчилж буй өвчнийг хэлнэ хэмээн АНУ-ын Өнчин Эмийн Хуульд(1983) тодорхойлжээ.

108. Ажлын Хэсэг 2-ын эрдэм шинжилгээний илтгэл ба М. Кремер “Орхигдсон Өвчнүүдийн Вакцин ба Эмийг Зохион бүтээх ажлыг эрчимжүүлэх Төрийн Бодлогууд” тайлангаас дэлгэрэнгүй мэдээллийг үзнэ үү, 2001 оны 7 дугаар сар.

109. Дэлхийн эрүүл мэндийн зорилгод Олон улсын Эрүүл мэндийн Журам, лиментариусын Хууль (Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага/Хүнс Хөдөө аж ахуйн Байгууллагын Хүнсний аюулгүй байдлын Хороо), Тамхины Хяналтын асуудлаарх конвенц, ДЭМБ/НҮБ-ын Хүүхдийн Сангийн Нялхсын Хооллолт гэх мэт дэлхий дахины норм ба стандартуудыг хэрэгжүүлэх шаардлага байна.

110. “Дэлхийн Эрүүл мэндийн Бюллетень”-д хэвлэгдсэн “Эрүүл мэндийн Хувийн ба Улсын Хамтын Ажиллагаа” сэдэвт бүтээлд эдгээр асуудлуудын тун сайн товчиллыг нийтэлснийг үзнэ үү, 79 дүгээр хэвлэл, дугаар 8, 2001, хуудас 713–720.

111. Амир Аттаран ба Лее Жилеспай-Вайт (2001, х. 286) нарын судалгааны дүн зөвхөн Өмнөд Африкт ретровирусын эсрэг эмүүдийн (ARV) ихэнхи нь (15 Ретровирусын эсрэг эмээс 10 нь), зохиогчийн эрхээр хамгаалагдсан байгаагийн ихэнхи нь Glaxo Wellcome компанийх (53 орнуудаас 37-д нь) байгааг тогтоожээ. Эдгээр эмүүд ихэнхи орнуудад зохиогчийн эрхгүй байна. Онолын дээд хэмжээ болох 795 зохиогчийн эрхүүдийн (53 орнуудын 15 ретровирусын эсрэг эмчилгээ) зөвхөн 172-ийг нь хүчингүй болгосон нь 21.6% эзэлж байна. Бараг бүх орнууд наад зах нь нэг стандарт гурвал хослолыг зохиогчийн эрхгүй олж авч болох ба ихэнхи бүсүүдэд зарим стандарт хослолуудыг зохиогчийн эрхгүй нийлүүлж болох юм. Гэсэнч зарим ашигтай хослолуудыг зохиогчийн эрхээр хамгаалсан нь эмчилгээг өргөжүүлэх асуудлыг хязгаарлагч нэгэн хүчин зүйл болж болзошгүй.

112. Эмийн үнэ зах зээлийн хамгийн доогуур түвшингээс өндөр байгаа нөхцөлд бага орлоготой орнуудын зарим хүмүүс зайлшгүй шаардлагатай эмүүдийг хүртэх боломжгүй болох тул эмийн үнийн тухай асуудал хандивлагчдын санхүүжилтийн саад тотгор болно хэмээн зарим судлаачид үзэж байна. Эм шаардлагатай байгаа хүмүүсийн эмийн хэрэглээг сайжруулахад хандивлагчдын санхүүжилт зайлшгүй шаардлагатай юм.

113. Ядуусын өмнөөс бага орлоготой орнууд бус хандивлагчид өөрсдөө эмээ худалдан авч байгаа нөхцөлд энэ өгүүлбэр үнэн болно.

114. Ихэнхи бага орлого бүхий орнуудад шинээр гарсан олон бүтээгдэхүүн зохиогчийн эрхгүй байдаг тул Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой асуудлуудыг зохицуулах Гэрээ (TRIPS)–г хэрэгжүүлж эхэлснээр энэ байдлыг өөрчилнө гэж үзэж болно. Гэсэн ч ийм дүгнэлт эргэлзээтэй.

Хандивлагчдын тусламжийн улмаас өргөжих бага орлоготой орнуудын зах зээлд эмийн компаниуд зохиогчийн эрхийг үйлчлэхгүй болгохоор зохицуулах нь дамжиггүй.

115. 2001 оны 4 дүгээр сарын 8-11 нд ДЭМБ ба ДХБ-аас зохион байгуулсан Ялгаварт Үнэ тогтоох болон Зайлшгүй шаардлагатай эмийг санхүүжүүлэх сэдэвт уулзалт ярилцлага дээр уг дүгнэлтийг өргөнөөр дэмжиж байв. Чуулга уулзалтын тайланд тэмдэглэсэнчлэн “Оролцогчид дараахь чиглэлээр ерөнхий ойлголттой байна. Үүнд: Нэгдүгээрт, ядуу орнуудад зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийг хангахад ялгавартай үнийг тогтоох асуудал нь чухал үүргийг гүйцэтгэх ёстой. Нөгөө талаар шинэ эмийн СШ-ний ажлын сонирхолыг төрүүлэхэд зохиогчийн эрхийг ашиглах нь зүйтэй; Хоёрдугаарт, зүй зохистой үнээс гадна зохиогчийн эрх бүхий ерөнхий нэршлийн эмийг шаардлагатай хүмүүст хүргэхэд санхүүжилтийн томоохон хүчин чармайлтыг шаардагдах ба нэмэлт санхүүжилтийн ихэнхи хэсэг олон улсын байгууллагууд хандивлагчдаас гарах болно”. [http://www.who.int/medicines/library/edm\\_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html](http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html) үзнэ үү.

116. GlaxoSmithKline Plc компаниас Өмнөд Африкийн ерөнхий нэршлийн эм үйлдвэрлэгч хамгийн том компани болох Aspen Pharmacare-д GSK’s-ийн ретровирусийн эсрэг хоёр эмийг нэг ширхэгт нэгтгэдэг AZT, ЗТС, ба Combivir эмүүдийг үйлдвэрлэх сайн дурын тусгай эрхийг олгосон. Бен Хиршлер, “RPT-Glaxo Өмнөд Африкт ДОХ-ын эмүүдийн эрхийг өгч байна,” Ройтерс агентлаг 2001 10 дугаар сарын 8.

117. [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html) үзнэ үү. Тус санаачлагад хамрагдаж буй эхний таван компаниудад Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co., ба Hoffman-LaRoche болно.

118. CPTech ба Эрүүл мэндийн цоорхой (АНУ), Хил хязгааргүй эмч нар ба Oxfam (Европ), Эмчилгээний хүртээмж кампанит ажил (Өмнөд Африк), ба Эмийн Судалгааны Групп (Тайланд) зэрэг олон улсын иргэний нийгэм үнийн асуудлыг дэвшүүлж бага орлоготой орнуудад зайлшгүй шаардлагатай эмийн үнийг бууруулах сүүлийн үеийн ололт амжилтад чухал хувь нэмрийг оруулсан болно.

119. Эмийн үйлдвэрүүдээс эм хандивлах хөтөлбөрүүдийн хүрээнд олон улсын хэд хэдэн хамтын нийгэмлэгүүд байгуулагдсан. Үүнд: тунгалагийн филиариатоз (albendazole, GlaxoSmithKline); Африкийн трипаносомоз (eflornithine, Aventis); уяман (уямангийн олон эмийн эмчилгээ, Novartis); хумхаа (atovaquone ба proguanil, GlaxoSmithKline); онкоцеркоз (ivermectin, Merck); трахом (azithromycin, Pfizer); ХДХВ-ийн эхээс хүүхдэд дамжих халдвар (nevirapine, Boehringer Ingelheim); мөөгөцрийн халдвар, ХДХВ/ДОХ-ын өвтөнүүдийн (fluconazole, Pfizer). Эмийн бусад хандивт амаар уух халдварт саагийн вакцин (Aventis Pasteur), Hib вакцин (Wyeth Lederle Vaccines), ба гепатит В вакцин (Merck). Тухайлбал, татрангийн хэрэглэсний дараа эвдэрдэг тариур (Бектон ба Дикенсон) ба Гвинейн хорхой өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд синтетик шүүгч материал (Du Pont) зэрэг эрүүл мэндийн бусад бүтээгдэхүүний тохиолдлууд ч байна. Түүнчлэн ХДХВ/ДОХ-ын сургалтанд шаардлагатай техник хэрэгслийг Merck and Bristol-Myers Squibb компаниас хандивласан байна. Эрүүл мэндэд чиглэгдсэн Улсын ба Хувийн хэвшлийн Түншлэлийн Санаачлагын талаар [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org) -аас үзнэ үү.

120. Зах зээлийн хамгийн бага боломжит үнэ гэдэг нь нэмэлт зах зээлийг тогтвортойгоор нийлүүлж болхуйц арилжааны хамгийн бага үнийг хэлнэ. Энэ нь үйлдвэрлэлийн ахуйц өртөг дээр үйл ажиллагааны зардлыг нэмсэнтэй тэнцүү байна. Дундаж орлого бүхий орнууд бага орлоготой орнуудаас дээгүүр бөгөөд өндөр хөгжилтэй орнуудаас доогуур түвшний үнийг төлж болзошгүй. Эдгээр зах зээлд дундаж орлого бүхий орнуудад албан ёсны тусгай эрхийг олгох байдлаар үнийг нийлүүлэгч ба худалдан авагчдын хоорондын хэлэлцээрийн үндсэн дээр тогтооно. Ийм зохицуулалтын дүнд ретровирус эсрэг эмийн үнийг Бразиль болон бусад дундаж орлого бүхий улсуудад өндөр хөгжилтэй улсуудтай харьцуулахад нилээд хэмжээгээр бууруулсан байна.

121. Албан журмын тусгай эрхийн хүрээнд зохиогчийн эрх эзэмшигч нь орон нутгийн үйлдвэрлэгчдэд бүтээгдэхүүнийг хэрхэн үйлдвэрлэх талаар тусгайлан заахыг шаарддаггүй. Ийнхүү албан ёсны тусгай зөвшөөрөл нь зөвхөн бүтээгдэхүүнийг “буруугаар үйлдвэрлэсэн” тохиолдолд ашиглагдана.

122. НҮБ-ын Аж Үйлдвэрийн Хөгжлийн Байгууллагаас гаргасан тооцоогоор хөгжиж буй орнуудын гуравны нэг нь хэрэглэж буй эмээ 100 хувь гаднаас импортлодог бөгөөд үлдэх гуравны нэгийг эзлэх тооны улсуудын үйлдвэрлэлийн чадавхи туйлын хязгаарлагдмал байна.

123. Өндөр хөгжилтэй улсуудын эдийн засаг жилд 2.3% өснө гэж тооцвол хандивлагчдын ҮНБ 2007 онд ойролцоогоор 29 триллион ам. долларт болон 2015 онд 35 триллион ам. долларт тус тус хүрнэ.

124. 1997-1999 онуудад Дэлхийн Банкнаас ДОХ-ын зориулалтаар зарцуулж буй санхүүжилтийг бүхэлд нь Энэтхэг улсад олгосон ба 1999-2004 хугацаанд 191 сая ам. долларын хөнгөлөлттэй зээлийг хүлээн авсан юм.

125. “Шилжилтийн зохицуулалт” Илтгэл, ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаатай тэмцэх Дэлхийн Сангийн уулзалт (GFATM), Брюссель, 2001 оны 7 дугаар сарын 12–13.

126. Аливаа нэгэн шалтгааны (жишээлбэл, өвчлөл их хэмжээгээр дэгдэх ба ядуурал үндэсний тулгамдсан асуудал болох) улмаас үндэсний нөөцөөсөө эрүүл мэндийнхээ хэрэгцээг хангах чадваргүй дундаж орлого бүхий зарим орнуудад тодорхой хэсгийг хуваарилах шаардлагатай. Жишээлбэл, ДОХ-ын цар тахал дэгдсэн тул ДОХ-ыг хянах чиглэлээрх санхүүжилтийг Өмнөд Африкийн улсад олгох нь зүйтэй.

127. <http://www.vaccinealliance.org>. Вакцин Дархлаажуулалтын Глобаль Альянсын 1 тэрбум ам. долларын сангийн 750 сая ам. долларыг Гейтсийн сан, 250 сая ам. долларыг хандивлагч улсуудаас санхүүжүүлж байна.

128. Дэлхийн Банкнаас жилд 1.3 тэрбум ам. долларыг Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн зээл (хөнгөлөлттэй) ба Сэргээн босголт хөгжлийн Олон Улсын Банкны зээлийн (хөнгөлөлтгүй) хэлбэрээр зээлдүүлж байгаа бөгөөд эрүүл мэндийн төслүүдийн зориулалтаар 10 орчим тэрбум ам. долларыг төсөвлөөд байна. Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн сангууд ихэнхи тохиолдолд бүрэн зарцуулагдаагүй байгаа нь нэг талаар гайхалтайн дээр ядуурч буй улсууд өөрийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэхэд шаардлагатай санхүүжилтийг хийх үүднээс шинээр өр тавихаас зайлсхийж буй болон эрүүл мэндийн тусламжийг сайжруулахад чиглэгдсэн олон жилийн стратеги төлөвлөгөөг түүнд голлох үүргийг Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн гүйцэтгэж байхуйцаар боловсруулах нэн тэргүүний хэрэгцээг илтгэж байгааг анхаарах нь зүйтэй.

129. Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн зээлүүдийг буцалтгүй тусламжид хөрвүүлэхэд Дэлхийн Банкнаас бага орлоготой орнуудад олгож буй цэвэр нөөцийн шилжүүлгийг нийт дүнгээрээ нэмэгдүүлэхгүйг бид энд онцлон тэмдэглэж байна (тийм байвч Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийг хүртэх шаардлагыг хангасан бүлэг орнуудын доторх зарим орнуудын хувьд хялбар байх боломжийг олгож болно). Өнөөдөр Банкнаас Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн зээлийн хүрээнд эргэн төлөгдсөн өрүүдийг хөнгөлөлттэй нөхцлөөр дахин зээлжүүлж байна. Шилжүүлгийг нэг удаагийн буцалтгүй тусламж эсвэл шинэ зээл бүрийг хуучин зээлийг нөхөн төлөх үед олгох үе шаттай хөнгөлөлттэй зээлүүдийн хэлбэрүүдээр хэрэгжүүлэх аль ч тохиолдолд Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжаар дамжуулан Банкнаас олгож буй нөөцийн шилжүүлгийн өнөөгийн цэвэр үнэ цэнэ нь ижил болохыг хялбархнаар харуулж болно. Ямар ч тохиолдолд, Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжаас олгох нөөцийн шилжүүлгийн өнөөгийн цэвэр үнэ цэнэ хандивлагчдаас Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжид оруулж буй буцалтгүй тусламж ба зээлүүдийг эх үүсвэрээр хангаж байдаг хандив тусламжтай дөнгөн тэнцэж байна. *Олон Улсын Хөгжлийн Тусламжийн нөөцийн цэвэр шилжүүлгийг өргөжүүлэх цорын ганц арга бол хандивлагчид ОУХТ-д олгох хандив тусламжаа нэмэгдүүлэх явдал бөгөөд бидний баримталж буй бодлоготой нийцэж байгаа болно.*

130. Энэ тохиолдолд бид эрүүл мэндийн үйлчилгээг хилийн чанадаас импортлож дотооддоо үзүүлэх тухай ярьж буйг анхаарна уу. Ийнхүү, эрүүл мэндийн нийт зардал ҮНБ-ий 12 хувьд хүрсэн ч зардлын хагасыг импортоор авч хэрэглэвэл эрүүл мэндийн салбарт үүсэх нэмүү өртөг ҮНБ-ий 6 хувь болно.

131. Гадаад орнууд руу татагдах авьяас чадавхитай боловсон хүчний тухай асуудлууд гарсаар байна. Уг үзэгдэл болоод хувийн салбар руу шилжих хөдөлгөөний улмаас Гана улсад 1998-2000 онуудад улсын салбарт ажилладаг эмч боловсон хүчний тоо 1400-1115, сувилагчийн тоо 17.000-12.600 хүртэл

тус бүр буурсан байна. Бага орлоготой орнуудад улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудад ажиллаж буй эмч сувилагчид хувийн салбарт ажиллагсдын дундаж цалингийн гуравны нэгээс доогуур цалинг хүртэж байгаа бөгөөд олон улсын зах зээл дэхь цалингийн түвшний аравны нэг түүнээс ч доогуур хэмжээтэй байна.

132. Өнөөдөр бага орлоготой орнуудын ҮНБ 1 триллион ам. доллар байна. Хүн амыг жилд 1 хувиар, эдийн засгийг жилд 2 хувиар өснө гэвэл, нийт ҮНБ нь жилд 3 орчим хувиар өснө. Хорин жилийн турш дахь жилийн 3 хувийн өсөлтийн дүнд 1.8 триллион ам. долларын ҮНБ-ийг бий болгох юм.

133. Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны үйл ажиллагааны хоёр жилийн турш бид эрүүл мэндийн асуудлуудыг үндэсний төсөв болон үндэсний нийгмийн зорилгуудын хамт тавихын ач холбогдлыг мэдэрсээр ирсэн. Эрүүл мэндийн санхүүжилт, тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхийн тулд Эрүүл мэндийн болон Санхүү эдийн засгийн сайдууд нягт хамтран ажиллах шаардлагатайн дээр иргэний нийгмийн оролцоо ч чухал байна. Иргэний нийгмийн төлөөлөлд эрүүл мэндийн бүхий байгууллагууд түүний дотор эмэгтэйчүүд болон нийгмээс гадуурхи угсаатны бүлгүүдийг оролцуулах нь зүйтэй. Хамтын ажиллагааг Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн Үндэсний Хорооноос (МЭЭМҮХ) зохион байгуулна. ЯБСББ-ийн үйл ажиллагааны хүрээнд зарим улсууд МЭЭМҮХ-ы үүргийг гүйцэтгэх эрүүл мэндийн асуудлаархи үндэсний хороодыг хэдийн байгуулсан ч уг үйл явцад Эрүүл Мэндийн сайд, Санхүү, Эдийн Засгийн сайдын хамтын оролцоо чухал ач холбогдолтойг бид дахин онцлон тэмдэглэмээр байна.



**Хавсралт 1: Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны гишүүд, бусад оролцогчид болон Ажлын тайлан илтгэлүүд**

**Хорооны гишүүд:**

*Профессор Жеффри Д. Сакс (ДЭМБ-ын Түр Хорооны тэргүүн)*

Харвардын Их сургуулийн олон улсын худалдааны Гален Л. Стоуны нэрэмжит профессор бөгөөд Харвардын Их сургуулийн Олон Улсын Хөгжлийн төвийн захирал, Кембридж, АНУ.

*Др. Ишер Жадже Ахлүвалиа*

Энэтхэгийн Олон улсын эдийн засгийн харилцааны асуудлаархи судлаачдын зөвлөлийн захирал, Энэтхэгийн Олон улсын эдийн засгийн харилцааны асуудлаархи судалгааны зөвлөл, Энэтхэгийн Шинэ Дели, Энэтхэг улс.

*Др. К.Ю Амоако*

Африкийн асуудлаархи НҮБ-ын Эдийн Засгийн Хорооны Гүйцэтгэх нарийн бичгийн дарга, Африкийн асуудлаархи НҮБ-ын Эдийн Засгийн Хороо, Аддис Абаб, Этиоп улс.

*Др. Эдуардо Анинат*

(Чилийн Санхүүгийн сайд асан)

Олон Улсын Валютын Сангийн Орлогч захирал, Вашингтон ДС, АНУ.

*Профессор Даниел Кохен*

Эдийн засгийн ухааны профессор

“Ecole normale supérieure”, Парис, Франц улс.

*Ноён Зепирин Диабре*

(Буркина Фасогийн Санхүү, Эдийн засаг, төлөвлөлтийн яамны сайд асан)

НҮБ –ын Хөгжлийн Хөтөлбөрийн шадар захирагч, Нью Йорк, АНУ.

*Др. Эдуардо Дориан*

(Коста Рикагийн Боловсролын сайд асан)  
Дэлхийн Банкны НҮБ дахь тусгай төлөөлөгч, Нью Йорк, АНУ.

*Профессор Ричард Фийчем*

(Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургуулийн захирал асан)  
Дэлхийн Эрүүл мэндийн Институтын захирал,  
Беркели дэхь Калифорнийн Их сургууль/Сан Франциско дахь Калифорнийн Их сургууль, Сан Франциско, АНУ.

*Профессор Роберт Фогель*

Чикагогийн Их сургуулийн Хүн амын эдийн засгийн төвийн Эдийн засгийн профессор, Чикаго хот, АНУ.

*Профессор Дийн Жамисон*

Калифорнийн Их сургуулийн Номхон далайн эргийн судалгааны төвийн захирал, Лос Анжелос, АНУ.

*Ноён Такатоши Като*

Токиогийн Митсубиши компанийн Банкны ахлах зөвлөх, Токио, Япон улс.

*Др. Нора Люстиг*

Мексикийн “Amigicas-Puebla Cholula” Их Сургуулийн ерөнхийлөгч, Чалула, Мексик улс.

*Профессор Энн Миллс*

Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургуулийн Эрүүл мэндийн эдийн засаг ба санхүүжилтийн хөтөлбөрийн ахлагч, Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

*Др. Торвалд Мүй*

(Норвегийн Сангийн яамны Орлогч, Байнгын нарийн бичгийн дарга, Эдийн засгийн зөвлөх асан)  
Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн байгууллагын Ерөнхий нарийн бичгийн даргын орлогч, Парис, Франц улс.

*Др. Манмохан Сингх*

(Энэтхэгийн Сангийн сайд асан)  
Энэтхэгийн Засгийн газар, Ражья Сабхагийн гишүүн, Шинэ Дели, Энэтхэг улс.

*Др. Сулачай Панитчпакди*

(Тайландын Худалдааны орлогч сайд асан)  
Дэлхийн Худалдааны Байгууллагын шадар ерөнхий захирал,  
Дэлхийн Худалдааны Байгууллага.

*Профессор Лаура Тайсон*

Беркли дахь Калифорнийн Их сургуулийн Валтер А. Хаасын Бизнесийн сургуулийн ректор, Беркли, АНУ.

*Др Харолд Вармус*

Слоан Кеттерингийн нэрэмжит Хавдарын Төвийн Ерөнхийлөгч, Нью Иорк, АНУ.

*Удирдах баг*

*Др. Дина Архин-Тенкоране*

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны ахлах эдийн засагч, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны даргын туслах,

Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төв Бостон, АНУ/Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургууль Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

*Нарийн бичгийн даргын газар*

*Др. Сержио Спинач*

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны Гүйцэтгэх нарийн бичгийн дарга

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Женев, Швецари улс.

**НЭГДҮГЭЭР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ЭРҮҮЛ МЭНД, ЭДИЙН ЗАСГИЙН ӨСӨЛТ БА ЯДУУРЛЫГ БУУРУУЛАХ**

Энэхүү ажлын хэсэг нь ядуурлыг бууруулах болон эдийн засгийн өсөлтөд эрүүл мэндэд оруулж байгаа хөрөнгө оруулалтын үзүүлэх үр нөлөөг судалсан.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*

**Ноён Жеорж А.О. Аллейн, Пан Америкийн Эрүүл мэндийн байгууллагын захирал, АНУ.**

**Профессор Даниел Кохен, Эдийн засгийн Профессор, Ecole normale supérieure Франц улс.**

*Гишүүд*

**Др. Дина Архин Тенкоранг**, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны ахлах эдийн засагч, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны даргын туслах, Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төв Бостон, АНУ/Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургууль Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

**Др. Алок Баргава**, Хаустаны Их сургуулийн Эдийн засгийн тэнхим, АНУ.

**Др. Дэвид Е. Блүүм**, Эдийн засаг, хүн ам зүйн ухааны профессор, Харвардын Их сургууль. Хүн ам, Олон улсын эрүүл мэндийн тэнхим, АНУ.

**Др. Дэвид Каннинг**, Хатан хааны Их сургуулийн Эдийн засгийн ухааны профессор, Белфаст, Умард Ирланд.

**Др. Хуан А. Касас**, Эрүүл мэнд, хүний хөгжлийн газрын захирал, Пан Америкийн эрүүл мэндийн байгууллага, АНУ.

**Др. Ангус Дийтон**, Эдийн засаг ба төрийн удирдлагын ухааны профессор, Принсетоны Их сургууль, АНУ.

**Профессор Дийн Т. Жамисон**, Олон улсын эрүүл мэнд, боловсролын хөтөлбөрийн захирал, Калифорнийн Их сургууль, АНУ.

**Др. Жералд Кёош**, Анагаах ухааны профессор, Фогарти Олон улсын төвийн захирал, Олон улсын судалгаа, Эрүүл мэндийн үндэсний хүрээлэнгийн захирал, Анагаах ухааны профессор, Туфтсын Их сургууль, АНУ.

**Др. Фелика Наул**, Мексикийн Эрүүл мэндийн сангийн Нийгэм эдийн засгийн эрдэм шинжилгээний төвийн захирал, Мексик улс.

**Др. Хуан Луйс Лондоно**, Инженер, Ревиста Динеро, Колумб улс.

**Др. Нора Люстиг** Мексикийн “Américas-Puebla Cholula” Их сургуулийн ерөнхийлөгч, Чолула, Мексик улс.

Америк хоорондын Хөгжлийн Банкны Ядуурал, тэгш бус байдлын албаны ахлах зөвлөх ба дарга асан, Дэлхийн Хөгжлийн илтгэлийн захирал, Дэлхийн Банк, АНУ.

**Др. Мийд Овер**, Хөгжлийн судалгааны багийн ахлах эдийн засагч, Дэлхийн Банк, АНУ.

**Профессор Жеффри Д. Сакс**, Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төвийн захирал, эдийн засгийн ухааны профессор, АНУ.

**Др. Виллиам Сэйвдопп**, Санхүүгийн хөгжлийн газрын ахлах эдийн засагч, Stop W0502, Америк хоорондын Хөгжлийн Банк, АНУ.

**Профессор Пол Шултц**, Иелийн Их сургууль, Эдийн засгийн тэнхим, АНУ.

**Профессор Данкан Томас**, Эдийн засгийн тэнхим, Калифорнийн Их сургууль, АНУ.

**Хатагтай Эва Валлстам**, Иргэний нийгэмлэгийн үүсгэл санаачлагын захирал, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс.

## ХОЁРДУГААР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДЭЛХИЙН НИЙТИЙН БАРАА ҮЙЛЧИЛГЭЭ

Тус ажлын хэсэг нь эрүүл мэндийн байдалд нэг улсын хил хязгаараас даван нөлөөлж байдаг олон улсын түвшинд хэрэгжих бодлого, хөтөлбөр, үүсгэл санаачлагууд (жишээ нь: олон улсын эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний хамтын ажиллагаа, цагаан цэцгийг устгах гэх мэт) болох “эрүүл мэндийн дэлхий нийтийн бүтээгдэхүүн үйлчилгээнүүд”-ий асуудлаар ажилласан юм. Ажлын хэсэгт шинжлэх ухааны байгууллага, үйлдвэр, төрийн бус байгууллагууд, болон олон улсын байгууллагуудын 16 гишүүн багтсан бөгөөд дараахь гурван үндсэн чиглэлийн дагуу 20 гаруй судалгааны бүтээл, баримт материалуудыг судалж үзжээ. Үүнд: орхигдсон бүтээгдхүүний судалгаа шинжилгээ болон хөгжиж байгаа орнуудад судалгааны чадавхийг бүрдүүлэх; халдварт өвчний хяналт, урьдчилан сэргийлэлтийн дэлхийн хэмжээний асуудлууд; тэргүүн туршлагауудын талаархи мэдээлэл ба түгээлт зэрэг болно.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*

**Профессор Ричард Фийчем**, *Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Хүрээлэнгийн захирал, Калифорнийн Их Сургууль, АНУ.*

**Профессор Жеффри Д. Сакс**, Эдийн засгийн ухааны профессор, *Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төвийн захирал, АНУ.*

**Др. Карол Медлин**, Хөтөлбөрийн захирал/Ахлах судлаач,*Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Хүрээлэн, Калифорнийн Их сургууль, АНУ.*

### *Гишүүд*

**Др. Кристиан Баеза**, Латин Америк, Карибын “STEP” хөтөлбөрийн бүсийн захирал, Олон Улсын Хөдөлмөрийн Байгууллага, АНУ.

**Др. Жон Бартон**, Жеорж Е, Осборний нэрэмжит хуулийн ухааны профессор Станфордын Хуулийн сургууль, АНУ.

**Др. Сет Беркли**, Олон улсын ДОХ-ын Вакцины санаачлагын ерөнхийлөгч

**Др. Вин Гаттеридже**, Халуун орны өвчний сургалт судалгааны тусгай хөтөлбөрийн Судалгаа шинжилгээний албаны бүсийн зохицуулагч, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс.

**Профессор Дийн Т. Жамисон**, Олон Улсын Эрүүл мэнд, боловсролын хөтөлбөрийн захирал, Калифорнийн Их сургууль, АНУ.

**Др. Инге Каул**, Хөгжлийн судалгааны газрын захирал, НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр, АНУ.

**Др. Жералд Кёош**, Анагаах ухааны профессор, Фогарти олон улсын төвийн захирал, Олон улсын судалгаа, Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэнгийн захирал, Анагаах ухааны профессор, Туфтсын Их сургууль, АНУ.

**Др. Ариел Пабло-Мендес**, Захирал, Эрүүл мэндийн тэгш байдал, Рокфеллер Сан, АНУ.

**Др. Жеофри Ламб**, Олон улсын хөгжлийн газрын Санхүү, эдийн засгийн хэлтсийн захирал, Дэлхийн Банк, Нэгдсэн Вант Улс.

**Др. Адетокунбо О. Лукас**, Харвардын Их сургуулийн профессор, АНУ.

**Др. Бернард Пекаул**, Зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийн албаны Захирал, Хил хязгааргүй эмч нарын холбоо.

**Др. Салли Стансфиилд**, Гейтсийн сангийн Дэлхийн эрүүл мэндийн хөтөлбөрийн ажилтан, АНУ.

**Др. Дэвид Веббер**, Эдийн засгийн бодлогын асуудал эрхэлсэн захирал,  
Эм Үйлдвэрлэгчдийн Олон Улсын Холбоо, Швецари улс.

**Др. Рой Виддас**, Эрүүл мэндийн асуудлаар улсын болон хувийн секторын  
түншлэлийн санаачлагын удирдагч, Эрүүл мэндийн судалгааны Дэлхийн  
Форум, Швецари улс.

## ГУРАВДУГААР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ДОТООДЫН НӨӨЦИЙГ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРТ ДАЙЧЛАХ НЬ

Тус ажлын хэсгийн зорилго нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, тогтолцоонд дотоодын нөөцийг дайчлах олон төрлийн арга хандлагуудын эдийн засгийн үр дагаврыг үнэлэн дүгнэх явдал байв. Тус үйл ажиллагааг Олон Улсын Вальютын Сан болон бусад байгууллагуудтай хамтран зохион байгуулсан. Улсын төсвийг дахин хуваарилах, төрийн бус байгууллагуудын үүргийг өргөжүүлэх замаар улс орны түвшинд эрүүл мэндийн салбарыг хэрхэн санхүүжүүлэх боломжийг олж илрүүлэхэд ажлын хэсгийн үйл ажиллагаа чиглэгдсэн байна. Тус ажлын хэсгийн ажилд ДЭМБ-ын Бодлогын Мэдээлэл ба Нотолгоо хэлтсийн мэдээлэл, бодит үйл явцын жишээ баримт, материалууд чухал ач холбогдолтой байв.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*

**Профессор Квеси Ботчвей**, Харвардын Олон Улсын Хөгжлийн Хүрээлэн ба Олон Улсын Хөгжлийн төвийн Африкийн судалгаа, Хөтөлбөрийн захирал, АНУ.

**Профессор Алан Тайт**, Кантербури дахь Кентийн Их сургуулийн хүндэт профессор, Тринитийн коллежийн хүндэт гишүүн, Дублин.  
Сангийн бодлогын захирал асан, Олон Улсын Вальютын Сан, Вашингтон.  
Олон Улсын Вальютын Сангийн ажлын албаны захирал, Швецари улс.

*Гишүүд*

**Др. Дина Архин-Тенкоранг**, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны ахлах эдийн засагч, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны даргын туслах,  
Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төв Бостон, АНУ/Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургууль Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

**Профессор Мукул Говинджи Ашер**, Сингапурын Үндэсний Их сургуулийн Төрийн бодлогын хөтөлбөр.

**Др. Гуйдо Каррин**, Ахлах эрүүл мэндийн эдийн засагч,

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Женев, Швецари улс.

**Ноён Санжеев Гупта**, Зарлагын бодлогын газрын захирал, Олон улсын Валютын Сангийн Төсвийн бодлогын хэлтэс, АНУ.

**Ноён Петер С. Хеллер**, Сангийн бодлогын хэлтсийн орлогч дарга, Олон Улсын Вальютын Сан, АНУ.

**Профессор Виллиам Хсиао**, Эдийн засгийн ухааны К.Т.Лигийн нэрэмжит профессор, Эрүүл мэндийн бодлого, удирдлагын газар, Харвардын Нийгмийн Эрүүл мэндийн сургууль, АНУ.

**Хатагтай Рима Калеф Хунайди**, Арабын улсуудын бүсийн албаны захирал болон Ерөнхий нарийн бичгийн даргын туслах, НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр, АНУ.

**Профессор Дийн Т. Жамисон**, Олон улсын эрүүл мэнд, боловсролын хөтөлбөрийн захирал, Калифорнийн Их сургууль, АНУ.

**Др. Хуан Луйс Лондоно**, Инженер, Ревиста Динеро, Колумб улс.

**Ноён Ражив Мисра**, Эрүүл мэндийн яамны нарийн бичгийн дарга асан, Гургаон, Энэтхэг улс.

**Др. Александр С. Прекер**, Эрүүл мэнд, хоол тэжээл, хүн амын газрын ахлах эдийн засагч, Дэлхийн Банк, АНУ.

**Ноён Жеорж Шиебер**, Эрүүл мэнд, Нийгмийн хамгааллын салбарын удирдагч, Дэлхийн банк, АНУ.

## ДӨРӨВДҮГЭЭР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ЭРҮҮЛ МЭНД БА ОЛОН УЛСЫН ЭДИЙН ЗАСАГ

Энэ ажлын хэсэг нь эрүүл мэндийн үйлчилгээ, бараа бүтээгдэхүүн, эрүүл мэндийн даатгалд худалдааны гүйцэтгэх үүрэг, Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой асуудлыг зохицуулах Гэрээ (TRIPS)-ий хүрээнд эм бэлдмэлийн зохиогчийн эрхийн асуудал, эрсдэлтэй хүчин зүйлсийн олон улсын хөдөлгөөн, эрүүл мэндийн ажилтнуудын олон улсын шилжилт хөдөлгөөн, хамгаалах зорилгоор эрүүл мэндийн нөхцөл байдал ба эрүүл мэндийн санхүүжилтийг ашиглах, эрүүл мэндийн салбарт нөлөөлж болох худалдааны бусад арга замууд зэрэг чиглэлээр ажилласан болно. Тус ажлын хэсгийн ажлыг чиглүүлэхэд ДЭМБ ба ДХБ-ын ажлын ба бодлогын баримт бичгүүд ихээхэн үүрэг гүйцэтгэсэн.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*



**Др. Ишер Жадже Ахлүвалиа**, Энэтхэгийн Олон улсын эдийн засгийн харилцааны асуудлаархи судлаачдын зөвлөлийн захирал, Энэтхэгийн Олон улсын эдийн засгийн харилцааны асуудлаархи судалгааны зөвлөл, Энэтхэгийн Шинэ Дели, Энэтхэг улс.

#### Гишүүд

**Др. Харвей Бали**, Эм үйлдвэрлэгчдийн Ассоциацийн Олон Улсын Холбооны Ерөнхий захирал, Швецари улс.

**Др. Жон Бартон**, Жеорж Е, Осборний нэрэмжит хуулийн ухааны профессор Станфордын Хуулийн сургууль, АНУ.

**Др. Тони Кулиер**, Эдийн засгийн ухааны профессор, Иоркийн Их сургууль, Торонтогийн Их сургууль, Канад улс.

**Хатагтай Эллен'т Хоен**, Зайлшгүй шаардлагатай эмийн хангамжийн аян, Хил хязгааргүй эмч нарын холбоо.

**Др. Калстоус Жума**, Харвардын Их сургуулийн Олон Улсын Хөгжлийн төвийн шинжлэх ухаан технологийн шинэ санаачлагын хөтөлбөрийн захирал, Шинжлэх ухаан ба Олон улсын харилцааны Белфастийн Төвийн судлаач, Харвардын Их Сургууль, АНУ.

**Др. Кейт Э Маскус**, Тэргүүлэх эдийн засагч, Вашингтон ДС, Дэлхийн Банк, АНУ.

**Др. Супачай Панитчпакди**, Ерөнхий сайдын орлогч, Худалдааны сайд асан, Дэлхийн Худалдааны Байгууллагын шадар ерөнхий захирал, Тайланд улс.

**Др. Арвинд Панагария**, Олон улсын эдийн засгийн төвийн эдийн засгийн тэнхмийн Захирлуудын нэг, профессор, Мериландын Их сургууль, АНУ.

**Др. Жон Сбарбаро**, Анагаах ухааны болон урьдчилан сэргийлэх анагаах ухааны профессор, Колородагийн Их сургууль, АНУ.

**Др. Жак ван дер Гаг**, Хөгжлийн эдийн засгийн ухааны профессор, Эдийн засаг, эконометриксийн тэнхмийн эрхлэгч, Амстердамын Их сургууль, Нидерланд улс.

**Др. Ричард Вайлдер**, Повелл, Голдштэйн, Фрезер, Мурфигийн захирал, Вашингтон, АНУ.

**Ноён В.К. Затши**, Тариф ба Худалдааны Ерөнхий Гэрээны байгууллага дахь Энэтхэгийн суурин төлөөлөгч, элчин сайд асан, Энэтхэгийн олон улсын эдийн засгийн харилцааны асуудлаархи Хорооны зөвлөх, Энэтхэг улс.

## ТАВДУГААР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ЯДУУСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙДЛЫГ САЙЖРУУЛАХ НЬ

Энэхүү ажлын хэсэг нь 2015 он гэхэд ядуусын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулахын тулд дэлхийн хэмжээнд авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээний хувилбарууд, тохиолдож болох бэрхшээлүүд, шаардлагатай өртөг зардлыг тооцож үзсэн. Тус ажлын хэсэг нас баралтыг багасгах боломжуудыг судалж, нас баралтын үндсэн шалтгааныг арилгахад чиглэгдсэн үйл ажиллагаа, тохиолдож байгаа бэрхшээлүүдийг хэрхэн даван туулах арга замуудыг тодорхойлон, үйл ажиллагааг явуулахад болон эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхэд шаардагдах хөрөнгийг тооцон гаргасан. Энэ үйл ажиллагаа нь ДЭМБ, Дэлхийн Банк, Олон улсын нийгмийн эрүүл мэндийн сургуулиудиа авч хэрэгжүүлж байгаа үйл ажиллагаанд үндэслэгдсэн болно.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*

**Профессор Энн Миллс**, Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургуулийн Эрүүл мэндийн эдийн засаг ба Санхүүжилтийн хөтөлбөрийн ахлагч, Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

**Др. Прабат Жха**, Ахлах шинжээч, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс.

*Гишүүд*

**Др. Маштакүе Чоудхүри**, БРАК –ын Судалгааны захирал бөгөөд Гүйцэтгэх захирлын орлогч, Бангладеш улс.

**Др. Жорж Жимениз де ла Жара**, Чилийн Католик Их сургуулийн Нийгмийн Эрүүл мэндийн газрын профессор, Чили улс.

**Др. Петер Килима**, Африкийн Англопанийн бүсийн зохицуулагч, Трахомийн асуудлаархи олон улсын санаачлага, Танзани улс.

**Др. Жеффри Коплан**, Өвчлөлийг хянах төвийн захирал, АНУ.

**Др. Аяанда Нцалуба**, Эрүүл мэндийн үйлчилгээний асуудал эрхэлсэн Ерөнхий захирал, Эрүүл мэндийн Үндэсний газар, Хойд Африк.

**Ноён Рам Рамасандарам**, Худалдааны газрын хамтарсан нарийн бичгийн дарга, Энэтхэг улс.

**Др. Салли Стансфиилд**, Хөтөлбөрийн ахлах ажилтан, Билл ба Мелинда Гейтсийн Сан, АНУ.

**Др. Жейм Галвез Тан**, Филиппины Анагаах ухааны Их сургуулийн

профессор, Эрүүл мэндийн Ирээдүй Сан, Филиппин улс.

**Профессор Марсел Таннер**, Швецарийн Халуун орны хүрээлэнгийн захирал, Швецари улс.

## ЗУРГААДУГААР АЖЛЫН ХЭСЭГ - ХӨГЖЛИЙН ТУСЛАЛЦАА БА ЭРҮҮЛ МЭНД

Өрөөс ангижруулахад туслалцаа үзүүлэх зэрэг хөгжлийн туслалцааны арга хэмжээний эрүүл мэндэд үзүүлэх үр нөлөөг тус ажлын хэсэг судалсан байна. Ажлын хэсэг олон улсын хөгжлийн байгууллагуудын бодлого, арга зүйд онцлон анхаарлаа хандуулсан. Түүнчлэн, улс орны онцлогт тохирсон үйл ажиллагаа болон дэлхийн олон нийтэд зориулсан нийтлэг үйл ажиллагааны хоорондын тэнцвэрийг хэрхэн хангах асуудлыг ч авч үзжээ. Ажлын хэсгийн ажил нь ДЭМБ, Дэлхийн Банк, Нийгмийн эрүүл мэндийн олон улсын сургуулиуд, тусламжийн байгууллагууд болон судалгааны нэгжүүдийн үйл ажиллагаанд үндэслэгдсэн болно.

*Ажлын хэсгийн ахлагч*

**Ноён Зепирин Диабре**, НҮБ –ын Хөгжлийн Хөтөлбөрийн Шадар захирагч, Нью Йорк, АНУ.

**Ноён Кристофер Ловлайсе**, Эрүүл мэнд, хоол тэжээл, хүн амын газрын захирал, Дэлхийн Банк, АНУ.

**Хатагтай Карин Норберг**, Ардчилал ба Нийгмийн хөгжлийн асуудал эрхэлсэн захирал, Шведийн Олон Улсын Хөгжлийн Агентлаг, Стокольм, Швед улс.

*Гишүүд*

**Др. Дина Архин-Тенкоранг**, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны ахлах эдийн засагч, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр хорооны даргын туслах, Харвардын Их сургуулийн Олон улсын хөгжлийн төв Бостон, АНУ/Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургууль Лондон, Нэгдсэн Вант улс.

**Др. Ингар Бруггерман**, Олон улсын Гэр бүлийн нийгэмлэгийн захирал Нэгдсэн вант улс.

**Др. Андрою Гасселз**, Тогтвортой хөгжил, Эрүүл орчны газрын захирал, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс.

**Др. Ник Драгер**, Эрүүл мэнд, хөгжлийн газар, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс .

**Ноён Бжорн Экман**, Ардчилал ба Нийгмийн хөгжлийн газрын эдийн засагч,

Шведийн Олон Улсын Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны Агентлаг, Швед улс.

**Др.Тийм Эванс**, Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны асуудал эрхэлсэн захирал, Рокфеллерийн Сан, АНУ.

**Ноён Даул Исенман**, Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны стратегийн удирдлагын газрын дарга, Хөгжлийн хамтын ажиллагааны удирдах газар, ЭЗХАХБ, Франц улс.

**Др. Инге Каул**, Хөгжлийн Судалгааны газрын захирал, НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр, АНУ.

**Др. Жулиан Лоб-Левит**, Эрүүл мэнд ба хүн амын асуудлаархи ахлах зөвлөх, Олон Улсын Хөгжлийн газар, Нэгдсэн вант улс.

**Др. Андерс Нордсторм**, Шведийн Олон Улсын Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны агентлаг, Швед улс.

**Ноён Ингвар Тео Олсен**, Норвегийн Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны Агентлаг, Норвеги улс.

**Др. Сусан Стоут**, Хэрэгжүүлэлтийн ахлах мэрэгжилтэн, Дэлхийн банк, АНУ.

**Др. Х. Сударшан**, VGKK-ийн захирал (Карнатакагийн уугуул иргэдийн эрүүл мэндийн асуудлаархи нийгэмлэг), Энэтхэг улс.

**Др. А. Иссака-Тиноргах**, Эрүүл Мэндийн Яамны Эрүүл мэндийн үйлчилгээний асуудал эрхэлсэн захирал асан, Гана улс.

**Хатагтай Эва Валлстам**, Иргэний нийгмийн санаачлагын захирал, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Швецари улс.

## Түр Хорооны Гишүүдийн Намтрын тойм

### *Ишер Жүжи Ахлүвалиа*

Ишер Жүжи Ахлүвалиа нь Энэтхэгийн Шинэ Дели хот дахь Энэтхэгийн Олон Улсын Эдийн Засгийн Харилцааны асуудлаархи судлаачдын зөвлөлийн захирлаар ажиллаж байна. Делийн Эдийн засгийн сургууль болон Массачусетсийн Технологийн Институт төгссөн. Др. Ахлүвалиа нь Энэтхэгийн эдийн засгийн асуудлаар сүүлийн 15 жилийн туршид ном товхимол, мэргэжлийн сэтгүүлүүдэд өгүүлэл бичиж нийтлүүлж байсан. Тэр “*Энэтхэгийн үйлдвэрийн хөгжилт*”, “*60-аад оны дунд үеэс хойших үеийн зогсонги байдал*” (Оксфордын Их сургуулийн хэвлэл. 1985) номнуудаараа Энэтхэгийн эдийн засгийн асуудлаархи шилдэг номонд олгодог Батежагийн дурсгалд зориулсан шагналыг 1987 онд хүртсэн. Саяхан Др. Ахлүвалиа нь “*Энэтхэгийн Эдийн засгийн өөрчлөлт шинэчлэлт ба хөгжилт*” цувралын “*Манмохан Сингхэд зориулсан өгүүлэл*”-(Оксфордын Их сургуулийн хэвлэл. 1998)-ийг Профессор И.М.Д Литтлетэй хамтран бичжээ.

Др. Ахлүвалиа нь улсын үйлдвэрийн газруудын болон судалгаа, санхүүгийн байгууллагуудын удирдлагын зөвлөлд сонгогдон ажиллаж байсан. Эдгээрийн дотроос Энэтхэгийн Гангийн үйлдвэрлэлийн компанийн удирдлагын зөвлөлийн орон тооны бус захирал, Улсын Санхүүгийн Бодлогын Үндэсний Институтийн Удирдлагын зөвлөлийн гишүүн, Эдийн засгийн Өсөлтийн Институтийн Удирдлагын зөвлөлийн гишүүн зэрэг олон чухал сонгуульт үүргийг гүйцэтгэдэг. Др. Ахлүвалиа нь Панжабын Төлөвлөлтийн Зөвлөлийн гишүүн бөгөөд Андра Прадеш, Ражистан, Чаттисгархын Сайд нарын Зөвлөх Хорооны гишүүн хүн юм.

### *К.Ю. Амоако*

1995 оноос эхлэн К.Ю Амоако нь Африкийн Эдийн засгийн Хорооны Гүйцэтгэх нарийн бичгийн дарга, НҮБ-ын Ерөнхий Нарийн Бичгийн даргын шууд удирдлагын дор Африк дахь НҮБ-ын бүсийн төлөөлөгчөөр ажиллаж байна. Энэ албыг хашихаасаа өмнө тэрээр Дэлхийн Банкинд нилээд хэдэн жил ажилласан бөгөөд хамгийн сүүлд Банкны ядуурлыг бууруулах болон хүний нөөцийг хөгжүүлэх хөтөлбөрүүдийг стратегийн удирдлагаар хангах үүрэгтэй Боловсрол, нийгмийн бодлогын газрын захирал (1993-1995); Бразиль, Венесуэл, Перугийн Хүний Нөөцийг зохицуулах хэлтсийн дарга (1990-1992); Зүүн Африкийн 6 орныг хариуцсан Хэлтсийн дарга (1985-1990)-аар тус тус ажиллаж байсан байна. К.Ю.Амоако нь Легоны Ганын Их сургуульд Эдийн засгийн ухаанаар суралцан баклаврын зэрэгтэй төгсөж Берклей дэх Калифорнийн Их сургуульд мастерын болон Докторын зэрэг хамгаалсан.

### *Эдуардо Анинат*



Эдуардо Анинат нь Олон Улсын Валютын Сангийн Орлогч захирлаар ажилладаг. Др. Анинат өмнө нь Чилийн Санхүүгийн сайдаар ажиллаж байсан. Тэр 1995-1996 онд Дэлхийн Банк болон Олон Улсын Валютын Сангийн Захирлуудын зөвлөлийн даргаар; Дэлхийн Банк ба Олон Улсын Валютын Сангийн Хөгжлийн Хорооны гишүүнээр Чили, Аргентин, Боливи, Перу, Уругвай, Парагвайг төлөөлөн 3 жил ажилласан. Др. Анинат нь Канад-Чилийн худалдааны хоёр талын хэлэлцээрийн ахлах зөвлөх, Чилийн Төв Банк болон Сангийн яамны Өрийн асуудлаархи ахлах зөвлөх зэрэг өндөр албан тушаалуудыг Чилийн Засгийн газарт хашиж байсан юм. Мөн тэрээр, Дэлхийн Банк, Америк хоорондын Хөгжлийн Банк зэрэг Олон Улсын байгууллагуудад зөвлөх, Засгийн газарт татварын бодлого, өрийн асуудлуудаар зөвлөхөөр ажиллаж байсан. Др. Анинат нь Америкийн Институтын захирлуудын зөвлөлийн гишүүн бөгөөд эрхлэн гаргадаг сэтгүүлийнх нь редактораар ажиллаж байжээ. Др. Анинат нь одоо Нийгмийн тэгш байдлын Чуулганы Ерөнхийлөгчийн үүрэгт ажлыг хашиж байна. Тэр Чилийн Понтифика Католика Их сургуульд Төрийн санхүү ба эдийн засгийн хөгжлийн асуудлаар лекц уншиж байсан бөгөөд Бостоны Их Сургуулийн Эдийн засгийн ухааны туслах профессороор ажиллаж байсан. Тэр Харвардын Их сургуульд мастер болон докторын зэрэг хамгаалсан.

#### *Даниел Кохен*

Даниел Кохен нь Парисын Их сургуулийн Эдийн засгийн ухааны профессор хүн юм. Тэр Францын Ерөнхий сайдын Эдийн засгийн шинжилгээний Зөвлөлийн гишүүн бөгөөд Le Monda сэтгүүлийн буланг эрхлэн гаргадаг. Профессор Кохен нь 1987 онд Францын Эдийн засгийн шинжлэх ухааны Холбооны хүндэт гишүүн болсон бөгөөд 1997 онд Le Nouvel Economiste–ээс “оны шилдэг эдийн засагч”–аар шалгарсан. 1991-1998 онуудад Эдийн засгийн бодлогын судалгааны төвийн Олон улсын макро эдийн засгийн хөтөлбөрийн захирлаар ажиллаж байсан. Профессор Кохен нь 1984-1997 онуудад Дэлхийн Банкны зөвлөхөөр ажиллаж байсан. Тэр Жефффри Саксын хамт Боливийн Засгийн газарт зөвлөхөөр ажиллаж байсан бөгөөд 1981-1982 онд Харвардын Их сургуульд урилгаар суралцаж байсан. Тэр “Тусгаар тогтносон улсуудад олгох хувийн зээллэг”, “Бидний орчин үе”, “Дэлхийн баялаг ба үндэстнүүдийн ядуурал” номнуудаа хэвлүүлсэн бөгөөд сүүлийн ном нь 15 хэл дээр орчуулагдсан байна.

#### *Зепирин Диабре*

Зепирин Диабре нь Буркина Фасогийн иргэн бөгөөд 1999 оноос эхлэн НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөрийн шадар сайдаар ажиллаж байна. НҮБ-д ажиллаж эхлэхээсээ өмнө 1998 онд Буркина Фасогийн Ерөнхийлөгчийн зөвлөх, 1996-1997 онуудад Эдийн засаг, Нийгмийн асуудлаархи Үндэсний зөвлөлийн ерөнхийлөгч, 1994-1996 онуудад Эдийн засаг, Санхүү, Төлөвлөлтийн сайд, 1992—1994 онуудад Худалдаа, Үйлдвэрлэл болон уурхайн сайд зэрэг хэд хэдэн өндөр албан тушаалуудыг өөрийн эх орондоо хашиж байсан. Буркинагийн Удирдлагын Холбоо болон Буркина/Францын Бизнесийн Холбоог үүсгэн байгуулагч юм. Ноён Диабре нь Буркинагийн Бревери Корпорацийн Хүний Нөөцийн асуудал эрхэлсэн захирлын албыг хашиж хувийн

секторт ажиллах туршлага хуримтлуулсан. Ноён Диабре нь Олон Улсын Хөгжлийн Харвардын Институтэд уригдан суралцаж байсан бөгөөд 1997 онд Олон Улсын асуудлаархи Веадерхеадын төвийн сонсогч байсан.

### *Эдуардо А. Дориан*

Эдуардо А. Дориан нь Нью Йорк дахь НҮБ-ын Дэлхийн Банкны НҮБ дахь тусгай төлөөлөгч бөгөөд Дэлхийн Банкны Дэд ерөнхийлөгчөөр ажиллаж Хүний Хөгжлийн Тогтолцоог (эрүүл мэнд, хоол тэжээл, хүн ам, боловсрол, нийгмийн хамгаалал) хариуцан ажиллаж байсан. Тэрээр Шинжлэх Ухаан Технологийн яамны орлогч сайдаар ажиллаж байгаад хэдэн жилийн дараа Коста Рикагийн Боловсролын сайдаар ажиллаж байсан. Тэр Коста Рикагийн Их Сургууль болон Төв Америкийн Бизнесийн Удирдлагын Институтын профессор юм. Тэр Харвардын Их сургуульд Улс Төрийн Эдийн засаг ба Засгийн газрын асуудлаар Докторын зэрэг хамгаалсан.

### *Ричард Ж.А. Фийчем*

Ричард Ж.А. Фийчем нь Калифорни, Сан Франциско, Беркли Калифорнийн Их Сургуулиудын хамтын санаачлагаар байгуулагдсан Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Хүрээлэнгийн анхны захирал юм. Түүнчлэн Берклийн US ба UCSF-ын Олон улсын Эрүүл мэндийн профессор юм. Др. Фийчем нь 1999-1995 онуудад Дэлхийн Банкны Эрүүл мэнд, хоол тэжээл болон хүн амын газрын захирал, 1989-1995 онд Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун бүсийн анагаах ухааны сургуулийн захирлаар ажиллаж байсан. Др. Фийчем нь Шинэ Өмнөд Уэлс болон Бирмингхамын Их сургууль, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагад ажиллаж байсан. Фийчем нь олон зөвлөл хороонд ажиллаж байсан. Одоо Их британ улсын Хилийн чанад дахь Сайн дурын үйлчилгээний байгууллагын зөвлөл, Английн Эрүүл мэндийн зөвлөлдөх зөвлөл, Олон Улсын ДОХ-оос сэргийлэх вакцины хөдөлгөөний удирдах зөвлөл, АНУ-ын Дэлхийн Анагаах ухааны Хүрээлэнгийн удирдах зөвлөлд ажиллаж байна. Түүнчлэн Эрүүл Мэндийн асуудлаар улсын болон хувийн салбарын хамтын ажиллагааны хөдөлгөөний Зөвлөх Хорооны даргаар ажилладаг бөгөөд Эрүүл мэндийн судалгааны асуудлаархи дэлхий нийтийн чуулганы сангийн зөвлөлийн дарга юм. Профессор Фийчем нь 1999 оноос эхлэн “Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын мэдээллийн сэтгүүл”-ийн эрхлэгчийн албыг хашиж байна. Профессор Фийчем нь олон улсын эрүүл мэнд хөгжлийн асуудлаар сонирхон ажилладаг. Тэр энэ асуудлаар болон бусад асуудлаар олон бүтээл, ном товхимолыг хэвлүүлсэн. Тэр CBE, FREng, BSc, PhD, DSc (Med), FICA, FIWEM, Hon FFPHM гэсэн цол зэргийг хүртсэн.

### *Роберт Виллиам Фогель*

Роберт Виллиам Фогель нь Корнеллийн Их сургуулиас баклаврын зэрэг авсан бөгөөд Колумбын Их сургуульд Мастерийн зэрэг, Жонс Хопкинсийн Их сургуульд Эдийн засгийн шинжлэх ухааны Докторын цолыг тус тус хамгаалсан. Тэр Рочестерийн Их сургууль, Кембриджийн Их сургууль, Харвардын Их сургуулийн тэнхмийн эрхлэгчийн албан тушаалыг тус тус хашиж байсан. Одоо Чикагогийн Их сургуулийн Олон нийтийн бодол санааг судлах Хороо болон Эдийн засгийн газрын гишүүн, Хүн Амын Эдийн Засгийн Төвийн захирал, Америкийн Институтийн Чарлес Р. Валгрийн хүндэт профессор юм. Түүнчлэн тэр Эдийн засгийн судалгааны Үндэсний Хорооны Кохорт судалгааны хөтөлбөрийн захирал юм. Тэр 1993 онд Дауглас С. Нортон хамт эдийн

засгийн салбарын Нобелийн шагналыг хүртсэн. Симон Кузнецийн удирдлаган доор эрдэм шинжилгээний ажил хийж байх үеэс тэр техникийн болон зохион байгуулалтын урт удаан хугацааны өөрчлөлтийг ойлгохын үүднээс эдийн засаг, түүхийг хамтатган судлах асуудлыг сонирхож эхэлсэн. 1980 оны сүүлээс эхлэн түүний судалгааны ажлууд нь АНУ-ын нас баралтын бууралт, насжилтийн байдалд гарч байгаа өөрчлөлтийг тайлбарлахад чиглэгдэж ирсэн. Түүний судалгааны ажлын хамгийн сүүлийн үр дүн 2002 онд “Өлсгөлөнгөөс аврагдах болон цаг бусын үхэл 1700-2100: Европ, Америк болон Гуравдагч ертөнц” номонд нь хэвлэгдэх гэж байна. Түүний одоо хийж байгаа судалгааны ажлуудын дотор Түргэн хурдацтай хөгжиж буй Азийн орнууд, Хоол тэжээл болон урт наслалт, 20 дугаар зууны эдийн засгийн хөгжлийн зарчмуудын талаархи түүхэн судалгаа зэрэг болно.

### *Дийн Т. Жамисон*

Дийн Т. Жамисон нь 1988 оноос Лос Анжелос хотын Калифорнийн Их сургуулийн профессороор ажиллаж байна. Тэр Дэлхийн Эрүүл Мэнд Боловсролын UCLA Хөтөлбөрийг удирддаг бөгөөд Олон улсын урүүл мэндийн эдийн засаг, Эдийн засгийн боловсролын хичээлүүдийг заадаг. Т. Жамисон нь Дэлхийн Банкинд Судалгааны газрын ахлах эдийн засагч, Хятад, Гамби улсуудыг хариуцсан Эрүүл мэндийн төслийн ажилтан, Боловсролын бодлогын хэлтсийн дарга, Хүн ам, эрүүл мэнд, хоол тэжээлийн асуудал хариуцсан хэлтсийн дарга зэрэг албыг хашин олон жил ажилласан байна. Тэрээр 1992-1993 онд Дэлхийн Банкинд түр хугацаагаар дахин томилогдон, Дэлхийн Банкны “Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэл 1993, Эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулах нь” илтгэлийн зохиогчоор ажилласан. Т.Жамисон 1998-2000 онуудад, Женев дэхь Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагад Эдийн засгийн Зөвлөлдөх үйлчилгээний захирлаар ажиллахын тулд түр хугацаагаар UCLA-г орхисон байна. Одоо тэр UCLA-гаас гадна Билл ба Мелинда Гейтсийн Сангийн гишүүн, АНУ-ын Эрүүл мэндийн Үндэсний Институтийн Олон Улсын Фогарти төвийн ахлах ажилтан юм. Жамисон нь Станфорд (Философийн ухааны А.В, Инженерийн ухааны магистр) болон Харвардад (Эдийн засгийн ухааны Докторыг Нобелийн шагналт К.Ж. Арроугийн удирдлагаар хамгаалсан) суралцаж байсан. Түүнийг 1994 онд АНУ-ын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Академийн Анагаах Ухааны Институтийн гишүүнээр сонгосон байна.

### *Такатоши Като*

Одоо Ноён Такатоши Като нь Токиогийн Митсубишигийн Банкны Ерөнхийлөгчийн зөвлөхөөр ажиллаж байгаа бөгөөд Васедагийн Их Сургуулийн Ази-Номхон далай судлалын хүндэт профессор хүн юм. Түүнчлэн Принсетоны Их Сургуулийн Воудроу Вилсоны сургуулийн 1998-1999 оны хичээлийн жилийн Вейнбергийн хүндэт профессор билээ. Ноён Като нь 1995-1997 онуудад Олон улсын харилцааны Санхүүгийн орлогч сайд байсныхаа хувьд Японы Их Долоогийн хэлэлцээрийн орлогч байжээ. Японы Төрийн албанд 34 жил ажиллахдаа тэрээр Олон Улсын Санхүүгийн Товчооны Ерөнхий захирал (1993-1995), Азийн Хөгжлийн Банкны Гүйцэтгэх захирал (1985-1987) зэрэг өндөр албан тушаалуудыг хашиж байсан. Ноён Като нь Токиогийн

Их Сургуулиас баклаварын зэрэг, Принцетоны Их Сургуулийн Воодроу Вилсон Сургуулиас магистрын зэргийг тус бүр хүртсэн.

### *Нора Люстиг*

Нора Люстиг нь *Мексикийн* de las Américas-Puebla Их Сургуулийн ерөнхийлөгчөөр ажилладаг. Үүнээс өмнө Др. Люстиг нь Америк хоорондын Хөгжлийн Банкны Ядуурал, тэгш бус байдлын албаны дарга, Ахлах зөвлөхөөр ажиллаж байсан. Түүнчлэн тэр Мексик хотын El Colegio de Mexico коллежийн Эдийн засгийн ухааны профессор бөгөөд Вроокингсийн Институтийн Гадаад Бодлого Судлалын хөтөлбөрийн ахлах ажилтанаар ажиллаж байв. Тэрээр 1982 онд Массечусетсийн Технологийн Институтэд судлаачаар уригдан суралцаж байсан бөгөөд 1984 онд Беркелийн Калифорнийн Их сургуулийн хүндэт профессорын цол хүртсэн юм. Нора Люстиг нь Дэлхийн Банкны Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэл 2000/2001 “Ядуурлын эсрэг довтлох нь” илтгэлийг зохиогчдын нэгэн билээ. Түүнчлэн тэрээр, Латин Америк, Карибын Эдийн засгийн Холбооны ерөнхийлөгчөөр 1998-1999 онуудад ажиллаж байсан бөгөөд тус холбоог үүсгэн байгуулагчдын нэг нь юм. Др.Люстиг нь одоо Тэгш бус байдал, Ядуурал, эдийн засгийн хөдөлгөөний асуудлаархи LACEA сүлжээний захирлуудын нэг нь юм. Тэр Вроокингсийн Хүрээлэнгийн гадаад бодлогын судлалын хөтөлбөрийн байнгын бус ахлах мэрэгжилтэн бөгөөд Америк хоорондын хамтын ажиллагааны ахлах ажилтан юм. Др. Люстиг нь Эдийн засгийн хөгжлийн судалгааны Дэлхийн Институтын удирдах зөвлөл, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Хороо болон Олон Улсын Хөдөлмөрийн байгууллагын мэргэжилтнүүдийн бүлгийн гишүүн юм. Др Люстиг нь Латин Америкийн Эдийн засгийн хөгжлийн асуудлаар олон бүтээл, ном товхимол хэвлүүлсний дотроос “Эдийн засгийг дахин төвхнүүлэх нь” ном нь “Сонголт” сэтгүүлийн 1994 оны шилдэг бүтээлийн шагнал авсан байна. Др. Люстиг нь Аргентины Буэнос Айрест төрсөн бөгөөд Мексик болон АНУ-д амьдарч байсан. Тэр Беркели дэх Калифорнийн Их сургуульд Эдийн засгийн ухааны Докторын зэрэг хамгаалсан.

### *Энн Миллс*

Энн Миллс нь Лондонгийн Эрүүл ахуй, халуун бүсийн анагаах ухааны сургуулийн Эрүүл мэндийн эдийн засаг ба бодлогын багш буюу судалгааны олон байгууллагуудтай хамтран буурай болон дундаж орлоготой улс орнуудын эрүүл мэндийн системийн тэгш байдал болон үр нөлөөний асуудлаар нилээд жинтэй судалгааг хийсэн бөгөөд Эрүүл мэндийн эдийн засаг, санхүүжилтийн тэнхимийн дарга юм. Тэр буурай болон дундаж орлоготой улс орнуудын эрүүл мэндийн эдийн засагтай холбогдсон судалгааны 30 гаруй жилийн ажлын туршлагатай бөгөөд эрүүл мэндийн эдийн засгийн бодлогын асуудлаар олон ном хэвлүүлсэн. Тэр одоогоор эрүүл мэндийн системийн зохион байгуулалт, санхүүжилт ба өвчний ялангуяа чичрэг өвчний хяналтын үйл ажиллагааны эдийн засгийн дүн шинжилгээний асуудлаар илүү сонирхон ажиллаж байна. Тэр буурай болон дундаж орлоготой улс орнуудын эрүүл

мэндийн эдийн засгийн хүчин чадавхийг хөгжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх үйл ажиллагаанд идэвхитэй оролцож ирсэн төдийгүй олон улсын болон хоёр орнуудын хамтын ажиллагааны байгууллагуудад зөвлөхөөр ажиллаж байсан.

### *Торвалд Мүй*

Торвалд Мүй нь Парист байрладаг Эдийн засгийн Хамтын Ажиллагаа ба Хөгжлийн Байгууллагын (ЭЗХАХБ) Ерөнхий Нарийн Бичгийн даргын дөрвөн орлогчуудын нэг юм. Тэр энэ байгууллагын боловсрол, ажил эрхлэлт, тогтвортой хөгжлийн асуудлаархи үндсэн хөтөлбөрүүдийг хариуцан бусад захирлуудтай хамтран ажилладаг. 1998 оноос эхлэн одоогийн ажлаа эрхлэхээс өмнө Др. Мүй нь Норвегийн Сангийн яамны Эдийн засгийн зөвлөх, суурин нарийн бичгийн даргын орлогчоор 1989 оноос эхлэн ажиллаж байсан. 1986-1989 онуудад тэр ЭЗХАХБ-д суух Норвегийн элчингээр, 1973-1986 онуудад Сангийн яамны орлогч сайд, дараа нь Эдийн засгийн Бодлогын газрын ерөнхий захирал, дараа нь Төсвийн газрын ерөнхий захирлаар тус тус ажиллаж байсан. Др. Мүй нь макро эдийн засгийн бодлого, хөдөлмөр эрхлэлтийн бодлого, хүн ам зүйн асуудлын эдийн засгийн өсөлт, улсын төсвийн төлөвлөлтөнд үзүүлэх нөлөөлөл, цаг агаарын өөрчлөлтийн эдийн засаг, байгаль орчин ба хөдөлмөр эрхлэлтийн харилцааны асуудлуудаар олон ном товхимол, өгүүлэл бичсэн ба хамтран бичилцсэн байна. Тэр ЭЗХАХБ-ын Эдийн засгийн бодлогын хороо зэрэг Норвегийн болон Олон улсын хэмжээний олон Хороо, зөвлөл, комиссын гишүүнээр сонгогдон ажиллаж байсан. Др. Мүй нь Лос Анжелосын Калифорнийн Их сургуулиас Эдийн засгийн баклавр, Станфордын Их сургуулиас Докторын зэрэг хүртсэн.

### *Жеффри Д. Сакс*

Жеффри Д.Сакс нь Харвардын Их сургуулийн Олон Улсын Хөгжлийн Төвийн захирал, Харвардын Их Сургуулийн Олон Улсын Худалдааны Гален Л. Стоун нэрэмжит профессор болоод, Олон Улсын Хөгжлийн Харвардын Институтын захирал асан, Эдийн засгийн судалгааны Үндэсний Хорооны Хүндэт судлаач юм. Др. Сакс нь Латин Америк, Зүүн Европ, Хуучин ЗХУ, Африк, Азийн хэд хэдэн засгийн газруудад эдийн засгийн зөвлөхөөр ажиллаж байсан. Тэр Нью Йорк Таймс сэтгүүлийн “дэлхийн хамгийн чухал эдийн засагч”(probably the most important economist in the world)-аар тодорч, дэлхийн 50 залуу удирдагчдыг сурталчилсан Таймс сэтгүүлийн “дэлхийд хамгийн алдартай эдийн засагч”-аар тодорсон. Ж. Сакс нь Харвардын Нийгэмлэг, урлаг, шинжлэх ухааны Америкийн Академи, Дэлхийн эконометриксийн нийгэмлэгийн гишүүн зэрэг олон чухал шагнал, хүндэтгэлийг хүртсэн нэр хүндтэй хүн юм. Тэр Швецарийн Ст. Галлений Их сургууль, Гонконгийн Лингнан коллеж, Нью Йоркийн Иона коллеж, Болгарын Варнагийн эдийн засгийн Их сургуулиудаас тус тус хүндэт цолыг хүртсэн. Тэрээр 1991 оны 9 сард Улс төрийн шинжлэх ухааны Франк И.Сэйдманы хүндэт шагналыг хүртсэн. Тэр Лионел Роббины дурсгалд зориулсан лекцийг Лондонгийн Эдийн засгийн сургууль дээр, Жон Хиксын лекцийг Оксфордын Их сургууль дээр, Дэвид Хоровитзийн лекцийг Тел Авив, Франк Д. Грахамын лекцийг Принсетоны Их сургууль дээр, Таннерийн лекцийг Ютагийн Их Сургууль дээр тус тус уншиж байсан. Др. Сакс нь 1976 онд Харвардын Их сургуулиас баклавын, 1978,

1980 онуудад Харвардын Их сургуульд Мастерын болон Докторын зэрэг хамгаалсан. Тэр Харвардын Их сургуульд 1980 онд профессорын туслахаар анх ажилд орсон бөгөөд 1982 онд дэд профессор, 1983 онд профессор болж дэвшин ажилласан. Тэр 2000-2001 онуудад Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны тэргүүн, 1999 оны 9 сараас 2000 оны 3 сар хүртэл АНУ-ын Конгрессын байгуулсан Олон Улсын Санхүүгийн Байгууллагуудын Зөвлөх Хорооны гишүүнээр ажиллаж байсан.

#### *Манмохан Сингх*

Манмохан Сингх Энэтхэгийн Парлиаментийн сөрөг хүчин болох Ражя Сабхагийн (Улсын Зөвлөл) удирдагчаар ажилладаг. Тэр өмнө нь Сангийн сайд, Энэтхэгийн Ерөнхий сайдын эдийн засгийн зөвлөх, Сангийн яамны нарийн бичгийн дарга, Энэтхэгийн хадгаламж, нөөцийн банкны захирагч, Энэтхэгийн төлөвлөгөөний хорооны орлогч дарга, Энэтхэгийн Сангийн сайдын Эдийн засгийн ахлах зөвлөх зэрэг Энэтхэгийн Засгийн газарт олон албан тушаалуудыг хашиж байсан. Др. Сингх нь Жастис К.С Хедже Сангийн шагнал, Бүсийн хөгжилтөд хувь нэмэр оруулсны төлөө Никкей Азийн шагнал, Энэтхэгийн Шинжлэх ухааны Конгрессийн холбооны Жавахарлал Неругийн нэрэмжит шагнал зэрэг олон шагнал хүртэж байсан. Түүнчлэн 1993 онд Оны шилдэг Сангийн сайдуудад олгодог Европын Мөнгөн шагнал, 1993, 1994 онуудад Оны шилдэг Сангийн сайдуудад олгодог Азийн мөнгөн шагналыг хоёр удаа хүртсэн. Др. Сингх Дэлхийн олон орны Институтээс зэрэг цол хүртсэн. Тэр Эдийн засгийн ухааны Баклавр болон мастерийн зэргийг Панжаб болон Кембриджийн Их Сургуулиас, Докторын цолыг Оксфордын Их Сургуулиас тус тус хүртжээ.

#### *Супачай Панитчпакди*

Супачай Панитчпакди нь Дэлхийн Худалдааны Байгууллагын Ерөнхий захирал юм. Др. Панитчпакди нь Тайландын Ерөнхий сайдын орлогч буюу Худалдааны сайдаар ажиллаж байсан. Түүнчлэн тэрээр Тайландын Армийн банкны захирал, Нава Санхүүгийн болон аюулгүй байдлын зөвлөлийн дарга, Худалдааны Холбооны дарга зэрэг хувийн секторын өндөр албан тушаалыг хашиж байсан. Др. Панитчпакди нь Нидерландын Роттердамын Эрасмусын Их сургуульд эконометрикс ба хөгжлийн төлөвлөлтийн асуудлаар мастер болон докторын зэрэг хамгаалсан. 1973 онд Кембриджийн Их сургуулийн Эконометриксийн тэнхимд урилгаар суралцаж байсан.

#### *Лаура Тайсон*

Др. Лаура Тайсон нь Беркелийн Калифорнийн Их сургуулийн Бизнесийн Валтер А. Хааз сургуулийн захирлаар ажилладаг бөгөөд 2001 оны 12 сараас Лондонгийн

Бизнесийн Их сургуулийн захирлаар ажиллах юм. Др. Тайсон нь Беркелийн сургуульд 1977 оноос эхлэн ажилласан бөгөөд одоо Эдийн засаг, Бизнесийн удирдлагын “Class of 1939” –ын даргын үүргийг гүйцэтгэдэг. Ерөнхийлөгч Клинтон 1993 онд түүнийг Цагаан ордны Эдийн засгийн зөвлөхүүдийн зөвлөлийн даргаар томилоход тэр Беркелийг түр хугацаагаар орхисон юм. Лаура Тайсон нь энэ албан тушаалд томилогдсон анхны эмэгтэй юм. Энэ албан тушаалд ажиллах болсноор тэр Цагаан Ордонд ажилладаг хамгийн өндөр албан тушаалын эмэгтэй болсон юм. Тэр “Хэн хэнийг дэлсэж байна вэ? Өндөр хүчин чадалтай технологийн үйлдвэрлэлийн худалдааны зөрчилдөөн, Олон Улсын Эдийн засгийн Институт. 1992” номыг зохиосон бөгөөд олон тооны эдийн засгийн өрсөлдөөний асуудлаар бүтээл, өгүүллийг бичжээ. Тайсон нь Эрүүл мэндийн үйлчилгээ тусламжийн ирээдүйн төлвийн асуудлаар ажиллах Үндэсний Бипартисан Хороонд ажиллахаар томилогдсон Цагаан Ордны дөрвөн хүний нэг нь болсон юм. Тэр Хууль, Эдийн засгийн зөвлөлдөх Бүлгэмийн захирал, АмериТехийн корпорац, Ийстман Кодак Компанийн Гадаад харилцааны зөвлөл, Олон улсын эдийн засгийн Институт, Жон Д буюу Катерин Т. МакАртур Сан, Морган Станли Дийн Виттер, Дисковер ба Ко компаниудын захирлуудын зөвлөлийн гишүүн юм. Вашингтон ДС- д томилогдохоосоо өмнө Тайсон Беркелид Олон Улсын Эдийн засгийн асуудлаархи Беркелийн дугуй ширээний судалгааны асуудал эрхэлсэн захирал, Олон улс судлалын институтийн захиралаар тус тус ажиллаж байсан. Тайсон нь 1969 онд Массечусетсийн Смит Коллежид эдийн засгийн Баклавр, 1974 онд Массечусетсийн Технологийн сургуульд Докторын зэрэг хамгаалсан.

### *Харолд Вармус*

Харолд Вармус нь 2000 оны 1 дүгээр сараас эхлэн Нью Йорк хотын Слоан Каттерийн нэрэмжит Хавдар Судлалын Төвийн Ерөнхийлөгчөөр ажиллаж байна. Тэр Эрүүл мэндийн Үндэсний Институтийн захирлаар ажиллаж байсан бөгөөд 1989 онд хавдрын генийн суурь шинжийн тухай ажлаараа хамтран зүтгэгч Др. Ж. Майкл Бишопийн хамт Физиологи, анагаах ухааны салбарт Нобелийн шагнал хүртэж байв. Др. Вармус нь 1993 онд Ерөнхийлөгч Клинтон зарлигаар Эрүүл мэндийн Үндэсний Хүрээлэнгийн захирлаар томилогдсон бөгөөд 1999 он хүртэл ажиллаж байв. Түүнчлэн 300 гаруй эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, олон нийтэд “Хавдрын генийн суурь шинжийг танилцуулах нь” зэрэг 4 бүтээлийг хэвлүүлсэн. Др. Вармус нь Холбооны Засгийн газар, эм, биотехнологийн компани, болон эрдэм шинжилгээний олон байгууллагад зөвлөхөөр ажиллаж байсан. Тэр 1984 оноос АНУ-ын Үндэсний Шинжлэх Ухааны Академи, 1991 оноос Анагаах Ухааны Хүрээлэнгийн гишүүн байв. Др. Вармус нь Амхерстийн Коллежид суралцан баклаврын зэрэг, Харвардын Их сургуульд Докторын зэрэг хамгаалсан. Тэр Колумбын Их сургуулийн Эмч, мэс засалчдийн коллежийг төгсөж, Колумбын Пресбайтериан эмнэлэгт ажиллаж байжээ. Тэр Үндэсний Эрүүл Мэндийн Хүрээлэнд Др. Ира Пастаны хамт бактерийн гений илэрхийлэлийг судлах Нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэнээр анх судалгаа шинжилгээний ажлаа эхэлсэн байна. Дараа нь Др. Бишоптай хамт Сан Францискогийн Калифорнийн Их сургуулийн докторийн дараахь сургалтад оролцож байв.



## Ажлын илтгэл, судалгааны бүтээлүүд

МАКРО ЭДИЙН ЗАСАГ БА ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛААРХИ ТҮР ХОРООНЫ  
АЖЛЫН ХЭСГҮҮДИЙН ИЛТГЭЛИЙН ГАРЧИГ

### **Эрүүл мэнд, эдийн засгийн өсөлт, ядуурлыг бууруулах:**

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 1 дүгээр  
Ажлын хэсгийн илтгэл

### **Дэлхийн нийтийн эрүүл мэндийн бараа үйлчилгээ: 21 дүгээр зууны шинэ стратеги:**

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 2 дугаар  
Ажлын хэсгийн илтгэл

### **Эрүүл мэндэд дотоодын нөөцийг дайчлах нь:**

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 3 дугаар  
Ажлын хэсгийн илтгэл

### **Эрүүл мэнд ба Олон улсын эдийн засаг:**

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 4 дүгээр  
Ажлын хэсгийн илтгэл

### **Ядуусын эрүүл мэндийн байдлыг дээшлүүлэх нь:**

Макроэдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 5 дугаар  
Ажлын хэсгийн илтгэл

### **Олон улсын Хөгжлийн Туслалцаа ба эрүүл мэнд:**

Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хорооны 6 дугаар Ажлын хэсгийн илтгэл

## АЖЛЫН ИЛТГЭЛҮҮДИЙН ЦУВРАЛ

Ажлын илтгэлүүдийг [www.cid.harvard.edu](http://www.cid.harvard.edu) буюу [www.cmhealth.org](http://www.cmhealth.org) -ээс үзэж болно.

### *Нэгдүгээр Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* ХДХВ/ДОХ-ын байдал Карибын орнуудад: Эдийн засгийн асуудлууд-Хөрөнгө оруулалтын арга хэмжээний үр нөлөө **(Теодори К)**

*Илтгэл 2:* Танзанийн сургуулийн хүүхдүүдийн танин мэдэхүйн хөгжилд эрүүл мэндийн байдал болон боловсролын тогтолцооны нөлөөллийг загварчлах нь **(Баргава А)**

*Илтгэл 3:* Эрүүл мэнд, тэгш бус байдал ба эдийн засгийн хөгжил **(Деатон А)**

*Илтгэл 4:* Нас баралтын түвшингийн бууралт дэлхийн улс орнуудад 1962-1987: Улс орон бүрийн өвөрмөц онцлогийг тусгасан техникийн дэвшил **(Жамисон ДТ, Сандбу М)**

*Илтгэл 5:* Ядуурал ба эрүүл мэнд **(Вагстафф А)**

*Илтгэл 6:* Хөгжиж байгаа орнуудын хөдөлмөрийн зах зээл ба сэтгэцийн өвчин **(Франк РЖ)**

*Илтгэл 7:* Эрүүл мэнд, хоол тэжээл, ба эдийн засгийн хөгжил цэцэглэлт: Микро эдийн засгийн хөгжлийн хэтийн төлөв **(Томас Д)**

*Илтгэл 8:* Эрүүл мэнд, хүний капитал, эдийн засгийн өсөлт **(Блүүм ДЕ, Каннин Д)**

*Илтгэл 9:* Эрүүл мэнд, урт наслалт ба амьдралын мөчлөгийн хуримтлал **(Блүүм ДЕ, Каннинг Д)**

*Илтгэл 10:* Хумхаа өвчний эдийн засгийн дарамт **(Галлуп, ЖЛ, Сакс ЖД)**

*Илтгэл 11:* Хүний капиталыг бий болгоход хоол тэжээлийг сайжруулах арга хэмжээг эрт хэрэгжүүлсний үр дагавар, **(Төв Америк, Панамын Хоол судлалын хүрээлэн)**

*Илтгэл 12:* Сэтгэцийн өвчний эсрэг тэмцэх нь **(Вайтпорд Н, Тийсон М, Счеурер Р, Жамисон Д)**

*Илтгэл 13:* ДОХ: Сахарын доод талын Африкийн эдийн засагт үзүүлж байгаа үр

дагавар **(Ванг Ж)**

*Илтгэл 14:* Хоол тэжээл, эрүүл мэнд, эдийн засгийн хөгжил: Бодлогын тулгамдсан асуудлууд **(Баргава А)**

*Илтгэл 15:* ДОХ ба эдийн засаг  
**(Блүүм ДЕ, Махал А, Севилла Ж, Ривер Пат Холбоо)**

*Хоёрдугаар Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* Дэлхий нийтийн болон үндэстэн хоорондын эрүүл мэндийн бараа бүтээгдхүүнийг ойлгох онолын үзэл баримтлал **(Сандлер Т, Арсе Д)**

*Илтгэл 2:* Эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний ажлын Олон улсын хамтын ажиллагаа **(Люкас АО)**

*Илтгэл 3:* Хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулахад шинжлэх ухааны чадавхийг бүрдүүлэх нь: Мэдлэг дэлхий нийтийн бараа болох нь  
**(Фрийман П, Миллер М)**

*Илтгэл 4:* Олон улсын эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний ажлын ёс зүй: Хөгжиж байгаа орнуудын хэтийн төлөв **(Бутта ЗА)**

*Илтгэл 5:* Судалгааны ёс зүйн асуудлууд: Олон улсын хамтарсан судалгааг хөгжүүлэх санал **(Лавери ЖВ)**

*Илтгэл 6:* Олон улсын Эрүүл мэндийн асуудлаархи судалгааг хөгжүүлэхэд оюуны өмч, зохиогчийн эрхийн үүрэг: Улсын секторын биоанагаах ухааны судалгааны байгууллагын хэтийн төлөв **(Кеусч ЖТ, Нужент РА)**

*Илтгэл 7:* Анхаарлын гадна үлдсэн өвчнүүдийн вакцин, эмийг зохион бүтээх асуудлыг эрчимжүүлэх төрийн бодлого **(Кремер М)**

*Илтгэл 8:* Европын болон АНУ–ын Өнчин эмийн хууль: Судалгаа шинжилгээний ажил, ядуурлаас үүдэлтэй өвчнүүдэд зориулсан эм бэлдмэлийг хөгжүүлэх хөшүүргүүд **(Милне С, Кайтен К, Рончи Е)**

*Илтгэл 9:* Эм бэлдмэлийн үнийг ялгавартайгаар тогтоох: Хүртээмжийг зохицуулах, Судалгаа шинжилгээний ба оюуны өмчийн асуудал **(Данзон П)**

*Илтгэл 10:* Дэлхий нийтийн шинж чанартай өвчнүүдтэй тэмцэхэд зориулагдсан зохиогчийн эрхийн санал **(Ланжоув ЖО)**

*Илтгэл 11:* Эмийн талаархи TRIPS ба судалгаа шинжилгээний санаачлагууд **(Корреа С)**

*Илтгэл 12:* Женомиксийн зохиогчийн эрхийн асуудал ба үндсэн судалгаа: Дэлхийн эрүүл мэндийн асуудлууд (**Бартон Ж**)

*Илтгэгч 13:* Олон улсын судалгаа шинжилгээний хамтын ажиллагаа: Үйл ажиллагааны сургамж (**Бартон Ж, Хеумүллер Д**)

*Илтгэгч 14:* Дэлхий нийтийн бараа бүтээгдэхүүнтэй холбоотойгоор халдварт өвчний хяналтын тархвар зүйн үндэс (**Брадлей Д**)

*Илтгэл 15:* Халдварт өвчний хяналтыг олон улсын түвшинд зохицуулах нь (**Ст. Жон Р, Плант А**)

*Илтгэл 16:* Нян эсэргүүцэгчдэд дасал болох аюулын өргөжилтийн эсрэг дэлхий нийтээр тэмцэх нь (**Смит РД, Коаст Ж**)

*Илтгэл 17:* Олон улсын хууль ба дэлхийн нийтийн хэмжээнд халдварт өвчнийг хянах (**Фидлер Д**)

*Илтгэл 18:* Эрүүл мэндийн талаархи мэдээллийн дэлхий нийтийн хэрэгцээ (**Масгроуе П**)

*Илтгэл 19:* Дэлхий нийтийн бараа үйлчилгээг хүргэх ба санхүүжүүлэхэд Олон улсын байгууллагуудын үүрэг (**Бумгарнер Р**)

*Илтгэл 20:* Судалгаа шинжилгээний үйл ажиллагааг дэмжихэд улсын болон хувийн секторын хамтын ажиллагаа (**Кеттлер Н, Товсе А**)

*Илтгэл 21:* Дэлхий нийтийн эрүүл мэндийн бүтээгдэхүүн үйлчилгээний санхүүжилтын ололт амжилт (**Стансфийлд С, Харпер М, Ламб Ж, Лоб-Левит Ж**)

*Гуравдугаар Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* Эрүүл мэндийн салбарт нөөцийг дайчлах нь: Төлбөртэй үйлчилгээг эргэн харахад (**Архин Тенкоранг ДС**)

*Илтгэл 2:* Африкийн албан бус сектор дахь Эрүүл мэндийн даатгал: Тогтолцоог бий болгохын өвөрмөц онцлог, Эрсдэлээс хамгаалах, Нөөцийг дайчлах (**Архин-Тенкоранг ДС**)

*Илтгэл 3:* Их өртэй ядуу орнуудын өрийг бууруулах санаачлага ба нийгмийн эрүүл мэндийн зардал (**Гупта С, Клементс Б, Гуйн-Сиу МТ, Лерут Л**)

*Илтгэл 4:* Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эрсдлийг хуваалцахын үр нөлөө ба эрүүл мэндийн тогтолцооны ололт, амжилт (**Каррин Ж, Зерамдини Р, Мусгроуе П, Поуллиер Ж-П, Валентайн Н, Ху, К**)

*Илтгэл 5:* Эрүүл мэндийн тогтолцоог үр ашигтай ажиллуулах нь **(Хеншер М)**

*Илтгэл 6:* Хоёр тэрбум хангагдаагүй хэрэгцээ: Хамт олонд тулгуурласан Санхүүжилт нь шийдэл мөн үү? **(Хсиао ВС)**

*Илтгэл 7:* Эрүүл мэндэд дотоодын нөөцийг дайчлах стратеги **(Хсиао ВС)**

*Илтгэл 8:* Дундаж ба өндөр орлоготой улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн стратегийн асуудлууд **(Жамисон Д)**

*Илтгэл 9:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтэнд хамт олны оролцоо: Үр дагавар, Давуу болон сул талууд: Номзүйн эмхтгэл **(Жакаб М, Кришнан С)**

*Илтгэл 10:* Хамт олны санхүүжилтээр дамжуулан нийгмийг бүрэн хамруулж санхүүгийн баталгааг хэрэгжүүлэх нь: Таван өрхийн судалгааны анхны үр дүн **(Жакаб М, Прекер, АС, Кришнан С, Счнейдер П, Диоп Ф, Жаттин Ж, Гамбер А, Рансон К, Супаканкунти С)**

*Илтгэл 11:* ДЭМБ-ын гишүүн орнуудад Эрүүл мэндийн санхүүжилт, **(Мусгроуе П, Зерамдини Р)**

*Илтгэл 12:* Нөөцийг дайчлах болон Эрсдлийг хуваалцах үйл ажиллагаанд Хамт олны оролцоог үнэлэх нь **(Прекер АС, Каррин Ж, Дрор Д, Жакаб М, Хсиао В, Архин Тенкоранг Д)**

*Илтгэл 13:* Санхүүгийн аюулгүй байдлыг хамгаалах, ядуусын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүртэх боломжийг нэмэгдүүлэх шаардлага болон Дэлхийн хэмжээнд зарцуулсан хөрөнгийн зарцуулалтын зөрүү **(Прекер АС, Лангенбруннер Ж, Сузуки Е)**

*Илтгэл 14:* Татварын бодлогоор дамжуулан Эрүүл мэндэд дотоодын нөөцийг дайчлах нь: Судалгааны нэгтгэл **(Тайт АА)**

#### *Дөрөвдүгээр Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* Хөгжиж буй орнуудад зохиогчийн эрх бүхий эм бэлдмэлийн хүртээмжийг сайжруулах, TRIPS-ын дараахь хувилбарууд **(Счерер ФМ, Ватал Ж)**

*Илтгэл 2:* Эм бэлдмэлийн үнийн ялгаа, Зохиогчийн эрх бүхий бүтээгдхүүнд ялгавартай үнэ тогтоох **(Бартон ЖН)**

*Илтгэл 3:* Эмийн хэрэглээ ба худалдаа **(Бали Н)**

*Илтгэл 4:* Уламжлалт эмийг хамгаалах нь **(Вайлдер Р)**

*Илтгэл 5:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний худалдаа (**Чанда Р**)

*Илтгэл 6:* Даяарчлал ба эрүүл мэнд: Хөгжиж буй орнуудын ядуучуудын эрсдэл ба боломжуудын талаархи судалгаа  
(**Диаз- Бонилла Е, Бабинард Ж, Пинстрап –Андерсен П**)

*Илтгэл 7:* Эрүүл мэндийн даатгалын худалдааны чөлөөлөлт: Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын бэрхшээл ба боломжууд (**Сбарбаро Ж**)

*Илтгэл 8:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний их худалдааг төлөвлөхөд мэдээллийн технологийн үүрэг (**Матур А**) /боловсруулалтын шатанд/

*Тайлбар Тэмдэглэл 1:* Эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай орцын худалдааны саад тотгор ба үнэ (**Вүүдвард Д**)

*Тайлбар Тэмдэглэл 2:* Даяарчлал ба Эрүүл мэнд: Дүн шинжилгээ хийх ба үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө (**Вүүдвард Д, Дражер Н, Беаглекхоул Р, Липсон ДЖ**)

*Тайлбар Тэмдэглэл 3:* Худалдааны либералчлалын эрин үед тамхины тахалтай тэмцэх нь (**Ветчер Д, Субраманиан С, Гуйндон Е, Перусис А-М, Солл Л, Грабман Ж, Жүүссенс Л, Тайлор А**)

*Тайлбар Тэмдэглэл 4:* Эрүүл мэндийн даатгалын үйлчилгээний GATS болон худалдааны асуудал (**Липсон ДЖ**)

*Тавдугаар Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* Энэтхэгийн урьдчилан сэргийлж болох нас баралтын байдал (**Жха П, Нгуен С**)

*Илтгэл 2:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэхэд чиглэсэн арга хэмжээний ололтоос  
(**Жха П, Ваз ЛМЕ, Пламмер Ф, Нагелкерк Н, Биллбонд Б, Нгүги Е, Прасадо Рао ЖВР, Моусес С, Жон Ж, Ндуати Р, Мак Доналд КС, Беркелей С**)

*Илтгэл 3:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээний ололтоос (**Виллбонд Б, Пламмер ФА**)

*Илтгэл 4:* Энэтхэг болон Ботсван улсад ХДХВ/ДОХ-ын тархалт  
(**Нажелкерк Н, Жха П, де Влас С, Коренромп Е, Моусес С, Бланчард Ж, Пламмер Ф**)

*Илтгэл 5:* Эх, нялхсын эндэгдэл бага болон дундаж орлоготой улс орнуудад

**(Желбанд Н)**

*Илтгэл 6:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудад Хумхаа өвчнөөс нас барах явдлыг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагаа (**Мийк С, Хийл Ж, Вебстер Ж**)

*Илтгэл 7:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын Тамхинаас үүдэлтэй нас баралтыг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагаа (**Чалоупка ФЖ, Жха П, Каррао МА, Коста е Силва В, Росс Н, Сзарт С, Яач Д**)

*Илтгэл 8:* Буурай болон дундаж орлоготой улс орнуудын Сүрьегээс үүдэлтэй нас баралтыг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагаа: Үр дүн, Хөрөнгийн хэмнэлт, Бэрхшээл (**Боргдорф МВ, Флойд К, Брокманс ЖФ**)

*Илтгэл 9:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын Тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагааны ололт амжилтаас (**Гелбанд Х, Стансфийлд С, Немер Л, Жха П**)

*Илтгэл 10:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын вакцинжуулалтаар урьдчилан сэргийлэх боломжтой өвчний улмаас нас баралтыг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагааны ололт амжилтуудаас (**Ингланд С, Лоевинсохн Б, Мелгаард Б, коу ю, Жха П**)

*Илтгэл 11:* Бага болон буурай орлоготой улс орнуудын таваас доош насны болон сургуулийн насны хүүхдүүдийн дунд хоол тэжээлийн дутагдлаас шалтгаалах нас баралтыг бууруулахад чиглэсэн үйл ажиллагааны ололт амжилтаас (**Немер Л, Гелбанд Х, Стансфийлд С, Жха П**)

*Илтгэл 12:* Ядуусын эрүүл мэндийн байдалд Оршин суугчдын хэрэглэж байгаа цахилгаан эрчим хүч болон орчны агаарын бохирдолтын нөлөөлөл – Бодлого, авч хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаанд анхаарах асуудлууд (**Вон Счирндинг Ю, Бруус Н, Смит К, Баллард-Тремиер Ж, Эззати М, Лвовски К**)

*Илтгэл 13:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд тохиолдож байгаа бэрхшээлүүд: Онол арга зүй ба эмпирик туршилтийн дүн шинжилгээ (**Хансон К, Рансон МК, Оливериа Круүз В, Мийлс А**)

*Илтгэл 14:* Орон нутагт эрүүл мэндийн тогтолцооны бэрхшээлийг даван туулах арга зам: Бодит байдлын үнэлгээ (**Оливера Круз в, Хансон К, Мийлс А**)

*Илтгэл 15:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд тохиолдож байгаа бэрхшээлүүд: Энэтхэг улсын жишээн дээр: (**Рао Сешадри С**)

*Илтгэл 16:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд тохиолдож байгаа бэрхшээлүүд: Орон нутгийн жишээн дээр: Танзани **(Муниши Ж)**

*Илтгэл 17:* Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд тохиолдож байгаа бэрхшээлүүд: Орон нутгийн жишээн дээр: Чад **(Вайс К, Мото ДД, Каллеваерт Б)**

*Илтгэл 18:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудын Эрүүл мэндийн тулгамдаж байгаа үйлчилгээг сайжруулах зардал: Арга зүй, зардлын тооцоо **(Кумаранаяаки Л, Куровски С, Контех Л)**

*Илтгэл 19:* Латин Америкийн ядуу хөгжилтэй орнуудад Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх өртөг зардлын судалгаа: Тогтоолт тайлан. **(Бертоззи С, Зурита в, Кахуана Л, Корчо А, Релай К, Арасена Б)**

*Илтгэл 20:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудад урьдчилан сэргийлж болохуйц өвчний улмаас тохиолдож байгаа нас баралтын талаархи шууд бус тооцоо **(Нгуен С, Жха П, Юү С, Пассауд Ф)**

*Илтгэл 21:* Ус, ариун цэврийн үйлчилгээний эрүүл мэндийн нөлөөллийн талаархи тэмдэглэл **(Ваз ЛМИ, Жха П)**

*Илтгэл 22:* Засаглалын болон Бодлогын тогтолцооны хүчин зүйл ба эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд тохиолдож байгаа бэрхшээлүүд **(Вержин Х)**

*Илтгэл 23:* Энэтхэг улсад ХДХВ/ДОХ-ын тархалтанд тавих хяналт-Тамил Надугийн сургамж **(Рамасундарам С, Аллаудин К, Чарлес В, Гопал К, Кришнамурти П, Пүүрналингам Р, Варрен Д)**

*Илтгэл 24:* Сахарын доод талын Африкт Сүрьеэ, хумхаа, ХДХВ/ДОХ-той тэмцэх үйл ажиллагааг өргөжүүлэхэд шаардагдах зардлын урьдчилсан тооцоо **(Кумаранаяаки Л, Контех Л, Куровски С, Ваттс С)**

*Илтгэл 25:* Бага болон дундаж орлоготой улс орнуудад ДОХ-ын асуудлыг зохицуулах тусламж үйлчилгээний чиглэлээрх үйл ажиллагааны ололт амжилтаас **(Виллбонд Б, Тоттингал П, Кумани Ж, Ваз ЛМИ, Пламмер Ф)**

*Зургаадугаар Ажлын хэсэг*

*Илтгэл 1:* Эрүүл мэндийн зориулалттай Хөгжлийн Тусламж: 1997-1999 онуудын үйл ажиллагаа **(Мичауд С)**

*Илтгэл 2:* Ядуу улс орнуудын эрүүл мэндийг сайжруулах хэтийн төлөв: Олон талт хамтын ажиллагааны байгууллагуудын үзэл бодол, зан үйлийн талаархи



судалгаа (**Нелсон Ж**)

*Илтгэл 3:* Өөрчлөлтийг хэрэгжүүлэхэд шинэ санаа мөнгөнөөс үнэ цэнэтэй-Шведийн Хөгжлийн туслалцааны байгууллагаас Вьетнамд үзүүлсэн тусламжийн үр ашгийг хэрхэн үнэлэх (**Жерв АМ**)

*Илтгэл 4:* Хоёр талт хамтын ажиллагааны байгууллагуудын үзэл бодол, зан үйлийн талаархи чанарын судалгаа: Эрүүл мэндийн бус мэргэжилтнүүдтэй хийсэн ярилцлага (**Ожермарк М**)

*Илтгэл 5:* Эрүүл мэндийн санаачлагууд болон эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөрүүд: Зохицол ба харилцан дэмжлэг үзүүлэх (**Форсберг БС**)

*Илтгэл 6:* Бүтцийн зохицуулалт ба эрүүл мэнд: Хэлэлцүүлэгт ашигласан материалын жагсаалт, оролцогчид ба эмпирик туршилтын үр дүн (**Бреман А, Шелтон С**)

*Илтгэл 7:* Эрүүл мэнд болон Хөгжлийн туслалцаанд Европын Холбооны оруулж байгаа хувь нэмрийг судласан нь (**Даниел Д**)

*Илтгэл 8:* Карнатакад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд гадаадын тусламжийн төслүүдийг уялдааг үнэлэх нь (**Нараян Р**)

*Илтгэл 9:* Эрүүл мэндийн салбарт үзүүлэх хөгжлийн туслалцаа, түүний үр ашгийн талаархи тэмдэглэл: Хүлээн авагч орнуудын сонирхол (**Иссака-Тинорган А**)

*Илтгэл 10:* Эрүүл мэндийн салбарт үзүүлэх Хөгжлийн туслалцааны өнөөгийн хандлага (**ЭЗХАХБ**)

*Хавсралт 2:* Бага болон зарим дундаж орлого бүхий орнуудад эрүүл мэндийн нэн тэргүүний тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх ажлын зардал<sup>1</sup>

**Зорилго**

Энэхүү хавсралтын зорилго эрүүл мэндийн нэн тэргүүнд тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх ажлын зардлын тооцоог толилуулан арга зүйг товч тайлбарлахад оршино. Зардлын тооцооллууд 5 дугаар Ажлын Хэсгийн боловсруулсан зардлын судалгаанд үндэслэгдсэн. Нэн тэргүүнд тавигдах эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үйлчлүүлэгчид ойр (ҮО) түвшний зардлын талаарх аргачилалын дэлгэрэнгүйг тус ажлын хэсгийн илтгэлээс үзэж болно<sup>2</sup>. Энэхүү хавсралт үндсэн хоёр хэсгээс бүрдэнэ. Эхний хэсэгт, зардлын тооцооллын үр дүнг улс орнуудын орлогын ангиллаар харуулсан. Үүнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хамралтын зорилтот түвшинд хүрэхэд шаардагдах нийт зардлыг тооцож дотоодын эх үүсвэрээс дайчлах нөөцийн хэмжээ болон санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг тодорхойлсон. Дараачийн хэсэгт зардлын тооцооллыг бүс нутгийн түвшинд боловсрууллаа.

### **Эрүүл мэндийн нэн тэргүүний тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардлыг Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны орлогын ба өвчний ангиллын дагуу тооцсон нь**

*Нэмэлт зардал (5 дугаар Ажлын Хэсгийн илтгэлийн үндсэн дүгнэлт): Нэн тэргүүнд тавигдах эрүүл мэндийн зарим тусламж үйлчилгээний ҮО түвшин дэхь зардал*

Нэн тэргүүнд тавигдах эрүүл мэндийн 49 тусламж үйлчилгээг (эмчилгээний 65 чиглэл) дэлхийн 83 оронд ҮО түвшинд өргөжүүлэхэд шаардагдах зардлын тооцоог энд боловсруулсан юм. Ядуусын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулахад эдгээр тусламж үйлчилгээ (Хүснэгт А2.А-д тусгагдсан) чухал ач холбогдолтой болох нь тогтоогдсон билээ. Эдгээр тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд шаардагдах зардлын тооцоо нь 2002 оны хамралтын түвшнээс 2007 ба 2015 оны зорилтод хүргэх зарчимд үндэслэгдэж байна. Тус нэмэлт зардлын судалгаа нь зөвхөн зарим тусламж үйлчилгээг ҮО түвшинд өргөжүүлэх тухай бөгөөд орон нутгийн эрүүл мэндийн нийт тогтолцоог өргөжүүлэхэд шаардагдах тусламж үйлчилгээг оруулаагүйг анхаарна уу. Түүнчлэн судалгаагаар тусламж үйлчилгээг хүргэх эдийн засгийн нийт үнэ өртгийг тодорхойлж байна. Санхүүгийн нөөц, байгууллагын хүчин зүйлс болон удирдлага зохион байгуулалтад тавигдах шаардлага, мөн эрүүл мэндийн байгууллагууд, тэдгээрийн боловсон хүчнийг шинээр сургахад шаардагдах хөрөнгө оруулалтыг зардлын тооцоололд тусгажээ.

Өргөжилтийн энэхүү зардал өнөөгийн эрүүл мэндийн нийт зардалд нэмэлт байдлаар тусгагдах болно. Иймд эдгээр зардлын тооцооллын дагуу *нэмэлт зардал гарч* өнөөгийн зардлын түвшин нэмэгдэж байгаа юм. Тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардал өвчний төрөл ба өвчлөлийн байдал болон хүн ам зүй, нийгэм эдийн засгийн хүчин зүйлсээс хамааран орон бүрт харилцан адилгүй байна. Иймд эрүүл мэндийн арга хэмжээнүүдийн хоорондын харилцан нөхөх чанарыг харгалзан тусламж үйлчилгээ бүрийн зардлыг орон бүрээр ялгавартайгаар тооцов. *Ядуу орнуудад* нэг хүнд ногдох ҮНБ нь 1200 ам доллараас(1999 оны ам доллар) бага байгаа улсуудыг оруулсан. Африкийн Сахарын өмнөд хэсэгт өвчлөл эндэгдэл их байгаа тул эдийн засгийн байдлаас үл хамааран зардлын судалгаанд эдгээр орнуудыг бүгдийг нь хамруулав<sup>3</sup>.

Хөрөнгө оруулалтын түвшин ба тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх чадавхид тулгуурлан цаг хугацаа, чадавхи ба дэд бүтцэд оруулах хөрөнгө оруулалт, болон эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулахуйц хамралтын бодит түвшин зэрэг янз бүрийн

таамаглалыг тусгаж тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардлыг хоёр хувилбараар (5 дугаар Ажлын Хэсгийн илтгэлийг үзнэ үү) тооцлоо. Энд толилуулсан 2007 оны хувилбарт хөрөнгө оруулалтыг орон нутгийн болон хөдөөгийн түвшинд их хэмжээгээр нэмэгдүүлэхээр тооцсон бөгөөд бодит байдалд санхүүжилт 5 жилийн дотор хэрэгжих эсэхээс ихээхэн зүйл шалтгаална. Уг хувилбар нь Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн Түр Хорооны зөвлөмжийн үндэс юм. 2015 оны хувилбараар 13 жилийн турш их хэмжээний хөрөнгө оруулалтыг хийж бүх тусламж үйлчилгээний хамралтын түвшинг дээшлүүлэх таамаглалыг дэвшүүлсэн байна.

Эрүүл мэндийн арга хэмжээнүүдийг хэрэгжүүлэх, барилга дэд бүтэц болон боловсон хүчнийг сургах нэмэлт хөрөнгө оруулалт, удирдлага зохион байгуулалт байгууллагын хүчин зүйлсийн зардлыг тооцоход загварчлалыг ашигласан. Тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардлыг тооцохын тулд юуны өмнө хүн ам зүй, зан заншил, тархвар зүйн тоон мэдээллүүдийг ашиглан эрүүл мэндийн арга хэмжээг хүргэх зорилтот бүлгийн цар хүрээ буюу зорилтот бүлгийн хүн амыг(PIN) тодорхойлов. Хоёрдугаарт, эдгээр арга хэмжээнүүд буюу тусламж үйлчилгээний хүртээмжийн хамралтын түвшинг тооцно. Дараа нь тусламж үйлчилгээний хамралтын зорилтот түвшинг тогтоосон(Хүснэгт 7-г үзнэ үү). Гуравдугаарт, тусламж үйлчилгээнүүдийн өртгийн тоон мэдээллийг зорилтот бүлгийн хүн амтай(PIN) холбон орон бүрийн зардлын тооцоог гаргалаа. Орон бүрийн зардлыг тооцон тэдгээрийг хооронд нь харьцуулахын тулд өртгийн худалдааны бус бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг худалдан авах чадварын тэнцэл (PPP)-ээр илэрхийлэх шаардлагатай байв. Тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ болон өртөг тодорхой бус байгаа тул зардлын дээд-ба-доод түвшинг тооцсон. Хувилбар бүрийн тухайд зорилтот бүлгийн хүн амын (PIN) цар хүрээг тусгасан сургалт ба барилга дэд бүтцэд шаардагдах хөрөнгө оруулалтын хэрэгцээг эмнэлгийн ажилтаны зарцуулах цаг ба амбулаторийн болон стационарын орон байрны ашиглалтыг үндэслэн тооцсон. Өртөг зардлын тооцооны удирдлага зохион байгуулалт ба байгууллагын хүчин зүйлсийн бүрэлдэхүүн хэсэгт захиргааны ажил үүрэг, хяналт шинжилгээ, удирдлага болон ҮО түвшинд байгууллагын чадавхийг бэхжүүлэх зэрэг асуудлуудыг оруулав. Эдгээр зардлууд мөн, зорилтот бүлгийн хүн амын(PIN) тоонд тулгуурласан болно.

Нэмэлт өртөг зардлын тооцоо нь эдгээр үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх жилийн дундаж зардлыг 2002 оны тогтмол ам. доллараар илэрхийлэн харуулсан байна<sup>4</sup>. Нөгөө талаар эдгээр тооцоо жилийн төсвийн урсгалын хэмжээг илэрхийлнэ.

Тухайн нэгэн үйлчилгээг хүртэх хэрэгцээ хүн амын тоо дараахь хоёр хүчин зүйлээс шалтгаална. Үүнд: хүн амын тоо хэмжээ ба өвчин буюу эрсдлийн тохиолдлын түвшин буюу тархалт болно. Хэдийгээр өнөөгийн ба ирээдүйн хүн амын тооны төсөөлөл бий боловч орон бүрийн өвчлөлийн талаарх мэдээлэл хязгаарлагдмал байна. Бүрэн бөгөөд найдвартай тоон мэдээлэл үлэмж дутагдалтайн улмаас өвчин буюу эрсдлийн тохиолдлын түвшин буюу тархалтыг цаг хугацааны туршид тогтмол гэж үзлээ. Иймээс тус хандлага өвчний тохиолдол ба тархалт, түүнчлэн хамралтын түвшин нэмэгдэхэд өвчний чиг хандлагад гарах өөрчлөлтүүдийг няцаахад хүрнэ. Тус хандлага төрөлт гэх мэт тохиолдлын хувьд бага буюу огт нөлөөлөхгүй боловч ХДХВ/ДОХ, сүрьеэ гэх мэт хамралтын ач холбогдлыг зайлшгүй тооцох шаардлагатай халдварт өвчинүүдийн хувьд зохистой бус байна. Цаг

хугацааны туршид эдгээр өвчнүүдийн тохиолдлын түвшин ба тархалт нэмэгдэх магадлалтай тул “тогтмол” гэх таамаглалыг хэрхэн тусгах асуудал тодорхойгүй байна.

Хүснэгт А2.1-д бүх өвчин ба улс орнуудын бүлэглэлийн байдлаар нэмэлт зардлын тооцоог нийт хэмжээ, нэг хүнд ногдох болон ҮНБ-ий эзлэх хувиар ам. доллараар илэрхийлэн толилуулав. Нэг хүнд ногдох тооцооллыг 2007 ба 2015 онуудын хүн амын төсөөлөлд үндэслэн боловсруулсан<sup>5</sup>. ҮНБ-ий тооцооллыг нэг хүнд ногдох ҮНБ-ий жилийн өсөлтийг 1-5 хувь байна гэж үзлээ<sup>6</sup>. Дундаж зардлын доод ба дээд түвшинг тооцон жагсаасан болно.

**Хүснэгт А2.1.** Жилийн нэмэлт зардлын тооцоо (2002, ам. доллар), Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны орлогын ангиллаар

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	26	46
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	19	33
Буурай хөгжилтэй орнууд	8	15
Бага орлоготой бусад орнууд	11	18
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	5	11
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	1	2
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	6	10
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	7	10
Буурай хөгжилтэй орнууд	11	16
Бага орлоготой бусад орнууд	5	8
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	4	7
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	26	44
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	0.7	0.9
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	1.3	1.6
Буурай хөгжилтэй орнууд	3.4	4.5
Бага орлоготой бусад орнууд	0.9	1.1
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	0.3	0.4
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	0.6	0.9

### *Нэмэлт зардлыг өвчний төрлөөр тооцох нь*

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ (Хүснэгт А2.2.) ба холбогдох өвчин буюу тохиолдлууд хоорондоо ялгаатай боловч тэдгээр тусламж үйлчилгээг хүргэхэд бодит байдалд давхардах явдал гардаг. Тухайлбал, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг хумхаагаас урьдчилан сэргийлэх тусламж үйлчилгээг хумхаагаас урьдчилан сэргийлэх эсвэл жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой өвчний тусламжийн ангилалд оруулж болно. Энэ тохиолдолд жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой өвчний тусламж үйлчилгээнд нэгтгэн оруулав. Хүснэгт А2.2.-т жилд шаардагдах нэмэлт зардлыг өвчний төрлөөр задлан тооцлоо.

**Хүснэгт А2.2.** Жилийн нэмэлт зардлын тооцоо (2002, ам. доллар), Өвчний төрлөөр

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум доллар)</b>		
<i>Эрүүл мэндийн нийт арга хэмжээ</i>	26	46
Сүрьеэгийн эмчилгээ	0.5	1
Хумхаагаас урьчдиган сэргийлэх	2	3
Хумхаагийн эмчилгээ	0.5	1
ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх	6	8
ХДХВ-ийн тусламж үйлчилгээ	3	6
ХДХВ-ийн эмчилгээ Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхит эмчилгээ/HAART)	5	8
Хүүхдийн өвчний эмчилгээ	4	11
Хүүхдийн халдварт өвчний эсрэг вакцинжуулалт	1	1
Жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой өвчний тусламж үйлчилгээ	4	5
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Эрүүл мэндийн арга хэмжээ (дүн)</i>	5.9	9.5
Сүрьеэгийн эмчилгээ	0.1	0.2
Хумхаагаас урьчдиган сэргийлэх	0.5	0.7
Хумхаагийн эмчилгээ	0.1	0.2
ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх	1.5	1.7
ХДХВ-ийн тусламж үйлчилгээ	0.6	1.3
ХДХВ-ийн эмчилгээ (Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхит эмчилгээ/HAART)	1.2	1.7
Хүүхдийн өвчний эмчилгээ	0.9	2.2
Хүүхдийн халдварт өвчний эсрэг вакцинжуулалт	0.2	0.3
Жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой өвчний тусламж үйлчилгээ	0.8	1.1
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Эрүүл мэндийн арга хэмжээ (дүн)</i>	0.71	0.88
Сүрьеэгийн эмчилгээ	0.02	0.02
Хумхаагаас урьчдиган сэргийлэх	0.06	0.07
Хумхаагийн эмчилгээ	0.01	0.02
ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх	0.18	0.16
ХДХВ-ийн тусламж үйлчилгээ	0.08	0.12
ХДХВ-ийн эмчилгээ (Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхит эмчилгээ/HAART)	0.14	0.15
Хүүхдийн өвчний эмчилгээ	0.10	0.21
Хүүхдийн халдварт өвчний эсрэг вакцинжуулалт	0.03	0.02
Жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой өвчний тусламж үйлчилгээ	0.10	0.11

Тэмдэглэл: Тамхины хяналтын асуудлыг нэгтгэсэн хэдий ч өөрийн эх үүсвэрээс санхүүжихээр тооцов.

Тухайн өвчин буюу эрүүл мэндийн байдлыг өвчний дарамттай уялдуулах аргууд байдаг ч тэдгээрт чиглэсэн арга хэмжээг эрүүл мэндийн тогтолцоонд салангид авч үзэж болохгүй. Эдгээр арга хэмжээний хамралтыг өргөжүүлэхийн тулд эрүүл мэндийн өнөөгийн тогтолцоог тууштай бэхжүүлэх шаардлагатайн дээр нэн тэргүүний бус эрүүл мэндийн асуудлуудын тухайд ч шууд бус ашиг тусыг хүргэх асуудлыг анхаарах шаардлагатай. Онолын хувьд тусламж үйлчилгээ буюу арга хэмжээ бүрийн өртгийг салангид тооцох боломжтой ч хэрэгжилтийг эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээнд судлан тооцоолох нь зүйтэй.

Цаашилбал, тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явцын зардлыг тусган нэмэлт зардлын тооцоонд тохируулга хийж Хүснэгт А2.3.-т үзүүлсэн болно. Уг нэмэлт зардлыг улс орнуудаар ангилан тооцсон тул өвчний төрлөөр тооцохдоо үүнтэй ижил зохицуулалтыг хийхийг оролдох нь төөрөгдүүлж болзошгүйг анхаарна уу. Иймд удаахь хүснэгдүүдэд бүх тусламж үйлчилгээ буюу арга хэмжээний нийлбэрийг харуулж байна.

*Тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явцад тавигдах шаардлагыг тусган зардлын тооцоонд тохируулга хийх нь*

Үйлчлүүлэгчид-Ойр буюу (Close to Client) түвшинд тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд шаардлагатай нэмэлт зардлын дээр хэрэгжилтийн үр ашгийг хангах үүднээс тал бүрийн дэмжлэг шаардлагатай. Эдгээр тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх нэмэлт зардлаас бусад үйл ажиллагааны зардлыг тусгах үүднээс дараахь дөрвөн тохируулгыг хийв. Нэгдүгээрт, ҮО түвшинээс дээших эрүүл мэндийн удирдах байгууллагаас(жишээлбэл, Эрүүл мэндийн яам) хүртэх үйл ажиллагааны зардлыг тусгах үүднээс нийт нэмэлт зардалд үндэслэн ҮО түвшинээс дээших удирдлагын зардлыг тооцсон. Удирдлагын энэ зардлыг нийт нэмэлт зардлын 15 хувиар тооцов.

Хоёрдугаарт, өргөжүүлэхэд шаардлагатай нөөцийн хэмжээтэй холбоотойгоор шингээх чадварыг сайжруулах зорилгоор нэмэлт 15 хувийг зарцуулах шаардлагатай гэж тооцов. Энд дүүргийн болон түүнээс дээших түвшинд санхүүгийн ба хяналт шинжилгээний зүй зохистой тогтолцоог бий болгох асуудал орно.

Гуравдугаарт, Хүснэгт А2.1.-д тооцсон зардлууд хамралтын өнөөгийн түвшинг тогтмол бөгөөд зүй зохистой гэж үзсэн. Гэвч, бодит байдалд, хамралтын байдал нилээд өөрчлөгдөх нь тодорхой билээ. Иймд, хамралтын өнөөгийн түвшинд чанарыг сайжруулах(жишээлбэл, эмийн зүй зохистой хангалтыг баталгаажуулах) үүднээс зардал гарах нь зайлшгүй байх нөхцлийг тусгасан тохируулгыг зардлын тооцоонд оруулав. Энд тусгасан тусламж үйлчилгээний багцын 2002 оны тооцсон зардлыг чанарын зохицуулалтын хүчин зүйлсээр үржүүлсэн болно. Энэ тохируулгыг орнуудын орлогын түвшингээс хамааран 2002 оны зардлын 10-25 хувиар тооцов. Дөрөвдүгээрт, боловсон хүчнийг татах ба ажлын гүйцэтгэлийг сайжруулахад төсвийн байгууллагын ажилчдын цалингийн түвшин хэт доогуур байгаа нь ажилчдын шилжилт хөдөлгөөнийг(жишээлбэл, хувийн салбарт) ихэсгэж урамшуулалтын механизмд муугаар нөлөөлж байгаа билээ. Өргөжүүлэлтийн аянг хэрэгжүүлэхэд эрүүл мэндийн салбарт нэмэлт боловсон хүчин шаардлагатай. Цалинг боловчин хүчнийг татаж, тогтвор суурьшилтай ажиллуулахуйц түвшинд хүргэхийн тулд нийт ажилчдын цалинг 100 хувь нэмэгдүүлэхээр тохируулга хийв. Цалингийн тохируулгыг тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд шаардлагатай боловсон хүчин төдийгүй эрүүл мэндийн салбарын нийт ажилчдыг оруулж тооцлоо. Хүснэгт А2.3-т зохицуулалт хийн тооцсон тусламж үйлчилгээний багцыг нийт зардал, нэг хүнд ногдох ба ҮНБ-ий хувиар илэрхийлсэн байдлаар үзүүлжээ.

*Эрүүл мэндийн нийт нэмэлт зардал*

Өргөжилтийн үйл хэрэгт шаардлагатай эрүүл мэндийн нийт зардлыг тооцохын тулд дотоодын эрүүл мэндийн зардал ба Хөгжлийн Албан Ёсны Тусламж (ХАЁТ)-ийн хэлбэрийн хандивлагчдын санхүүжилтийг хооронд нь салган авч үзлээ. Эрүүл мэндийн салбарын ХАЁТ-ын талаарх 1997-1999 онуудын тоон мэдээллийг судлан 1998 оны дунджийг тооцож гаргав<sup>7</sup>. Түүнчлэн, 1998-2002 онуудын хооронд эрүүл мэндийн салбарын ХАЁТ жилд 5 хувиар өссөн гэж үзэв. 1999 оны эрүүл мэндийн нийт зардлыг ҮНБ-д эзлэх 1999 оны эрүүл мэндийн нийт зардлыг үндэслэн тооцсон<sup>8</sup>. 1999 оны эрүүл мэндийн нийт зардлаас ХАЁТ-ийн хэмжээг хасч дотоодын эх үүсвэрээс эрүүл мэндэд зарцуулсан нийт зардлыг гаргав. Ингээд 2002 оны эрүүл мэндийн нийт зардлыг 2002 оны эрүүл мэндийн нийт ХАЁТ-ийн урсгалын дүн ба дотоодын нөөцийн нийлбэрээр тооцсон. Дотоодын нөөцийн дүнг 1999 оны ҮНБ-нд зардлын эзлэх хувийг 2002 оны ҮНБ-ээр үржүүлж тооцсон.

**Хүснэгт А2.3.** Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явцыг хэрэгжүүлэхэд шаардагдах зардалд тохируулсан жилийн нэмэлт зардлын тооцоо (2002, ам. доллар), Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны ангиллаар

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	57	94
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	40	66
Буурай хөгжилтэй орнууд	17	29
Бага орлоготой бусад орнууд	23	37
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	14	24
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	3	4
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	13	20
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	14	21
Буурай хөгжилтэй орнууд	22	32
Бага орлоготой бусад орнууд	12	17
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	9	15
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	57	91
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	1.6	1.8
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	2.7	3.3
Буурай хөгжилтэй орнууд	6.9	8.8
Бага орлоготой бусад орнууд	1.9	2.2
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	0.7	0.8
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	1.3	1.8

Ийнхүү 2007 ба 2015 онд шаардлагатай эрүүл мэндийн нийт зардлыг 2002 оны эрүүл мэндийн нийт зардал ба Хүснэгт А2.3.-ийн өргөжүүлэлтийн үйл явцын зохицуулалт хийсэн зардлуудын нийлбэрээр тооцов. Хүснэгт А2.4-т 2007 ба 2015 онуудын хамралтын түвшинд хүрэхэд шаардлагатай жилийн эрүүл мэндийн нийт зардлын тооцоог үзүүлж байна.

**Хүснэгт А2.4.** Жилд шаардлагатай эрүүл мэндийн нийт зардал, (2002, ам. доллар), Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны ангиллаар

	2002 (суурь он)	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллараар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	106.1	162.8	200.3
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	53.3	93.5	119.3
Буурай хөгжилтэй орнууд	8.5	25.3	37.2
Бага орлоготой бусад орнууд	44.8	68.2	82.1
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	41.1	55.0	65.1
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	11.7	14.3	16.0
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	26	38	42
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	21	34	38
Буурай хөгжилтэй орнууд	13	34	41
Бага орлоготой бусад орнууд	24	34	37
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	28	36	40
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	266	315	339
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	3.7	4.5	3.9
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	4.4	6.3	5.9
Буурай хөгжилтэй орнууд	4.3	10.4	11.4
Бага орлоготой бусад орнууд	4.4	5.5	4.9
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	2.8	2.9	2.2
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	6.8	7.3	6.8

*Санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээний үүднээс дотоодоос дайчлах нөөцийг нэмэгдүүлэх нь*

Энд нэн тэргүүнд тавигдах эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх зардлын санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг тооцсон болно. Үүнд, 2007 онд дотоодоос дайчлах нөөцийг нэмэгдүүлсний дүнд ҮНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хэмжээ 1 хувиар өснө гэж тооцов. Түүнчлэн, 2015 он гэхэд ҮНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь 2 хувиар өссөн гэж үзэв. Дотоодоос дайчлах нөөцийн хэмжээг 2002, 2007 ба 2015 онуудын байдлаар Хүснэгт А2.5.-д үзүүлжээ. Санхүүгийн цэвэр хэрэгцээний тооцоог Хүснэгт А2.6.-оос үзэж болно. Орон бүрийн жишээн дээр тус тооцоог хийж дүнг орлогын ангиллуудаар нэгтгэв. Эрүүл мэндийн нийт зардлаас тухайн орны дотоодоос дайчлах нөөцийн хэмжээ их бол санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг 0 гэж үзнэ. Хэрэв тухайн орны дотоодын эх үүсвэр эрүүл мэндийн нийт зардлаас бага бол санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг зөрүүгээр тооцно. Орон бүрийн санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг тооцсоны дараа Хүснэгт А2.6.-д заасан Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны (ХТХ/DAC) ангиллын хүрээнд нэгтгэн авч үзнэ. Тооцооллын энэ аргын улмаас Хүснэгт А2.6-т буй тоон мэдээллүүд Хүснэгт А2.4 ба Хүснэгт А2.5-ийн ялгавартай тэнцэхгүй. ХТХ(DAC)-ы ангиллын орон бүрийн санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээ эерэг тохиолдолд л уг таамаглал биелэгдэнэ.

**Хүснэгт А2.5.** Дотоодын эх үүсвэрээс дайчлах боломжтой нөөц, (2002, ам. доллар), Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны ангиллаар



	2002 (суурь он)	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллараар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	102.8	163.6	283.5
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	50.5	76.5	124.0
Буурай хөгжилтэй орнууд	7.1	11.1	18.2
Бага орлоготой бусад орнууд	43.4	65.5	105.8
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	40.6	71.9	138.7
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	11.7	15.2	20.7
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>			
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	25	38	59
Буурай хөгжилтэй орнууд	20	28	40
Бага орлоготой бусад орнууд	11	15	20
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	23	32	47
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	28	47	86
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	265	335	441
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	3.6	4.6	5.5
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	4.1	5.1	6.1
Буурай хөгжилтэй орнууд	3.5	4.6	5.6
Бага орлоготой бусад орнууд	4.3	5.3	6.3
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	2.8	3.8	4.7
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	6.8	7.8	8.8
<i>Тайлбар: Суурь 2002 онтой харьцуулахад эрүүл мэндэд зарцуулах дотоодын эх үүсвэрийг 2007 онд 1 хувь, 2015 онд 2 хувиар өсөхөөр тооцов. Тус өсөлтийн хэмжээ эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэхэд шаардагдах санхүүжилтээс их бол тухайн орон хангалттай дотоодын эх үүсвэр байна гэж үзнэ.</i>			

**Хүснэгт А2.6.** Санхүүжилтийн жилийн цэвэр хэрэгцээ (2002, ам. доллар; Хөгжлийн Тусламжийн Хорооны ангиллаар)

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	22.1	30.7
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	20.5	28.4
Буурай хөгжилтэй орнууд	14.3	20.8
Бага орлоготой бусад орнууд	6.2	7.5
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	1.5	2.3
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	0.04	0
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	5	6
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	7	4

бусад орнууд)		
Буурай хөгжилтэй орнууд	19	23
Бага орлоготой бусад орнууд	3	3
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	1	1
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	1	0
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	0.6	0.6
Бага орлоготой бүх орнууд (Буурай хөгжилтэй орнууд, Бага орлоготой бусад орнууд)	1.4	1.4
Буурай хөгжилтэй орнууд	5.9	6.4
Бага орлоготой бусад орнууд	0.5	0.4
Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий улсууд	0.1	0.1
Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий улсууд	0.02	0

#### **Хүснэгт А2.7. Жилийн нэмэлт зардал (2002, ам. доллар), Бүс нутгаар**

	<b>2007 (дундаж)</b>	<b>2015 (дундаж)</b>
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	26	46
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	10	18
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	2	3
Зүүн Ази ба Номхон далай	6	11
Өмнөд Ази	7	11
Зүүн Европ ба төв Ази	0.4	0.8
Латин ба Төв Америк	0.4	0.8
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	6	10
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	14	21
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	26	46
Зүүн Ази ба Номхон далай	3	5
Өмнөд Ази	5	7
Зүүн Европ ба төв Ази	4	7
Латин ба Төв Америк	9	16
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	0.7	0.9
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	4.0	5.5
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	0.8	1.2
Зүүн Ази ба Номхон далай	0.3	0.3
Өмнөд Ази	0.8	0.9
Зүүн Европ ба төв Ази	0.4	0.7
Латин ба Төв Америк	0.9	1.3

#### **Бүс нутгийн түвшинд зардлыг тооцох нь**

Энэ хэсэгт тоон мэдээллийг бүс нутгаар ангилан үзүүлсэн болно. Орнуудын бүс нутгаар ангилан жагсаасан байдлыг хавсралтын Хүснэгт А2.С-дүзнэ үү. Хүснэгт А2.7

ба А2.8-д жилийн нэмэлт ба эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явцыг хэрэгжүүлэхэд шаардагдах зардалд тохируулга хийсэн жилийн нэмэлт зардлуудын тооцоог бүс нутгаар харуулсан байна. Хүснэгт А2.4-д үзүүлсэн хувилбарын дагуу Хүснэгт А2.8-д дотоодоос дайчлах нөөцийн хэмжээг тооцов. Эрүүл мэндийн нийт зардал ба санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг бүс нутгаар ангилан Хүснэгт А2.9 ба Хүснэгт А2.10-д үзүүлжээ.

**Хүснэгт А2.8.** Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх үйл явцыг хэрэгжүүлэхэд шаардагдах зардалд тохируулсан жилийн нэмэлт зардлын тооцоо (2002, ам. доллар), Бүс нутгаар

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	57	94
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	20	35
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	4	7
Зүүн Ази ба Номхон далай	15	25
Өмнөд Ази	15	24
Зүүн Европ ба төв Ази	1	2
Латин ба Төв Америк	1	2
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	13	20
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	28	41
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	56	91
Зүүн Ази ба Номхон далай	8	13
Өмнөд Ази	10	14
Зүүн Европ ба төв Ази	9	14
Латин ба Төв Америк	21	33
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	1.6	1.8
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	8.1	10.7
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	1.7	2.5
Зүүн Ази ба Номхон далай	0.7	0.8
Өмнөд Ази	1.7	1.9
Зүүн Европ ба төв Ази	1.0	1.4
Латин ба Төв Америк	2.0	2.8

**Хүснэгт А2.9.** Жилд шаардлагатай эрүүл мэндийн нийт зардал, (2002, ам. доллар), Бүс нутгаар

	<b>2002</b> <b>(суурь он)</b>	<b>2007</b> <b>(дундаж)</b>	<b>2015</b> <b>(дундаж)</b>
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллараар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	106.1	162.8	200.3
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	8.3	28.6	43.7
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	12.6	16.4	19.5
Зүүн Ази ба Номхон далай	42.3	57.4	67.1
Өмнөд Ази	36.0	51.4	59.8
Зүүн Европ ба төв Ази	4.5	5.5	6.2
Латин ба Төв Америк	2.5	3.4	4.1
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	26	38	42
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	13	40	50
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	192	237	259
Зүүн Ази ба Номхон далай	24	31	34
Өмнөд Ази	25	34	35
Зүүн Европ ба төв Ази	39	47	50
Латин ба Төв Америк	60	76	82
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	3.7	4.5	3.9
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	3.9	11.4	13.2
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	6.4	7.3	7.0
Зүүн Ази ба Номхон далай	2.7	2.8	2.1
Өмнөд Ази	4.9	5.7	4.8
Зүүн Европ ба төв Ази	5.0	5.5	5.0
Латин ба Төв Америк	6.3	7.4	6.9

<b>Хүснэгт А2.10.</b> Жилд дайчлагдах дотоодын эх үүсвэр, (2002, ам. доллар), Бүс нутгаар			
	<b>2002</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
	<b>(суурь он)</b>	<b>(дундаж)</b>	<b>(дундаж)</b>
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллараар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	102.8	163.6	283.5
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	7.0	10.8	17.5
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	12.5	16.5	22.9
Зүүн Ази ба Номхон далай	41.8	75.0	145.3
Өмнөд Ази	34.9	52.3	84.8
Зүүн Европ ба төв Ази	4.4	5.9	8.4
Латин ба Төв Америк	2.2	3.0	4.5
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	25	38	59
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	11	15	20
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	191	238	305
Зүүн Ази ба Номхон далай	24	40	74
Өмнөд Ази	25	34	50
Зүүн Европ ба төв Ази	38	51	69
Латин ба Төв Америк	53	68	89
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>			
<i>Бүх улсууд</i>	3.6	4.6	5.5
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	3.3	4.3	5.3
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	6.3	7.3	8.2
Зүүн Ази ба Номхон далай	2.6	3.6	4.6
Өмнөд Ази	4.8	5.8	6.8
Зүүн Европ ба төв Ази	4.9	5.9	6.9

**Хүснэгт А2.11.** Санхүүжилтийн жилийн цэвэр хэрэгцээ (2002, ам. доллар), Бүс нутгаар

	2007 (дундаж)	2015 (дундаж)
<b>НИЙТ ДҮН (тэрбум ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	22.1	30.7
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	17.8	26.2
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	0.9	1.3
Зүүн Ази ба Номхон далай	1.0	1.3
Өмнөд Ази	1.7	1.4
Зүүн Европ ба төв Ази	0.2	0.2
Латин ба Төв Америк	0.5	0.2
<b>НЭГ ХҮНД НОГДОХ ЗАРДАЛ (ам. доллар)</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	5	6
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	25	30
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого бүхий	12	17
Зүүн Ази ба Номхон далай	1	1
Өмнөд Ази	1	1
Зүүн Европ ба төв Ази	2	2
Латин ба Төв Америк	12	5
<b>ҮНБ-нд эзлэх хувь</b>		
<i>Бүх улсууд</i>	0.6	0.6
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-бага орлого бүхий	7.1	7.9
Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг-дундаж орлого	0.4	0.5

бүхий		
Зүүн Ази ба Номхон далай	0.05	0.04
Өмнөд Ази	0.2	0.1
Зүүн Европ ба төв Ази	0.2	0.2
Латин ба Төв Америк	1.1	0.4

Тайлбар: Орон бүрийн тоон мэдээлэлд үндэслэн тус тооцооллыг хийж дараа нь бүс нутгийн түвшинд нэгтгэв. Ийнхүү, шаардлагатай санхүүжилтээс дотоодын нөөц нь давсан орнуудад санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээг 0 хэмээсэн болно. Хэрэв шаардлагатай санхүүжилт дотоодын эх үүсвэрээс их бол тэдгээрийн зөрүүгээр цэвэр хэрэгцээ тодорхойлогдсон болно. Бүс нутгийн орон бүрт санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээ гарахгүй тул Хүснэгт А.2.11 –д буй санхүүжилтийн цэвэр хэрэгцээ нь Хүснэгт А.2.9 –ба Хүснэгт А.2.10. –ын ялгавартай тэнцэхгүй.

#### Хүснэгт А2.А. Эрүүл мэндийн зарим тусламж үйлчилгээ

Сүрьеэгийн эмчилгээ	Түрхэц эерэг өвчтнүүдийн Эмчилгээ	Шууд Хяналттай богино хугацааны
	Түрхэц сөрөг өвчтнүүдийн Эмчилгээ	Шууд Хяналттай богино хугацааны
Хумхаагаас сэргийлэх	урьдчилан Шавьж устгах бодис бүхий тор	Орон байранд шавьж устгах бодис цацах
Хумхаагийн эмчилгээ	Хумхаатай өвчтөний эмнэлгийн орчин дахь эмчилгээ	
ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх	Залуучуудад чиглэгдсэн арга хэмжээ Биеэ үнэлэгчид ба тэднээр үйлчлүүлэгчидтэй ажиллах Бэлгэвчийн сурталчилгаа ба түгээлт Ажлын байран дахь сургалт сурталчилгаа Цус сэлбэлтийг аюулгүй болгох Сайн дурын зөвлөгөө өгөх ба шинжилгээнд хамруулах Эхээс хүүхдэд халдварлах халдвараас урьдчилан сэргийлэх Олон нийтийн хэвлэл мэдээллийн кампанит ажил БЗХӨ-ний эмчилгээ	
ХДХВ-ийн тусламж үйлчилгээ	Оппортунист өвчний эмчилгээ оношлогоо Оппортунист өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх Гэрийн эмчилгээ	
ХДХВ-ийн эмчилгээ (Ретровирусын эсрэг идэвхит эмчилгээ/HAART)	Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхит эмчилгээ/HAART-г хүргэх	
Хүүхдийн өвчний эмчилгээ	Төрөл бүрийн өвчний эмчилгээ (амьсгалын замын хурц халдвар, суулгалт, халууралтын шалтгаан, хоол тэжээлийн доройтол, цус	

		багадалт )
Хүүхдийн халдварт өвчний эсрэг вакцинжуулалт		Вакцинжуулалт (БЦЖ, СТХ, Сахуу татран, Гепатит В/Н1В, Улаан бурхан)
Жирэмслэлт холбоотой өвчин	төрөлттэй	Жирэмсний үеийн тусламж үйлчилгээ Жирэмсний үеийн хүндрэлийн эмчилгээ Эмнэлгийн төрөлт Төрөх үеийн яаралтай тусламж үйлчилгээ Төрсний дараахь үеийн тусламж үйлчилгээ(гэр бүл төлөвлөлт багтана)
<i>Тайлбар: Дээр дурьдагдсан бүх тусламж үйлчилгээг орон бүрт өргөжүүлэх боломжгүй байна. Тусламж</i>		

үйлчилгээг өргөжүүлэх зардалд орон бүрийн тахвар зүйн онцлогийг харгалзана. Тухайлбал, зарим оронд хумхаа нь эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал биш тул хумхааг хянах хөтөлбөрийг орон бүрт хэрэгжүүлэх шаардлагагүй юм. Эх сурвалж: Л. Кумаранаяаке, Ц. Контех (2001). Бага болон дундаж орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн тулгамдсан арга хэмжээг өргөжүүлэх зардал. 5 дугаар Ажлын Хэсгийн илтгэл: Ядуусын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах нь, Макро эдийн засаг ба эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хороо.



---

**Хүснэгт А2.Б. Хөгжлийн тусламжийн Хорооны ангиллын дагуухь орнуудын ангиллууд<sup>1</sup>**

---

<b>Орон</b>	<b>Орон</b>
<b>Буурай хөгжилтэй орнууд</b>	Кот д'Ивуар
Афганистан	Гүрж
Ангол	Гана
Бангладеш	Энэтхэг
Бенин	Индонези
Бутан	Кени
Буркина Фасо	Киргизстан
Бурунд	Монгол
Камбодж	Никарагуа
Төв Африкийн Бүгд Найрамдах улс	Нигери
Чад	Пакистан
Коморос	Бүгд Найрамдах Молдов улс
Ардчилсан Конго улс	Сенегал
Эритр	Тажикстан
Этопи	Туркменистан
Гамби	Украйн
Гвиней	Узбекистан
Гвиней бису	Вьетнам
Таити	Зимбабве
Бүгд Найрамдах Ардчилсан Лаос ард улс	<b>Дундаас доогуур дундаж орлого бүхий орнууд</b>
Лесотто	Албани
Либер	Болив
Мадагаскар	Кейп Верд
Малави	Хятад (Хонгконгийг оруулаагүй)
Мали	Куба
Мауритан	Джибүт
Мозамбик	Экваторийн Гвиней
Мянмар	Гаяана
Балба	Гондурас
Рванда	Малдив
Сиерра Леон	Намиби
Сомал	Папуа Нью Гвиней
Судан	Филиппин
Того	Самао
Уганд	Соломоны арлууд
Танзанийн Нэгдсэн Бүгд Найрамдах улс	Шри Ланк
Иемен	Свазиланд
Замби	Арабын Бүгд Найрамдах Сири улс
<b>Бага орлого бүхий бусад орнууд</b>	Вануату
Армени	<b>Дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий орнууд</b>
Азербейжан	Ботсван
Камеруун	Габон
Конго	Өмнөд Африк

---

---

**Хүснэгт А2.С** Улс, орнуудыг бүсийн ангиллаар

---

**Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг\* - Бага орлого бүхий орнууд (АСӨХ бага орлого бүхий):**

Ангол, Бенин, Буркина Фасо, Бурунд, Камеруун, Төв Африкийн Бүгд Найрамдах улс,  
Чад, Коморос, Конго, Коте д'Ивуар, Ардчилсан Бүгд Найрамдах Конго улс, Эритрея, Этиопи,  
Гамби, Гана, Гвиней, Гвиней Бисау, Кени, Лесото, Либери, Мадагаскар, Малави, Мали,  
Мавритан, Мозамбик, Нигер, Нигериа, Руанда, Сенегал, Сиерра Леон, Сомал, Судан, Того,  
Уганд, Танзанийн Нэгдсэн Бүгд Найрамдах улс, Иемен, Замби, Зимбабве

**Африкийн Сахарын өмнөд хэсэг\* - Дундаж орлого бүхий орнууд (АСӨХ дундаж орлого бүхий):**

Ботсван, Кейп Верд, Джибүт, Экваторийн Гвиней, Габон, Намиб, Өмнөд Африк, Свазиланд,  
Арабын Бүгд Найрамдах Сири улс

**Зүүн Ази ба Номхон Далай (ЗАНД):**

Камбодж, Хятад (Хон Конг ба Макао оруулахгүй), Ардчилсан Солонгос Ард улс, Индонези,  
Ардчилсан Лаос Ард улс, Монгол, Мьянмар, Папуа-Шинэ Гвиней, Филиппин, Самоа,  
Соломоны арлууд, Вануату, Вьетнам

**Өмнөд Ази (ӨА):**

Афганистан, Бангладеш, Бутан, Энэтхэг, Мальдив, Балба, Пакистан, Шри Ланк

**Зүүн Европ ба Төв Ази (ЗЕТА):**

Албани, Армени, Азербейджан, Гүрж, Киргизстан, Молдавийн Бүгд Найрамдах улс,  
Тажикстан, Туркменистан, Украин, Узбекистан

**Латин ба Төв Америк (ЛАТА):**

Болив, Куба, Гаяана, Гаити, Гондурас, Никарагуа

\* Африкийн Сахарын өмнөд хэсгийн улсуудын жагсаалтад Арабын Бүгд Найрамдах Сири улс, Иемен гэсэн ойрхи дорнодын хоёр улсыг оруулсан болно.

## Тайлбар

1. Лилани Кумаранаяке, Кристофер Куровски, Лесонг Контех нарын бүтээл, Лондонгийн Эрүүл ахуй, Халуун орны анагаах ухааны сургууль.
2. Л. Кумаранаяке, С. Куровски, ба Л. Контех (2001). *Зарим бага ба дундаж орлого бүхий орнуудад эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж үйлчилгээг өргөжүүлэх ажлын зардал*. (5 дугаар Ажлын Хэсгийн илтгэл), Ядуусын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах нь, Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн асуудлаархи Түр Хороо.
3. Зардлын эдгээр тооцоолол нь эрүүл мэндийн арга хэмжээний хамралтыг үндэсний түвшинд сайжруулах зардлыг илэрхийлж байгаа бөгөөд ЭЗХАХБ-ын 1997 оны Хөгжлийн Туслалцааны Хорооны (DAC) улс орнуудын ангиллын шалгуурт үндэслэн нэгтгэсэн. Үүнд: Буурай хөгжилтэй орнууд (LDC), бусад бага орлоготой орнууд (OLIC), дундаас доогуур дундаж орлого бүхий орнууд(LMIC), ба дундаас дээгүүр дундаж орлого бүхий орнууд (UMIC) болно. Тус ангиллыг ЭЗХАХБ-ын *Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны Илтгэлээс* үзэж болно (ХТХ/DAC-ы сэтгүүл 2000). Тус ангиллыг Дэлхийн Банкнаас гаргасан Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэл (ДХИ)-д нийтлэгдсэн ангилалтай харьцуулахад хэд хэдэн ялгаа байгаа юм. Учир нь Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэлд бага ба дундаж орлого бүхий орнуудыг 1999 оны ҮНБ-ий түвшингээр ангилсан байна. Иймд бид 1997 оны ХТХ/DAC-ы ангиллыг эдгээр өөрчлөлтүүдийг тусган дахин боловсруулж Хүснэгт А2.Б-д жагсаав.
4. Тогтмол ам долларыг 2002 оны үнээр илэрхийлэх үүднээс жилийн инфляцийн түвшинг 3.2 хувиар тооцов.
5. Хүн амын тооны төсөөллийг НҮБ-ын Хүн ам зүйн газар, Нийгэм ба Эдийн засгийн хэлтэсээс хэвлэн гаргасан *Дэлхийн Хүн амын Хандлага*, 1998 оны хэвлэлээс үзэж болно.
6. ҮНБ-ий талаарх тоон мэдээллийг Дэлхийн Банкнаас гаргасан 2000/2001 оны Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэлээс иш татав. Бүгд Найрамдах Ардчилсан Солонгос Ард Улсын ҮНБ-ий тоо байхгүйг анхаарна уу. Бүгд Найрамдах Хятад Ард Улсын ҮНБ-ий жилийн өсөлтийг 5 хувиар тооцов. Дараахь орнуудын ҮНБ-ий жилийн өсөлтийг 3 хувиар тооцов. Үүнд: Бангладеш, Бутан, Энэтхэг, Индонези, Бүгд Найрамдах Ардчилсан Лаос Ард улс, Шри ланк, ба Вьетнам. ҮНБ-ий жилийн өсөлтийг дараахь орнуудын хувьд 2 хувиар тооцов. Үүнд: Албани, Армени, Азербейджан, Боливи, Ботсван, Камбодж, Камерун, Кейп Верд, Конго, Коте д'Ивуар, Куба, Габон, Гүрж, Гана, Гаяана, Гондурас, Киргизстан, Мальдив, Монгол, Балба, Никарагуа, Пакистан, Папуа-Шинэ Гвиней, Филиппин, Бүгд Найрамдах Молдав улс, Самао, Соломоны Арлууд, Өмнөд Африк, Арабын Бүгд Найрамдах Сири улс, Тажикстан, Туркменистан, Украин, Узбекистан, болон Вануту. Бусад орнуудын ҮНБ-ий өсөлтийг 1 хувиар тооцов.
7. ЭЗХАХБ-аас гаргасан ХТХ/DAC(DAC) -ы 2000 оны илтгэл .
8. Тоон мэдээллийг 2000 оны Дэлхийн Хөгжлийн Илтгэл(*The World Health Report*)-ээс үзнэ үү.

## Ашигласан материалын жагсаалт

- Abel-Smith, B. and A. Leiserson. 1978. *Poverty, Development, and Health Policy*. Geneva: World Health Organization (Albany, N.Y.: Sold by WHO Publications Centre).
- Accelerated Access Initiative. See [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html)
- Anderson, J., M. Maclean, and C. Davies. 1996. *Malaria Research: An Audit of International Activity*. London: Wellcome Trust.
- Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Re-visited*, CMH Paper No. WG3: 1, 2000.
- Arhin-Tenkorang, D. and G. Buckle, 2001. "Cost of Scaling up Provision of Primary and Secondary Health Care Services in Ghana," Unpublished.
- Attaran, A. and L. Gillespie-White. 2001. "Do Patents Constrain Access to AIDS Treatment in Poor Countries: Antiretroviral Drugs in Africa," *Journal of the American Medical Association*, 2001: 286.
- Barro, R. and X. Sala-i-Martin. 1995. *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Basch, P. F. 1999. *Textbook of International Health*, 2nd edition. Oxford University Press, New York.
- Becker, G., T. Philipson, and R. Soares. 2001. "Growth and Mortality in Less Developed Nations." Unpublished manuscript, University of Chicago.
- Bhargava, A. and J. Yu. 1997. "A Longitudinal Analysis of Infant and Child Mortality Rates in Developing Countries," *Indian Economic Review* 32: 141–151.
- Bhargava, A., T. Dean, L. J. Jamison, and C. J. L. Murray. 2001. "Modeling the Effects of Health on Economic Growth," *Journal of Health Economics* 20 (2001) 423–440.
- Bloom, David E., D. Canning, and B. Graham. 2001. "Health, Longevity, and Life-Cycle Savings," CMH Working Group Paper No. WG1: 9, 2001.
- Bloom, D. E. and J. D. Sachs. 1998. "Geography, Demography, and Economic Growth in Africa." *Brookings Papers on Economic Activity* 2: 207–295. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Culter, D. M. and E. Richardson. 1997. "Measuring the Health of the U.S. Population," *Brookings Papers: Microeconomics*, pp. 217–271.
- Curtis, C. F. 2001. "The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community," CMH Policy Memorandum. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Economist*. 2001. "The Worst Way to Lose Talent," *The Economist*, February 8.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness*. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.
- Evans, D., A. Tandon, C. J. L. Murray, and J. A. Lauer. 2001. "Comparative

Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis," *British Medical Journal* 323 (11 August 2001).

- Fang J. and Q. Xiong. 2001. "Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China," paper presented at the Conference on Financial Sector Reform in China, Harvard University, September 2001.
- Feachem, R. 2001. "Globalization: From Rhetoric to Evidence." Editorial in *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, September 2001.
- Fogel, R. W. 1991. "New Sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality and the Process of Aging." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series as Historical Factors and Long Run Growth*, No. 26.
- Fogel, R. W. 1997. "New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory," in M. R. Rosenzweig and O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Vol. 1a. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 433–481.
- Fogel, R. W. 2000. *The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Gallup, J. L. and J. D. Sachs. 2001. "The Economic Burden of Malaria," *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene Special Supplement*, June.
- Gertler, P. and J. Gruber. 2001. "Insuring Consumption Against Illness." Forthcoming in the *American Economic Review*.
- Global Alliances for Vaccines and Immunizations. 2001. "Global Immunization Challenges." Available at <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>
- Global Forum for Health Research. 1999. "The 10/90 Report on Health Research." Geneva: Global Forum for Health Research.
- Gupta, S., M. Verhoeven, and E. Tiongson. 2001. "Public Spending on Health Care and the Poor," IMF Working Paper No. 01/127
- Gwatkin, D. 2000a. "Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap," in D. Leon and G. Walt, (eds), *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 217–246.
- Gwatkin, D. R. 2000b. "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1).
- Gwatkin, D. R., S. Rutstein, K. Johnson, R. P. Pande, and A. Wagstaff. 2001. "Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population" (a series of reports on 44 developing countries). Washington, DC: World Bank.
- Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira, and A. Mills. 2001. "Constraints to Scaling Up Health Interventions: A Conceptual Framework and Empirical Analysis," CMH Working Paper Series No. WG5: 13. Available at <http://www.cid.harvard.edu>
- Henry, B., S. Pollock, B. Kawa, B. Yaffe, F. Jamieson, E. Rea, and M. Avendano. 2000. "Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada," presented at the 5th Annual Meeting of the International Union Against TB and Lung Disease, North American Region, Vancouver, February 2000. Available at <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>.
- Hensher, M. 2001. "Financing Health Systems Through Efficiency Gains," CMH Working Paper Series No. WG3: 5. Available at <http://www.cid.harvard.edu>

- Hirschler, B. 2001. "RPT-Glaxo Gives Up Rights to AIDS Drugs in South Africa," Reuters, October 8.
- Huber, M. 1999. "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970–1997," *Health Care Financing Review* 21(2).
- IFMPA, Report of the WHO/IFPMA Round Table Discussions, 3 November 1999, Second WHO-IFPMA Round Table, WHO Headquarters, Geneva. Available at <http://www.ifpma.org>
- IMF. 2001a. "Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation," May 25. Available at <http://www.imf.org/>
- IMF. 2001b. "Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved," August. Available at <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>
- IMF. 2001c. *A Manual of Government Finance Statistics*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- IMF, OECD, UN, The World Bank. 2000. *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*. Washington, DC.
- Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org)
- International Organization for Migration. 2001. *World Migration Report 2000*. Geneva: UN Publications.
- Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security. 2001. "Contraceptive Projections and the Donor Gap," Washington, DC: Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security.
- Jones, T. 1990. "The Panama Canal: A Brief History." Available at <http://www.ilovelanguages.com/Tyler/>
- Korber, B., M. Muldoon, J. Theiler, F. Gao, R. Gupta, A. Lapedes, B. H. Hahn, S. Wolinsky, and T. Bhattacharya. 2000. "Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains," *Science* 288: 1789–1796.
- Kremer, M. and T. Miguel. 1999. "The Educational Impact of De-Worming in Kenya," paper presented at the Northeast Universities Development Conference held at Harvard University on October 8th and 9th.
- Kremer, M. 2001. "Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases," CMH Paper No. WG2: 7, July.
- Kumaranayake L., C. Kurowski, and L. Conteh. 2001 *Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries*. Available at <http://www.cid.harvard.edu>
- Lanjouw, J. 2001. "A Patent Policy Proposal for Global Diseases," *Brookings Policy Brief*, June.
- Laver, G. and E. Garman. 2001. "The Origin and Control of Pandemic Influenza," *Science* 293 (7 September): 1776–1777.
- Lewis, P.D., R. Balazs, A. J. Patel, and T. C. Jordan. 1986. "Undernutrition and Brain Development," in F. Falkner and J. M. Tanner, (eds.). *Human Growth*, 2nd edition. New York: Plenum Press, pp. 415–473.
- Liu, Y. and W. Hsiao. 2001. "China's Poor and Poor Policy: The Case for Rural Health Insurance," presented at the Conference on Financial Sector Reform in China, Harvard University, 13 September.

- Machekano, R., W. McFarland, V. Mzezewa, S. Ray, S. Mbizvo, M. Basset, A. Latif, P. Mason, L. Gwanzura, L. Moses, C. Ley, and B. Brown. 1998. "Peer Education Reduces HIV Infection among Factory Workers in Harare, Zimbabwe." Abstract No. 15, 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois.
- Misra, R., R. Chatterjee, and S. Rao. 2001. "Changing the Indian Health System: Current Issues, Future Directions." Unpublished.
- Murray, C. J. L. and A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease and Injury Series. Vol. 1: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge, Massachusetts: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.
- National Intelligence Council. 2000. "The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States," Washington, DC, January 2000. Available at <http://www.cia.gov/>
- National Intelligence Council Report. 2000. "Global Trends 2015: A Dialogue with Non-Governmental Experts," December 2000. Available at <http://www.cia.gov/>.
- OECD. 2000. *Development Cooperation Report (The DAC Journal).* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Philipson, T. and R. Soares. 2001. "Human Capital, Longevity, and Economic Growth: A Quantitative Assessment of Full Income Measures." Working Paper, Washington DC: World Bank.
- Pollitt, E. 2001. "The Developmental and Probabilistic Nature of the Functional Consequences of Iron-Deficiency Anemia in Children," *The Journal of Nutrition.* 131: 669S–675S.
- Pollitt, E. 1997. "Iron Deficiency and Educational Deficiency," *Nutritional Reviews* 55(4): 133–140.
- Preker, A. 1998. "The Introduction of Universal Access to Health Care in OECD: Lessons for Developing Countries," in S. S. Nitayarumphong and A. Mills, (eds.). *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries.* Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health, Office of Health Care Reform.
- Preston, S. H. and M. R. Haines. 1991. *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America.* Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Sachs, J. 2001. "The Strategic Significance of Global Inequality," *The Washington Quarterly,* Summer: 191.
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom.* New York: Alfred A. Knopf.
- Simms, C., M. Rowson, and S. Peattie. 2001. "The Bitterest Pill of All: The Collapse of Africa's Health Care System," London: Save the Children UK.
- Stanton, B. F., X. Li, J. Kahihuata, A. M. Fitzgerald, S. Neumbo, G. Kanduumombe, I. B. Ricardo, J. S. Galbraith, N. Terreri, I. Guevara, H. Shipena, J. Strijdom, R. Clemens, and R. F. Zimba. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-Reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study," *AIDS* 12: 2473–2480.
- State Failure Task Force. 1999. "State Failure Task Force Report: Phase II Findings," in the *Environmental Change and Security Project Report* of the Woodrow Wilson Center, Issue 5, Summer: 49–72.

- Strauss, J., and D. Thomas. 1998. "Health, Nutrition and Economic Development," *Journal of Economic Literature*. 36: 766–817.
- Swedish International Development Agency (SIDA). 2001. "Global Health Initiatives and Poverty Reduction: Guiding Principles for Maximum Country-Level Impact," 10 April.
- Thomas, D. and J. Strauss. 1997. "Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil," *Journal of Econometrics* 77: 159–185.
- Topel, R. and K. Murphy, 1997. "Unemployment and Nonemployment," *American Economic Review* 87 (May): 295–300.
- "Transitional Arrangements" Report, meeting on the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (GFATM), Brussels, 12–13 July 2001.
- Tucker, J. 2001. *Scourge*. New York: Atlantic Monthly Press.
- United Nations. 2000. *We the peoples: The Role of the United Nations in the Twenty-First Century*. The Millennium Report, 2000. New York: United Nations.
- United Nations Development Program. 1990. *Human Development Report, 1990: Concept and Measurement of Human Development*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- United Nations Development Program. 2001. *Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- United Nations Department of Social and Economic Affairs, Population Division. 1998. *The World Population Prospects, 1998 Revision*. New York: UN Department of Social and Economic Affairs.
- Wagstaff, A. 2000. *Research on Equity, Poverty and Health Outcomes: Lessons from the Developing World*. Washington, DC: Development Research Group and Human Development Network, The World Bank.
- Widdus, R. 2001. "Public-Private Partnerships for Health," *Bulletin of the World Health Organization* 79(8): 713–720.
- Wolfgang, M. 1997. *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*. New York: Prentice Hall.
- WHO International Consultative Meeting on HIV/AIDS Antiretroviral Therapy, WHO, Geneva, 22–23 May 2001.
- WHO, UNICEF, UNAIDS, World Bank, UNESCO, and UNFPA. 2000. *Health, A Key to Prosperity: Success Stories in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Working Group 2 of the Commission on Macroeconomics and Health. 2001. "Global Public Goods for Health: New Strategies for the 21st Century," Synthesis Paper. Available at <http://www.cid.harvard.edu>
- Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drugs, organized by WHO and WTO, 8–11 April 2001, Hosbjo, Norway.
- World Bank Group. 2000. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. New York: Oxford University Press.



World Health Organization. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health. 2001. "Interventions, Constraints and Costs in Improving Health Outcomes of the Poor" Synthesis Report. Available at <http://www.cid.harvard.edu>

## **Тоон мэдээллийн эх сурвалж**

USAID database

DFID database

DAC on-line database

Data provided by AfDB, IADB, WB, WHO, UNICEF, DFID, USAID

Data on donor funding provided by AfDB, ADB, IADB, WB, WHO, UNICEF, DFID, USAID OECD CRS database for all other bilateral agencies

## **Бодлогын баримт бичгүүд**

Attaran, A. 2001. "Health as a Human Right," CMH Policy Memorandum No. 3. Available at <http://www.cid.harvard.edu>

Curtis, C. F. 2001 "The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community," CMH Policy Memorandum No. 4. Available at <http://www.cid.harvard.edu/>.

Jamison, D. and J. Wang. 2001. "Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975–90," CMH Policy Memorandum. Available at <http://www.cid.harvard.edu>.

## Нэр томъёоны тайлбар

### **АХБ (ADB), Азийн хөгжлийн банк:**

Эгнээндээ 59 гишүүн орныг багтаасан Ази болон Номхон далайн бүсэд ядуурлыг бууруулах зорилгоор үйл ажиллагаа явуулдаг олон талт хөгжлийн санхүүгийн байгууллага. <http://www.adb.org>-ийг үзнэ үү.

### **АфХБ (AfDB), Африкийн хөгжлийн банк:**

Африкийн хөгжлийн банк нь өөрийн гишүүн орнуудад зээл олгох, хөрөнгө оруулалт хийх, хөгжлийн хөтөлбөрийг төлөвлөх, хэрэгжүүлэхэд техникийн туслалцаа үзүүлэх болон улс орны хөгжлийг дэмжих зорилгоор төрийн болон хувийн хэвшилд хөрөнгө оруулалт хийхийг дэмжих, хөгжлийн бодлого ба төлөвлөгөөг зохицуулах асуудлаарх гишүүн орнуудын хүсэлтэд туслалцаа үзүүлэх замаар тэдгээрийн нийгмийн дэвшил болон эдийн засгийн хөгжлийг дэмжихэд гол үйл ажиллагаагаа чиглүүлдэг 77 улс орныг эгнээндээ багтаасан бүсийн олон талт хөгжлийн банк юм. Түүнчлэн тус банк нь бүс нутгийн нэгдмэл байдлыг дэмжих зорилгоор улсын болон олон улсын төсөл хөтөлбөрүүдэд онцгой анхаарал хандуулдаг. <http://www.afdb.org>-ийг үзнэ үү.

**Африкийн нойрсох өвчин (African Sleeping Sickness):** Трипаносомозийн тайлбарыг үзнэ үү.

### **Жирэмсэн үеийн тусламж үйлчилгээ (ANC):**

Үр тогтсоноос төрөлт явагдах хүртэлх үеийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ. Төрөх тойрны үеийн тусламжтай ижил.

### **Амьсгалын замын хурц халдвар (ARI):**

Амьсгалын замын хурц халдвар

### **Ретровирусын эсрэг эмчилгээ (ART):**

Ретровирусын эсрэг эмчилгээ нь ретровирусын эсрэг эмийн эмчилгээ юм. Ретровирусын эсрэг эм нь ретровирус хэмээх вирусын үржлийг зогсоох үйлчилгээ бүхий эм болно. ДОХ-ын үүсгэгч болох хүний дархлал хомсдолын вирус нь ретровирус тул эдгээр эм нь дархлалын олдмол хомсдол хам шинж (ДОХ)-ийг эмчлэхэд хэрэглэгддэг. Ретровирусын эсрэг эмүүд нь ХДХВ-ын халдварыг бүрэн эмчилдэггүй боловч вирусээс шалтгаалсан нөхцөлт эмгэг төрөгчийн халдвар гэх мэтээс үүдэх өвчлөлийн байдал ялангуяа үхэлд хүргэх, нөхцөл байдлыг удаашруулах үйлчилгээтэй.

### **БЦЖ (BCG), Bacillus Calmette Guerin:**

Сүрьеэгийн эсрэг вакцин болох сүрьеэгийн үүсгэгчийн өвөрмөц бэлдмэл.

### **Хоёр талт хамтын ажиллагааны байгууллага, (Bilateral agency):**

Өндөр хөгжилтэй орнууд дахь Засгийн газрын байгууллага бөгөөд хөгжиж буй орнуудын боловсрол, эрүүл мэнд гэх мэт салбаруудад тусламж үзүүлэх замаар хөгжиж буй орнуудын үндэсний байгууллагуудтай шууд хамтран ажилладаг. Тухайлбал: АНУ-ын Олон улсын Хөгжлийн Агентлаг (USAID), Их Британи улсын Олон улсын Хөгжлийн Газар (DFID), Шведийн Олон улсын Хөгжлийн Хамтын Ажиллагааны

Агентлаг (SIDA), Канадын Олон улсын Хөгжлийн Агентлаг (CIDA) зэрэг байгуулагууд нь 2 талт хамтын ажиллагааг эрхлэн явуулдаг.

**Гадаад руу чиглэсэн боловсон хүчний урсгал/Оюуны урсгал (Brain drain):**

Нийгэм эдийн засгийн үзүүлэлт доогуур улс орны мэргэжилтэй боловсон хүчин эдийн засаг, нийгмийн байдлаа сайжруулахын тулд бусад улс оронд ажиллахаар дүрвэж буй явдал.

**Олон улсын хөдөө аж ахуйн судалгааны зөвлөлдөх бүлэг (CGIAR):**

Хөдөө аж ахуйн чиглэлийн судалгаа олон улсын нийгмийн бараа үйлчилгээний шинж чанартай бусад үйл ажиллагааг дэмжигч холбоо юм. Уг холбоо нь биеэ даасан судалгааны 16 төвөөс бүрэлддэг бөгөөд Дэлхийн Банк, Олон улсын Хөдөө аж ахуй, хүнсний байгууллага болон НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр зэрэг байгууллагуудаас санхүүгийн дэмжлэг авдаг байна. <http://www.cgiar.org>- ийг үзнэ үү.

**Чагасын өвчин (Chagas disease):**

Уг өвчин нь *Trypanosoma cruzi* Chagas гэх шимэгчээр халдварлагдан үүсэх бөгөөд триатомата буюу сорогч бясаагаар зөөвөрлөгдөн дамждаг. Энэ бясаа нь төв болон хойд Америкт өргөн тархсан, голчлон амьдралын буурай нөхцөлтэй орон сууц, оромжид үүрлэдэг. Энэ өвчин нь зүрх, хоол боловсруулах эрхтэн болон бусад эрхтэн тогтолцоог хянагч мэдрэлийн зохицуулгыг гэмтээж улмаар эмгэгт хүргэдэг. Дэлхий дээр жил бүр Чагасын өвчнөөр 15 сая хүн өвчилж, 50 000 хүн нас бардаг. Уг өвчний үүсгэгч зөвхөн Америк тивд байдгийг судлаачид тогтоожээ.

**Өвчний өртөг зардлын судалгаа (COI study):**

Тодорхой нэг эрүүл мэндийн асуудлын эдийн засгийн ачааллын талаар ойлголт авах зорилгоор түүний зардлыг зүйл ангиар задлан, үнэлж, дүгнэх судалгаа юм.

**Хамт олны санхүүжилт (Community financing scheme):**

Хамт олноор нэгдэн санг бүрдүүлэн эрсдлийг хуваах ба шийдвэр гаргагчид/удирддагчид ба төлбөр хүлээн авагчаас бүрдэх хөтөлбөр юм.

**Албан ёсны тусгай зөвшөөрөл (Compulsory licensing):**

Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой хүчин зүйл” гэрээний дагуу хөгжиж буй орнууд зохиогчийн эрх бүхий эмийг ашиглах зохицуулалтыг албан ёсны тусгай зөвшөөрөл гэнэ.

**Төрөлхийн улаануудын хам шинж (CRS):**

Улаанууд өвчний халдвар тээгч жирэмсэн эхээс хүүхдэд дамжих хам шинж бөгөөд улмаар хүүхдэд биеийн болон оюун ухааны эмгэгийг үүсгэдэг.

**ҮО тогтолцоо (CTC system), Үйлчлүүлэгчид ойр тогтолцоо:**

Хүн амд эрүүл мэндийн тусламж үзүүлж буй эрүүл мэндийн тогтолцооны нэгж болох анхан шатны эмнэлэг, эрүүл мэндийн төв, эрүүл мэндийн суурь тусламжийн салбаруудыг хэлнэ.

### **ХТХ (DAC), Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа Хөгжлийн Байгууллагын (ЭЗХАХБ) Хөгжлийн Тусламжийн Хороо:**

Хөгжлийн туслалцааны Хороогоор дамжуулан Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа Хөгжлийн Байгууллага хөгжиж буй орнуудтай хамтран ажилладаг. Хөгжиж буй орнуудын дэлхийн эдийн засагт оролцох чадварыг дээшлүүлэх, ядуурлыг даван туулах, нийгмийн харилцаанд бүрэн оролцох чадавхийг дээшлүүлэхэд олон улсын хөгжлийн хамтын ажиллагааны үүргийг нэмэгдүүлэхэд Тус хороо үйл ажиллагаагаа чиглүүлдэг.

### **Эрүүл мэндэд чиглэгдсэн Хөгжлийн Тусламж (ДАН):**

Хөгжиж буй орнуудын эрүүл мэндийн үйл ажиллагааг дэмжихэд чиглэгдсэн санхүүгийн тусламж юм.

### **Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (DALYs):**

Тодорхой нэг өвчний хүн амд үзүүлж буй хор хохирлыг өвчтэй хүмүүсийн эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөлөлд тохируулан алдсан жилүүдээр илэрхийлэн хэмжих хэмжүүр. Үндсэн зорилго нь энэхүү “жигнэлт”-ээр эрүүл мэнд ба өвчний чанарын ба субъектив талууд, өвчлөлийн олон талын асуудлуудын харьцангуй ач холбогдлын талаарх хүн амын үнэт зүйлсийн үнэлгээг харгалзах явдал юм.

### **Хүн амын шилжилт (Demographic transition):**

Эдийн засгийн хөгжлийн түвшин ба хүн ам зүйн шилжилт, өөрчлөлтийн хоорондын хамаарлын тухай онол юм. Энэ нь амьжиргааны түвшин дээшилснээр хүн амын төрөлт, нас баралт өндөртэй хэв маягаас төрөлт нас баралт багатай хэв маягт шилжих үзэгдэл юм. Шилжилтийн дунд үе шатанд хүн амын нас баралтын түвшин буурсан боловч төрөлтийн түвшин өндөр хэвээр байдаг тул хүн ам хэдэн арван жил буюу түүнээс урт хугацаанд хурдацтай өсөх хандлагатай байдаг.

### **Олон улсын Хөгжлийн Газар, Их Британи (DFID):**

Их Британий засгийн газрын уг байгууллага нь ядуурлыг бууруулах, хөгжлийг дэмжих үйл ажиллагаа явуулдаг. 2015 он гэхэд нэн ядуусын тоог 2 дахин бууруулах тухай олон улсын түвшинд зөвшилцсөн зорилгод уг байгууллага үйл ажиллагаагаа чиглүүлж байгаагийн дээр эрүүл мэндийн суурь тусламжийг сайжруулах, хүн амд анхан шатны боловсролыг бүрэн эзэмшүүлэх чиглэлээр ажиллаж байна. <http://www.dfid.gov.uk/>- ийг үзнэ үү.

**Үнийн ялгаварлал (Differential pricing):** Нэг төрлийн бараа бүтээгдэхүүнийг ялгаатай худалдан авагчдад харилцан адилгүй үнээр худалдаалахыг хэлнэ.

### **Өвчний дарамт (Disease burden):**

Аливаа нэг газар нутгийн хүн амын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудын цар хүрээг хэмжих ухагдахуун болно. Эрүүл мэндийн хөрөнгө оруулалтыг хуваарилах, чиглүүлэх асуудлыг өвчний дарамтыг тодорхойлсны үндсэн дээр шийдвэрлэж болно.

### **ДОТС (DOTS), Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээ:**

Уг эмчилгээний аргыг сүрьеэгийн эсрэг эмчилгээнд хэрэглэдэг бөгөөд эрүүл мэндийн ажилтны шууд хяналтын дор эмчлүүлэгсдэд эм уулган эмчилгээг явуулдаг. Наад зах нь эмчлүүлэгсдэд эхний 2 сард сүрьеэгийн эсрэг эмийг шууд хяналтын дор уулгахад эмчилгээний гол зорилго оршино. Эмийн зөв хослол, тохиромжтой тунгаар уулгадаг энэ аргыг хэрэглэснээр сүрьеэгийн олон эмэнд тэсвэртэй тохиолдлыг бууруулах ба өвчнийг хяналтанд бүрэн авах баталгаатай болно. Шууд хяналттай богино хугацааны эмчилгээний аргыг хэрэглэснээр дэлхий дээр сүрьеэгийн нас баралтын 80 хувийг урьдчилан сэргийлэх боломжтой гэсэн тооцоо байдаг.

**Сахуу, хөхүүл ханиад, татрангийн 3-т вакцин (DPT):**

Сахуу, хөхүүл, татрангийн эсрэг вакцины хослол. Хөгжиж буй олон оронд вакцины 3 тун курсыг дээрх өвчнүүдийг эсрэг хэрэглэдэг. 3-т вакцин-1, 3-т вакцин-2, 3-т вакцин-3 гэсэн хэлбэрээр хэрэглэдэг.

**Дархлаажуулалтын өргөтгөсөн хөтөлбөр (EPI):**

ДЭМБ-аас 1974 онд сахуу, татран, хөхүүл ханиад, халдварт саа, улаан бурхан, сүрьеэ зэрэг 6 өвчнийг тарилгаар урьдчилан сэргийлэх, уг өвчний эсрэг дархлаажуултанд дэлхийн хүүхдүүдийг хамруулах зорилгоор хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж эхэлжээ.

**Зайлшгүй шаардлагатай эм (Essential medicines):**

Зайлшгүй шаардлагатай эм нь хүн амын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний гол хэрэгцээг хангадаг бөгөөд энэ утгаараа шаардлагатай хэмжээгээр, тохиромжтой тун болон боломжийн хямд үнээр хүн бүр хэдийд ч худалдан авах боломжтой байх ёстой. Хөгжиж буй орнуудын хувьд зайлшгүй шаардлагатай олон эмийг худалдаж авахад хэтэрхий үнэтэй байдаг. Түүнчлэн, хүний амь насыг аврах заалтаар хэрэглэдэг зарим эмүүд нь олдоц багатай байдаг. Дээрх эмүүдийн борлуулалтаас эмийн үйлдвэрүүд төдийлөн ашиг олдоггүй тул үйлдвэрлэх сонирхол бага байдаг.

**Итгэл түшсэн бүлгүүд (Faith based groups):**

1996 оны Хувь хүний хариуцлага болон ажил эрхлэлтийг дэмжих зөвшилцлийн баримт бичгийн хүрээнд энэрэнгүй үйлсийг зохион байгуулдаг нийгмийн хамгааллыг сайжруулах чиглэлээр ажилладаг бүлгүүд юм. Энэ баримт бичгээр шашны чиглэлтэй нийгмийн хамгааллыг сайжруулахад туслалцаа үзүүлдэг аливаа байгууллагын үйл ажиллагаанд АНУ-ын Засгийн газрын зүгээс саад учруулах боломжийг хязгаарласан байдаг. Энэ хууль эрх зүйн баримт гарснаар эдгээр шашны бүлгүүд нь засаг захиргааны бүх шатны хяналтаас хамааралгүйгээр үйл ажиллагаагаа явуулах боломжтой болсон. Жишээ нь хуулийн дагуу энэ бүлгүүд шашин шүтлэгээр нь ялгаварлан гадуурхах эрхтэй байдаг.

**Төрөлтийн (нийлбэр) коэффициент (Total fertility rate):** Эмэгтэй хүн амьдралынхаа туршид төрүүлэх хүүхдийн дундаж тоо юм. Хөгжиж буй орнуудад төрөлтийн нийлбэр коэффициент 2-7 байхад өндөр хөгжилтэй орнуудад 2-аас бага байдаг байна.

**Филяриатоз (Filariasis):** Филяриатоз нь арьсан дорх эд болон тунгалгийн булчирхайг сонгомлоор гэмтээх нематодозоор (дугуй хэлбэрийн хорхой) үүсгэгддэг. Тунгалгийн булчирхайн филяриатозын гол хэлбэр бол заанжих өвчин (*Wuchereria*

*bancrofti* ба *Brugia malayi* зэрэг үүсгэгчээр үүсгэгддэг), онкоцеркоз буюу голын сохор (*onchocerca volvulus*-аар үүсгэгддэг) юм.

Түүнчлэн тунгалгийн булчирхайн филяриатоз нь шумуулаар зөөвөрлөгддөг бөгөөд халуун орны 120 сая хүн халдварт өртдөг ба байнгын хөдөлмөрийн чадвар алдагдалд хүргэдэг 2-дагч томоохон шалтгаан болдогийг ДЭМБ тооцож гаргасан байна. Онкоцеркозын үүсгэгч болох нематодоз нь үржил шим бүхий голын эргийн орчмоос олдсон хар ялаагаар зөөвөрлөгддөг байна. Сохрохоос айсны улмаас нутгийн ардууд уг газар нутгийг орхин нүүдэг. Онкоцеркоз нь нийгэм эдийн засгийн хөгжилд том саад бэрхшээл учруулсаар байна.

#### **Тариф болон Худалдааны Ерөнхий Гэрээ (ГАТТ):**

ДХБ-ын урьдал байгууллага болох Тариф болон Худалдааны Ерөнхий Гэрээ нь Дэлхийн 2-р дайны дараа түр оршихоор байгуулагдсан бөгөөд олон улсын эдийн засгийн хамтын ажиллагааны чиглэлээр ажиллаж буй олон талт үйл ажиллагааны бусад шинэ байгууллагуудын үүсэл хөгжилд нөлөөлсний дотор өнөөгийн Бреттон Вүүдсийн байгууллагууд болох Дэлхийн Банк, Олон Улсын Валютын Сан зэрэг болно. Мөн 1995 оны 1 дүгээр сард Дэлхийн Худалдааны Байгууллага байгуулагдах хүртэл, 1947 оноос хойш олон талт худалдааны тогтолцооны үндэс болсоор иржээ.

#### **ВДГА (GAVI), Вакцин Дархлаажуулалтын Глобаль Альянс:**

Тус байгууллагыг дархлаажуулалтыг дэмжих үйл ажиллагааг нэмэгдүүлэх, сонирхлыг өргөжүүлэх зорилгоор 1999 онд үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүд болон олон улсын байгууллагууд, 2 талт хамтын ажиллагааны байгууллагууд, олон улсын хөгжлийн банкууд, сангууд, эмийн үйлдвэрүүд болон төрийн бус байгууллагууд хамтран байгуулсан.

<http://www.vaccinealliance.org>- ийг үзнэ үү.

#### **Дэлхийн хүрээлэн буй орчны байгууллага (GEF):**

Энэхүү байгууллага нь дэлхийн хүрээлэн буй орчинд онцгой аюул занал учруулж буй биологийн олон төрлийн хаягдал, цаг агаарын өөрчлөлт, улс орнуудын цэвэр усны хомсдол, озоны цооролт зэрэг 4 асуудалд олон улсын хамтын ажиллагаа, санхүүгийн санаачлагыг чиглүүлэх зорилгоор 1991 онд байгуулагдсан. <http://www.gefweb.org>- ийг үзнэ үү.

#### **ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа Өвчинтэй тэмцэх Дэлхийн Сан (GFATM):**

Тус сан 2001 оны 6 дугаар сард болсон НҮБ-ын Ерөнхий Ассамблейн ХДХВ/ДОХ-ын талаарх тусгай чуулганы дараа байгуулагдсан. Сан сүрьеэ, хумхаа өвчний тархалт, ХДХВ/ДОХ өвчний уршгаар үүссэн дарамтыг бууруулахад шаардлагатай нөөцийг нэмж ба шинээр дайчлах, түүнийг зохицуулах, хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн үйл ажиллагаа явуулдаг юм.

#### **ДЭМСС (GHRF), Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Сан:**

Уг санг Макро Эдийн засаг ба Эрүүл Мэндийн асуудлаархи Хорооны дэргэд эрүүл мэндийн судалгааны чиглэлээр шинээр байгуулсан. Энэ чиглэлийн томоохон сангуудын нэгд Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Судалгааны Сан орох бөгөөд эрүүл мэндийн судалгаа, шинжилгээ, хөгжлийг сайжруулахын тулд жил бүр ойролцоогоор 1.5 тэрбум ам.долларыг зарцуулдаг. Уг сан нь ядууралтай тэмцэх, тулгамдсан бодлогын

асуудлуудын хэрэгжилтэд нөлөөлөх, эрүүл мэндийн асуудлуудыг судлахад биоанагаах болон эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны судалгааны арга зүйг ашиглах явдлыг дэмжих явдал юм. Хөгжиж буй орнуудын судалгаанд санхүүгийн дэмжлэг үзүүлэх замаар тэдгээрийн удаан хугацааны судалгааны чадавхийг бий болгоход уг байгууллагын үндсэн үүрэг оршино.

#### **ҮНБ (GNP), Үндэсний Нийт Бүтээгдэхүүн:**

Аливаа улс орны 1 жилд үйлдвэрлэсэн эцсийн бараа үйлчилгээний үнэ. ҮНБ-ийг 1 жилд улс орны бараа, үйлчилгээний эцсийн үйлдвэрлэлийг мөнгөн дүнгээр илэрхийлэх эсвэл гадаад оронд ашигласан үйлдвэрийн хүчин зүйлсийн орлогыг оруулаад тухайн орны бүх иргэдийн орлогын нийлбэр гэсэн 2 аргаар тооцдог.

#### **Дэлхий Нийтийн бараа үйлчилгээ, (GPGs):**

Бараа үйлчилгээний нийтийн хэмээх шинж чанар(хэрэглээний өрсөлдөөнгүй бөгөөд ашиг тусыг гадуурхалгүйгээр хүртэх чанар) нэг багц орнууд буюу газар зүйн нэгээс олон бүсэд тархах бараа үйлчилгээг хэлнэ.

#### **Ретровирусын эсрэг өндөр идэвхит эмчилгээ (HAART):**

ДОХ өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэдэг ретровирусын эсрэг эмийн хослолоор эмчлэх эмчилгээний арга бөгөөд эмчилгээнд орж буй өвчтөний өвчний шалтгаан болох вирусын хэмжээг <50 с/мл хүртэл бууруулах зорилгоор хийдэг.

#### **Эрүүл амьдралын жилүүд (Healthy life years):**

Эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал, бэрхшээлгүйгээр амьдрах хувь хүний амьдралын жилүүд

#### **Б гепатит (HepB):**

Бактер, вирусын халдвар, гэмтэл, хортой эмийн үйлчлэл, архи зэрэг олон хүчин зүйлийн нөлөөгөөр “элэгний үрэвсэл” болох гепатит өвчин үүсдэг. Түүнчлэн уг өвчин анхдагчаар цус, хамгаалалтгүй бэлгийн харьцаа, зүү тариур болон төрөх явцад халдвар авсан эхээс урагт дамждаг байна.

#### **Б хэв шинжийн *Haemophilus influenzae* буюу HiB (*Haemophilus influenzae* B), Б төрлийн цус задлах идэвх бүхий томуугийн вирус:**

Нялхас болон бага насны хүүхдүүдэд тохиолдох уг өвчний шалтгаан нь менингит, цусны халдвар, уушигны хатгалгаа, артрит зэрэг өвчнийг үүсгэдэг олон төрлийн бактерийн халдвар юм.

#### **Өндөр хөгжилтэй орнууд (HIC):**

Үүнд 1995 оны байдлаар жилийн 1 хүнд ногдох ҮНБ 9385 ам.доллараас их орлоготой улс орнуудыг авч үздэг. Эдгээр орнуудыг Хөгжлийн Туслалцааны Хорооноос 1997-1999 оны тусламж хүлээн авагч улсуудын жагсаалтад гаргасан.

#### **Их өртэй ядуу орнуудын санаачлага (HIPC Initiative):**

Дэлхийн банкнаас Их өртэй ядуу орнуудын санаачлага гэдгийг “шилжилт, өөрчлөлт шинэчлэлтийн хүчин чармайлтыг өрийн дарамтаар хөсөрдүүлэхгүй байх үүднээс бодлогын хэрэгжилтийн таатай орчинг хангасан улс орнуудын өрийн дарамтыг

бодитойгоор бууруулах арга хэмжээ” хэмээн тодорхойлсон. дэлхийн хамгийн их өртэй ядуу орнуудын өрийг хөнгөлөх талаар нь албан ёсны зээлдүүлэгч нар зөвшилцөөнд хүрэх нь уг санаачлагын үндэс юм.

**ХДХВ/ДОХ (HIV/AIDS), Хүний дархлал хомсдолын вирус/Дархлалын олдмол хомсдол хам шинж:**

Ретровирус болох ХДХВ нь ДОХ өвчнийг үүсгэгч (уг өвчнийг үүсгэх шалтгаан ба нөхцөл болох). ДОХ өвчин нь ХДХВ-ийн халдвар авсныг нотлох хамгийн тодорхой илрэл юм. ДОХ-оор өвдсөн хүн байнга уушиг, тархи, нүд болон бусад эрхтний эмгэгт өртөмхий байж турж эцэн биеийн жингээ алдаж, суулгалт болон Капоссийн хорт хавдраар шаналдаг байна.

**Хүний нөхөн үржихүйн судалгаа шинжилгээ сургалтын тусгай хөтөлбөр, (HRP):** ДЭМБ-ын санаачлагаар 1972 онд байгуулагдсан бөгөөд ДЭМБ, НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр, НҮБ-ын ХАС ба Дэлхийн Банкны хамтын үйл ажиллагаа юм. ДЭМБ-ын Нөхөн Үржихүйн Эрүүл Мэнд ба Судалгааны Газрын нэгжийн хэлбэрээр ажилласаар байна.

**АХХБ (IADB), Америк Хоорондын Хөгжлийн Банк:**

46 улс орныг эгнээндээ нэгтгэсэн бүсийн олон талт хамтын ажиллагааны байгууллага юм. АХХБ нь Латин Америк ба Карибийн нийгэм эдийн засгийн хөгжлийг хурдасгахад туслах зорилгоор 1959 оны 12 дугаар сард байгуулагдсан. <http://www.iadb.org/> ийг үзнэ үү.

**Шавьж устгагч бодис бүхий орны тор (IBN):**

Шавьж устгах бодис бүхий орны тор бөгөөд хумхаа өвчний тархалт ихтэй газруудад уг орны торыг хэрэглэснээр хүүхдийн эндэгдлийг 20 ба түүнээс дээш хувиар бууруулж чадсан. Энэхүү орны торын тусламжтайгаар шавьжаар халдварлагдах зарим өвчнийг 50 хүртэл хувиар бууруулж чадсан.

**СБХОУБ (IBRD), Сэргээн босголт Хөгжлийн Олон улсын Банк:**

Зээл авахыг хүсэж буй ядуу орнууд болон дундаж орлоготой улс орнуудын хөгжилд туслалцаа, дэмжлэг үзүүлэх, зээлээр хангах үйл ажиллагаа явуулах эрх бүхий Дэлхийн Банкны байгууллага. <http://www.worldbank.org/ibrd/> ийг үзнэ үү.

**ОУХА (IDA), Олон улсын Хөгжлийн Ассоциаци:**

Дэлхийн Банкны хэсэг болох уг ассоциаци нь өөрийн ашиг сонирхолыг харгалзан үзэлгүйгээр хөгжиж буй ядуу орнуудад маш бага хувийн хүүтэй урт хугацааны зээлийг олгодог. Энэхүү ассоциацийн эрхэм зорилго бол ядуу улс, орнуудын хүн амын амьдралын чанарыг дээшлүүлэх болон ядуурлыг арилгах үр дүнтэй болоод үр ашигтай хөтөлбөрүүдийг дэмжих явдал юм. <http://www.worldbank.org/ida/> аас үзнэ үү.

**ЭҮОУХ (IFPMA), Эм Үйлдвэрлэгчдийн Олон Улсын Холбоо:**

Эм ханган нийлүүлэх байгууллагууд болон бусад эм үйлдвэрлэгчдийн бүсийн болон үндэсний холбоодуудыг нэгтгэсэн ашгийн бус, төрийн бус байгууллага бөгөөд уг



холбооны зорилго нь тулгамдаж буй нийтлэг асуудлуудыг (эмийн тухай хууль тогтоомж, шинжлэх ухаан, судалгаа шинжилгээ зэрэг) авч хэлэлцэн шийдэхийн тулд дэлхийн хүн амын эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын ололт амжилтыг дэмжих, ёс зүйн болон туршилтаар хүний биед гаж нөлөөгүй нь тогтоогдсон эмийн үйлдвэрлэлийг үргэлжлүүлэн дэмжих, олон улсын болон үндэсний, төрийн ба төрийн бус, ижил чиглэлийн байгууллагуудын хамтын ажиллагааг хангах, гишүүн байгууллагуудын хамтын ажиллагааг зохицуулах явдал юм. <http://www.ifpma.org>- аас үзнэ үү.

#### **ХӨЦМ (IMCI), Хүүхдийн Өвчний Цогц Менежмент:**

ДЭМБ болон НҮБ-ын Хүүхдийн Сан уг стратегийг боловсруулан гаргажээ.

“ХӨЦМ бол хүүхдүүдийн сайн сайхны төлөө анхаарлаа хандуулж буй хүүхдийн эрүүл мэндийн төлөөх цогц хандлага юм. ХӨЦМ нь хүүхдийн өвчлөл, эмгэг байдал, эндэгдлийг бууруулах, улмаар 5 хүртэлх насны хүүхдүүдийн өсөлт, хөгжилтийг сайжруулах зорилготой бөгөөд өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх арга хэмжээг эрүүл мэндийн байгууллага, хамт олон, гэр бүлийн хүрээнд авч хэрэгжүүлэхийг зорьдог”.

<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>- ийг үзнэ үү.

#### **Нялхсын эндэгдлийн түвшин (IMR):**

1000 амьд төрөлтөд ногдох 0-1 насны хүүхдийн нас баралтыг нялхсын эндэгдэл гэнэ. Нялхсын эндэгдлийн түвшин доогуур, хүүхдийн нас баралт цөөн байвал улс оронд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ ерөнхийдөө сайн түвшинд байна гэсэн үг.

#### **Шавьж устгагч бодис бүхий шумуулын тор (ITN):**

“Шавьж устгагч бодис бүхий орны тор”- ын тайлбарыг үзнэ үү.

#### **Вакцин Судалгааны Санаачлага (IVR):**

ДЭМБ болон НҮБ-ын ДОХ-ын сан хамтран вакцины идэвхи, үйлчлэлийг оновчтой болгох, тэдгээрийн биед хослон үйлчлэх үйлчлэлийг нэмэгдүүлэх, вакцины чанарыг сайжруулахын тулд төрөл бүрийн вакциныг судлах чиглэлээр уг санг байгуулсан. Дэлхий нийт, ялангуяа хөгжиж буй орнуудын нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдаж буй асуудал болох халдварт өвчний эсрэг, аюулгүй, үр дүнтэй, хямд төсөр вакциныг, бүтээх, эмнэл зүйн үнэлгээ өгөх, дэлхий нийтээр хэрэглэх ажлыг зохион байгуулах нь тус санаачлагын үндсэн зорилго юм.

#### **Буурай хөгжилтэй орон (LDC):**

Тусламж хүлээн авагч орнуудын жагсаалтад 1997 онд НҮБ ба Хөгжлийн Тусалцааны Хорооноос 48 улс орныг “Буурай хөгжилтэй орон” хэсэгт оруулсан байна. Уг жагсаалтыг НҮБ-ын Нийгэм Эдийн засгийн Зөвлөлөөс 3 жил тутам шинэчлэн гаргадаг бөгөөд улс орнуудыг “Буурай хөгжилтэй орон”-ы жагсаалтад оруулахдаа дараах 3 хүчин зүйлийг харгалзан үздэг байна. Үүнд:

- орлого бага, 1 хүнд ногдох дотоодын нийт бүтээгдэхүүн (ДНБ)-ээр хэмждэг (2001 онд 1 хүнд ногдох ДНБ 800 ам. доллараас ихгүй орныг бага орлоготой гэсэн босгод оруулжээ);
- хүний нөөцийн хөгжил сул, Бие махбодын Чанар Дээшилсэн Амьдралын Индекс хэмээх нийлмэл итгэлцүүрээр хэмждэг бөгөөд энэ нь хүн амын дундаж наслалт, 1

хүнд ногдох илчлэгийн хэмжээ, бага болон дунд сургуульд хамрагдалтын түвшин, хүн амын бичиг үсгийн боловсрол зэрэг үзүүлэлтээр тооцдог;

- эдийн засгийн төрөлжилтийн түвшин доогуур байх. Үүнийг ДНБ дэхь үйлдвэрлэлийн эзлэх хувь, үйлдвэрлэлд ажиллах хүчний эзлэх хувь, 1 хүнд ногдох жилийн арилжааны зориулалтын цахилгааны хэрэглээ болон НҮБ-ын Бага хурлын Худалдаа Хөгжлийн бараа таваарын экспортын төвлөрөлтийн итгэлцүүрийн нийлмэл итгэлцүүр (Эдийн засгийн Төрөлжилтийн Итгэлцүүр)-ээр хэмждэг.

### **Хүн амын дундаж наслалт (LEB):**

Одоогийн эрүүл мэндийн нөхцөл байдал дээр үндэслэн шинээр төрсөн хүүхдүүдийн амьдрах жил буюу насыг тооцож гаргасан дундаж тоог хүн амын дундаж наслалт гэнэ. Энэ үзүүлэлт нь хүн амын амьдралын нөхцөл, эрүүл мэнд болон хүн амд үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний чанар зэрэг улс орны нийгэм, эдийн засгийн нөхцөл байдлын тусгал болдог.

### **Лейшманоз (Leishmaniasis):**

Энгийн нэг эст биетэн болох протозейгаар үүсгэгддэг хэд хэдэн төрлийн өвчнүүд нь Лейшманоз өвчинд хамаарагддаг байна. Лейшманоз өвчнийг үүсгэгч протозей нь цус шимэгч элсний ялаагаар зөөвөрлөгддөг. Өвчний явц протозейн өвөрмөц хэлбэр болон өвчтөний дархлалын тогтолцоонд нөлөө үзүүлж буй протозейн урвалын хэлбэрээс хамаардаг. Дэлхий дээр лейшманозын халдвар үүсгэгчээр ойролцоогоор 200 сая хүн халдварлагдсан байдаг.

### **Уяман (Leprosy):**

Микобактер (*M. leprae*)-ын төрөл болох хүчилд тэсвэртэй савханцараар үүсгэгдсэн архаг өвчин юм. Уг өвчний шинж тэмдэг биеийн гадаргуу ялангуяа нүүрэн дээр зангилаа гарах хэлбэрээр илэрдэг бөгөөд арьсан дээр сүрьеэгийн толботой адилхан толбо гарч ирэх бөгөөд энэ шинж тэмдгийг дагалдан арьсны мэдрэхүй алдагддаг. Хэрвээ эмчилгээ хийхгүй бол мэдрэлийн тогтолцоонд нөлөөлж улмаар саажилт үүсэх, булчингийн сулрал болох, бие эрхтэний хэлбэр алдагдах, тахир дутуу болох зэрэг байдалд хүргэдэг байна. 2000 оны байдлаар уг өвчний 680 000 тохиолдол бүртгэгдсэн бөгөөд дэлхий дээр нийт 1.6 сая хүн уг өвнөөр шаналж байна гэж тооцоолжээ.

### **Бага орлоготой орон (LIC):**

Хөгжлийн Туслалцааны Хорооноос 1997-1999 оны тусламж хүлээн авагч улсуудын жагсаалтад 1995 оны байдлаар жилийн 1 хүнд ногдох орлого 765 ам. доллараас бага орлоготой орнуудыг оруулсан байна. Хөгжил Туслалцааны Хорооны ангиллаар энд бага орлоготой бусад орнууд ба буурай хөгжилтэй орнуудыг оруулдаг.

### **Дундаас-доогуур дундаж орлоготой орон (LMIC):**

Дундаас-доогуур дундаж орлоготой улс орон гэдэг нь 1 хүнд ногдох ҮНБ нь 756-2995 ам. доллартай тэнцдэг улс орнууд ордог байна (1999 оны байдлаар). Эдгээр орны амьдралын түвшин бага орлоготой улс орнуудаас өндөр боловч ихэнхи нь наад захын хэрэгцээгээ хангаж чадахгүй хэвээр байна.

**Булчирхайн филиариатоз (Lymphatic filariasis):** Филиариатоз болон Заанжих өвчний тайлбарыг үзнэ үү.

**Хумхаа (Malaria):**

Халуун орны шавьжаар үүсгэгддэг өвчин бөгөөд сүрьеэгээс гадна бусад халдварт өвчнүүдийн адил олон хүнийг үхэлд хүргэдэг. Цус сорогч Анофелес шумуулаар зөөвөрлөгддөг бөгөөд зөв оношилж, тохирсон эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдолд эмчлэгдэх боломжтой. Өндөр халуурах, жихүүцэх, дэлүү томрох, олон дахин огиулж бөөлжих, цус багадах болон бие шарлах шинж тэмдгээр илэрдэг өвчин юм.

**Эхийн эндэгдлийн түвшин (Maternal mortality rate):**

Төрөх насны (15–49 насны) эмэгтэйчүүдийн 100000 амьд төрөлтөд ногдох эхийн нас баралтын тоогоор эхийн эндэгдлийн түвшин хэмжигдэнэ.

**МХЗ (MDG), Мянганы Хөгжлийн Зорилт:**

2000 оны 9 дүгээр сард НҮБ-ын Ерөнхий Ассамблейн Мянганы Тунхаглал дээр дараахь зорилтуудыг Мянганы Хөгжлийн Зорилтоор баталсан. Үүнд: Ядуурлыг бууруулах, Хүнс , хоол тэжээлийн аюулгүй байдал, Эрүүл мэнд ба эндэгдэл, НҮЭМ, Боловсрол, Эмэгтэйчүүдийн эрх ба жендерийн тэгш байдал болон Хүрээлэн буй орчин зэрэг зорилтууд оржээ.

**Улаан бурхан, гахайн хавдар, улаануудын эсрэг вакцин (MMR):**

Улаан бурхан, гахайн хавдар, улаануудын эсрэг вакцин.

**Хумхаа өвчний эсрэг эмийн санаачлага (MMV):**

Төрийн болон хувийн хэвшлийн нийгмийн эрүүл мэндийн байгууллагууд, эм үйлдвэрлэгчид, засгийн газрын байгууллагууд, эрдэм шинжилгээний байгууллагууд болон хумхаа өвчинтэй тэмцэх сан зэрэг газрууд хамтарч хумхаа өвний эсрэг өндөр үр дүнтэй, боломжийн үнэтэй шинэ эмийг гаргаж авахаар ажиллаж байна.

**Нас баралтын түвшин (Mortality rate):**

Нас баралтыг хүн амд харьцуулсан харьцаа (Нялхасын эндэгдэл, Эхийн эндэгдэл, Перинатал эндэгдлийн түвшин зэргээс үзнэ үү.)

**Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөл (MRC):**

Их Британи улсад ажлын албатай судалгааны байгууллага бөгөөд анагаах ухаан ба анагаахын салбар шинжлэх ухаануудын бүх чиглэлийн судалгаанд дэмжлэг үзүүлэх замаар эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах зорилгоор үйл ажиллагаа явуулдаг. Уг зөвлөл нь судалгааны төв байгуулах, судлаачдад тэтгэлэг олгох, төгсөлтийн дараах оюутнуудад дэмжлэг үзүүлэх гэсэн 3 гол чиглэлээр хийгдэж буй анагаах ухааны судалгаа, шинжилгээний үйл ажиллагааг дэмждэг. <http://www.mrc.ac.uk/> ийг үзнэ үү.

**Олон талт хамтын ажиллагааны байгууллага (Multilateral agency):**

2-оос дээш улс орон, байгууллагыг эгнээндээ нэгтгэсэн байгууллага бөгөөд зээл олгох үйл ажиллагаа явуулдаг олон талт хамтын ажиллагааны байгууллагуудад

Дэлхийн Банк, Олон Улсын Валютын Сан болон Америк Хоорондын Хөгжлийн Банк зэрэг орно.

**Халдварт бус Өвчин (NCD):**

Хүмүүс хооронд халдварладаггүй өвчнүүд (тухайлбал уушигны багтраа өвчин)-ийн хэлнэ.

**МЭЭМҮХ (НСМН), Макро Эдийн засаг ба Эрүүл мэндийн Үндэсний Хороо:**

Эрүүл мэндийн үйл ажиллагааг удирдан зохион байгуулах үүрэг бүхий байнгын бус ажлын хэсгийг Макро Эдийн засаг ба Эрүүл Мэндийн Түр Хорооны зөвлөмжид тулгуурлан хөгжиж буй улс орнуудад байгуулна.

Макро эдийн засаг ба эрүүл мэндийн үндэсний хороо болон ажлын хэсгийг Эрүүл мэндийн ба Санхүү, эдийн засгийн сайдаар ахлуулсан байх шаардлагатай бөгөөд иргэний нийгмийн төлөөлөгчдийг оруулах нь зүйтэй. Уг хороо нь эрүүл мэндийн тэргүүлэх чиглэлүүдийг тодорхойлох, зайлшгүй шаардлагатай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний урт хугацааны стратегийг боловсруулж гаргах, эрүүл мэндтэй холбоотой бусад салбарын уялдааг нэмэгдүүлэх, энэхүү чиглэлийн үйл ажиллагааг макро-эдийн засгийн бодлогын хүрээнд багтаан хэрэгжүүлэхийг зорьдог. Уг стратеги төлөвлөгөө нь олон улсын их хэмжээний тусламж, дэмжлэгийг авснаар хэрэгжих болно.

Үндэсний хороо нь ДЭМБ болон Дэлхийн банктай хамтран тархвар зүйн суурь түвшин, зорилтот түвшинг тодорхойлох, дунд хугацааны санхүүжилтийн төлөвлөгөөг боловсруулах асуудлаар ажиллах шаардлагатай.

**ТББ (NGO), Төрийн Бус Байгууллага:**

Хүн амын эмзэг хэсгийн ашиг сонирхолыг дэмжих, ядуурлыг бууруулах, хүрээлэн буй орчныг хамгаалах, нийгмийн үндсэн үйлчилгээ үзүүлэх болон хамт олны хөгжлийг хангах зэрэгт гол үйл ажиллагаагаа чиглүүлэн ажилладаг хувийн хэвшлийн, ашгийн бус байгууллага юм. ТББ нь засгийн газраас хараат бус байдлаар үйл ажиллагаагаа зохион байгуулах ба ач холбогдолд тулгуурлан, чөлөөтэй байх, давуу эрх эдлэх зарчмыг гол болгодог бусад байгууллагуудаас ялгаатай.

**ЭМҮХ (NIH), Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэн:**

АНУ-ын Эрүүл мэнд ба Хүний үйлчилгээний Газрын Нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдэг 8 байгууллагын нэг нь Эрүүл Мэндийн Үндэсний Хүрээлэн бөгөөд анагаах ухааны мэдээллийг дамжуулах, судлаачдыг сургах, судалгаа шинжилгээний ажлыг дэмжиж, улмаар зохион байгуулах үйл ажиллагаа эрхэлдэг. <http://www.nih.gov> - аас үзнэ үү.

**Онкоцеркозын хяналтын хөтөлбөр (OCP):**

Баруун Африкийн газар нутагт онкоцеркоз (голын сохор) өвчнийг хяналтандаа авах зорилгоор боловсруулсан ДЭМБ-ын хөтөлбөр юм. <http://www.who.int/ocp/> аас үзнэ үү.

**ХАЁТ (ODA), Хөгжлийн Албан Ёсны Тусламж:**

Наад зах нь 25 хувь нь буцалтгүй тусламж буюу буцалтгүй тусламжтай тэнцэх хэлбэрээр өгч буй хөгжлийн тусламжийг хэлнэ. Үндсэн зорилго нь эдийн засгийн

хөгжил болон нийгмийн хамгааллыг дэмжих явдал юм. Тусламжаа Хөгжлийн Туслалцааны Хорооны тодорхойлолтын дагуу хөгжиж буй орнуудад чиглүүлдэг.

**ЭЗХАХБ (OECD), Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн Байгууллага:**

Даяарчлагдсан эдийн засгийн засаглал болон нийгэм эдийн засгийн бэрхшээлийг даван туулахад засгийн газарт туслах үйл ажиллагаа явуулдаг ихэвчлэн өндөр хөгжилтэй улс орнуудаас бүрдсэн олон улсын байгууллага юм.

**Нөхцөлт эмгэг төрөгчийн (оппортунист) халдвар (OI):**

ДОХ өвчнөөр өвдсөн хүмүүст тохиолдох аминд аюултай өвчин. Дархлалын тогтолцооны хувьд эрүүл хүмүүс уг өвчнөөр өвчлөхгүй бөгөөд тэр ч бүү хэл өвчний шалтгаан болох нөхцөлт эмгэг төрөгч нь ихэнх хүнийбид оршин тогтнож байдаг. Зөвхөн дархлалын тогтолцоонд өөрчлөлт орон үйл ажиллагаа нь алдагдсан тохиолдолд дээрх бичил биетнүүд нь өөрчлөлтийн шалтгаан ба суларсан дархлалын тогтолцоонд “давуу байдлыг” олж авдаг байна.

**Бага орлоготой бусад орнууд (OLIC):**

Хөгжлийн Туслалцааны Хорооноос 1997-1999 оны тусламж хүлээн авагч улсуудын жагсаалтад жилийн 1 хүнд ногдох ҮНБ нь 1995 оны байдлаар 765 ам доллараас бага орлоготой буурай хөгжилтэй орнуудаас бусад орон энэ хэсэгт ордог.

**Онкоцеркоз (Onchocerciasis):**

Онкоцеркоз филяриатозын нэг хэлбэр бөгөөд голын сохороос энэ өвчний тухай мэдлэгийг авч болно. (филяриатозын тайлбарыг үзнэ үү)

**Сахуугийн эсрэг вакцин (OPV):** Сахуугийн эсрэг аманд дусааж хэрэглэдэг вакцин

**Амаар шингэн сэлбэх эмчилгээ (Oral rehydration therapy):**

Өвчтөнд давс болон глюкозын тусгай уусмалыг уулгах замаар алдагдсан шингэнийг нөхөх эмчилгээ юм.

**Өнчин эмийн тухай хууль (Orphan drug law):**

АНУ-ын Өнчин Эмийн Хуулийн (1983) дагуу АНУ-ын 200 000-аас ихгүй хүнд тохиолдох өвчнийг эмчлэх зорилгоор бүтээсэн эмийг хэлдэг.

Өнчин эмүүд нь эмийн худалдааны зах зээлийн маш бага хэсгийг эзэлдэг учраас үйлдвэрлэгчдэд ашиггүй тул Өнчин эмийн тухай хуульд энэхүү эмийг бүтээж, үйлдвэрлэж буй эмийн үйлдвэрлэлүүдийг дэмжих үүднээс долоон жил уг эмийг худалдах онцгой эрх болон татвараас чөлөөлсөн заалт тусгагдсан байдаг.

**Перинатал эндэгдлийн түвшин (Perinatal mortality rate):**

Жирэмсний 28 долоо хоногоос төрсний дараах долоо хоногийн хоорондох эндэгдлийн бүх амьд төрөлтөд харьцуулсан тоон үзүүлэлт бөгөөд ихэвчлэн 0-1 насны хүүхдийн эндэгдэлд уг эндэгдлийн түвшинг оруулж авч үздэг.

### **Зорилтот бүлгийн хүн ам (PIN):**

Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, тусламж үйлчилгээний хөтөлбөрийн хүрээнд хамрагдаж буй тодорхой бүлгийн хүн ам юм.

**Ядуурлын зангуу:** Байнгын ядууралд байгаа байдал.

### **Төрийн ба Хувийн Хэвшлийн Түншлэл (PPP)**

#### **Худалдан авах чадварын тэнцэл (долларт шилжүүлснээр), (PPP \$US):**

Нэг ижил төрлийн бараа, үйлчилгээний улс орнуудын мөнгөн тэмдэгтийн харьцангуй худалдан авах чадварыг хэмжих арга юм. Учир нь 1 улсад худалдагдаж буй бараа, үйлчилгээний үнэ өөр нэг улсад өөр үнээр зарагддаг бөгөөд Худалдан авах чадварын тэнцэл нь орнуудын амьжиргааны түвшингийн зөв зүйтэй харьцуулах боломжийг олгоно. Хэдийгээр худалдан авах чадварын тэнцлийн тооцоолол нь харилцан харьцуулж болохуйц ижил бараа үйлчилгээний үнийн харьцуулалтыг ашигладаг ч улс орнууд болон цаг хугацааны хувьд бүх бараа, үйлчилгээ нарийн таарахгүй тул үргэлж зөв үр дүнтэй байдаггүйг анхаарах хэрэгтэй.

#### **ЯБСББ (PRSP), Ядуурлыг Бууруулах Стратегийн Баримт Бичиг:**

Уг стратегийн баримт бичиг нь Их өртэй ядуу орнуудын санаачлагын нэгэн адил Дэлхийн Банк болон Олон Улсын Валютын Сангаас өрийн талаар явуулж буй бодлогын үндэс болдог. Ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичгийг тухайн хүлээн авагч улсууд зохион байгуулж, өргөн цар хүрээтэй, салбар хоорондын асуудлыг тусгасан оролцоог хангах шинж чанартай байх ёстой. Хөгжиж буй орнууд ЯБСББ-г 3 жил тутам шинэчлэн боловсруулах шаардлагатай боловч жил бүрийн тайлан, илтгэлийг хэлэлцсэний үндсэн дээр өөрчлөлт оруулж болно.

#### **Нийгмийн бараа үйлчилгээ (Public goods):**

Нийгмийн бараа үйлчилгээнд хэрэглээний өрсөлдөөнгүй бөгөөд ашиг тусыг нь гадуурхалгүйгээр хүртэх гэсэн шинж чанарыг агуулдаг. *Ашиг тусыг нь гадуурхалгүйгээр хүртэх шинж чанар* гэдэг нь тухайн бараа, үйлчилгээний үнэ, төлбөрийг төлснөөс үл хамааран хувь хүмүүс ба бүлэг хэсгүүд ашиг тусыг нь шууд болон шууд бус байдлаар хүртэж болох бараа, үйлчилгээ юм. Тухайлбал цагаан цэцэг өвчнийг устгахад шаардлагатай төлбөрийг төлсөн эсэхээс үл хамааран дэлхийн бүх хүн ам цагаан цэцэг өвчнийг устгасны ашиг тусыг нь хүртэж байна. *Хэрэглээний өрсөлдөөнгүй шинж чанар* гэдэг нь хувь хүмүүс ба бүлэг хэсэг орны тухайн бараа үйлчилгээний хэрэглээ өөр улс орны тухайн бараа, үйлчилгээнээс хүртэх ашиг тусыг бууруулахгүй байхыг хэлнэ.

#### **СШ (R&D): Судалгаа ба Шинжилгээ**

#### **Удаан хугацааны үйлчилгээтэй шавьж устгах цацдаг бодис (RIS):**

Удаан хугацааны үйлчилгээтэй шавьж устгах цацдаг бодисоор гэрийн тааз, дээвэр, хана руу шүршиж, бие гүйцсэн шумуулыг устгах гол арга юм.

Цацсан газарт шумуулыг устгахад хүрэлцэхүйц хэмжээгээр энэхүү бодис хуримтлагддаг.

### **Шистосомоз (Schistosomiasis):**

Бильгарциоз буюу үечилсэн халуурал гэж нэршиж заншсан. Шистосомоз нь шистосом буюу 1 ба 5-аас дээш төрлийн хавтгай шанаган хорхойн хэлбэрүүдээр үүсгэгддэг халуун орны шимэгчдээр халдварлагддаг өвчин юм. Дэлхийн янз бүрийн хэсэгт 5 төрлийн шистосомоор үүсгэгддэг бөгөөд тэр болгон нь өвөрмөц шинж тэмдгээр илэрч гардаг. Гэдэсний шистосомоз гэхэд *Schistosoma japonicum*, *S.mekongi*, *S. mansoni*, ба *S. intercalatum*-аар үүсэх бөгөөд элэг болон дэлүүнд бүтцийн өөрчлөлт, эмгэгийг үүсгэдэг. Харин шээс дамжуулах замын шистосомозын үүсгэгч нь нь *S.haematobium* юм.

Дэлхий дээр 200 сая хүн уг өвчний халдварыг авч, 120 сая хүнд нь уг өвчний шинж тэмдэг илэрч, шаналж буй, харин 600 сая хүн уг өвчний халдварыг авч болзошгүй эрсдэлтэй байна хэмээн ДЭМБ тооцоолж гаргажээ.

### **Салбарын Хөгжлийн Тусламжийн Стратеги (SWAp):**

Донор орнууд ба хүлээн авагч орон хамтран аль нэг салбарт (тухайлбал эрүүл мэндийн салбар) оруулах хөрөнгө оруулалтыг төлөвлөн хэрэгжүүлэх тухай хөгжлийн тусламжийн стратеги төлөвлөгөө юм. Зарим тохиолдолд сагсын сан буюу хөрөнгө оруулалтын багцыг дэмжих санг донор орнуудын дэмжлэгээр бүрдүүлэн хүлээн авагч орнууд зарцуулдаг. Уг стратегийн хүрээнд хүлээн авагч орнуудад донор орнуудын хэрэгжүүлэх төслийг хөгжлийн төлөвлөгөө болгож нэгтгэснээр хөгжлийн тусламжийн зохицуулалт сайжирч, чадавхи бэхжих ба салбарын хоцрогдсон зарим чиглэлээрх санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх боломжтой.

### **БЗДХ (STIs), Бэлгийн Замаар Дамжих Халдвар:**

Бэлгийн хавьтал хийх явцад нэгээс нөгөөд дамжих халдвар юм. Хэдий тийм боловч халдвар зөвхөн бэлгийн замаар дамжаад зогсохгүй зарим тохиолдолд арьсанд хүрэлцэх нь халдвар дамжуулах хангалттай нөхцөл болдог. Тухайлбал: ХДХВ, хламид, заг хүйтэн, трихомониаз, хүний папилломын вирус болон герпес вирус нь бэлгийн замын халдварын тараагч болно.

### **Сүрьеэ (TB):**

Сүрьеэ нь нянгаар халдварлагдан уушгийг анхдагчаар гэмтээх хурц болон архаг хэлбэрээр явагдах халдварт өвчин бөгөөд аажмаар бөөр, яс, лимфийн булчирхай болон тархийг гэмтээдэг. Уг өвчин нь савханцар хэлбэрийн бактери болох сүрьеэгийн бактериар үүсгэгддэг. Сүрьеэгийн эмчлүүлээгүй нийт тохиолдлын тал хувь нь үхлээр төгсдөг.

Жил бүр 2 сая хүн сүрьеэ өвчний улмаас нас барж байна. 2000-2020 оны хооронд ойролцоогоор 1 тэрбум хүн сүрьеэгийн халдвар авах ба 35 сая хүн уг өвчнөөр нас барна гэж ДЭМБ таамаглаж байна.

### **Халуун орны өвчний сургалт, судалгааны тусгай хөтөлбөр (TDR):**

Дэлхийн шинжлэх ухааны хамтын ажиллагааны биеэ даасан хөтөлбөр бөгөөд 1975 онд байгуулагдан ДЭМБ, Дэлхийн банк, НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөрийн санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр ядуу болон хохирол амссан хүн амын дунд тохиолдох үндсэн 10 өвчинтэй тэмцэх талаар дэлхий нийтийн хандлагад нөлөөлөх, түүнийг зохион байгуулах, дэмжихэд чиглүүлсэн үйл ажиллагаа эрхэлдэг.

### **Оюуны өмчийн эрхийн худалдаатай холбоотой асуудлуудыг зохицуулах гэрээ (TRIPS):**

1994 оны 4 дүгээр сард Тариф ба Худалдааны Ерөнхий Гэрээний Эцсийн хэлэлцүүлэгт дэлхийн 123 орны төлөөлөгчид Оюуны өмчийн эрхийн Худалдаатай холбоотой асуудлуудыг зохицуулах гэрээнд гарын үсэг зурсан.

Энэ нь дэлхий нийтээр оюуны өмчийн эрхийг (1 зохиогчийн бүтээлийн эрхийг бусдын үйл ажиллагаа болон бусад зохиогчоос хамгаалах) хамгаалах чиглэлээр хийгдэж буй хүчин чармайлт бөгөөд Оюуны Өмчийн Эрхийн Худалдаатай Холбоотой Асуудлуудыг зохицуулах Гэрээ нь олон улсын хууль эрх зүйн хэм хэмжээнд нийцсэн баримт бичиг болно. Энэхүү гэрээ нь бүх гишүүн орнуудад эмийн үйлдвэрлэл зэрэг технологийн бүх хүрээнд байгаа хуурамч бүтээгдэхүүнээс хамгаалах зорилгоор 20 жилийн хугацаатай зохиогчийн эрхийн гэрчилгээг олгож, хамгаалдаг. Уг гэрээг хэрэгжүүлэх үүргийг Дэлхийн Худалдааны Байгууллага хүлээдэг.

### **Трипаносомоз (Trypanosomiasis):**

Протозей паразит болох трипаносомаар үүсгэгддэг өвчин. Трипаносомаар халдварласнаар мэдрэлийн тогтолцоонд өөрчлөлт орж улмаар архаг летаргийн шинж тэмдгүүд /иймээс үүнийг Африкийн нойрсох өвчин хэмээн нэрлэдэг/ гарч ирдэг. Эмчилгээ хийхгүй бол шууд үхэлд хүргэдэг. Глоссина төрлийн ялаа болох “цэцэ”-нд хазуулснаар уг өвчин хүнд дамждаг. Уг өвчнөөр Африкийн Сахарын 36 улс орон, дэлхийн хөгжил буурай 22 улс орны 60 сая гаруй эрэгтэй, эмэгтэй, хүүхдүүд өвчилж, өдөр бүр эмчлэгдэж байна. Унтаа өвчин нь хөдөлмөрийн чадвар болон бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлийн хэмжээг бууруулах, улмаар улс орныг ажиллах хүчнийг багасгаснаар бүс нутгийн хөгжилд муугаар нөлөөлдөг.

### **Дундаас дээгүүр дундаж орлоготой орнууд (UMIC):**

1 хүнд ногдох ДНБ нь 2996-9265 ам доллартай тэнцэх орлоготой улс орнууд энэ ангилалд багтана.

### **НҮБ (UN), Нэгдсэн Үндэстний Байгууллага:**

Энхтайвныг хамгаалах, олон улсын тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэх, олон улсын хамтын ажиллагаа болон аюулгүй байдлыг хангах замаар хүний эрхийг дэмжих зорилгоор 1945 онд байгуулагдсан олон улсын байгууллага юм. <http://www.un.org>- аас үзнэ үү.

### **НҮБ-ын Хөгжлийн Хөтөлбөр (UNDP), Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Хөгжлийн Хөтөлбөр:**

Улс орны хөгжилд туслах, зөвлөлгөө өгөх, ухуулан сурталчлах, хөрөнгийн дэмжлэг үзүүлэх чиглэлээр гол үйл ажиллагаа явуулдаг байгууллага бол Нэгдсэн үндэстний байгууллагын Хөгжлийн Хөтөлбөр юм. <http://www.undp.org>- аас үзнэ үү.

### **НҮБ-ын Хүүхдийн Сан (UNICEF), Нэгдсэн Үндэстний Байгууллагын Хүүхдийн Сан:**

НҮБ-ын энэ байгууллага нь хүүхдийн эрхийг асуудлыг олон түмэнд таниулах, тэдний хэрэгцээгээ тодорхойлоход туслах үүрэг бүхий байгууллага болно. <http://www.unicef.org>- ийг үзнэ үү.



**НҮБ-ын ҮХБ (UNIDO), НҮБ-ын Үйлдвэрлэл Хөгжлийн Байгууллага:**

НҮБ-ын Үйлдвэрлэл Хөгжлийн Байгууллага нь эдийн засаг нь шилжилтийн үедээ байгаа улс ба хөгжиж буй орнуудын үйлдвэрлэлийн өсөлтөд дэмжлэг үзүүлэх замаар ядуурлыг бууруулах чиглэлээр үйл ажиллагаагаа явуулдаг.

<http://www.unido.org>- аас үзнэ үү.

**АНУ-ын Олон Улсын Хөгжлийн Агентлаг (USAID):**

Холбооны засгийн газрын биеэ даасан агентлаг болох уг байгууллага нь удаан хугацааны эдийн засгийн тогтвортой өсөлтийг дэмжих, хөдөө аж ахуйн хөгжил, дэлхий дахины эрүүл мэнд, тулгамдсан асуудал болон тусламж дэмжлэгийн уялдааг хангах, эдийн засгийн өсөлтийг нэмэгдүүлэхэд чиглэсэн АНУ-ын гадаад бодлогын зорилтуудыг хэрэгжүүлэх чиглэлээр үйл ажиллагаагаа явуулдаг.

<http://www.usaid.gov>- аас үзнэ үү.

**Үйлчлүүлэгчийн төлбөр (User fees):**

Эрүүл мэндийн тусламж авах явцад үйлчлүүлэгчийн халааснаас гарч буй төлбөр.

**Сайн дурын үндсэн дээр шинжилгээ, зөвлөгөөнд хамрагдах (VCT):****Халдвар тээгчдийн хяналт (Vector control):**

Өвчин үүсгэгч бичил биетнүүдийг (нян, вирус зэрэг) нэг бие махбодоос нөгөөд зөөвөрлөхөд оролцдог амьд биеийг (шавьж гэх мэт) хязгаарлах буюу устгахад чиглэсэн арга хэмжээ.

**Босоо хөтөлбөр (Vertical approach):** Тодорхой өвчнийг бүлэглэн авч үзэх арга.

**Дархлаажуулалт бүхий Халдварт Өвчин, (VPD)****ДБ (WB), Дэлхийн Банк:**

183 орныг эгнээндээ багтаасан хөгжлийн санхүүгийн байгууллага юм. Дэлхийн Банк нь 2001 оны санхүүгийн жилд 17.3 тэрбум ам.долларын зээл олгосон бөгөөд хөгжлийн туслалцааны дэлхийн хамгийн том байгууллагуудын нэг билээ.

<http://www.worldbank.org>- аас үзнэ үү.

**ДЭМБ (WHO), Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага:**

Гишүүн 191 улс орнуудын хүн амын эрүүл мэндийн байдалд анхаарлаа хандуулах, чиглүүлэх үүрэг бүхий НҮБ-ын төрөлжсөн байгууллага юм. ДЭМБ нь улс орнуудын техникийн хамтын ажиллагааг хангах замаар өвчнийг хяналтдаа авах болон аажмаар устгах хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа явуулдаг бөгөөд улмаар хүний амьдралын чанарыг сайжруулахад анхаарлаа хандуулдаг.

**ДХБ (WTO), Дэлхийн Худалдааны Байгууллага:**

“Үндэснүүдийн хоорондын худалдааны дэлхийн жаягийг зохицуулагч олон улсын цорын ганц байгууллага юм. Уг байгууллагын гол үйл ажиллагаа нь дэлхийн

худалдааг өөрийн зүй тогтлын дагуу аль болох чөлөөтэй саадгүйгээр явуулах нөхцлийг хангахад оршино.” <http://www.wto.org>- аас үзнэ үү.