



# Глобализация и здоровье

Стив Фауч

**Когда мир становится единым огромным рынком, он даёт нам новые возможности делиться идеями и технологиями, узнавать другие культуры и развивать высокоэффективные способы производства. Однако протесты антиглобалистов показывают, что довольны этим далеко не все. Глобализация может увеличить разрыв между богатыми и бедными, и на данный момент количество людей, живущих за чертой бедности, действительно только увеличивается. А бедняки больше других страдают от всевозможных болезней. В этой статье мы попытаемся оценить влияние экономической глобализации на здоровье населения.**

Глобализация основана на принципе свободной торговли между странами. Это слово заняло своё место в нашем словаре с такой же скоростью, с какой глобализация вошла в нашу повседневную жизнь. Взгляните хотя бы на нашу еду, одежду и предметы повседневного быта. Модная одежда прибывает к нам из Маврикия и Пакистана, чай — из Кении или Шри-Ланки, а бананы — с Карибских островов. Ваши часы могли быть произведены в Японии или в Гонконге. Позвоните в сервис-центр компании по производству электроники, и вам могут ответить откуда-нибудь из Индии. Сегодня фактически весь мир лежит у нашего порога. От Лондона до Парижа можно доехать на поезде менее чем за три часа — или сесть на самолёт и в тот же день оказаться в Австралии. Только что составленный вами документ буквально через несколько секунд может лежать на столе вашего коллеги практически в любой стране мира.

Однако это богатство и лёгкость выбора доступны только тем, кто может это себе позволить. Преимуществами глобализации пользуются, в основном, богатые люди, и им она приносит ещё больше денег. Бедные же продолжают становиться ещё беднее. Более того, бедные граждане богатых стран начинают страдать от того, что низкооплачиваемые рабочие места для людей с низкой и средней квалификацией постепенно переводятся в другие страны, где люди готовы работать в ужасных условиях за нищенскую плату.

Отчасти причиной этого дисбаланса является структура так называемой «свободной торговли». Через Всемирную торговую организацию (ВТО), Международный валютный фонд (МВФ) и Всемирный банк развитые западные страны добились того, чтобы развивающиеся страны сняли таможенные тарифы на импорт товаров и разрешили иностранным компаниям на равных правах конкурировать с отечественными производителями.

Теоретически все занимаются торговлей на равных. Но на практике это бывает редко. Например, весной 2001 года Республика Мали открыла свою хлопчатобумажную промышленность для свободной торговли, но теперь эта отрасль индустрии в Мали умирает. Произошло это, главным образом, потому что США субсидирует свою собственную крупную, но дорогую хлопчатобумажную промышленность. Американские фермеры требуют от государства денег на то, чтобы их товары могли удовлетворять высоким требованиям здоровья и безопасности. Однако предоставляемые им субсидии настолько велики, что фермеры могут отправлять свой хлопок в Мали и, даже несмотря на транспортные расходы, всё равно продавать его по ценам ниже себестоимости малийского хлопка. То же самое происходит во всех развивающихся государствах, где США и Евросоюз создали неравные условия конкуренции с бедными странами<sup>1,2,3</sup>.

Всё это приводит к ещё большей бедности. Крестьяне, зарабатывающие на жизнь экспортом своей продукции, бросают фермы и ищут работу в городах. Из-за этого страна теряет на налоговых сборах и вынуждена

тратить меньше на здравоохранение и социальную инфраструктуру. Бюджет здравоохранения и образования сокращается ещё больше из-за того, что развивающиеся страны вынуждены отдавать западным странам и финансовым учреждениям большие суммы в качестве долговых выплат<sup>4</sup>. В результате полуголодные бедняки оказываются в бедных кварталах и городских трущобах, кишаших всевозможными болезнями.

Примерно в ста странах доход населения, в плане его реальной покупательной способности, сейчас ниже, чем десять лет назад, так что примерно 1,3 миллиарда людей живут в гнетущей нищете, получая в день меньше одного американского доллара. Всё это несмотря на то, что за 25 лет с 1973 по 1998 год мировая экономика выросла на 100%. Получается, что организация всемирной торговли оказывает существенное влияние на здоровье и благосостояние миллиардов людей.

## Бедность и болезнь

На бедность и здоровье влияет множество сложных факторов, и в глобализованном мире они касаются каждого из нас. Слова Иисуса о том, что в мире всегда будут бедняки<sup>5</sup>, были не просто констатацией факта, но и обвинением. Глобализация не только даёт нам новые возможности, но и накладывает на нас новые обязанности. Пока в мире есть бедняки, богатые обязаны о них заботиться<sup>6</sup>.

Хотя в I столетии бедность тоже выглядела довольно жутко, сейчас её масштабы стали воистину невообразимыми. Из 4,4 млрд. людей, проживающих в развивающихся странах, три пятых не имеют канализации, у трети нет доступа к чистой воде, одна пятая не получает медицинской помощи и нужного количества питательных веществ или белков<sup>7</sup>, а число голодающих возрастает на пять миллионов человек в год<sup>8</sup>. Согласно ежегодному отчёту Всемирной организации здравоохранения за 1995 год, именно из-за нищеты новорождённые не получают прививок, дети заражаются дизентерией от грязной воды, а взрослые не получают необходимых медикаментов и лечения.

Решить эту проблему не так-то просто. Согласно Международной сети по

вопросам бедности и здоровья, если страна просто становится богаче, это ещё не означает, что здоровье всех её граждан автоматически улучшается. Увеличение среднего дохода в стране может усугубить разрыв между бедными и богатыми, когда богатые становятся здоровее, а бедные — наоборот<sup>9</sup>. Это происходит потому, что новоприобретённое богатство обычно попадает к состоятельным людям, а новые услуги здравоохранения нередко становятся дороже<sup>10</sup>.

Более того, эти новые прибыли часто появляются там, где быстрыми темпами идёт индустриализация; и поскольку в таких ситуациях система контроля редко бывает отлажена, новые фабрики способствуют увеличению числа производственных заболеваний<sup>11</sup>. Это можно видеть, например, в Китае или на потогонных фабриках во Вьетнаме или на Филиппинах. Существует множество данных, подтверждающих, что индустриализация развивающихся стран приводит к экономическому росту, но только за счёт здоровья людей<sup>12</sup>.

Кроме того, государству редко удаётся по справедливости распределить ресурсы здравоохранения, потому что состоятельные или образованные люди обладают немалой властью и могут требовать то, что им нужно. В результате, хотя большинство стран отводит примерно 30% государственного бюджета на здравоохранение и образование, львиная доля этих денег достаётся богатым людям. Например, в Индии 20% наиболее зажиточных людей получают в три раза больше субсидий на лечебное здравоохранение, чем 20% самых бедных граждан, и хотя в Марокко 60% жителей имеет доступ к чистой воде, из них лишь 11% — люди из беднейшего сектора, составляющего пятую часть всего населения страны<sup>13</sup>.

При всём этом, растущие доходы страны могут улучшить некоторые

аспекты здоровья населения — например, увеличить среднюю продолжительность жизни и снизить смертность детей до пяти лет. Повышенные доходы могут означать лучшие больницы и более широкий доступ к здравоохранению. Более состоятельные люди лучше питаются, живут в лучших домах с чистой водой и канализацией и способны оплачивать услуги медиков либо непосредственным образом, либо через налоги.

Так о чём же нам нужно заботиться в первую очередь: о здоровье или о богатстве? На что должна быть направлена наша политика: на улучшение здоровья населения, чтобы люди были способны повысить своё благосостояние, или на улучшение экономического благосостояния, чтобы люди могли позволить себе качественное здравоохранение? Бывшая глава ВОЗ Гро Харлем Брундтланд утверждала, что здоровье является основой богатства, а не наоборот. По мере того, как люди становятся более здоровыми, улучшается их способность заработать себе на жизнь, а медицинские расходы соответственно снижаются. От этого выигрывает и сам человек, и всё государство, так как хорошее здоровье населения облегчает то бремя, которое накладывает на экономику перегруженная система здравоохранения, пытающаяся обслужить большое нетрудоспособное общество. Согласно отчёту Комиссии по макроэкономике и здоровью (КМЗ), если в самых бедных странах мира устранить основные неравенства в сфере здоровья, глобальная экономика может получить более 113 млрд. фунтов стерлингов дополнительных средств, которых хватит на то, чтобы выгнать из нищеты не одну развивающуюся страну<sup>14</sup>. Более того, это позволит нам ежегодно спасать жизнь восьми миллионам человек.

По подсчётам КМЗ, этого можно добиться, если развитые страны согласятся ежегодно жертвовать на эти

цели общую сумму в 19,4 млрд. фунтов, а развивающиеся страны будут повышать свои расходы на здравоохранение на 27,4 млрд. фунтов. Все эти суммы являются достаточно разумными. Сравните их, например, с тем, что в ноябре 2003 года США дополнительно мобилизовали 87 млрд. долларов (53 млрд. фунтов стерлингов) для финансирования реконструкции и продолжающегося военного вмешательства в Ираке, помимо первоначальных 71 млрд. долларов, потраченных на первую стадию войны.

Дело здесь вовсе не в нехватке средств, а в недостатке политической силы воли — причём не только со стороны развитых стран<sup>15,16</sup>, но и со стороны некоторых развивающихся наций, где бедность усугубляется широко распространённой коррупцией и эгоистичным поведением политической элиты<sup>17,18</sup>.

Лауреат Нобелевской премии Амартия Сен утверждает, что ни в одной стране, где действует свобода печати, ещё ни разу не бывало голода. Он говорит, что, поскольку демократические правительства зависят от поддержки граждан, они не могут себе позволить игнорировать голодное население, и при свободе печати известия о коррупции и дефиците продовольствия непременно будут доведены до сведения чиновников и общественности. Тем не менее, преодоление тяжёлой ситуации может идти очень трудно, потому что отсутствие крепкой инфраструктуры способно подорвать даже самые благонамеренные и хорошо субсидированные инициативы в сфере здравоохранения<sup>19</sup>.

Наряду с этим глобализация поставила перед нами ряд новых нелёгких задач. Быстрые передвижения людей, ищущих работу в мире, где мультинациональные компании то и дело перебрасывают фабрики из страны в страну, словно фигуры на доске, означают, что в мире идёт постоянное и массовое движение рабочей силы. Эти крупные и мобильные группы населения особо подвержены риску заболеваний и бедности и, кроме того, могут сыграть роль распространителей болезней.

## Утечка мозгов в сфере здравоохранения

Это транснациональное движение людей оказывает влияние на здоровье населения ещё и в том плане, что среди мигрантов немало квалифицированных медицинских работников. В результате массового исхода медиков из развивающихся стран на Западе во многих развивающихся странах осталось так мало медперсонала, что больницы там едва удерживаются на плаву<sup>25</sup>.

### Знаете ли вы, что:

- За последние 20 лет начавшиеся было улучшения в состоянии здоровья населения центральной Африки буквально сошли на нет<sup>20</sup>. Средняя продолжительность жизни составляет всего 51 год, а случаи малярии и туберкулёза постоянно учащаются<sup>21</sup>.
- В некоторых регионах центральной, южной и восточной Африки 30-40% беременных женщин являются ВИЧ-инфицированными<sup>22</sup>.
- Из 50 млн. человек, умирающих в мире каждый год, примерно 15 млн. — дети в возрасте до пяти лет.
- Ежегодно в мире 4 млн. детей умирает от острой диареи, а ещё 4 млн. — от респираторных инфекций; а эти заболевания являются вполне излечимыми.
- Ежегодно в мире 3 млн. детей умирает от полиомиелита, столбняка, кори, дифтерии, коклюша и туберкулёза — то есть от инфекций, от которых существуют вакцины<sup>23</sup>.
- В 2000 году умерло 529 тысяч беременных женщин (одна смерть в минуту), большинство из них во время родов в ненадлежащих условиях. Для женщин Африки риск умереть при родах в 175 раз выше, чем для женщин в развитых странах мира<sup>24</sup>.

## Дальнейшая информация и руководство к действию

Существует целый ряд организаций, занимающихся вопросами глобализации, долга, нищеты и здоровья как на уровне практической помощи, так и на уровне правовой защиты и политических кампаний. Ниже перечислены три из них, о которых было бы полезно узнать больше и к которым вполне можно было бы присоединиться.

**Фонд «Слеза» (Tear Fund):** финансирует материальную помощь, развитие и здравоохранение, а также ведёт ряд политических кампаний по вопросам справедливой торговли.

См. [www.tearfund.org.uk](http://www.tearfund.org.uk) или <http://www.bearr.org/ru/node/510>

**Движение за развитие мира (The World Development Movement):** чисто политическая организация, ориентированная на пересмотр государственной политики и международных организаций Великобритании и Евросоюза (особенно Международного валютного фонда, Всемирного банка и ВТО). [www.wdm.org.uk](http://www.wdm.org.uk)

**«Врачи без границ» («Doctors Without Borders»):** кампания «Доступ к основным медикаментам», призывающая к пересмотру международных норм с целью обеспечения малоимущих доступом к основным видам лечения, а также к дальнейшим научным исследованиям и разработке лечения от специфических болезней, распространённых в развивающихся странах. [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)

См. также <http://www.krugosvet.ru/articles/116/1011679/1011679a1.htm>

И снова, потери бедных идут на руку богатым. Например, около 24% медиков Государственной службы здравоохранения Британии получили своё образование за рубежом, в то время как служба здравоохранения Замбии потеряла 550-600 врачей, обученных в стране с 1964 года, когда Замбия получила независимость. В Уганде соотношение врачей на количество населения составляет 1:24 тыс.<sup>26</sup> по сравнению с 1:700 в Англии. Медсёстры на Филиппинах специально обучаются для работы за рубежом и никогда не практикуют у себя в стране. В результате в некоторых филиппинских больницах одна квалифицированная медсестра регулярно обслуживает пятьдесят больных, в то время как в Великобритании одна медсестра приходится примерно на десять пациентов. Более того, терапевты, дантисты и другие медики спешно переучиваются на медсестёр и медбратьев, чтобы найти работу за границей и зарабатывать в десять-двадцать раз больше, чем врачи на Филиппинах<sup>27</sup>.

В Индии дефицит врачей тоже растёт, так как многие уезжают, чтобы найти работу в Великобритании, США и Канаде. Правительство Великобритании заявляет, что старается соблюдать нормы международной этики относительно найма квалифицированных медиков, но свидетельства указывают на то, что активная вербовка в этой сфере идёт полным ходом<sup>28</sup>.

В 2002 году в Великобритании было зарегистрировано почти 13 тысяч медсестёр, приехавших из-за рубежа. Более 40% из них прибыли из Филиппин, а 14% из Индии. 804 человека приехали из стран Евросоюза. С 1997 по 2002 год Великобритания приняла 6739 медсестёр из Южной Африки, так что Нельсон Мандела даже

обратился к британским властям с просьбой перестать переманивать к себе южноафриканских врачей и медсестёр. В ответ Министерство здравоохранения попросило руководителей Государственной службы здравоохранения прекратить активную вербовку персонала в Южной Африке, но официально эта практика была запрещена только в 1999 году. Такой же запрет действует и по отношению к странам Карибского бассейна, обратившимся к Великобритании с аналогичными жалобами<sup>29</sup>, но относится лишь к государственной медицинской службе, в то время как частные клиники продолжают пользоваться этим источником уже обученных специалистов.

Утечка специалистов на Запад — не единственная проблема. Многие врачи и медсёстры в развивающихся странах предпочитают работать в городских клиниках или вести частную практику. В результате сельским больницам и бюджетным клиникам отчаянно не хватает медперсонала, в то время как люди, которые вполне могут позволить себе оплатить услуги частных врачей, не испытывают никакого недостатка в квалифицированных специалистах.

У этой проблемы есть потенциальные решения. Активное сотрудничество между медицинскими колледжами и академиями из разных по экономическому положению стран могло бы способствовать обмену специалистами без дополнительных финансовых затрат<sup>30</sup>. Альтернативно, развитые страны, набирающие медперсонал из развивающихся стран, могли бы платить компенсацию за каждого врача. Правительство Великобритании могло бы просто приложить дополнительные усилия и изучить опыт других стран, чтобы сделать работу

Государственной службы здравоохранения более эффективной<sup>31</sup>, а те страны, которые более всего выигрывают от глобализации в медицинской профессии, должны сформировать свою кадровую политику таким образом, чтобы учитывать не только отечественные, но и международные потребности.

## Производство медикаментов: на руку богатым

Кроме так называемой «утечки мозгов», современная глобальная экономика привела ещё и к тому, что бедное население имеет весьма ограниченный доступ к медикаментам, и особенно к лекарствам от «трёх главных убийц»: СПИДа, туберкулёза и малярии.

Соглашение ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (так называемое «Соглашение TRIPS») обеспечивает фармацевтическим компаниям международную защиту минимум на 20 лет после получения патента. Поскольку для получения одобрения на использование препарата требуются значительные сроки, иногда у компании остаётся всего десять лет юридически защищённого времени, чтобы вернуть себе миллионы долларов, потраченные на научные исследования и разработку препарата. К сожалению, это также означает, что на протяжении этого десятилетия препараты нередко оказываются слишком дорогими для беднейшего населения планеты.

У этой проблемы есть потенциальные решения. Недавнее соглашение ВТО постановило, что в экстренных ситуациях бедные страны могут импортировать более дешёвые непатентованные копии препаратов неотложной помощи (хотя что такое экстренная ситуация и какие именно медикаменты следует считать препаратами неотложной помощи, не совсем понятно)<sup>32</sup>. Кроме того, несколько фирм, особенно в Бразилии и Индии, начали изготавливать такие препараты без лицензии и продавать их в развивающиеся страны по очень низким ценам. Канадское правительство, в соответствии с этим соглашением, разрешило своим фармацевтическим компаниям продавать бедным странам непатентованные версии антиретровирусных медикаментов для борьбы с ВИЧ<sup>33,34</sup>, а многие транснациональные фармацевтические компании начали поставлять свои препараты развивающимся странам по себестоимости<sup>35</sup>.

Однако все эти успехи не помогли решить одну из главных проблем: проблему хронической нехватки

средств на производство специфических медикаментов, необходимых для жителей развивающихся стран (например, для лечения таких распространённых тропических болезней, как сонная болезнь, лейшманиоз или болезнь Чагаса [трипаносомиаз]). Фармацевтические компании вкладывают средства в те препараты, которые приносят прибыль — то есть в лекарства, предназначенные, в основном, для западных потребителей<sup>36</sup>. Гораздо прибыльнее вкладывать деньги в лекарства от сердечных заболеваний или мужской сексуальной патологии, чем в препараты, помогающие сдерживать бушующую эпидемию лекарственно-устойчивой малярии. Вот почему ведущие фармацевтические компании тратят менее 1% своего исследовательского бюджета на разработку препаратов для борьбы с серьёзными заболеваниями стран третьего мира<sup>37</sup>.

## Время защитить бедных

Библия недвусмысленно даёт нам понять, что христианам ни в коем случае нельзя проходить мимо нищеты и угнетения. Ветхий Завет даёт нам чёткие этические принципы честной торговли и справедливого отношения к бедным. В Ис. 58 пророк говорит, что Бог осуждает тех, кто соблюдает религиозные обряды, но не заботится о неимущих. Он призывает нас освободить людей от несправедливости и угнетения и делиться с нищими пищей, кровом и одеждой.

Другие ветхозаветные пророки точно так же осуждали богатей, которые угнетали бедняков, живших рядом с ними<sup>38</sup>, или даже просто жили в роскоши и комфорте, не обращая внимания на нищих<sup>39</sup>. В Новом Завете апостолы непрестанно заботились о бедных<sup>40</sup>; Иаков прямо высказывается против лицемерного отношения к людям в зависимости от того, богаты они или бедны, а также осуждает бездействие перед лицом чужого страдания<sup>41</sup>.

Иисус говорил о благочестивом использовании денег даже чаще, чем о молитве, и в сердце его учения всегда лежала забота о бедных<sup>42</sup>. Апостол Павел призывает нас последовать личному примеру Христа, Который «будучи богат, обнищал ради вас, дабы вы обогатились Его нищетою»<sup>43</sup>. В Библии постоянно повторяется мысль о том, что нельзя равнодушно смотреть на чужие страдания, если у нас есть чем помочь: ведь наше материальное благосостояние дано нам Богом ради пользы других людей, а не только ради нас самих, и мы бесчестим Бога, если из жадности копим их и не желаем ими делиться.

Христиане должны показывать миру пример активной жертвенности, справедливости, деятельной заботы о нищих и угнетённых, и стремления изменить жестокие социальные системы<sup>44,45</sup>. Библия ясно даёт нам понять, что стремление к справедливости заставляет нас действовать, по крайней мере, в двух разных направлениях, дополняющих друг друга. Во-первых, мы призваны активно делать добро (кормить людей, одевать их, давать им кров, лечить их, делиться с ними Благой вестью и т. п.), а во-вторых, мы призваны выступать в защиту правды и справедливости. Поэтому в ответ на проблемы, связанные с влиянием глобализации на здоровье людей, христиане должны, прежде всего, заботиться о неимущих через христианские миссионерские организации и проекты социального развития, работая в сфере здравоохранения или поддерживая других медиков. Кроме этого мы призваны активно отстаивать справедливость в процессе формирования и пересмотра политики и практики различных компаний, правительств и международных организаций, чья деятельность приводит к возникновению неравенства.

К сожалению, некоторые христиане не считают торговлю и экономическую политику Международного валютного фонда важными и значимыми вопросами. Однако в реальности всё это оказывает огромное влияние на жизнь бедных во всём мире, и потому христианам нельзя оставаться к этому равнодушными.

*Стив Фауч является директором британской миссионерской медицинской ассоциации «Healthserve». В прошлом он работал медбратом с пациентами, страдающими ВИЧ и СПИДом.*

## Ссылки

- 1 Baxter J. Cotton subsidies squeeze Mali. BBC Online. 19 May, 2003
- 2 Becker E. Cancun Targets Cotton. New York Times editorial. 13 Sept, 2003
- 3 WTO rules US Tariffs on Steel Are Illegal. New York Times. 10 Nov, 2003
- 4 Paul J & Saunders P. Health, Poverty and Developing World Debt. Nucleus. Oct 1998 p. 12-20
- 5 Ин. 12:8
- 6 Втор. 15:7-11
- 7 WHO Bulletin Spotlights Serious Inequalities in Health. Press Release WHO/6 26 January 2000
- 8 <http://www.fao.org/english/newsroom/news/2003/24779-en.html>
- 9 Haines A, Heath I & Smith R. Joining together to combat poverty. BMJ 2000;320:1-2
- 10 Haines, Heath & Smith. *ibid*
- 11 Kahn J. Foul Water and Air Part of the Cost of the Boom in China's Exports. New York Times. Nov, 2003
- 12 Klein N. No Logo. Chapter 9. p195-229, Flamingo. 2000
- 13 Доклад ООН о развитии человека за 2004 год.
- 14 Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission for Macroeconomics and Health. Dec 2001
- 15 Congress passes Iraq budget. BBC News Online. 4 Nov, 2003
- 16 Annan K. World leaders neglecting Aids'. BBC News Online. 28 Nov, 2003
- 17 Terrorism is Not the Only Scourge. The Economist. 22 Dec, 2001
- 18 Annan K. *ibid*
- 19 Доклад ООН о развитии человека за 2004 год.
- 20 Bergstrom S, Mocumbi P. Health for all by the year 2000? BMJ 1996;313:316
- 21 Logie DL, Benatar SR. Africa in the 21st century: can despair be turned to hope? BMJ 1997;315:1444-6
- 22 Bergstrom S & Mocumbi P. *ibid*
- 23 WHO Report. World Health Statistics Quarterly. 1989;42(4)
- 24 Отчёт ВОЗ за 2003 г. <http://www.who.int/reproductive-health/>
- 25 Roach J. Stealing Doctors. Triple Helix. Autumn 2002 p14-16
- 26 Couper I & Worley P. The ethics of international recruitment. Rural and Remote Health 2002
- 27 Newsnight. 27 Aug, 2003 (see [news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/newsnight/3184479.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/newsnight/3184479.stm) for a transcript and on-line video clip)
- 28 Batty D. Draining the south. The Guardian, 11 March, 2003
- 29 Batty D. *ibid*
- 30 Couper I & Worley P. *ibid*
- 31 Richard GAF et al. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. Commentaries: Funding is not the only factor; Same price, better care; Competition made them do it. BMJ 2002; 324:135-143
- 32 Decision to remove final patent obstacle to cheap drug imports. WTO Press release. 30 Aug, 2003
- 33 Klein N. Bush's AIDS Test. The Nation. 27 Oct, 2003
- 34 Berger J. WTO drugs agreement Trips up poor countries, Mail & Guardian (Johannesburg). 10 Sept, 2003
- 35 African firm wins Aids drug permit. BBC News Online. 8 Oct, 2001
- 36 Griffin J. Developing World Drugs. Triple Helix. Spring 2002 p14-15
- 37 [www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal\\_imbalance\\_short.pdf](http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_short.pdf)
- 38 Ам. 4:1-3, 5:11-15 ; Мих. 2:1,2; Авв. 2:6-8
- 39 Иез. 16:49; Ам. 6:1-7
- 40 Деян. 2:45; 4:34-5; Гал. 2:10; 2 Кор. 9:6-12; 1 Тим. 6:17-19
- 41 Иак. 2:1-7; 14-17
- 42 Лк. 6:30-38; 12:32-34
- 43 2 Кор. 8:9
- 44 Ис. 1:17
- 45 Прит. 31:8-9