

ПОВЫШЕНИЕ ПОЗИЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕЙТИНГАХ: ЗАДАЧИ И ПРОГРАММНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Д.Ф.Куницкий, Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, М.М.Сачек

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Кратко охарактеризованы проводимые в настоящее время международные рейтинговые сопоставления различных стран мира. Выделены отдельные составляющие рейтингов, уровень которых в определенной степени зависит от отрасли здравоохранения, и соответствующие мероприятия в рамках реализуемых в Республике Беларусь государственных программ, направленные на улучшение медико-демографической ситуации и, соответственно, повышение позиции страны в международных рейтингах. Сформулированы предложения по осуществлению организационных мероприятий, способствующих страновому ребрендингу Республики Беларусь.

В сравнительных исследованиях при определении качества жизни населения и инвестиционной привлекательности того или иного государства требуется наличие объективных сопоставительных критериев. В международной деловой практике для этого широко используются результаты рейтингов, ранжирующих страны и регионы по степени их соответствия определенным параметрам в различных областях.

Длительное время в качестве обобщающих характеристик использовались, главным образом, демографические (ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, уровень младенческой смертности) и экономические (валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения, индекс потребительских цен) показатели. Однако, факты свидетельствуют, что экономический рост не всегда сопровождается позитивными социальными последствиями, проявляющимися в создании благоприятных условий для повышения уровня образования населения, доступности услуг здравоохранения, развития физкультуры и спорта, сокращения риска безработицы и т.д. Поэтому постепенно сформировалась система показателей уровня жизни населения, содержащая демографические и социально-экономические показатели, которые отражают различные важные стороны человеческого развития [1–7].

В соответствии с исследованием Гарвардской школы бизнеса, проведенным в середине 60-х гг. прошлого столетия, страновая инвестиционная привлекательность оценивалась на основе метода экспертных оценок по следующим параметрам: законодательство, регулирующее внутренние и иностранные инвестиции; условия вывоза капитала из страны; статус и текущее состояние нацио-

нальной валюты; уровень инфляции; политическая обстановка в стране; доступ к национальному капиталу. И сегодня это важнейшие факторы, принимаемые во внимание инвесторами.

Всемирным банком и его институтами были разработаны методики сравнительной оценки инвестиционной привлекательности, учитывающие ее социально-политическую составляющую; характер и степень вмешательства государства в экономику страны; направления, темпы и перспективы рыночного реформирования экономики; качество инфраструктуры; наличие и качество трудовых ресурсов; «демократические традиции» и «приверженность демократическим ценностям». Международной финансовой корпорацией (IFC) к универсальным факторам, которые должны быть положены в основу оценки степени благоприятности страны или региона для частного инвестирования, были отнесены возможности, процедура и стоимость решений об открытии частного бизнеса; состояние трудового законодательства; характер практики контрактных отношений; возможности и процедура получения кредитов; особенности процедуры банкротства; особенности лицензирования бизнеса; характер защиты инвесторов. Эти критерии широко используются в комплексных рейтингах инвестиционной привлекательности стран и специальных рейтингах, основанных на оценках отдельных показателей.

Существенное значение имеет индекс восприятия коррупции (ИВК, Corruption Perceptions Index (CPI)), рассчитываемый международной неправительственной организацией Transparency International, основанной в 1993 г. в Германии и имеющей отделения в 87 странах мира. ИВК публикуется ежегодно с 1997 г. и представляет со-

бой индекс индексов, определяемый по оценкам независимых исследовательских центров и институтов, среди которых Колумбийский университет (Columbia University, США), Институт развития менеджмента (Institute of Management Development, IMD, Швейцария), Всемирный банк (World Bank), компании «PricewaterhouseCoopers» (PwC) и «Gallup International», Всемирный экономический форум (World Economic Forum) и др. Правилами предусматривается, что его расчет должен базироваться на результатах не менее трех независимых исследований (экспертных опросов). При отсутствии таких результатов страна не включается в текущем году в перечень индексируемых стран. ИВК не является показателем фактического уровня коррупции в том или ином государстве; он учитывает лишь совокупность мнений предпринимателей и экспертов о положении с коррупцией в стране в текущем году. Однако для крупных и средних западных корпораций это один из важнейших факторов, влияющих на принятие решений об инвестировании [8].

Институтом Всемирного банка разработаны оценки эффективности властных структур. В них на государственном и региональном уровнях определяется шесть индикаторов: выборность и подотчетность государственных (а также муниципальных) органов власти; политический вес органов власти (конвертированный в политическую стабильность); эффективность деятельности органов власти; уровень развития законодательства; уровень обязательности и эффективности применения законов; уровень коррупции. Оценка производится ежегодно по 160 странам.

Ведущий в Европе Институт развития менеджмента (Institute of Management Development, IMD), базирующийся в Лозанне (Швейцария), с 1996 г. публикует результаты глобального исследования конкурентоспособности стран мира – The World Competitiveness Yearbook [7]. Под конкурентоспособностью страны понимается способность национальной экономики создавать и поддерживать среду, в которой возникает конкурентоспособный бизнес. The IMD World Competitiveness Yearbook – ежегодное аналитическое исследование конкурентоспособности, которое Институт проводит с 1989 г. До 1996 г. отчеты о конкурентоспособности экономик готовились совместно с аналитической группой Всемирного экономического форума (World Economic Forum, WEF), а с 1996 года эти две организации выпускают два разных исследования. WEF готовит ежегодный доклад и сопровождающий его рейтинг глобальной конкурентоспособности (The Global Competitiveness

Index), который базируется на комбинации статистических данных и результатов международного опроса руководителей компаний по всему миру, а в рейтинге IMD каждое государство оценивается на основе анализа 331 критерия по четырем основным показателям: состояние экономики, эффективность правительства, состояние деловой среды и состояние инфраструктуры. Каждый показатель имеет равный вес и включает в себя пять факторов. Таким образом, совокупный рейтинг конкурентоспособности основан на 20 различных индикаторах из четырех ключевых аспектов экономической жизни страны. При расчете используются данные международных организаций и партнерских институтов по всему миру. Бизнес-климат в охваченных исследованием странах оценивается на основе мнения аналитиков, опросов руководителей крупных корпораций и специалистов. Две трети рейтинга формируются на базе статистических данных, одна треть – экспертных оценок.

При формировании рейтинга журнала International Living «Лучшие страны для жизни» («Best Places to Retire and Invest Overseas») International Living's Quality of Life Index [9] каждая страна (а в рейтинге 2011 г. представлены 192 страны) оценивается в 9 категориях (в скобках – весовой коэффициент при формировании общего рейтинга): стоимость проживания (20%); культура и досуг (10%); экономика (15%); окружающая среда (5%); соблюдение прав человека и гражданских свобод (10%); здравоохранение (10%); инфраструктура (10%); безопасность и риск (10%), климат (10%).

В каждой категории каждому государству на основании официальной статистической информации, содержащейся в таких источниках, как UNESCO Statistical Yearbook (ЮНЕСКО); Freedom in the World: The Annual Survey of Political Rights and Civil Liberties (неправительственная организация Freedom House); The United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (Управление ООН по наркотикам и преступности); Yale University's Environmental Performance Index (Йельский университет, США); Statistical Abstract of the United States; The World Factbook; The World Almanac and Book of Facts; The World Bank Atlas (Всемирный банк); Gale Country and World Rankings Reporter; U.S. Department of State Indexes of Living Costs Abroad, Quarters Allowances, and Hardship Differentials (Государственный департамент США); The World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)); UN Statistical Yearbook (ООН); The Economist World

in Figures (журнал «The Economist»), а также мнения экспертов, редакторов и подписчиков издания присваивается рейтинг в диапазоне от 0 (худший показатель) до 100 (лучший показатель). Например, в категории «Здравоохранение» рейтинг формируется на основании следующих показателей, взятых из официальной статистики ВОЗ: численность населения на одного врача; число коек на 1000 населения; процент населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде; уровень младенческой смертности; ожидаемая продолжительность предстоящей жизни; расходы на здравоохранение в процентах ВВП.

В настоящее время рейтинги воспринимаются как универсальные индикаторы при оценке состояния экономики. Они рассчитываются ежегодно или с иной периодичностью с использованием неизменного набора показателей, выбранного рейтинговым агентством, и расчета на его основе интегральной оценки, характеризующей состояние тех или иных составляющих инвестиционного климата стран и регионов.

Следует отметить, что подбор критериев оценки, а также интерпретация результатов, полученных в результате такой оценки, могут представлять известную трудность. Не всегда за итоговым интегральным значением прослеживаются причинно-следственные связи и тенденции развития того или иного инвестиционного комплекса, и, тем не менее, рейтинги, оценивающие инвестиционную привлекательность или отдельные ее компоненты, получили широкое признание.

Существует около двух десятков страновых рейтингов. Аналитики российской компании ФБК при расчете в июле 2011 г. собственного интегрального Рейтинга прогресса [10], позволяющего оценить «скорость» и направление развития страны в сравнении с другими государствами, при введении некоторых ограничений (для обеспечения представительности рейтинги должны были охватывать не менее 100 стран; необходимо наличие результатов по определенной выборке стран не менее чем за 5 последних лет) смогли использовать результаты только семи всемирно известных рейтингов:

рейтинг по индексу конкурентоспособности (World Economic Forum);

рейтинг по индексу условий ведения бизнеса (World Bank);

рейтинг по индексу развития человеческого потенциала (Доклады о человеческом развитии Программы развития ООН (United Nations Development Programme Human Development Reports));

рейтинг журнала «International Living»;
рейтинг экономически свободных стран (Институт Като (The Cato Institute));

рейтинг по индексу экономической свободы общественного исследовательского центра США «Фонд «Наследие»» и газеты «Уолл-стрит Джорнел» (Heritage Foundation & The Wall Street Journal));

рейтинг по индексу восприятия коррупции (Transparency International).

В Программе деятельности Правительства Республики Беларусь на 2011–2015 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18.02.2011 г. №216 [11], с целью вхождения в число передовых стран по ведущим международным рейтингам, характеризующим конкурентоспособность, деловую среду, уровень инновационного развития, эффективность государственного управления страны, для улучшения международного имиджа Республики Беларусь и роста доверия у национальных и иностранных инвесторов к проводимой экономической политике поставлены задачи:

вхождения в число 30 лучших стран по условиям ведения бизнеса в рейтинге Всемирного банка и глобальной конкурентоспособности в рейтинге Всемирного экономического форума;

вхождения в число 50 стран с наибольшим индексом развития человеческого потенциала;

достижения не ниже 70 места в рейтинге экономической свободы;

перехода Республики Беларусь в более высокую группу по классификации страновых кредитных рисков Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и суверенных кредитных рейтингов от ведущих международных рейтинговых агентств.

Определены мониторируемые отдельные составляющие (показатели) международных рейтингов, в частности:

по индексу развития человеческого потенциала: «Валовой национальный доход», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении», «Индекс образования»;

по рейтингу ведения бизнеса Всемирного банка: «Получение разрешений на строительство», «Регистрация предприятий», «Обеспечение исполнения контрактов», «Регистрация имущества», «Защита инвесторов», «Ликвидация предприятий», «Налогообложение», «Международная торговля»;

индекс логистики;

по рейтингу глобальной конкурентоспособности: «Качество общественных институтов (инсти-

туциональная среда)», «Инфраструктура», «Макроэкономическая стабильность», «Здоровье и начальное образование», «Высшее образование и профессиональная подготовка», «Эффективность рынков, товаров и услуг», «Объем рынка», «Конкурентоспособность бизнеса», «Эффективность рынка труда», «Оснащенность новыми технологиями» и «Инновационный потенциал»;

по суверенному кредитному рейтингу и позиции Республики Беларусь в классификации страновых кредитных рисков ОЭСР: «Дефицит текущего счета платежного баланса», «Чистый приток прямых иностранных инвестиций (ПИИ)», «Валовой внешний долг», «Государственный долг», «Баланс бюджета», «Государственный внешний долг», «Соотношение международных резервов и краткосрочного внешнего долга», «Международные резервы в месяцах импорта»;

по индексу экономической свободы: «Свобода бизнеса», «Свобода инвестиций», «Свобода торговли», «Фискальная свобода», «Участие Правительства», «Права собственности», «Свобода от коррупции», «Свобода труда», «Монетарная свобода», «Финансовая свобода».

Этим же постановлением на Министра здравоохранения возложена персональная ответственность за обеспечение повышения позиции страны в международных рейтингах по отдельным составляющим в части:

индекса развития человеческого потенциала по показателю «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»;

рейтинга глобальной конкурентоспособности по показателю «Здоровье и начальное образование» (8 из 10 индикаторов).

Остановимся подробнее на этих двух рейтингах.

Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП, Human Development Index, HDI) в странах и регионах мира ежегодно рассчитывается экспертами Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) совместно с группой независимых международных экспертов, использующими в своей работе, наряду с аналитическими разработками, статистические данные национальных институтов и различных международных организаций [12–19].

ИРЧП (в «Докладе о человеческом развитии 2011» [13] перевод термина уточнен как индекс человеческого развития (ИЧР), изменен принцип его расчета, и, с целью максимального выравнивания возможностей, производится параллельный расчет трех дополнительных индексов: индекса человеческого развития, скорректированного с учетом неравенства, индекса гендерного равен-

ства и индекса многомерной бедности) – комплексный показатель уровня человеческого развития в стране (так называемого «качества жизни» или «уровня жизни») – был разработан пакистанским экономистом Махбубом уль-Хаком (Mahbub ul-Haq) и с 1990 года используется ООН в ежегодном отчете в рамках специальной серии докладов о развитии человека. Индекс измеряет достижения страны с точки зрения продолжительности жизни, получения образования и фактического дохода по трем основным направлениям:

1. Здоровье и долголетие, измеряемые показателем ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении.

2. Доступ к образованию, измеряемый средней продолжительностью обучения, ожидаемой продолжительностью обучения и сводным индексом образования.

3. Уровень жизни, измеряемый величиной валового национального дохода (ВНД) на душу населения в долларах США по паритету покупательной способности (ППС).

Очевидно, что из трех рассчитываемых при вычислении ИЧР показателей, деятельность отрасли здравоохранения может повлиять на изменения первого – ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении (ОППЖР).

ИЧР является суммарным показателем развития человека, демонстрируя средний уровень достижений страны по трем указанным выше базовым измерениям, и представляет собой среднее геометрическое нормализованных индексов, отражающих достижения по каждому измерению [14].

Для преобразования показателей в индексы со шкалой от 0 до 1 устанавливаются минимальное и максимальное значения (или целевые ориентиры) (табл. 1).

Максимальные значения присваиваются фактически наблюдаемым наивысшим значениям за период 1980–2011 гг., а минимальные могут быть задуманы как минимально допустимые величины. Установлены следующие минимальные значения: для ожидаемой продолжительности жизни при рождении – 20 лет, для обеих переменных в области образования – 0 лет, для ВНД на душу населения – 100 долл. США.

После определения минимального и максимального значений расчет субиндексов производится по следующей формуле:

$$\text{Индекс по измерению} = \frac{\text{Фактическое значение} - \text{Минимальное значение}}{\text{Максимальное значение} - \text{Минимальное значение}} \quad (1)$$

При расчете субиндекса дохода используются натуральные логарифмы от фактического, минимального и максимального значений.

Целевые ориентиры для расчета индекса человеческого развития, используемые в «Докладе о человеческом развитии 2011» [13]

Показатели	Наблюдаемый максимум	Минимум
Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении	83,4 (Япония, 2011)	20,0
Средняя продолжительность обучения	13,1 (Чешская Республика, 2005)	0
Ожидаемая продолжительность обучения	18,0 (максимальный показатель)	0
Сводный индекс образования	0,978 (Новая Зеландия, 2010)	0
Валовой национальный доход на душу населения (в долларах США по паритету покупательной способности)	107721 (Катар, 2011)	100

При подготовке Доклада 2011 года фактические сведения об ОППЖР в странах мира были взяты из статистики ООН (World Population Prospects. The 2010 Revision. – New York: UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2011 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>)).

Ранее индекс человеческого развития рассчитывался как среднее арифметическое трех указанных выше измерений «качества жизни», и все страны в рейтинге делились на четыре категории в соответствии с определенными значениями ИЧР:

1. Страны с очень высоким уровнем ИЧР (0,900 – 1,000).
2. Страны с высоким уровнем ИЧР (0,800 – 0,899).
3. Страны со средним уровнем ИЧР (0,500 – 0,799).
4. Страны с низким уровнем ИЧР (0,000 – 0,499).

Классификация, использованная в Докладе 2011 года, основана на делении 187 стран на четыре примерно равные по количеству стран группы вне зависимости от конкретных границ значений ИЧР в каждой группе. В результате, в группу стран с очень высоким уровнем ИЧР вошло 47 государств (включая выделенный отдельно Гонконг – специальный административный район Китая) (ИЧР в этой группе находится в диапазоне 0,793 (Барбадос) – 0,943 (Норвегия); усредненный показатель – 0,889), с высоким уровнем ИЧР – 47 (ИЧР в диапазоне 0,698 (Тунис) – 0,783 (Уругвай); усредненный показатель – 0,741), со средним уровнем ИЧР – 47 (включая Палестинские территории) (ИЧР в диапазоне 0,522 (Бутан) – 0,698 (Иордания); усредненный показатель – 0,630), с низким уровнем ИЧР – 46 государств (ИЧР в диапазоне 0,286 (Демократическая Республика Конго) – 0,510 (Соломоновы острова);

усредненный показатель – 0,456). Возглавляет список, как и в 2001–2006, 2009 и 2010 гг., Норвегия, замыкает рейтинг Демократическая Республика Конго.

Республика Беларусь входит в число стран, для которых проводится расчет индекса человеческого развития, и относится к группе государств с высоким уровнем ИЧР (0,756), занимая в рейтинге 65-е место и опережая все остальные страны - члены СНГ.

30 бывших социалистических стран Европы и Центральной Азии, а также Кипр и Турция (Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Македония, Молдова, Польша, Россия, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Хорватия, Черногория, Чехия, Эстония) в Докладе 2011 года выделены в отдельный регион, по которому также рассчитывались усредненные показатели ИЧР (0,751) и субиндексов.

Поскольку в Программе деятельности Правительства Республики Беларусь на 2011–2015 годы поставлена задача вхождения в число 50 стран с наиболее высоким уровнем индекса человеческого развития, в табл. 2 приведены соответствующие показатели стран, опережающих в последнем по времени издании рейтинге Республику Беларусь и занимающих места с 41-го по 64-е, а также, для сравнения, некоторых государств региона Европы и Центральной Азии, как имевших в 1990-е гг. примерно одинаковые стартовые позиции, и стран - членов СНГ.

Представленные в табл. 2 данные свидетельствуют о реальности достижения поставленной цели, примером чего могут служить страны Балтии, Польша и, в особенности, Куба, которая при низком ВНД на душу населения находится на 51-м

месте, граничащем со странами с очень высоким уровнем ИЧР, исключительно благодаря развитым системам образования и здравоохранения, которое обеспечило показатель ОППЖР на уровне 79,1 лет.

Глобальный индекс конкурентоспособности, или рейтинг конкурентоспособности (ГИК, The Global Competitiveness Index, GCI) начиная с 1979 г. ежегодно рассчитывается Всемирным экономическим форумом (ВЭФ) – международной

неправительственной организацией, созданной в 1971 г. [20].

В отчете ВЭФ представлены два индекса, на основе которых составляются рейтинги стран: индекс глобальной конкурентоспособности (Global Competitiveness Index, GCI) и индекс конкурентоспособности бизнеса (Business Competitiveness Index, BCI). Основным средством обобщенной оценки конкурентоспособности стран

Таблица 2

Индекс человеческого развития и ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении по данным Доклада о человеческом развитии 2011 года [13]

Страна	Место в рейтинге	Значение ИЧР	Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении
Норвегия	1	0,943	81,1
Словения	21	0,884	79,3
Чехия	27	0,865	77,7
Эстония	34	0,835	74,8
Словакия	35	0,834	75,4
Венгрия	38	0,816	74,4
Польша	39	0,813	76,1
Литва	40	0,810	72,2
Португалия	41	0,809	79,5
Бахрейн	42	0,806	75,1
Латвия	43	0,805	73,3
Чили	44	0,805	79,1
Аргентина	45	0,797	75,9
Хорватия	46	0,796	76,6
Барбадос	47	0,793	76,8
Уругвай	48	0,783	77,0
Палау	49	0,782	71,8
Румыния	50	0,781	74,0
Куба	51	0,776	79,1
Сейшельские острова	52	0,773	73,6
Багамские острова	53	0,771	75,6
Черногория	54	0,771	74,6
Болгария	55	0,771	73,4
Саудовская Аравия	56	0,770	73,9
Мексика	57	0,770	77,0
Панама	58	0,768	76,1
Сербия	59	0,766	74,5
Антигуа и Барбуда	60	0,764	72,6
Малайзия	61	0,761	74,2
Тринидад и Тобаго	62	0,760	70,1
Кувейт	63	0,760	74,6
Ливия	64	0,760	74,8
Республика Беларусь	65	0,756	70,3
Россия	66	0,755	68,8
Казахстан	68	0,745	67,0
Грузия	75	0,733	73,7
Украина	76	0,729	68,5
Армения	86	0,716	74,2
Азербайджан	91	0,700	70,7
Туркменистан	102	0,686	65,0
Молдова	111	0,649	69,3
Узбекистан	115	0,641	68,3
Кыргызстан	126	0,615	67,7
Таджикистан	127	0,607	67,5

является индекс глобальной конкурентоспособности (GCI), разработанный для Всемирного экономического форума профессором Колумбийского университета Ксавье Сала-и-Мартинем (Xavier Sala-i-Martin, Columbia University) и впервые опубликованный в 2004 году. GCI составлен из 12 слагаемых конкурентоспособности, которые детально характеризуют конкурентоспособность стран мира, находящихся на разных уровнях экономического развития. Этими слагаемыми являются: «Качество общественных институтов», «Инфраструктура», «Макроэкономическая стабильность», «Здоровье и начальное образование», «Высшее образование и профессиональная подготовка», «Эффективность рынка товаров и услуг», «Эффективность рынка труда», «Развитость финансового рынка», «Технологический уровень (оснащенность новыми технологиями)», «Размер рынка», «Конкурентоспособность бизнеса» и «Инновационный потенциал».

GCI базируется на концепции стадий развития в определении Майкла Портера, то есть при расчете индекса больший удельный вес придается тем слагаемым, которые более важны для той или иной страны, учитывая ее стадию развития. Это означает, что, хотя в определенной степени все 12 слагаемых важны для всех стран, значение каждого из них зависит от стадии развития страны. Чтобы принимать это во внимание, слагаемые объединены в три субиндекса, каждый из которых имеет решающий вес на определенной стадии развития. Субиндекс «общие требования» состоит из тех слагаемых, которые наиболее важны для стран, рост экономики которых зависит от факторов («Качество общественных институтов», «Инфраструктура», «Макроэкономическая стабильность», «Здоровье и начальное образование»). Субиндекс «усилители эффективности» включает в себя элементы, наиболее важные для стран, где на рост влияет эффективность («Высшее образование и профессиональная подготовка», «Эффективность рынка товаров и услуг», «Эффективность рынка труда», «Развитость финансового рынка», «Технологический уровень (оснащенность новыми технологиями)», «Размер рынка»). В субиндекс «инновации и развитость» вошли те слагаемые, которые важны для стран на стадии зависимости от инноваций («Конкурентоспособность бизнеса» и «Инновационный потенциал»).

Поскольку до сих пор Республика Беларусь не входила в число стран, в которых проводится расчет GCI, и, несмотря на ожидания, целевые установки и программные мероприятия, направленные на решение задачи вхождения в число 30 лучших

по данному индексу, страна не представлена и в рейтинге 2012 года (в связи с этим более перспективно разработать систему мер по улучшению позиции Республики Беларусь в рейтинге журнала «International Living», где наша страна постоянно представлена и, имея в 2011 г. итоговый рейтинг 51, находится во второй сотне из 192 государств), в данной публикации нецелесообразно описывать методику расчета и приводить конкретные показатели индекса различных стран, но следует отметить, что из всех составляющих, система здравоохранения может оказывать и оказывает влияние на компонент «Здоровье и начальное образование». Этот параметр рассчитывается на основе десяти показателей, восемь из которых относятся к сфере здравоохранения и два – к образованию. К здравоохранению относятся следующие показатели:

- 1) среднесрочное влияние малярии на бизнес;
- 2) среднесрочное влияние на бизнес туберкулеза;
- 3) среднесрочное влияние на бизнес ВИЧ/СПИД;
- 4) младенческая смертность;
- 5) ожидаемая продолжительность жизни;
- 6) заболеваемость малярией;
- 7) заболеваемость туберкулезом;
- 8) распространенность ВИЧ.

Для каждой из 144 экономик, охваченных исследованием, опубликованный 05.09.2012 г. отчет «The Global Competitiveness Report 2012–2013» [21] содержит детальные описания страны и национальной экономики с подробными итогами по общей позиции в рейтинге и по основным конкурентным преимуществам и недостаткам, которые были выявлены на основании анализа, используемого для расчета индекса. Включен также статистический раздел с таблицами рейтингов по 110 различным индикаторам.

Рейтинг глобальной конкурентоспособности 2012–2013 гг. возглавила Швейцария, которая занимает первое место уже четвертый год подряд. Второе и третье места – у Сингапура и Финляндии, соответственно. Страны Северной и Западной Европы доминируют в первой десятке списка: верхние строки занимают Швеция (4-е место), Нидерланды (5-е), Германия (6-е).

США занимают 7-е место. Далее идут Великобритания (8-е место) и Гонконг (9-е). Япония, которая завершает первую десятку наиболее конкурентоспособных экономик, остается второй по рейтингу экономикой Азии, несмотря на заметное снижение позиций в последние годы.

Исследование демонстрирует, что разрыв в конкурентоспособности среди европейских стран продолжает увеличиваться. В то время как стра-

ны Северной и Западной Европы укрепили свои традиционно сильные конкурентные позиции со времени экономического кризиса 2008–2009 гг., страны юга Европы, такие как Португалия (49-е место), Испания (36-е место), Италия (42-е место) и, особенно, Греция (96-е место), продолжают страдать от конкурентных недостатков (макроэкономическая неустойчивость, плохой доступ к финансированию, негибкие рынки труда и дефицит инноваций).

Россия в 2012 г. потеряла одну позицию в рейтинге и опустилась на 67-е место. По сравнению с предыдущим годом относительно стабильное положение России ухудшилось по таким слагаемым, как качество институтов, конкуренция на рынках товаров и услуг, антимонопольная политика и развитость финансового рынка. Улучшение произошло лишь по двум слагаемым: макроэкономическая среда и инфраструктура. Как и в 2011 г., ключевыми проблемами для экономического развития в России представители бизнеса называют коррупцию и неэффективность государственного аппарата, а также высокие налоговые ставки. В 2012 г. существенно выросла значимость проблем с доступностью финансирования и с квалификацией рабочей силы. Все эти проблемы мешают России воспользоваться своими конкурентными преимуществами (сравнительно низкий уровень государственного долга и дефицита бюджета, значительный объем внутреннего рынка, относительно высокий инновационный потенциал и качественное высшее образование).

Среди стран бывшего СССР Россия пропустила вперед Эстонию (34-е место), Литву (45-е), Азербайджан (46-е), Казахстан (51-е), который улучшил свою позицию сразу на 21 пункт, и Латвию (55-е место). Остальные государства постсоветского пространства расположились ниже: Украина – 73-е место, Грузия – 77-е, Армения – 82-е, Молдова – 87-е, Таджикистан – 100-е и Кыргызстан – 127-е.

Среди показателей, используемых при расчете обоих описанных выше индексов (HDI и GCI), имеется один общий – ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении.

ОППЖР – один из ключевых показателей демографической статистики, который выражается прогностическим количеством лет, которые проживет поколение детей родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни поколения уровни смертности во всех возрастных группах будут оставаться неизменными на уровне данного года.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении в Республике Беларусь в последние годы находится на уровне немногим более 70 лет, что несколько выше, чем в среднем в странах СНГ (69,53 в 2009 г.) но ниже, чем по Европейскому региону (76,31 в 2010 г.).

ОППЖР женщин выше, чем мужчин. При этом разница в среднем по странам мира составляет около 4,5 лет. В Республике Беларусь в 2011 г. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении женщин составила 76,4 лет, мужчин – 64,7. Если продолжительность жизни женщин существенно превышает среднемировой уровень (около 70 лет), то этот показатель для мужчин лишь немногим выше, чем в среднем во всем мире (63,3 года). Таким образом, разница между показателями ОППЖР женщин и мужчин в нашей стране в 2011 г. составила 11,7 лет.

Эффективное функционирование системы здравоохранения, существенное улучшение показателей общественного здоровья и здравоохранения невозможны без обеспечения приоритетного финансирования отрасли и, по крайней мере, двукратного увеличения объема финансирования расходов на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту, что было предусмотрено еще первой Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь 1998 года и учитывает тенденции в развитии мирового здравоохранения. Так, по утверждению ВОЗ, при государственных расходах на здравоохранение, не превышающих 5% ВВП, система здравоохранения не может влиять на показатели здоровья населения. В странах ОЭСР этот показатель в 2007 г. составлял не менее 6,6% ВВП, или 73% общего объема расходов на здравоохранение. В странах Северной Европы, Великобритании, Чехии, Франции и Японии доля общественного финансирования здравоохранения выше – более 80%, что позволяет обеспечивать всему населению практически полный объем необходимых медицинских услуг высокого качества.

Сопоставление подушевых государственных расходов на здравоохранение и показателей здоровья населения однозначно демонстрирует прямую зависимость между ОППЖР и обратную между смертностью населения, с одной стороны, и объемом государственного финансирования здравоохранения в диапазоне от 0 до 1500 долларов США по паритету покупательной способности, с другой. Объем финансирования, необходимый для достижения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в 73 года и снижения общего коэффициента смертности до 11‰, должен состав-

лять 1200 долларов США по ППС на душу населения в год [22].

Очевидно, что показатель ОППЖР непосредственно связан с другими медико-демографическими показателями (рождаемость, смертность, в том числе младенческая и материнская смертность, естественное движение населения). Система здравоохранения оказывает существенное влияние на улучшение показателей младенческой и материнской смертности, а при рациональной организации ее функционирования и соответствующем финансировании – на смертность взрослого населения от управляемых причин.

В нашей стране достигнуты впечатляющие успехи в снижении показателей младенческой и материнской смертности. Так, в 2011 г. показатель младенческой смертности составил 3,9‰ (в странах Евросоюза – 4,18 в 2010 г.), показатель материнской смертности в течение последних трех лет держится на уровне чуть более 0,9 случаев на 100 тыс. живорожденных (в странах Евросоюза – 6,1 в 2010 г.). Трудно ожидать дальнейшего снижения этих показателей, поэтому они не являются резервом существенного прироста HDI и GCI, однако для увеличения ОППЖР необходимо предпринять меры по сохранению их нынешнего уровня.

Не может повлиять на рост GCI и заболеваемость малярией, которая не регистрируется в Беларуси. В то же время резервом роста этого индекса может стать сокращение распространенности ВИЧ-инфекции и, особенно, заболеваемости туберкулезом. Так, число новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения в Республике Беларусь (данные ВОЗ) в 2009 г. составило 11,04 (в странах Евросоюза – 4,98), и этот показатель продолжает расти (в 2011 г. – 12,6). В то же время, распространенность ВИЧ, оцениваемая по проценту инфицированных во взрослой популяции (в возрасте 15 лет и выше), в Беларуси одна из наиболее низких в Европе – на 1 августа 2012 г. этот показатель составил 0,13% (для сравнения: в Австрии в 2011 г. – 0,3%, Бельгии – 0,2%, Российской Федерации – 1,0%). При существующем значении распространенности ВИЧ, Республика Беларусь заняла бы в 2011 г. 21-е место по этому показателю среди 142 стран, а значение распространенности ВИЧ менее 0,1% позволило бы стране переместиться на 1-е место.

Заболеваемость туберкулезом по республике (данные ВОЗ) в 2010 г. составила 52,72 на 100 тыс. населения, в то время как в странах Евросоюза – 12,31. При таком уровне заболеваемости Республика Беларусь оказалась бы в седьмом десятке стран по этому показателю.

Существенным резервом роста обоих индексов (HDI и GCI) может стать снижение смертности мужчин трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения и внешних причин (через увеличение ОППЖР). Именно эти причины являются определяющими в структуре преждевременной смертности мужской части населения страны.

По данным ВОЗ, в 2009 году стандартизованный коэффициент смертности мужчин в возрасте 0–64 года в Республике Беларусь составил 316,22 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста. Это самый высокий показатель среди всех стран Европы. Для сравнения, в странах Евросоюза его значение составило 69,19, причем там этот показатель демонстрирует устойчивую тенденцию к снижению.

Стандартизованный коэффициент смертности мужчин в возрасте 0–64 года от травм и отравлений в 2009 г. составил в Беларуси 316,22 (данные ВОЗ), и по этому показателю наша страна «уступает» лишь Российской Федерации (343,84).

Единственным и наиболее эффективным путем борьбы с эпидемией сердечно-сосудистых заболеваний (в первую очередь, среди мужчин трудоспособного возраста) видится создание государственной системы профилактики БСК на основе формирования здорового образа жизни, контроля за ведущими факторами риска (курение, избыточная масса тела, борьба с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией). При этом при организации работы с факторами риска, воспитательной работы по формированию здорового образа жизни на уровне дошкольных, школьных, средних специальных и высших учреждений образования, трудовых коллективов, мест проживания граждан необходима интеграция всех заинтересованных органов государственного управления и ведомств. Целесообразно также разработать систему оценки эффективности этой работы с учетом специальных индикаторов.

Важнейшим шагом на пути создания такой системы должно стать обеспечение мониторинга за факторами риска на уровне первичного звена здравоохранения с целью обеспечения реальной работы по контролю за ними. Это явится основой создания государственной системы профилактики не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и других заболеваний, развитие которых связано с этими факторами риска.

Проведение этой важнейшей работы потребует дополнительных материальных затрат, пересмотра норм нагрузки врачей первичного звена. Эти средства могут быть получены за счет перерас-

пределения ресурсов со стационарной помощи на амбулаторно-поликлинический уровень.

Одним из путей переориентации здравоохранения страны на профилактическую работу может стать включение в территориальные программы государственных гарантий в области здравоохранения рубрики «финансирование мероприятий профилактической направленности», включая первичное звено здравоохранения (индикатор – число посещений с профилактической целью, которые будут ориентированы не только на профилактические осмотры населения). На эти цели необходимо выделение не менее 5% финансовых средств из общей суммы, выделяемой на территориальные программы (это позволит изменить структуру бюджетного финансирования здравоохранения за счет перераспределения средств на профилактическую работу).

Целесообразно разработать и ввести в циклы первичной подготовки и переподготовки специалистов-кардиологов, врачей первичного звена, организаторов здравоохранения, среднего медицинского персонала специальные курсы по профилактике, как первичной, так и вторичной, сердечно-сосудистых и других заболеваний, связанных едиными факторами риска, что позволит перейти к реальной работе по их контролю.

Для разработки практических путей профилактики и снижения демографических потерь от сердечно-сосудистых заболеваний в условиях Республики Беларусь необходимо подготовить несколько проектов тем НИР, выполнение которых поручить не только специалистам здравоохранения, но и социологам, экономистам, педагогам, поскольку эта проблема носит комплексный характер.

Смертность населения от травм и отравлений в значительной степени связана с потреблением алкогольных напитков, и ее снижение – важнейшая задача всего общества, решение которой лежит большей частью вне сферы деятельности системы здравоохранения.

Следует отметить, что в социально-экономических условиях, сложившихся в настоящее время в Беларуси, нет оснований для быстрого и кардинального изменения медико-демографических показателей, используемых при расчете индексов. Однако мировой опыт свидетельствует, что при целенаправленной деятельности в области реализации рациональной демографической политики возможно постепенное улучшение показателей здоровья населения и, как следствие, достижение более высокого рейтинга страны в мировом сообществе.

Важнейшие направления деятельности системы здравоохранения по улучшению медико-демографической ситуации в стране, а, следовательно,

и по укреплению позиций Республики Беларусь в международных рейтинговых исследованиях, отражены в мероприятиях ряда государственных программ, одним из заказчиков и координаторов которых является Министерство здравоохранения.

Наиболее всесторонне мероприятия по улучшению демографической ситуации представлены в Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы [23], в которой выделена отдельная подпрограмма «Укрепление здоровья населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни». Один из планируемых результатов выполнения мероприятий Программы – увеличение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении до 72–73 лет.

Для достижения прогнозного значения этого показателя запланирован ряд мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, своевременное выявление факторов риска для здоровья, дальнейшее повышение качества и доступности медицинской помощи, создание условий для охраны репродуктивного здоровья населения, материнства и детства, уменьшение тяжести течения и вероятности возникновения осложнений при хронических заболеваниях.

Мероприятия Программы предусматривают: дальнейшее развитие системы сохранения репродуктивного здоровья, добрачного консультирования, внедрение новых методов диагностики и лечения женского и мужского бесплодия, вспомогательных репродуктивных технологий;

профилактику абортот, основанную на сотрудничестве государства, религиозных конфессий, общественных организаций и средств массовой информации;

усиление профилактической направленности в работе с детьми, в том числе по предупреждению нарушений осанки, зрения, развития хронических заболеваний, их обострений и осложнений;

расширение межведомственного взаимодействия в целях снижения смертности детей и взрослых от внешних причин, повышение ответственности родителей за жизнь и здоровье детей;

широкое информирование населения о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний;

проведение диспансеризации населения, в первую очередь трудоспособного, реализацию профилактических мероприятий и оказание необходимой медицинской помощи;

внедрение современных медицинских технологий и новых методов диагностики, лечения и

реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями на всех уровнях оказания медицинской помощи;

завершение создания системы медицинской реабилитации в республике, открытие в регионах больниц медицинской реабилитации, оснащение отделений медицинской реабилитации современным медицинским оборудованием, внедрение новых реабилитационных технологий;

внедрение в организациях здравоохранения электронного паспорта здоровья, электронной карты амбулаторного пациента, осуществление мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями, инвалидов, развитие телемедицины.

Другой важнейшей программой, направленной на снижение заболеваемости и смертности, а, следовательно, и на увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения, является Государственная программа «Кардиология» на 2011–2015 годы [24].

Программой предусмотрен комплекс профилактических, организационно-методических, образовательных, научных, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на профилактику БСК, формирование у населения потребности в соблюдении здорового образа жизни, заботе о собственном здоровье, повышение качества и доступности кардиологической помощи населению, внедрение наиболее перспективных технологий лечения пациентов с нарушениями ритма, острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения.

Помимо мероприятий, направленных на улучшение оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Программой предусмотрено создание государственной системы профилактики БСК.

Важнейшими целевыми индикаторами выполнения мероприятий программы являются снижение смертности от БСК к 2015 году на 5%, смертности от БСК в трудоспособном возрасте на 10%.

Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы [25] предусматривает снижение количества дорожно-транспортных происшествий, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения; снижение количества несчастных случаев на производстве по причине нахождения работников в состоянии алкогольного опьянения; снижение количества смертей от случайных отравлений алкоголем. Достижение этих целей, безусловно, положительно скажется на увеличении ожидаемой продолжительности жизни населения Беларуси.

Успешная реализация мероприятий этих трех программ и достижение прогнозных значений индикаторов их выполнения позволит повысить значения индекса человеческого развития и рейтинга глобальной конкурентоспособности по показателю «Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении».

Повышение рейтинга глобальной конкурентоспособности по составляющей «Здоровье и начальное образование» напрямую зависит от эффективности работы по снижению заболеваемости такими социально опасными инфекциями, как туберкулез и ВИЧ-инфекция.

В стране реализуются две государственные программы, успешное выполнение которых способно положительно сказаться на рейтинге Республики Беларусь как государства, в котором созданы хорошие условия для ведения бизнеса.

В результате реализации Государственной программы «Туберкулез» (годы выполнения – 2010–2014) [26] будут созданы условия, способствующие снижению показателя заболеваемости населения туберкулезом в среднем на 2% в год и показателя смертности пациентов от туберкулеза в среднем на 1% в год.

Основными целями Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 годы [27] являются сдерживание распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь и снижение смертности от СПИДа.

Таким образом, успешная реализация государственных программ в сфере здравоохранения должна обеспечить повышение международных рейтингов Республики Беларусь за счет их отдельных составляющих, на уровень которых оказывает влияние работа отрасли. Также для повышения позиции Республики Беларусь в рейтингах международных организаций, формирования информационной открытости рынка медицинских услуг Республики Беларусь и осуществления странового ребрендинга необходимо проведение следующих организационных мероприятий:

1. Обеспечить конкурентоспособность белорусского здравоохранения на мировом рынке медицинских товаров и услуг.

2. Организовать проведение на постоянной основе рекламной-информационной кампании по созданию благоприятного имиджа и психологического доверия к белорусскому здравоохранению в мире, в том числе, путем усовершенствования дизайна, содержания, информативности презентационных материалов с указанием стоимости диагностики и лечения по отдельным нозологическим формам заболеваний для размещения в сети Ин-

тернет, средствах массовой информации и предоставлении дипломатическим миссиям за рубежом.

3. Улучшить качество рекламно-информационных материалов по экспорту медицинских и образовательных услуг государственными организациями, подчиненными Министерству здравоохранения Республики Беларусь.

4. Разработать алгоритм организации оказания медицинских услуг белорусскими врачами-специалистами за рубежом в рамках международного сотрудничества; обмена опытом с зарубежными специалистами в области экономики здравоохранения для изучения организации международного рынка медицинских услуг.

5. Разработать и внедрить в организациях здравоохранения республики новые высокотехнологичные методы лечения, диагностики, реабилитации и профилактики заболеваний, выполняемые с использованием сложных и уникальных технологий в области трансплантологии, кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, травматологии и др.

6. Активизировать работы по информатизации отрасли (создание и внедрение в организациях здравоохранения программных продуктов, широкое использование Интернет- и телемедицинских технологий).

7. Поддерживать функционирование каналов коммуникаций Минздрава с республиканскими органами государственного управления (Министерством сельского хозяйства и продовольствия, Министерством природных ресурсов и охраны окружающей среды, Министерством внутренних дел, Министерством по чрезвычайным ситуациям и др.).

8. Расширить привлечение внебюджетных средств и инвестиций в сферу здравоохранения, обеспечить дальнейшее развитие платных медицинских услуг, в том числе путем расширения экспорта медицинских и образовательных услуг.

9. Внедрить Национальные счета здравоохранения в процесс мониторинга здравоохранения Республики Беларусь.

10. Инициировать проведение международных научно-практических симпозиумов, конференций, съездов и др. в Республике Беларусь.

11. Обеспечить выполнение инновационных научных программ и проектов по приоритетным направлениям научно-технической деятельности Республики Беларусь на 2011–2015 годы.

12. Для повышения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни необходимо активизировать работу по снижению смертности населения в трудоспособном возрасте от предотвратимых причин, раннему выявлению заболева-

ний, формированию здорового образа жизни, развитию самоохрнительного поведения.

13. Разработать и внедрить систему адресной профилактики группы лиц с факторами риска болезни системы кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Stobaugh, R.B.* How to Analyze Foreign Investment Climates / R.B.Stobaugh // Harvard Business Review. – 1969. – September – October.
2. *Doing Business – Explore Economics / International Finance Corporation, World Bank Group.* – New York: World Bank pub., 2001.
3. *Barro, R.J.* Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study / R.J.Barro. – Cambridge, Mass.: MIT Press, 1997.
4. *Kotalik, J.* Transparency International CPI, Different Approach / J.Kotalik // Business Development. – 2002. – No.4.
5. *Ветлугин, С.Ю.* Международные рейтинги, влияющие на оценку инвестиционной привлекательности экономики / С.Ю.Ветлугин // Проблемы современной экономики. – 2005. – №1/2 (13/14).
6. *Лобанов, А.* Значение экономических рейтингов в системе управления / А.Лобанов, Д.Калечиц // Банковский вестник. – 2011. – №16. – С.27–31.
7. *Institute of Management Development: рейтинг конкурентоспособности стран мира в 2012 году.* – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2012/05/31/4423>. – Дата доступа: 05.06.2012 г.
8. *Индекс восприятия коррупции – 2011.* – Режим доступа: <http://www.transparency.org.ru/indeks-vospriiatia-korruptcii/ivk-2011>. – Дата доступа: 15.03.2012.
9. *International Living's Quality of Life Index 2011.* – Режим доступа: <http://internationalliving.com/2010/12/quality-of-life-2011>. – Дата доступа: 05.06.2012 г.
10. *Николаев, И.А.* Рейтинг прогресса (какие страны развиваются быстрее): Аналитический доклад / Департамент стратегического анализа ФБК (Аудит Консалтинг Право); И.А.Николаев, О.С.Точилкина. – М., 2011. – 33 с. – Режим доступа: http://www.fbk.ru/library/research_library/1083354/. – Дата доступа: 26.06.2012.
11. *Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 февраля 2011 г. №216 «Об утверждении Программы деятельности Правительства Республики Беларусь на 2011–2015 годы»* // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – №29. – 5/33370.
12. *Калинина, Т.В.* Оценка популяционного здоровья населения по индексу человеческого развития / Т.В.Калинина // Проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения БГМУ. – Минск, 2005. – С.73–76.
13. *Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех / пер. с англ., ПРООН.* – М.: Изд-

- во «Весь мир», 2011. – 188 с. (Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/ru>. – Дата доступа: 16.03.2012 г.).
14. Klugman, J. The HDI 2010: new controversies, old critiques / J.Klugman, F.Rodriguez, H.-J.Choi // The Journal of Economic Inequality. – 2011. – Vol.9, No.2. – P.249–288.
 15. Доклад о развитии человека. 2009 г. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_RU_Complete.pdf. – Дата доступа: 22.07.2010 г.
 16. Human Development Indicators 1992: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1992_en_indicators1.pdf. – Дата доступа: 22.07.2010 г.
 17. Human Development Indicators 1996: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1996_en_indicators1.pdf. – Дата доступа: 22.07.2010 г.
 18. Human Development Indicators 2000: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_2000_back1.pdf. – Дата доступа: 22.07.2010 г.
 19. Human Development Indicators 2004: [Электронный ресурс] / Human Development Reports (HDR) – United Nations Development Programme (UNDP). – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/hdr04_HDI1.pdf. – Дата доступа: 22.07.2010 г.
 20. The Global Competitiveness Report 2011–2012. – Режим доступа: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GCR_Report_2011-12.pdf. – Дата доступа: 16.03.2012 г.
 21. Всемирный экономический форум: рейтинг глобальной конкурентоспособности 2012–2013. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2012/09/05/4949>. – Дата доступа: 06.09.2012 г.
 22. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э.Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
 23. Указ Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №357 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – №93. – 1/12762.
 24. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 г. №268 «О Государственной программе «Кардиология» на 2011–2015 годы» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – №33. – 5/33439.
 25. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. №27 «О Государственной программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – №8. – 5/33153.
 26. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8 января 2010 г. №11 «О Государственной программе «Туберкулез» на 2010–2014 годы» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2010. – №15. – 5/31034.
 27. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 4 марта 2011 г. №269 «Об утверждении Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 годы» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – №32. – 5/33430.

INCREASING THE REPUBLIC OF BELARUS' POSITION IN INTERNATIONAL RATINGS: OBJECTIVES AND PROGRAM ACTIVITIES IMPLEMENTED IN HEALTH CARE

D.F.Kunitski, N.Ye.Kheifets, I.V.Malakhova, M.M.Sachek

Current international rating comparisons of different countries of the world were outlined. Specific rating constituents, the level of which depended, to a certain extent, on the health care system, as well as related activities within the framework of the implemented state programmes of the Republic of Belarus aimed at improving the health and demographic situation and, consequently, at increasing the country's position in the international ratings, were emphasized. Proposals for the implementation of organizational measures to promote the country rebranding of the Republic of Belarus were formulated.

Поступила 07.09.2012 г.