

- Устойчивое развитие экономики: состояние, проблемы, перспективы сборник трудов IX Международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 184–186.
2. Солодовников, С. Ю. Тенденции и перспективы развития занятости и создания социально-научного сообщества в условиях модернизации транзитивной экономики: на примере Республики Беларусь / С. Ю. Солодовников // Вестн. Полоц. гос. ун-та. Сер. Д. Экон. и юрид. науки. – 2015. – № 6. – С. 2–9.
 3. Солодовников, С. Ю. Социально-экономические условия перехода Республики Беларусь к постиндустриальному обществу / С. Ю. Солодовников // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2007. – Т. 9. – № 2. – С. 443–448.
 4. Мелешко, Ю. В. Перспективы развития рынка интернета вещей в Республике Беларусь / Ю. В. Мелешко // Экономическая наука сегодня. – 2018. – № 7. – С. 49–62.
 5. Белоусов, Н. Предисловие // Интернет вещей. Будущее уже здесь / С. Грингард. – Москва : Альпина Паблишер, 2016. – 185 с. – С. 7–9.
 6. Грингард, С. Интернет вещей. Будущее уже здесь / С. Грингард. – Москва : Альпина Паблишер, 2016. – 185 с.
 7. Мамишев, А. И. Перспективы развития сферы промышленных услуг / А. И. Мамишев // Известия Санкт-петербургского государственного экономического университета. – 2013. – № 5. – С. 136–138.
 8. Мелешко, Ю. В. Совершенствование экономического механизма оказания услуг промышленного характера в Республике Беларусь / Ю. В. Мелешко, О. А. Борздыко // Модернизация хозяйственного механизма сквозь призму экономических, правовых, социальных и инженерных подходов : сборник материалов XI Международной научно-практической конференции, 23 ноября 2017 г.: в 2 т. – Минск : БНТУ, 2017. – Т. 1. – 2017. – С. 204–205.

УДК 338.46

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛАТВИИ

*Меньшиков В.В., д.с.н., проф., Волкова О.В., н.асс., Чаплинска А.А., д.э.н., доц.
Даугавпилсский университет,
г. Даугавпилс, Латвия*

Ключевые слова: экономическая доступность здравоохранения, прямые платежи, катастрофические расходы, уровень жизни.

Реферат. Многочисленные, регулярно появляющиеся статьи в латвийских СМИ о проблемах человеческих ресурсов в здравоохранении, недостаточном финансировании отрасли и удручающих последствиях низкой доступности лечения для населения, побуждают рассматривать проблемы доступа латвийского здравоохранения более детально с различных ракурсов. Экономические аспекты проблем доступа особенно актуальны в латвийском здравоохранении в последнее время. В статье представлены основные принципы доступности здравоохранения с точки зрения экономической науки. Экономическая доступность здравоохранения подразумевает адекватные расходы на медицинское обслуживание и базируется на принципе справедливости. Целью статьи выступает статистический анализ на базе международных исследовательских проектов доступности здравоохранения в сопоставлении с некоторыми другими странами, обоснование реальных путей решения этой острой проблемы повышения уровня жизни населения страны с позиции экономической теории.

Ресурсов систем здравоохранения не хватает на всех нуждающихся в медицинской помощи, откуда берут начало сложнейшие проблемы распределения ресурсов. Наиболее острый характер эти проблемы приобретают в отношении особо дефицитных медицинских ресурсов (лекарств, видов помощи), имеющих жизненно важное значение для пациента, для

которых потребность намного превышает их количество. В итоге возникает противоречие между этическим принципом «жизнь как ценность» (согласно которому врач должен стремиться сделать максимум возможного для блага своего пациента) и необходимостью выбирать, кто получит медицинскую помощь (и в каком объеме), а кто останется обделен [19]. Системы оказания медицинской помощи повсеместно страдают от непродуктивных издержек, связанных с необоснованными медицинскими назначениями, медицинскими ошибками, повышенными расходами на содержание административного персонала и др. При неэффективном использовании ресурсов потребности населения так и не удовлетворяются, необходимые цели не достигаются (даже при экономических возможностях страны их достичь), а острота моральных проблем остается.

Экономический аспект неравенства доступа к здравоохранению анализируется с помощью методов математической статистики, традиционно используемых для измерения неравенства населения в целом [10]. Например, метод квинтилей, кривая концентрации здравоохранения, индекс концентрации и др. Индекс концентрации здравоохранения или так называемый индекс Каквани (*Kakwani's progressivity index*) считается одним из наиболее распространенных методов оценки вертикального неравенства [6]. Индекс концентрации суммирует распределение охвата конкретной медицинской услугой в связи с экономическим статусом домохозяйства. Этот подход концептуально связанный с коэффициентом Джини (индекс концентрации доходов), но более расширен в том смысле, что он суммирует распределение одной переменной (охвата) по отношению ко второй (экономический статус).

Резолюция 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года гласит, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам¹ и не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью. Эта цель была определена как *всеобщий охват*, иногда её формулируют как всеобщий охват услугами здравоохранения или всеобщий охват медико-санитарными услугами [5].

Ряд 17 целей, декларируемых для устойчивого развития стран (*Sustainable Development Goals, SDG*), принятых Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в сентябре 2015 года, имеют целевые показатели, касающиеся здоровья. Одна из целей SDG 3 – фокусируется конкретно на обеспечении здоровой жизни и обеспечении благосостояния для всех людей любого возраста. Однако целевая задача 3.8. SDG 3 – достижение универсального охвата здравоохранением (*Universal health coverage, UHC*) (ВОЗ 31.12.2017), включая защиту финансовых рисков, доступ к качественным основным медицинским услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и доступным основным лекарственным средствам и вакцинам для всех – является ключом к достижению всей цели, а также целевым показателям других SDG, связанных со здоровьем.

Целью всеобщего доступа к медицинским услугам является обеспечение того, чтобы все люди получали необходимые им медицинские услуги и не испытывали финансовых трудностей в связи с их оплатой [14]. Основной задачей для систем здравоохранения и для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения является стремление к обеспечению справедливости, качества помощи и эффективности [17].

Три фундаментальных взаимосвязанных проблемы стоят на пути стран к всеобщему охвату.

Первая – *наличие ресурсов*. Ни одна страна, какой бы богатой она не была, не смогла добиться того, чтобы каждый человек имел непосредственный доступ к любой технологии или медицинскому вмешательству, способным улучшить здоровье и продлить жизнь. На противоположном конце шкалы находятся беднейшие страны, где доступным для всех является очень ограниченный набор услуг.

Второе препятствие на пути достижения всеобщего охвата – это чрезмерная зависимость от *прямых платежей* в момент, когда человек нуждается в помощи. Такие платежи включают в себя оплату за счет личных средств лекарств, приобретаемых в розничной сети, и плату за прием у врача и процедуры. Даже те, у кого есть одна из форм медицинской стра-

¹ В докладе ВОЗ термин «медико-санитарные услуги» включает в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию.

ховки, иногда вынуждены вносить средства в форме соплатежей, соплатежей страхового взноса или франшизы. Необходимость напрямую оплачивать медицинские услуги в тот момент, когда в них возникла необходимость, – независимо от того, осуществляется ли оплата формально или неформально («под столом»), – мешает миллионам людей получать медицинские услуги тогда, когда они в них нуждаются. Для тех же, кто обращается за лечением, медицинская помощь может привести к серьезным финансовым трудностям и даже к нищете.

Третьим препятствием для более быстрого движения в направлении всеобщего охвата является *несправедливое и неэффективное использование ресурсов*. Даже по консервативным оценкам 20–40 % ресурсов, выделяемых на здравоохранение, используется впустую. Сокращение этих потерь помогло бы системам здравоохранения предоставлять качественные услуги и улучшить здоровье. Повышение эффективности часто облегчает получение министерством здравоохранения дополнительных средств от министерства финансов [5].

В основе идеи всеобщего охвата услугами здравоохранения лежит принцип равного доступа к услугам. Однако в странах, находящихся на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения, существует риск того, что более бедные сегменты населения с меньшими возможностями не будут учтены. Во всем мире страны начинают понимать, что свободный рынок в области охраны здоровья, где люди покупают и продают медицинские услуги как другие товары, никогда не приведет к Всемирному охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ). При такой системе адекватный охват услугами будет обеспечен только для богатых, а малоимущие и уязвимые слои населения будут исключены [20].

Всеобщий охват услугами здравоохранения включает два взаимосвязанных компонента: полный набор качественных основных услуг здравоохранения в соответствии с потребностью и защита от финансовых трудностей, включая возможное обнищание из-за оплаты медицинских услуг из собственных средств.

Для услуг профилактики определено шесть показателей: удовлетворение потребностей в области планирования семьи, по крайней мере четыре посещения в рамках дородового наблюдения, вакцинация детей от кори, улучшение источника воды, удовлетворительные санитарные условия и неиспользование табака. Для услуг лечения определен другой набор из шести показателей для пяти областей вмешательства: квалифицированные акушерские услуги, антиретровирусная терапия, обнаружение случаев туберкулеза и успешное лечение (эти два показателя объединены в один), лечение гипертонии и лечение диабета.

Среди показателей, предлагаемых для отслеживания уровня финансовой защиты в области здравоохранения (частота «катастрофических» расходов на медицинское обслуживание и частота обнищания из-за оплаты медицинских услуг из собственных средств), первый показатель отражает количество домохозяйств с любым уровнем дохода, чьи расходы на медицинское обслуживание превышают возможности, а второй показатель – количество домохозяйств, которые в результате расходов на медицинское обслуживание оказываются ниже уровня бедности.

Для расчета показателей финансовой защиты использовались данные Всемирного исследования здоровья населения (*World Health Survey*): доля домохозяйств без катастрофических платежей и доля домохозяйств, которые не стали бедными или еще беднее из-за оплаты медицинских услуг из собственных средств. В каждом случае представлены результаты как для населения в целом, так и для самых бедных 20 и 40 %. При расчете показателей катастрофических расходов возможность оплаты услуг определялась по размеру непродовольственных расходов. Пороговое значение для определения катастрофических расходов было равно 25 %. Для вычисления показателей обнищания использовалась международная черта бедности – 1,25 долл. США на человека в день [17].

Прямые платежи / платежи из собственного кармана (*out-of-pocket spendings*) – это один из основных индикаторов систем финансирования здравоохранения. Он способствует пониманию удельного веса прямых платежей из средств домашних хозяйств в общих расходах на здравоохранение [16]. Установлено, что значительная доля бедного населения мира, насчитывающего в целом 1,3 млрд человек, не имеет доступа к медицинским услугам только потому, что люди не могут позволить себе оплату услуг в тот момент, когда она им необ-

ходима. А поскольку некоторые из них не способны работать из-за болезни, то рискуют оказаться в бедности или обнищать еще больше.

Прямые платежи из кармана потребителей не только становятся причиной финансового стресса и отказа от медико-санитарных услуг, но они также порождают неэффективность и несправедливость в использовании ресурсов. Использование такой формы платежей приводит к чрезмерному потреблению медицинской помощи теми, кто может ее оплачивать, и недопотреблению помощи теми, кто не способен ее оплатить [5].

По последним доступным данным ОЭСР (*OECD*), в 2016 году платежи из собственного кармана в Латвии составляли 45 % от общих издержек на здоровье. Больше чем в Латвии этот показатель был только в Индии (65,1 %) и Индонезии (50,2 %). Министр здравоохранения Латвии Анда Чакша в одном из интервью подчеркнула, что в нашем государстве плата из кармана пациента высока, так как доступность оплачиваемых государством услуг уже долгое время является низкой, из-за чего пациенты вынуждены оплачивать медицинские услуги сами [9]. То есть уменьшить объем прямых платежей можно, в первую очередь, улучшив доступность оплачиваемых государством услуг.

Эксперты ВОЗ отмечают, что из-за прямых платежей ежегодно по всему миру около 150 млн человек сталкиваются с катастрофическими расходами (*catastrophic expenditures*) на медико-санитарные услуги, а 100 млн оказываются за чертой бедности. В 89 странах, охватывающих 90 % всего населения земли, были проведены оценки числа людей, переживающих финансовую катастрофу (таковой считается ситуация, когда после удовлетворения базовых жизненных потребностей непосредственная оплата медицинских услуг составляет более 40 % семейного дохода). В некоторых странах до 11 % людей ежегодно испытывают подобные серьезные финансовые трудности, и до 5 % оказываются в нищете, так как должны оплатить медицинское обслуживание в момент его получения. Многочисленные исследования показывают, что подобная схема оплаты медицинской помощи за счет личных средств граждан привела к тому, что в Кении и Сенегале за один только год за чертой бедности оказались 100 000 семей. В Южной Африке в подобной ситуации находится приблизительно 290 000 семей. Финансовая катастрофа такого рода может произойти в стране с любым уровнем дохода, но она будет больше в той стране, которая для привлечения средств в здравоохранение полагается в основном на прямые платежи. В различных исследованиях выявлена общая положительная связь между катастрофическими расходами домохозяйств на здравоохранение и прямыми платежами («платежами из собственного кармана»). Было доказано, что страны с более высокой долей прямых платежей из общих расходов на здравоохранение с большей вероятностью будут иметь более высокую долю домашних хозяйств, столкнувшихся с катастрофическими расходами.

Катастрофические расходы на здравоохранение не всегда являются синонимом высоких расходов на медицинское обслуживание [15]. Например, большой счёт за операцию может не являться катастрофическим, если домохозяйство не оплачивает его полную стоимость за счёт субсидий государства или расходы покрываются страховкой. При этом даже относительно небольшие издержки на распространенные заболевания могут оказаться финансово катастрофическими для бедных семей [8] или же людей с хроническими заболеваниями или инвалидностью могут вытеснить за черту бедности сравнительно небольшие, но постоянно «капающие» счета за медицинские услуги. В 2013 году около 13 % домашних хозяйств Латвии сталкивались с катастрофическими платежами за здравоохранение. Это показатель был значительно выше, чем в Литве (9,5 %) и Эстонии (6 %) [11]. Катастрофические расходы являются ключевым показателем во многих эмпирических исследованиях неравенства доступа здравоохранения, в том числе и на примере Латвии [12, 13].

Неудовлетворенные потребности в медико-санитарной помощи, определяемые как «разница между услугами, которые считаются необходимыми для надлежащего решения проблем со здоровьем и фактически полученных услуг» [2], рассматриваются как простые инструменты контроля доступности и степени несправедливости в доступе и использовании здравоохранения [1].

В Евростате для изучения доступности медицинского обслуживания используются данные двух исследований: *EU statistics on income and living conditions* (EU-SILC), проводимое ежегодно, а также вторая волна исследования *European health interview survey* (EHIS), кото-

рое проводилось в период с 2013 по 2015 годы. Результаты EU-SILC рассчитываются на всё население Евросоюза в возрасте 16 лет и старше. В то время как EHIS охватывает население 15 лет и старше среди тех, кто нуждался в медицинской помощи в промежутке времени 12 месяцев до начала исследования.

Данные Евростат определяют три основные причины неудовлетворенных потребностей населения в конкретных услугах, связанных со здравоохранением: стоимость услуг (слишком дорого), расстояние или проблемы с транспортом (слишком далеко) и длительное ожидание (слишком большие очереди). По результатам EHIS, в 2014 году в общей сложности 26,5 % населения ЕС-28 в возрасте 15 лет и старше, нуждающихся в медицинской помощи, сообщили о неудовлетворенных потребностях в медицинском обслуживании по разным причинам. Латвия в данном рейтинге занимает первое место среди всех стран ЕС – 41,8 % [4]. Если рассматривать только финансовую причину неудовлетворенных потребностей, то Латвия снова оказывается в «лидерах» рейтинга – 2 место среди стран ЕС с показателем – 34,2 %.

Рассмотрим доступность здравоохранения в аспекте важнейших показателей экономического развития страны – ВВП и уровня жизни. Согласно статистическим данным ОЭСР, в 2016 году ВВП Латвии был равен 25589 долл. США/чел. Если проиллюстрируем долю прямых платежей от общих расходов на здравоохранение в странах с приблизительно таким же уровнем ВВП (20000–35000 долл. США/чел.), то увидим, что в Латвии самая высокая доля прямых платежей среди этих стран.

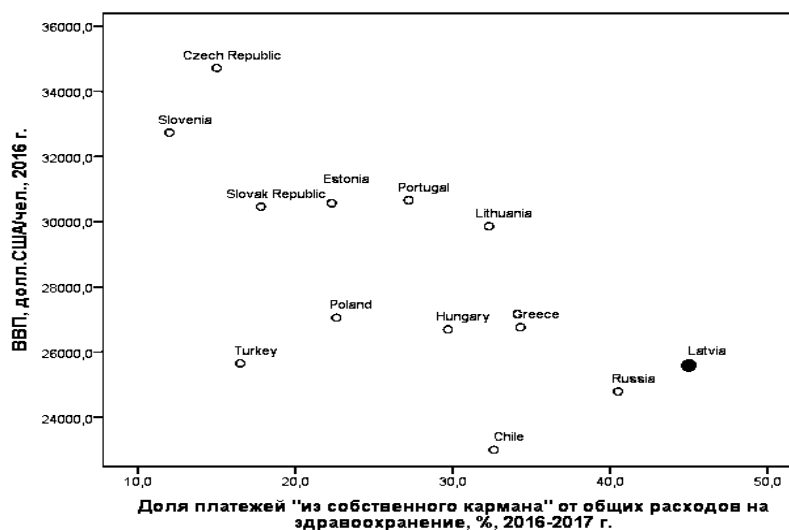


Рисунок 1 – Соотношение ВВП и количества «платежей из собственного кармана» среди стран-членов ОЭСР с уровнем ВВП в пределах 20000–35000 долл. США /чел.

*Источник: составлено авторами по данным <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

Для измерения уровня жизни традиционно используют показатели, связанные с доходами, расходами и потреблением населения страны. Один из основных показателей – располагаемые денежные доходы домохозяйства (*equivalised disposable income*) [3]. Реальные скорректированные доходы определяются исходя из денежных доходов текущего периода за вычетом обязательных платежей и налогов, скорректированных на индекс потребительских цен.

Итак, если посмотрим долю прямых платежей за здравоохранение и располагаемые денежные доходы жителей стран-членов ОЭСР (рис. 2), то увидим, что в большинстве стран уровень располагаемых доходов выше среднего, а доля «платежей из собственного кармана» – ниже среднего показателя. Однако Латвия входит в группу стран с наиболее низким уровнем располагаемых доходов, при этом имеет самый большой процент прямых платежей.

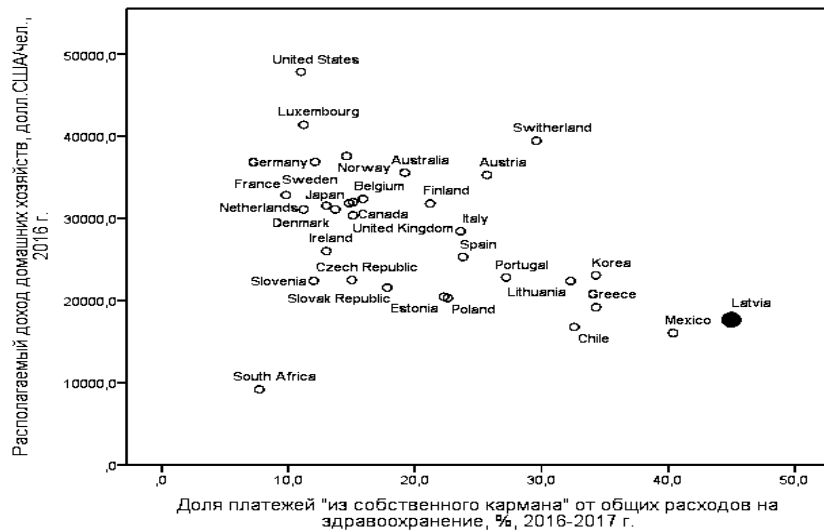


Рисунок 2 – Соотношение доли прямых платежей за здравоохранение и скорректированных располагаемых доходов жителей стран – членов ОЭСР

*Источник: создано авторами по данным <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, <https://data.oecd.org/hha/household-disposable-income.htm> с помощью программы SPSS.

В конце января 2017 года в Латвии был принят новый закон о финансировании здравоохранения. Цель закона – обеспечить устойчивое финансирование здравоохранения на основе солидарной уплаты налогов всеми членами общества. Закон предусматривает введение обязательного государственного страхования здоровья, в том числе увязывая получение услуг здравоохранения с внесением обязательных взносов соцстрахования.

С 2018 года для тех, кто работает или платит налоги самостоятельно, повысилась ставка обязательных взносов государственного социального страхования на 1 процент (0,5 % для работодателя и 0,5 % для работника). Эти дополнительные доходы направляются в основной бюджет для финансирования здравоохранения и с 2019 года будут учитываться при предоставлении оплаченных государством услуг здравоохранения жителям страны.

Ставка социальных взносов в 2018 году – 35,09 % (24,09 % выплачивает работодатель и 11 % – работник). Таким образом, с 1 января 2019 года полный пакет медицинской помощи в Латвии будет доступен только тем: за кого уплачены взносы социального страхования; кто входит в список малозащищенных льготных групп жителей; кто присоединится к системе медицинского страхования добровольно.

То есть неплательщики социальных взносов больше не смогут бесплатно получать полный ассортимент оплачиваемых государством медицинских услуг. Если житель Латвии не является социально застрахованным (не работает вообще, работает в микропредприятии, по патенту, занят на сезонных сельхозработах), то впредь он будет иметь право только на минимум медицинских услуг. За остальную помощь врачей он будет платить по полной стоимости в соответствии с прейскурантом платных услуг лечебного учреждения. Но у этих людей есть возможность добровольно присоединиться к системе обязательного страхования здоровья. Сумма страхования здоровья в 2018 году установлена в размере 1 % от установленной в Латвии минимальной месячной зарплаты или 51,60 евро в год, в 2019 году – 3 % от минимальной месячной зарплаты или 154,80 евро, в 2020 году – 5 % от минимальной месячной зарплаты или 258 евро в год. Однако эксперты считают, что «введение системы дополнительных взносов с пациентов в размере 25–70 евро в месяц, отразится на принципе равной доступности услуг здравоохранения», «государство играет жизнью и смертью людей», «разделение медицинских услуг на две корзины существенно увеличит риск того, что большая часть населения Латвии будет лишена медицинской помощи» [7].

По словам министра экономики Арвила Ашераденса, производительность труда в Латвии составляет всего 43 % от среднего показателя по Европе [16]. К чему приводит низкая про-

изводительность труда? Латвия вступила во все организации, в которые только возможно, включая Клуб богатых стран. И это задает предпринимателям определенные правила поведения, – считает министр. – Мы заказали исследование о ситуации в отрасли производства продуктов питания. Опросили около 20 тысяч предпринимателей отрасли. И у нас случился своего рода шок. Выяснилось, что в среднем наш латвийский предприниматель зарабатывает больше, чем его коллега в Германии и Дании. У нас норма прибыли в отрасли составила около 8,6 %. В Западной Европе – всего 5,6 %.

Но что делает наш бизнесмен? Он платит минимальную или просто маленькую зарплату своим работникам, ругает правительство за высокие налоги и вообще ничего не вкладывает ни в инновации, ни в технологии. Просто надеется как можно дольше удержать свою норму прибыли. А его датский коллега вкладывает большие средства в обучение работников, в процессы и технологии. Таким образом, он становится конкурентоспособным в глобальном плане.

Вот и доступность здравоохранения в глобальном плане и в своих факторах реализации этой благородной цели прежде всего определяется производительностью труда работников, высоким уровнем их образования и культуры, что требует как справедливой социальной политики государства, так и социализации экономики независимо от формы собственности.

Выводы

Статистические данные показывают, что Латвия имеет одни из наихудших показателей экономической доступности здравоохранения среди стран ЕС, а также стран-членов ОЭСР. За последние два года в стране на уровне всего государства значительно возросло внимание к вопросу финансирования здравоохранения, вопросу повышения его доступности. Однако только на этом пути острейшую проблему не решить, ведь величина государственного бюджета в основном определяется производительностью труда работающих. А это требует заботы о качестве человеческого капитала в семье, в системе образования, на производстве.

Список использованных источников

1. Allin S., Masseria C. (2009) Unmet needs as an indicator of health care access. *Eurohealth*. Vol 15 No 3; 7–14. http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Allin_Unmet_need.pdf
2. Carr W., Wolfe S. (1976) Unmet needs as sociomedical indicator. *Int. J. Health Serv.* 6: 417–430. doi: 10.2190/MCG0-UH8D-0AG8-VFNU.
3. EUROSTAT (2016) Living standard statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Living_standard_statistics
4. EUROSTAT (2018) Unmet health care needs statistics. http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
5. Evans D. B., Elovainio R., Humphreys G. (2010) Финансирование систем здравоохранения: Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1
6. Kakwani N. C. (1977). Measurement of tax progressivity: An international comparison // *Economic Journal*. 87 (345). P. 71–80.
7. Infoliepaja.lv (26.09.2017) Правительство одобрило введение «налога на здоровье». <http://infoliepaja.lv/2017/09/26/pravitelstvo-odobrilo-vvedenie-naloga-na-zdorove/>
8. Ke Xu et al. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*; 362: 111–117 http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf
9. LETA (11.10.2017) Чакша: платежи пациентов за услуги здравоохранения можно уменьшить, улучшив их доступность. <http://rus.delfi.lv/news/daily/latvia/chaksha-platezhi-pacientov-za-uslugi-zdravoohraneniya-mozhno-umenshit-uluchshiv-ih-dostupnost.d?id=49326119>
10. O'Donnel O., Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M. (2008) *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation*. The World Bank Washington, D.C. 221 p.
11. OECD (2017) *OECD Economic Surveys: Latvia 2017*. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-lva-2017-en

12. OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Latvia: Country health profile 2017, State of Health in the EU. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/355986/Health-Profile-Latvia-Eng.pdf?ua=1
13. Taube M., Vaskis E., Nesterenko O. (2017) Can people afford to pay for health care? WHO http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-pay-Latvia-WHO-FP-006.pdf
14. The World Bank (2017) Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. <http://pubdocs.worldbank.org/en/193371513169798347/2017-global-monitoring-report.pdf>
15. Wyszewianski L. (1986) Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. *Inquiry*; 23: 382–94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2947859>
16. ВОЗ (14.09.2017) Прямая оплата услуг. https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/
17. Всемирный Банк (2014) Мониторинг прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения на уровне отдельных стран и на глобальном уровне Система, показатели и цели. Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_rus.pdf;jsessionid=2694DC15971F92AAF6247FC505A8A8E6?sequence=8
18. Князева О. Dienas bizness. (06.10.2017) Министр экономики: Производительность труда в Латвии – в сего 43 % от европейской, и это печально. <http://rus.db.lv/novosti/ministr-ekonomiki-proizvoditelnost-truda-v-latvii-vsego-43-ot-evropeyskoj-i-eto-pechalno-81955>
19. Ушаков, Е. В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов. / Е. В. Ушаков. – Москва: Издательство «Юрайт», 2016. – 306 с.
20. Чен, М., Брунтланд, Г. Х. (2016) ВОЗ: Всеобщий охват услугами здравоохранения: цель, достижимая для всех. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/universal-health-coverage/ru/>

УДК 339.564, 332.143

ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ДЛЯ НАРАЩИВАНИЯ ЭКСПОРТА ТОВАРОВ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

*Мишин А.В., зав. центром
Научно-исследовательский экономический институт
Министерства экономики Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь*

Ключевые слова: экспорт товаров, проблемы экспорта, перспективы экспорта, рынки сбыта, перспективы региона, тенденции роста экспорта

Реферат. В статье рассматриваются основные проблемные вопросы в наращивании экспортных поставок региона, в связи с особенностями географии сбыта и специфики сотрудничества с главным партнером-потребителем. Также отражены перспективные направления сотрудничества в рамках укрепления позиций на азиатском рынке и временных возможностях роста за счет текущих проблем на рынках ближнего зарубежья.

Особенностью исторического развития хозяйственного комплекса Витебской области является его ориентация на внешних потребителей. В связи с этим вопрос важности обеспечения стабильного наращивания экспортных поставок является определяющим для обеспе-