

15. Бокун, Н.Ч. Теневая экономика в мире / Н.Ч. Бокун // Гуманіт.-экан. весн. — 2006. — № 4. — С. 81—91.
16. Бокун, Н.Ч. Измерение и регулирование теневой экономики: теория, методология / Н.Ч. Бокун. — Минск: БГЭУ, 2011.
17. Измерение теневой экономической деятельности / И.И. Елисеева [и др.]; под ред. И.И. Елисеевой, А.Н. Щириной. — СПб.: Изд-во СПб ГУЭФ, 2003.
18. Рябушкин, Б.Т. Методы оценки теневого и неформального секторов экономики / Б.Т. Рябушкин, Э.Ю. Чурилова. — М.: Финансы и статистика, 2003.

Статья поступила в редакцию 20.12.2011 г.

А.В. Бондарь

доктор экономических наук, профессор

Т.Г. Корнеевец

БГЭУ (Минск)

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ КАК ОБЩЕСТВЕННЫМ БЛАГОМ

В статье проведен анализ экономической природы здравоохранения как общественного блага; выделены его специфические особенности. Сделан вывод, что услуги здравоохранения по формальным критериям не соответствуют чистым общественным благам, но его специфические особенности позволяют отнести их в разряд мериторных благ. Анализируются тенденции, перспективы и проблемы развития системы здравоохранения в Республике Беларусь. Выделены направления совершенствования государственного управления сферой здравоохранения в контексте оптимизации периода функционирования человеческого капитала.

The article analyzes the economic nature of health as a public goods, it marked the specifics. It is concluded that health care is on the formal criteria do not correspond to a pure public goods, but the specifics can be attributed to the discharge of their meritornyh benefits. Analyzes trends in the health care system in the Republic of Belarus, prospects and problems of its development. Identified ways of improving governance in the context of public health authorities are optimizing the operation period of human capital.

В XX в. стало очевидным, что здоровье человека наряду со знаниями, умениями, навыками и уровнем образования является частью человеческого капитала. Однако на производительность оно влияет не прямо, а косвенно, сокращая период времени нетрудоспособности, удлиняя сроки продуктивной деятельности, повышая качество и эффективность работы, и поэтому является обязательным условием формирования и эффективного использования способности к труду. Не случайно в подавляющем числе стран осознается необходимость обеспечения доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Механизм организации системы здравоохранения в различных странах существенно различается: оно предоставляется и как частное, и как общественное, и как смешанное благо. Определение экономической природы здравоохранения и системы управления им имеет не только теоретическое значение, но и влечет за собой важные практические последствия, связанные с организацией его инвестирования, функционирования и развития.

В экономической литературе деление благ на частные и общественные основано на специфике двух свойств: исключаемость/неисключаемость и конкурентность/неконку-

рентность в потреблении. Промежуточное положение между ними занимают смешанные блага, в которых данные свойства могут сочетаться различным образом либо иметь невыраженный характер.

При определении статуса услуг здравоохранения среди экономических благ, а следовательно, и управления процессами их воспроизводства возникают сложности и неоднозначность трактовки, обусловленная, во-первых, отсутствием четких пределов распространения выделенных свойств, а во-вторых, специфическими особенностями самого здравоохранения.

Так, согласно формальным признакам, медицинские услуги правомерно отнести к частному благу, поскольку они исключаемые (делимые, поэтому и существует возможность обособления взаимоотношений производителя с каждым из потребителей в отдельности) и конкурентные в потреблении (характерен рост предельных издержек на потребление дополнительной единицы блага и снижение его полезности для остальных потребителей). Однако наряду с этим услуги здравоохранения обладают рядом специфических особенностей, главными среди которых являются:

- общественная значимость, имеющая не только социальный, но и экономический эффект;

- неосвязаемость, незаметный долгосрочный эффект, отложенный результат, что приводит к сложностям определения качества предоставления медицинских услуг со стороны индивида (пациента), который не обладает ни информацией, ни знаниями о болезнях, их причинах, и т.д.;

- асимметрия информации во взаимоотношениях пациента и врача, поскольку врач располагает большей информацией и знаниями в данной конкретной области, в связи с чем имеет возможность уклоняться от выполнения некоторых принятых обязательств, а значит, возникает оппортунистическое поведение;

- неосознание индивидами значимости и необходимости потребления медицинских услуг, в первую очередь профилактической направленности;

- ограниченность финансовых средств, что зачастую побуждает индивида к изменению структуры его потребления, сопровождающейся сокращением потребления жизненно важных благ, в том числе и здравоохранения [1, с. 481; 2, с. 8—9; 3, с. 452—453].

Данные причины побуждают государство брать на себя заботу по предоставлению услуг здравоохранения общественным образом. В теории подобные блага получили название мериторных (*merit good*) — в буквальном переводе это «достойные блага» — блага, потребление которых считается желательным для общества, но рыночный спрос на них недостаточен и поэтому стимулируется государством [4].

Из данного определения следует, что именно социальная (общественная) полезность блага является основной причиной государственной заинтересованности в его финансировании. При этом, как справедливо замечает А.Я. Рубинштейн, «в некоторых благах социальные свойства заложены изначально и никогда не теряются, в других же, наоборот, являются результатом искусственного их присвоения» [3, с. 159]. Изменения общественной полезности блага продиктованы постановкой и достижением целей развития общества в соответствии с его совокупным интересом и служат инструментом корректировки структуры потребления. Таким образом, прямая зависимость формы предоставления блага от целей социального развития не позволяет четко разграничить блага на частные и общественные. Это обуславливает существование различий в объеме и структуре государственного социальных гарантий в области здравоохранения, механизме распределения финансовой ответственности в разных странах и на разных этапах исторического развития.

В Республике Беларусь устоялась бюджетная система финансирования здравоохранения, характеризующаяся бесплатностью и равнодоступностью предоставления соответствующих услуг [5, 6, 7]. Выступая на IV Всебелорусском народном собрании, Президент

Республики Беларусь А.Г. Лукашенко отметил: «Здоровье является важнейшей составляющей уровня и качества жизни человека... Здравоохранение было и остается государственным приоритетом» [8]. Государственное управление данной отраслью имманентно присуще белорусской модели развития. За период ее реализации определены направления развития отрасли и проведены необходимые реформы по совершенствованию механизма ее управления. Тем не менее расчет коэффициентов корреляции между государственной системой управления здравоохранением и ее результативностью, характеризующейся здоровьем населения, показывает их некоторую разнонаправленность.

Существование достоверной положительной и отрицательной корреляции $r > 0,7$ и $r < -0,7$ между ростом затрат государственного бюджета на здравоохранение, физическую культуру и показателями ожидаемой продолжительности жизни, а также младенческой смертности позволяет сделать вывод об эффективности управленческих действий государства в решении данных проблем. Так, отмечается некоторое увеличение продолжительности жизни — до 70,4 лет в 2010 г. против 68,6 в 1995 г.; существенное снижение младенческой смертности, коэффициент которой в 2010 г. уменьшился до 4,0 на 1000 родившихся против 13,3 в 1995 г., чему в немалой мере способствовали реконструкция и техническое переоснащение родильных домов [9, с. 91, 94]. Вместе с тем следует обратить внимание на то, что, несмотря на увеличение рождаемости, общий коэффициент которой возрос с 9,4 в середине 1990-х гг. до 11,4 в 2010 г., наблюдается отсутствие тесной связи между соответствующим показателем и объемом выплачиваемых семейных и материнских пособий: $r = 0,59$ [9, с. 73]. Это позволяет предположить о необходимости совершенствования управления демографическими процессами в направлении устранения истинных причин депопуляции населения, принятия и исполнения адекватных управленческих решений на всех уровнях государственной иерархии.

Неблагоприятная ситуация складывается в отношении динамики смертности. По-прежнему остаются актуальными проблемы ее увеличения, причем характерной является высокая доля смертности среди трудоспособного населения (23,4 %), что приводит к значительным потерям трудового потенциала, увеличению дефицита трудовых ресурсов и сдерживанию темпов инновационного развития экономики [9, с. 85]. В результате утрачиваются инвестиции, вложенные в человеческое развитие — рождение, воспитание и образование будущих работников. Это во многом связано с заболеваемостью различных групп населения, увеличением доли лиц с хроническими заболеваниями [11, с. 15, 26]. Ухудшение здоровья каждого последующего поколения означает для страны снижение качества ее человеческого потенциала. Рассчитанные коэффициенты корреляции по смертности и заболеваемости населения позволяют сделать вывод о недостаточно рациональном характере расходования бюджетных средств, а также о размытости ценностных ориентиров населения к своему здоровью (см. таблицу).

Коэффициенты корреляции между затратами государственного бюджета на здравоохранение, физическую культуру и реальным доходом населения с его жизненными параметрами

Показатель	Значение коэффициента корреляции в зависимости от государственного финансирования	Значение коэффициента корреляции в зависимости от уровня реальных доходов населения
1	2	3
1. Ожидаемая продолжительность жизни	0,78	0,94
2. Младенческая смертность	-0,80	—
3. Естественный прирост	0,70	0,91

1	2	3
4. Рождаемость	0,59*	0,96
5. Смертность	0,45	0,19
6. Заболеваемость населения	0,68	0,80
7. Заболеваемость населения Республики Беларусь злокачественными новообразованиями	0,76	0,97
8. Смертность населения Республики Беларусь от злокачественных новообразований	0,49	-0,79

* От расходов государственного бюджета на семейные и материнские пособия.

Источник: собственная разработка на основании: [9, с. 231—232; 10, с. 43, 46, 50—60, 135—153, 159, 178].

Вместе с тем исследования свидетельствуют, что здоровье человека лишь на 8—10 % зависит от здравоохранения, на 20 % определяется генетическими факторами и на 50 % зависит от образа жизни самого человека: режима, применения методов восстановления работоспособности, гигиены, рационального питания, отсутствия вредных привычек и избыточного веса, профилактики и ликвидации стрессов [12, с. 320].

В связи с этим особую актуальность приобретает необходимость активизации деятельности в направлении формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь, причем с самых ранних ее этапов, ответственность за реализацию которой главным образом должна быть возложена на семью и сферу образования, включая все его уровни. Поэтому актуальным представляется включение в систему образовательных целей получение теоретических знаний о здоровье, психологии, семейных отношениях, формирование умений и навыков поддержания здорового образа жизни, а также приобщение к регулярным занятиям физической культурой и спортом. Это будет способствовать укреплению здоровья и профилактике заболеваний подрастающего поколения, его физическому совершенствованию [13, с. 97—98]. Сюда же относится и формирование всесторонней гармонично развитой личности посредством расширения возможностей в получении формального внешкольного профильного образования. Занятость ребенка, его увлеченность и нацеленность на достижение определенных результатов будут способствовать предотвращению девиантных форм поведения, профилактике вредных привычек, основными из которых являются курение, алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Пристального внимания требует проблема питания молодежи. Так, согласно выводам российского гастроэнтеролога А.М. Уголева, «ошибки в структуре питания как причина развития тяжелых заболеваний и как патологический фактор встречаются в настоящее время значительно чаще, нежели онкологические и сердечно-сосудистые заболевания» [14, с. 98]. Организация качественного, полноценного и разнообразного питания в учреждениях образования, предоставление современной информации об искусственных и рафинированных продуктах, последствиях их употребления для организма в будущем помогут формировать культуру потребления уже в подростковом возрасте.

Высокий уровень заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста требует развития и эффективного управления профилактической медициной, поскольку сформировавшаяся в стране бюджетная система здравоохранения характеризуется преобладанием лечебной направленности, которая в большей мере устраняет последствия, а не при-

чины нездоровья. Это подтверждается и анализом законодательных документов, регламентирующих объем и виды бесплатной медицинской помощи [7, 14].

На значимость и необходимость проведения профилактических осмотров обращает внимание академик А.Г. Аганбегян, отмечая: «Самые опасные болезни начинаются и развиваются без каких-либо симптомов! ... Предотвратить все эти беды можно, лишь вовремя проверившись, пусть даже в профилактических целях. Сейчас не должно быть повальных смертей ни от инфаркта, ни от инсульта, ни от рака. И пройдя определенную диагностику, а затем и соответствующий курс лечения, вполне реально обезопасить себя от серьезных проблем со здоровьем» [15]. При этом им же отмечается необходимость именно комплексной диагностики с целью проведения не точечного лечения, направленного на избавление от симптомов заболеваний, а полного — для выявления истинных причин нездоровья. Как отмечает ученый, «...организм един. И если мы хотим получить надежный и качественный результат, то надо обследоваться по полной» [15].

В связи с этим особую актуальность приобретает широкое внедрение в практику плановых профилактических осмотров по возрастным группам и по половому признаку на основе использования современных методов диагностики. Следует отметить, что руководство проведением профилактических осмотров может быть возложено не только на государство, но и на хозяйствующие субъекты.

В данном контексте уместным представляется широкое развитие корпоративного медицинского страхования, которое является частью социального пакета компании как инструмента формирования лояльности ее сотрудников. По данным социологического опроса, проведенного среди работников, медицинская страховка занимает первое место среди иных составляющих социального пакета — 73 %. На сегодняшний день в Республике Беларусь добровольное медицинское страхование (ДМС) только начинает развиваться. Оплачивать страхование медицинских расходов для своих работников предпочитают главным образом крупные компании, персонал которых составляет 100 человек и выше. В то же время в России, по разным оценкам, услуги ДМС приобретают от 40 до 60 % крупных работодателей [16]. Такая ситуация обусловлена рядом проблем, требующих внимания и активных действий в направлении их решения со стороны органов государственного управления. Среди основных можно выделить:

- несовершенные нормы законодательства, регулирующие данную область, в первую очередь процесс выдачи больничных листов;
- неравные налоговые условия при заключении договоров медицинского страхования с государственными и частными медучреждениями;
- невысокие доходы значительной части населения и недостаточные финансовые средства предприятий;
- слабая информационная освещенность возможностей и преимуществ медицинского страхования;
- отсутствие экономических стимулов;
- психологическая неготовность населения и субъектов хозяйствования к оплате медицинских услуг [16, 17].

При этом следует учитывать, что «заключение страхового договора выступает своеобразным мотивирующим фактором для гражданина более тщательно следить за своим здоровьем: если деньги за полис уплачены, никто не хочет, чтобы они «пропали» [18]. Таким образом, медицинское страхование будет способствовать повышению профилактической роли медицины, а значит, и поддержанию состояния здоровья белорусов.

Еще одним ресурсом развития профилактической медицины является санаторно-курортное лечение и оздоровление, которое, с одной стороны, выступает как продолжение комплексного лечения, а с другой — направлено на активное продление и расширение

жизненного цикла человеческого капитала. Это так называемая медицина созидания здоровья. Об ее эффективности свидетельствует следующая медицинская статистика: более 95 % пациентов выписываются из санаториев с улучшением состояния здоровья, число обострений хронических заболеваний в последующем уменьшается в 2—6 раз, потребность в госпитализации снижается в 2,5 раза, на 39 % в среднем уменьшается заболеваемость с временной утратой трудоспособности [19, с. 476].

В этой связи представляется целесообразным обеспечение тесного взаимодействия не только лечебных и санаторно-курортных учреждений путем частичной передачи последним лечебно-оздоровительных функций по отдельным видам заболеваний (например, реабилитация в профильных санаториях постинфарктных больных, больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и т.д.), но и конкретных предприятий через профсоюзные организации с профильными санаторными учреждениями по вопросам приобретения и льготной оплаты путевок для работников в течение очередных трудовых отпусков. В рамках отдельных программ медицинского страхования оправдано покрытие данных расходов за счет соответствующих полисов.

На уровне субъектов хозяйствования важно активизировать физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу через полную либо частичную оплату сотрудникам посещений спортзалов, бассейнов и других спортивных объектов, а также организацию спортивных соревнований, проведение дней здоровья внутри организаций и др. Это будет способствовать не только физическому совершенствованию персонала, повышению производительности и интенсивности труда, сокращению потерь рабочего времени, но и формированию имиджа социально ответственного предприятия, обладающего высокой социально-экономической устойчивостью. В этих условиях меры государственного управления следует направлять на стимулирование предприятия к осуществлению данной деятельности.

Воспроизводство человеческого капитала во многом зависит от воспроизводства семейных отношений и непосредственно — от репродуктивного поведения семей. В 2010 г. в стране на 76,9 тыс. браков было зарегистрировано 36,6 тыс. разводов. Средний возраст вступления в брак как для мужчин, так и для женщин постоянно увеличивается — с 24,4 и 22,5 лет в 1985 г. до 26,5 и 24,4 года в 2010 г. соответственно [9, с. 72]. Отмечаются высокие показатели аборт, причем каждый шестой аборт проведен среди девушек в возрасте до 20 лет [11, с. 99]. В последующем это сказывается на репродуктивных функциях организма.

В данном контексте необходимо укрепление духовно-нравственных основ семьи, возрождение и пропаганда семейных ценностей и традиций. В этом плане весьма важна деятельность медицинских работников и учреждений здравоохранения по разъяснению молодому поколению социальных и экономических преимуществ жизни в полной, здоровой, многодетной семье: это и счастье материнства, и возможности льготного кредитования, и обеспеченная старость. Одновременно необходимо показать обманчивость преходящих удовольствий и пустых развлечений, ради которых многие молодые люди готовы отказаться от создания семьи и рождения детей. Необходимо психологически подготовить подрастающих граждан к семейной жизни, умению выходить из конфликтных ситуаций, разрешению любых споров. Выполнение этих функций медперсоналом целесообразно осуществлять в тесном контакте со СМИ, а управление данным процессом сконцентрировать в руках местных органов власти.

Особую актуальность это приобретает в свете ухудшения здоровья потенциальных родителей. Оно проявляется в физиологической неспособности семей к деторождению. Так, по данным официальной статистики, число бесплодных супружеских пар составляет около 16 % общего количества семей. Одновременно отмечаются высокие показатели невынашивания беременности — примерно в 10—25 % случаев. Вызывает тревогу

нарастающий уровень заболеваемости во время беременности, осложняющий ее протекание: 73 женщины из 100 имеют различные заболевания во время беременности, только 36 % родов протекают без осложнений [11, с. 94—97]. Опасна и негативная динамика количества рождений детей с патологиями и хроническими заболеваниями — 20,2 % общего числа родившихся детей в 2010 г. против 18,8 % в 2000 г. [20].

Обеспечение общедоступности, обязательности и бесплатности качественных медицинских услуг по раннему планированию беременности, своевременному выявлению факторов риска для здоровья, информационное просвещение будущих родителей, создание лояльных трудовых условий для охраны репродуктивного здоровья женщины со стороны работодателей должны являться основными задачами по обеспечению демографической безопасности страны на ближайшую перспективу.

В разрешении репродуктивных проблем особое внимание следует уделить возможностям использования новейших достижений медицины, в частности экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Данные услуги в Республике Беларусь являются исключительно платными и крайне дорогостоящими для подавляющей массы населения. В то же время в России уже в течение двух лет действует государственная программа бесплатного ЭКО для отдельных категорий пациентов. Практика льготного ЭКО внедрена и в Украине, а с 2010 г. оно вошло в перечень бесплатных медицинских услуг в Казахстане. В отдельных странах Европейского союза расходы на ЭКО оплачиваются через механизм медицинских страховок и существуют различные варианты скидок на проведение процедуры [20, 21].

В Республике Беларусь с 2011 г. внедрена система льготного кредитования ЭКО. Вместе с тем следует отметить, что существует и ряд других актуальных проблем в этой области, основными среди которых являются:

- территориальная ограниченность использования вспомогательных репродуктивных технологий: 3 из 4 соответствующих медицинских центров находятся в столице. Это относится и к возможности приобретения необходимых лекарственных препаратов для проведения процедуры. Такая ситуация приводит к значительному удорожанию услуги за счет дополнительных транспортных расходов для семей из регионов страны;
- отсутствие для пациентки возможности получения больничного листа или отпуска по основному месту работы непосредственно на сам период программы, что создает значительные осложнения для работающих женщин, а также снижает шансы на положительный результат;
- работа соответствующих медицинских центров лишь на этапе зарождения будущего ребенка, в то время как мониторинг дальнейшего протекания беременности происходит уже в поликлинике по месту жительства, где отсутствуют специально подготовленные кадры, следствием чего является высокая доля невынашивания беременности — 40 % общего числа [21].

В этой связи управленческие решения государственных органов должны быть направлены на увеличение подготовки соответствующих специалистов, создание региональных отделений, что в свою очередь позволит расширить возможности для лечения бесплодия, а также одновременно сократить нагрузку на существующих специалистов. Это обеспечит внимательный и индивидуальный подход к каждой супружеской паре. Широкое использование репродуктивных технологий позволит существенно улучшить демографическую ситуацию в стране не только в количественном, но и в качественном аспекте.

Очевидно, что задача сохранения и приумножения здоровья — это задача комплексная. В ее решении должны участвовать не только специалисты сферы здравоохранения, но и необходима кооперация их усилий с усилиями и знаниями педагогов, валеоло-

гов, психологов, этиков, некоммерческих организаций, субъектов хозяйствования, а также желанием и усилиями самого человека.

Существование весомых позитивных экстерналий от потребления услуг здравоохранения непосредственно отражается на накоплении совокупного человеческого капитала, обеспечение расширенного воспроизводства которого является одной из важнейших целей государственного управления в контексте социально-экономического развития Республики Беларусь. Поэтому чем раньше государство будет инвестировать средства в здоровье каждого человека и эффективно управлять этим процессом на всех уровнях государственной иерархии, тем более продолжительным и экономически плодотворным будет жизненный цикл индивидуального человеческого капитала как составной части его общенациональной совокупности.

Л и т е р а т у р а

1. *Бондарь, А.В.* Положительные экстерналии человеческого капитала и государственная социальная политика / А.В. Бондарь // Новое качество экономического роста: инновации, инвестиции, конкурентоспособность: материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 25—26 окт. 2007 г. / НАН Беларуси, НИЭИ М-ва экономики Респ. Беларусь. — Минск, 2007. — С. 480—482.
2. *Морозов, Н.А.* Здоровье населения как национальное общественное благо: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.01 (01) / Н.А. Морозов; Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. — М., 2009. — 27 с.
3. *Рубинштейн, А.Я.* Экономика общественных предпочтений. Структура и эволюция социального интереса / А.Я. Рубинштейн. — СПб.: Алетей, 2008. — 560 с.
4. *Musgrave, R.A.* The Theory of Public Finance / R.A. Musgrave. — N.Y.; London, 1959.
5. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изм. и доп., принятыми на республиканских референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г.). — Минск: Амалфея, 2005. — 48 с.
6. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-XII; в ред. Закона Респ. Беларусь от 15.07.2010 г., № 166-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2011.
7. О государственных минимальных социальных стандартах: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1999 г., № 322-З; в ред. Законов Респ. Беларусь от 04.01.2003 г., № 180-З, от 24.12.2007 г., № 299-З, от 31.12.2009 г., № 114-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2011.
8. Доклад Президента Респ. Беларусь А.Г. Лукашенко на IV Всебелорусском народном собрании // Официальный интернет-портал Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.president.gov.by/press101782.html>
9. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011. — Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2011. — 617 с.
10. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2010 г. — Минск: М-во здравоохранения Респ. Беларусь, 2011. — 305 с.
11. Здоровье населения Республики Беларусь, 2011: стат. сб. — Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2011. — 257 с.
12. *Корнеевец, Т.Г.* Место и роль общественных благ в социальной сфере / Т.Г. Корнеевец // Государственное управление в XXI веке: традиции и инновации: 8-я Междунар. конф. фак. гос. упр. МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, 26—28 мая 2010 г.: в 3 ч.: / отв. ред. И.Н. Мысляева. — М.: МАКС Пресс, 2010. — Ч. 3. — С. 313—321.

13. *Корнеевец, И.В.* Особенности и проблемы формирования капитала здоровья в учреждениях образования / И.В. Корнеевец, Т.Г. Корнеевец // Экономический рост Республики Беларусь: глобализация, инновационность, устойчивость: материалы III Международ. науч.-практ. конф., Минск, 19—20 мая 2010 г.: в 2 т. — Минск: БГЭУ, 2010. — Т. 1. — С. 97—98.

14. О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан: Закон Респ. Беларусь, 14 июня 2007 г., № 239-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2011.

15. *Аганбегян, А.Г.* Здоровую экономику создает только здоровая нация / А.Г. Аганбегян // Аргументы недели. — 2010. — № 33 (274).

16. *Минская, О.* Медицинское страхование в Беларуси / О. Минская // Медицинский портал Беларуси [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://103.by/news/world/health_insurance_in_belarus/?sphrase_id=16383.html

17. *Джухунян, В.* В Беларуси увеличивается рынок добровольного страхования медицинских услуг / В. Джухунян // Аргументы и факты в Белоруссии [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.aif.by/ru/news/item/13056-med-strahovanie.html>.

18. *Шарковская, Н.* Медицинское страхование в Беларуси / Н. Шарковская // Все о финансах в Беларуси: страхование [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.infobank.by/2663/Default.aspx>

19. Социальная политика: учеб. / Н.А. Волгин [и др.]; под ред. Н.А. Волгина. — 2-е изд. — М.: Экзамен, 2004. — 736 с.

20. *Федина, Т.* Репродуктивное здоровье — 2009: тревожные итоги / Т. Федина // Информационное агентство «Интерфакс-Запад» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.interfax.by/article/57428>

21. *Спасюк, Е.* Нуждающихся в ЭКО поддержат льготным кредитом / Е. Спасюк // NAVINY.BY [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://naviny.by/rubrics/society/2011/06/24/ic_articles_116_174129

Статья поступила в редакцию 26.12.2011 г.

Л.А. Буйко

Бобруйский филиал БГЭУ (Бобруйск)

А.А. Косовский

кандидат экономических наук, доцент

Белорусский научно-исследовательский институт транспорта (Гомель)

МОДЕЛИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АВТОТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ НА МАКРОУРОВНЕ

В статье разработана модель функционирования национальной сферы международных автоперевозок грузов, в которой установлены взаимосвязи между характеристиками потребления услуг дорожной инфраструктуры, затратами иностранного перевозчика, спросом на услуги дорожной инфраструктуры, количеством разрешений на проезд для отечественных перевозчиков, объемами оказания услуг отечественными перевозчиками и придорожным сервисом.

Беларускі дзяржаўны эканамічны ўніверсітэт. Бібліятэка.
Белорусский государственный экономический университет. Библиотека.
Belarus State Economic University. Library.

<http://www.bseu.by>