

- четкие целевые установки (чего хочешь добиться?), которые должны быть четко сформулированы как на политическом уровне, так и в самих кластерах;
- наличие «критической массы» предприятий, исследовательских учреждений в регионе кластера, что является предпосылкой для извлечения выгоды от поддержки кластеров;
- высокая активность участвующих предприятий и исследовательских учреждений;
- четкое представление о выгоде от участия с точки зрения участников.

Из опыта Германии, других стран ЕС известно, что кластерная политика не является панацеей, но поддержка кооперации между субъектами хозяйствования является важным элементом повышения конкурентоспособности регионов.

Нам представляется, что Витебщина имеет хорошие перспективы для экономического развития и процветания, даже учитывая, что это северный регион нашей страны.

Но если сравнить экономические результаты деятельности региона, например, с такой страной, как Исландия, то выводы получаются интересные. Так Исландия, как и Витебщина не имеет никаких полезных ископаемых, располагает из 103 тыс. м² территории только 1 % земли, покрытой растительностью (травой), и имея численность населения 330 тыс. человек, произвела в 2015 г. на 16,7 млрд. долл. США товаров и услуг, т.е. 45819 тыс. долл. США на одного жителя.

В сельском хозяйстве имея 5 % населения, она за год выращивает 500.000 тыс. овец и 75 тыс. лошадей, полностью обеспечивая себя продовольствием и шерстью для своей легкой промышленности. Еще в Исландии есть рыболовная отрасль и производство алюминия из импортного сырья.

Беларусь за 7 месяцев произвела продукции – 56,7 млрд. руб. (28 млрд. долл. США), т.е. за год будет около 5-6 тыс. долл. США на 1 жителя. Отсюда и получаются задачи для роста, мы тоже должны производить 45.000 тыс. долл. США на 1 жителя в ближайшей перспективе, в том числе на Витебщине. Кластерная политика в регионе этому будет способствовать.

УДК 33:614.2

КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ: ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Меньшиков В.В., д.с.н., проф., Волкова О.В., н.асс.

Даугавпилский университет,

г. Даугавпилс, Латвия

Ключевые слова: совокупный капитал, капитал здоровья, экономическая эффективность здоровья, инвестиции в здоровье.

Реферат. Предметом работы является концепция капитала здоровья с позиции экономической теории. Отображено усиление внимания различных экономических школ на роль состояния здоровья населения, на воздействие этого феномена на динамику важнейших социально-экономических показателей. Анализируются различные концептуальные подходы при решении теоретических и методологических проблем изучения здоровья в социальных науках, особенно с позиции теории совокупного капитала. Большое внимание уделяется в работе исследованиям состояния здоровья населения Латвии, в том числе результатам собственных социологических исследований авторов статьи по заявленной теме. Акцентировано внимание на влиянии инвестиций в капитал здоровья, здоровьесберегающего поведения жителей на региональную экономику. В исследовании применялись общенаучные и специальные методы познания, особое место отведено методам социологического анализа. Новизна исследования заключается как в обобщении теоретических инноваций при изучении здоровья населения с позиции экономической теории, так и в результатах анализа осуществленных авторами собственных эмпирических исследований в парадигме капитала здоровья. Результаты проделанной работы показали, что в нашей стране имеются существенные резервы повышения здоровья населения, позитивно воздействующие на важнейшие экономические показатели.

За последние 10 лет в области экономики в базах данных *Scopus* и *Web of Science Core Collection* появилось более 17000 новых научных публикаций на тему здоровья. Экономисты всё чаще затрагивают такие темы, как социо-экономическое неравенство в сфере здоровья, экономический эффект здорового питания и других поведенческих факторов. Возрастает интерес исследователей к здоровью как к капиталу. С 2007 года в базе данных *Web of Science Core Collection* в разделе экономика появилось более 700 публикаций, в базе данных *Scopus* – более 800 публикаций, затрагивающих концепцию капитала применительно к здоровью. Среди таких публикаций распространены работы о таких составляющих совокупного капитала человека (социальной группы) как социальный, физический, здоровья и др. При этом нет единого мнения, что именно представляет собой капитал здоровья как отдельный вид совокупного капитала, какие элементы капитала здоровья наиболее значимы, какие факторы воздействия на него наиболее действенны. Вместе с тем практически все исследователи подчёркивают его экономическую эффективность как для индивида, так и для региона/государства.

В рамках экономического анализа здоровье может рассматриваться как благо, на которое предъявляется спрос. Согласно положениям экономической теории, каждый индивид в процессе жизнедеятельности максимизирует свою функцию полезности $U = U(f)$, которая позволяет ему ранжировать альтернативные комбинации благ при условии имеющихся бюджетных и других (например, временных) ресурсных ограничений. В качестве аргументов данной функции полезности выступает набор базовых благ. Здоровье, «освобождение от боли», также входит в данный набор как экономическое благо; потребность быть здоровым, «хорошо себя чувствовать» — естественная потребность, присущая все людям.

Здоровье как капитал

Расширительная трактовка национального богатства и капитала восходит к идеям И. Фишера (анг. *Irving Fisher*), который предложил считать капиталом всё то, что отвечает следующему критерию: генерирование потока доходов в течение определённого времени, причем любой доход есть продукт какой-либо разновидности капитала [9]. С этой точки зрения капиталом является любой запас благ, который может накапливаться и производительно использоваться в течение достаточно длительного промежутка времени, принося при этом доход.

О здоровье как элементе человеческого капитала, приносящего индивиду поток экономических выгод, первым упомянул Г. Беккер, который видел охрану здоровья одной из многочисленных инвестиций в человеческий капитал. Эти инвестиции улучшают квалификацию, знания или здоровье, поэтому способствуют увеличению денежных или натуральных доходов» [4]. Как самостоятельную категорию «капитал здоровья» впервые выделил американский экономист М. Гроссман [8], который считал, что капитал здоровья и человеческий капитал нужно рассматривать отдельно. В своей статье 1972 г. М. Гроссман трактует капитал здоровья как актив, позволяющий его обладателю как можно дольше "использовать по назначению" свой человеческий капитал, то есть это суммарное количество времени, которое человек может потратить, зарабатывая деньги и производя товары [8]. М. Гроссман считает, что здоровье можно рассматривать как некоторый запас или товар длительного пользования (*health stock*), который необходим для производства человеческого капитала. Запас здоровья человека определяет суммарное количество времени, которое он сможет потратить, зарабатывая деньги и производя товары. Этот запас и есть капитал здоровья.

Экономическая эффективность здоровья

Двусторонняя взаимосвязь между здоровьем и экономическим развитием акцентируется экспертами ВОЗ на протяжении уже более десяти лет [29, 30]. *Экономическая эффективность* характеризует прямой и косвенный (опосредованный) вклад, вносимый здравоохранением в рост производительности труда, увеличение национального дохода, развитие производства.

Ряд видных экономистов, а также международные финансовые организации (Всемирный банк, Международный валютный фонд) для оценки экономических издержек, обусловленных смертностью, начали использовать более широкое понятие, чем подушевой ВВП. В основе их подхода лежит неоспоримый факт, что ВВП – несовершенный инструмент оценки

общественного благосостояния, поскольку не учитывает ценности здоровья. В 1972 году американские профессора У. Нордхауз и Дж. Тобин предложили показатель в связи с анализом валового национального продукта и качества жизни выдвинули новый показатель, который они назвали «показателем экономического благосостояния». П. Самуэльсон, переименовав его в «чистое экономическое благосостояние» (*Net economic welfare*) - макроэкономический показатель учитывающий изменение общественного благосостояния под влиянием факторов, не отражающихся в показателе ВВП.

И в работах Гроссмана и в других более поздних исследованиях (Cutler and Lleras-Muney 2006); (Ding et al. 2006); (Gan and Gong 2007) выявлена положительная корреляция между уровнем здоровья и уровнем образования. Исследователями замечено, что более здоровые дети получают более качественное образование; они реже пропускают занятия и бросают учебу. Следовательно, более крепкое здоровье в детстве и юности способствует повышению производительности труда в будущем. Кроме того, крепкое здоровье означает и более долгую жизнь, поэтому у здоровых людей больше стимулов вкладывать средства в свое образование и профессиональную подготовку, поскольку они смогут дольше извлекать из них пользу [28].

В 2014 году среди европейцев, имеющих высшее образование, в среднем 3,1 % респондентов оценивали своё здоровье, как плохое, а 80,9 % – хорошее или очень хорошее (рисунок 1). Среди имеющих уровень образования ниже среднего, 13,3 % оценили собственное здоровье, как плохое, а 54,1 % – как хорошее или очень хорошее.

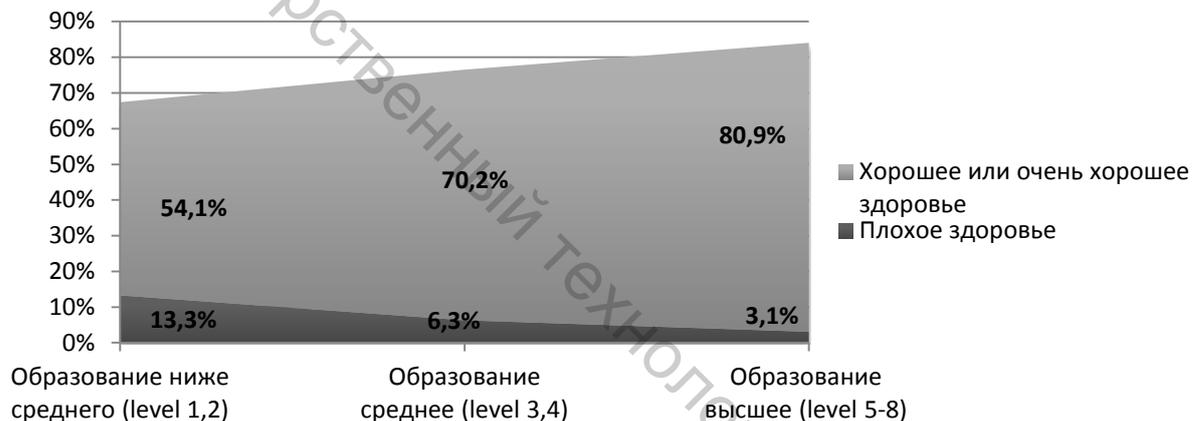


Рисунок 1 – Самооценка здоровья жителей Европейского Союза в зависимости от уровня образования 2014 г. (в процентах)

Источник: составлено авторами по данным Eurostat (EU-28).

Здоровье тесно взаимосвязанно не только с уровнем образования, но с его **эффективностью**. В исследовании ВОЗ «Влияние здоровья и здорового образа жизни на эффективность образования в странах с высоким уровнем доходов» в 2011 году детально рассмотрено и доказано влияние поведенческих факторов (*health-related behaviours*) на отдачу от образования. Наиболее вескими поведенческими факторами оказались: употребление алкоголя, употребление наркотиков, курение, плохое питание, избыточный вес/ожирение, физическая активность. А также влияние на отдачу от образования состояния здоровья. Оказалось, что наиболее сильно на данный показатель влияют: расстройство сна, психическое здоровье, астма, показатели общего состояния здоровья [31].

За последние годы возрос объем данных о влиянии здоровья на **рынок труда**. Данные исследования также делятся на две группы: изучение влияния показателей здоровья (например, хронических заболеваний) и факторов риска (например, курения). Большинство исследований, хотя и не все, подтверждают гипотезу, что люди с плохим здоровьем зарабатывают меньше.

Производительность труда относительно просто измерить в тех отраслях экономики, где продукт производится за счет физического труда (сельское хозяйство, горнодобывающая промышленность). В отраслях, где продукт производится за счет умственного труда, это сделать труднее, однако в условиях свободного рынка ставка заработной платы должна

определяться предельной производительностью, поэтому обычно ее используют как заместитель производительности.

Исследования элементов капитала здоровья в Латвии

Исследователи Центра социальных исследований Даугавпилсского Университета в 2012 году реализовали исследовательский проект «Совокупный капитал, его структура и взаимосвязь с трудовой миграцией», в котором широко использовалась теория совокупного капитала. Был проведен опрос жителей Латгалии в трёх возрастных группах: 15-29 лет, 30-49 лет и 50-75 лет. Общее количество респондентов – 800 человек, из которых 519 (64,9 %) проживают в Даугавпилсе.

В ходе исследования предлагалось оценить объем и структуру совокупного капитала жителей Латгалии, принимая во внимание потребности социально-экономического развития государства [16]. Одной из задач исследования было выявление удельного веса физического капитала в структуре совокупного капитала семьи в Латгальском регионе. Совокупный капитал в данном случае представлял собой сумму 9 различных видов капитала: экономического, культурного, человеческого, социального, административного, политического, символического, физического и географического.

Оценивались ресурсы респондентов, а также ресурсы, приносящие пользу, то есть – капитал. Результаты показали, что физические ресурсы и физический капитал жителей Латгальского региона имеют наибольшую долю в структуре совокупных ресурсов (13,6 %) и структуре совокупного капитала (14 %). Из тех респондентов, которые, по их собственному мнению, владеют физическими ресурсами, 20 % отметили, что хорошее здоровье приносит им денежный доход, то есть преобразовывается в экономический капитал.

Оценивалась также взаимосвязь физического капитала с другими видами совокупного капитала личности (семьи) (рисунок 2). Наиболее тесная и значимая связь при коэффициенте Пирсона более 0,330 и уровне значимости 0,01 с: символическим – 0,354, социальным – 0,345, экономическим – 0,332.

То есть, было доказано, что физический капитал взаимосвязан не только с социально-экономическими показателями региона, но и с экономическим капиталом личности/семьи.

| Виды совокупного капитала | экономический | культурный | Человеческий (профессионально-образовательный) | социальный | административный | политический | символический | физический | географический |
|--|---------------|---------------|--|---------------|------------------|---------------|---------------|------------|----------------|
| экономический | 1 | ,332** | ,357** | ,327** | ,308** | ,181** | ,335** | ,332** | ,204** |
| культурный | ,332** | 1 | ,516** | ,370** | ,391** | ,202** | ,444** | ,320** | ,228** |
| человеческий (профессионально-образовательный) | ,357** | ,516** | 1 | ,334** | ,457** | ,250** | ,411** | ,263** | ,138** |
| социальный | ,327** | ,370** | ,334** | 1 | ,426** | ,273** | ,424** | ,345** | ,225** |
| административный | ,308** | ,391** | ,457** | ,426** | 1 | ,352** | ,459** | ,231** | ,199** |
| политический | ,181** | ,202** | ,250** | ,273** | ,352** | 1 | ,273** | ,174** | ,185** |
| символический | ,335** | ,444** | ,411** | ,424** | ,459** | ,273** | 1 | ,354** | ,299** |
| физический | ,332** | ,320** | ,263** | ,345** | ,231** | ,174** | ,354** | 1 | ,319** |
| географический | ,204** | ,228** | ,138** | ,225** | ,199** | ,185** | ,299** | ,319** | 1 |

Примечание: все коэффициенты корреляции значимы ($p < 0,01$).

Рисунок 2 – Матрица взаимных корреляций девяти видов совокупного капитала населения Латгалии, май 2012 года, $n = 800$ чел., коэффициент Пирсона

Источник: социологическое исследование Института социальных исследований Даугавпилсского Университета «Совокупный капитал, его структура и взаимосвязь с трудовой миграцией» 2012 год, $n=800$ чел. (население Латгалии).

В 2016 году жители Латвии участвовали в организованном Латвийским Университетом опросе об их навыках и знаниях, применяемых в различных жизненных сферах и ситуациях (проект «Латвия. Обзор развития народа 2015/2016. Мастерство жизни и информационная грамотность») (авторы участвовали в реализации данного проекта). В рамках опроса (далее по тексту – ТАР 2015/2016)¹ оценивалось 7 видов осведомленности (грамотности) латвийцев, согласно их собственной самооценке (рисунок 3).

| Виды осведомленности | Все респонденты | | Мужчины | | Женщины | |
|---------------------------------|-----------------|------|--------------|------|--------------|------|
| | Средний балл | Ранг | Средний балл | Ранг | Средний балл | Ранг |
| Образовательная осведомленность | 2,09 | 1 | 2,14 | 1 | 2,06 | 4 |
| Культурная осведомленность | 2,11 | 2-3 | 2,23 | 3-4 | 2,01 | 2-3 |
| Семейная осведомленность | 2,11 | 2-3 | 2,23 | 3-4 | 2,01 | 2-3 |
| Медийная осведомленность | 2,12 | 4 | 2,18 | 2 | 2,07 | 5 |
| Медицинская осведомленность | 2,18 | 5 | 2,55 | 6 | 1,89 | 1 |
| Финансовая осведомленность | 2,41 | 6 | 2,49 | 5 | 2,35 | 6 |
| Политическая осведомленность | 3,32 | 7 | 3,32 | 7 | 3,33 | 7 |

Рисунок 3 – Структура и оценка отдельных видов осведомленности жителей Латвии (средний балл, где 1 – очень хорошая, 2 – хорошая, 3 – средняя, 4 – плохая, 5 – очень плохая)

Источник: составлено авторами по данным опроса в рамках проекта ТАР 2015/2016.

Также оценивалась медицинская осведомленность респондентов и их самооценка состояния здоровья. Каждому виду осведомленности можно присвоить ранг от 1 до 7, в зависимости от степени ее проявления у жителей. Результаты опроса показали, что значимым фактором проявления медицинской грамотности является пол респондентов. Женщины ставили медицинскую осведомленность в среднем, на первое место, а мужчины – лишь на пятое.

Сравнительный анализ данных показал, что уровень образования значительно влияет на самооценку здоровья жителей. Тест проверки значимости различий (ANOVA) дает максимально значимый результат ($p=0.000$). Среди респондентов, имеющих высшее образование, больше половины – 59,9 % оценили своё состояние здоровья как хорошее или очень хорошее и только 5,3% - как плохое или очень плохое. А среди тех, чье образование ниже среднего, почти третья часть – 27,2 % считает свое здоровье плохим или очень плохим (рисунок 4). То есть, взаимосвязь здоровья и образования подтверждается и на примере латвийцев.

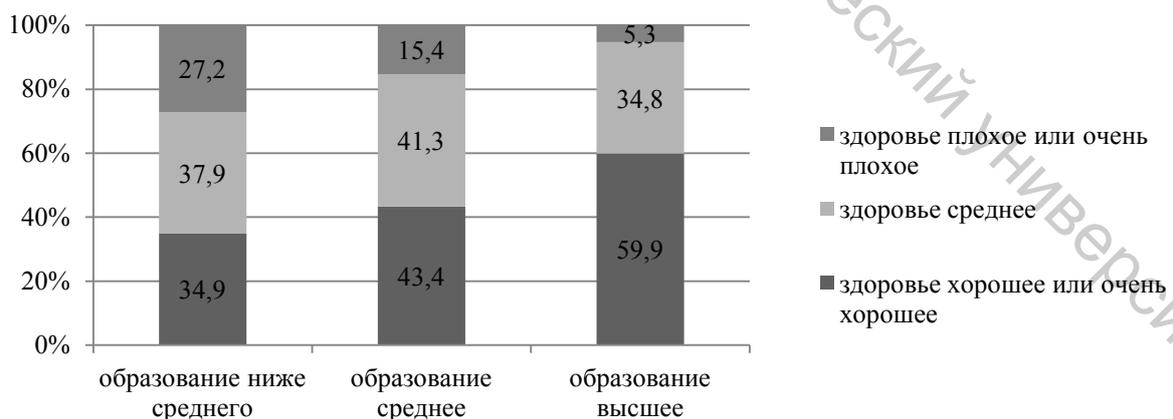


Рисунок 4 – Самооценка здоровья жителей Латвии в зависимости от уровня образования (в процентах)

Источник: составлено авторами по данным опроса в рамках проекта ТАР 2015/2016.

¹ Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2015/2016. Dzīves meistarība un informācijpratība. Galv. red. Baiba Holma. Rīga: LU Sociālo un politisko pētījumu institūts, 2017

В исследовании ТАР 2015/2016 также выявлены статистически значимые различия самооценки здоровья респондентов с разным уровнем доходов. Среди респондентов со средними ежемесячными доходами на семью более 800 EUR, большинство – 55,5 % оценили своё здоровье как хорошее или очень хорошее и лишь 9,2 % данной группы респондентов обладают плохим или очень плохим здоровьем. Очевидно, более высокие доходы обеспечивают лучшее качество и доступность медицинских услуг. Вероятна и обратная взаимосвязь, и хорошее здоровье даёт способность получать более высокий заработок. Среди населения с низкими доходами (менее 400 EUR\мес.) недовольных здоровьем гораздо больше – 23,8 %. (рисунок 5). Такое соотношение может быть связано и со средним возрастом респондентов в данной группе. Почти третья часть из имеющих низкие доходы - люди пенсионного возраста (65-74 года) – 31 %. Естественно, что с возрастом уровень здоровья человека уменьшается и самооценка состояния здоровья падает.

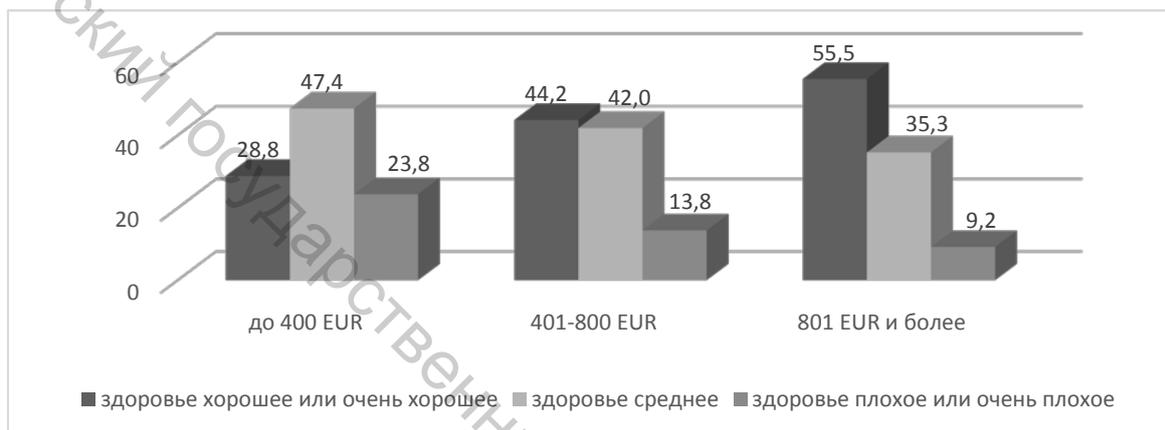


Рисунок 5 – Самооценка здоровья жителей Латвии в зависимости от уровня доходов (в процентах)

Источник: составлено авторами по данным опроса в рамках проекта ТАР 2015/2016.

Выводы

Данные многочисленных эмпирических исследований в разных странах мира свидетельствуют, что состояние здоровья населения – мощный фактор экономического роста. Это обусловлено влиянием здоровья на сбережения, инвестиции в человеческий капитал, участие в рынке труда, прямые иностранные инвестиции и рост производительности труда. На микроэкономическом уровне хорошее здоровье увеличивает производительность и предложение труда. На макроэкономическом – ускоряет темпы экономического роста. Существует устойчивая взаимосвязь уровня общественного здоровья и социально-экономического развития государства: многие социально-экономические факторы оказывают влияние на формирование общественного здоровья, а качество здоровья населения обуславливает уровень экономического и социального развития государства.

Результаты исследования «Совокупный капитал, его структура и взаимосвязь с трудовой миграцией», ТАР2016 наряду с другими аналогичными исследованиями указывают на то, что чем выше социально-экономические показатели респондентов, тем лучше они оценивают своё здоровье. И есть основания полагать, что жители с более высокими социально-экономическими показателями ведут более здоровый образ жизни, чаще придерживаются здоровьесберегающего поведения.

Список использованных источников

1. Apinis, P. Apinis: 2016. gads medicīnā un veselības aprūpē uz zemeslodes. <http://www.diena.lv/raksts/latvija/viedokli/apinis-2016.-gads-medicina-unveselibas-aprupe-uz-zemeslodes-14162930> (sk. 02.01.2017).
2. Baltā grāmata. Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008. – 2013 gadam. (2007) Eiropas kopienu komisija. Brisele. http://eur-lex.europa.eu/legal_content/EN/TXT/?qid=1416566021096&uri=CELEX:52007DC0630 (sk.15.08.2016).

3. Barro, R (1996) "Health and Economic Growth", Mimeo, Cambridge, MA: Harvard University.
4. Becker, D. S. Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education / D. S. Becker. – 3rd ed. – Chicago, London: The University of Chicago Press. – 1964.
5. Bhargava, A, Jamison, D. T., Murray, C. Modelling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*, 20: 2001. – P. 423-440.
6. Bloom, D., Canning, D., Sevilla, J. «The Effect of Health on Economic Growth», *World Development*, 32, 1-13. 2003.
7. Čuprika, A., Fiziskā kapitāla veicināšana fitnesā. Promocijas darbs. Latvijas sporta pedagogijas akadēmija, Rīga. https://www.lspa.lv/files/students/Promotion/Aleksandra_Cuprika_Promocijas_darbs.pdf (2016)
8. Grossman, M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation / M. Grossman. – New York: Columbia University Press. 1972.
9. Fisher, I. The nature of capital and income. Accessed: <https://archive.org/details/natureofcapitali00fishuoft>. (1906).
10. Health Impact Assessment (HIA). (In English) Available: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/#> (см. 21.07.2016)
11. Health Systems in Transition (HiT) profile of Latvia. 2014. (In English) Режим доступа: <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=4.1%20Physical%20resources&Type=Section> (см. 15.03.2016)
12. Jamison, D., Lau, L., Wang, J. 2004. Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. Disease Control Priorities Project Working Paper 10. Bethesda, MD, Fogarty International Centre, National Institutes of Health.
13. Kickbusch, I., Pelikan, J.M. (Editors 2013). The Solid Facts: Health Literacy. WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (accessed: 20.10.2016)
14. Kīlis, R. (2010) Latvija 2030. Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija līdz 2030. gadam. Latvijas Republikas Saeima. http://www.pkc.gov.lv/images/LV2030/Latvija_2030.pdf
15. Menshikov, V., Vanags, E., Volkova, O. 2013. Sociological interpretations of data on the aggregate capital of regional population (work experience abroad, relation to labour migration, factors of life success) // *Philosophy. Sociology*. T.24, Nr.4. Lietuvos mokslų akademija: 226-236.
16. Menshikov, V. et al. (2013) Economic capital in the structure of the aggregate capital of a family. // *Tarptautinis Verslas: inovacijos, psichologija, ekonomika*. Mokslo darbai 2013, t. 4, Nr. 2 (7). International Business school of Vilnius University.
17. Mitenbergs U., Taube M., Misiņš J., Miķītis E., Martinsons A., Rūrāne A., Kventins V. (Quentin W.). Latvija: Pārskats par veselības sistēmu. Veselības sistēmas pārejas periodā, 2012; 14 (8): 1 – 193 <http://www.spkc.gov.lv/starptautiskie-dokumenti/> (sk.20.08.2016).
18. Norman C.D., Skinner H.A. (2014) eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Available: <https://www.jmir.org/2006/2/e9/> (accessed: 04.11.2016).
19. Nelson R. A NEW (net economic welfare) measure of economic health. 11.08.2009. <http://www.edn.com/electronics-blogs/taking-the-measure/4377396/A-NEW-net-economic-welfare-measure-of-economic-health>
20. Pēdējos piecos gados uzlabojies senioru veselības pašvērtējums. Publicēts 03.11.2015. (In Latvian) Available: <http://www.csb.gov.lv/notikumi/pedejos-piecos-gados-uzlabojies-senioru-veselibas-pasvertejums-43455.html> (accessed: 20.04.2016).
21. Petty, Sir William. 1899 [1691]. *Verbum sapienti*. Reprinted in *The economic writings of Sir William Petty*, Vol. Cambridge: Cambridge University Press. http://files.libertyfund.org/files/1677/0605-01_Bk.pdf
22. PVO Eiropas reģiona veselības stratēģija «Veselība 2020» (saīsinātā versija) (2013) <http://www.spkc.gov.lv/starptautiskie-dokumenti/> (sk.20.08.2016)

23. Pudule I. (2013) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC, Rīga. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi_FINBALT/finbalt_2012_i_ii_dala.pdf
24. REGNUM информационное агенство (2017) Куба поднялась в рейтинге самых здоровых стран. <https://regnum.ru/news/society/2252223.html>
25. Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/key_concepts/en/ (sk.20.08.2016).
26. Sorensen K. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (accessed: 20.10.2016).
27. Stiglitz J.E., Sen A. (2009) Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://templatelab.com/wp-content/uploads/2015/09/rapport-anglais.pdf>
28. Strauss, J., Thomas, D. Health, nutrition and economic development. Journal of Economic Literature, 1998, 36 : 766–817.
29. Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce R., Tsolva, S., Mortensen, J. (2005) The Contribution of Health to the Economy in the European Union. Brussels: European Commission. Available: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economyen.pdf (accessed: 16.06.2016).
30. Suhrcke, M., Rocco, L., McKee, M. (2007) Health: a Vital Investment for Economic Development in Eastern Europe and Central Asia. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-a-vital-investment-for-economic-development-in-eastern-europe-and-central-asians-for-risk-communication-from-the-bsecjd-saga> (accessed: 24.10.2016).
31. Suhrcke, M. de Paz Nieves C (2011). The impact of health and health behaviours on educational outcomes in highincome countries: a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/134671/e94805.pdf?ua=1 (accessed: 19.01.2017).
32. McDonald S and Roberts J (2002). Growth and Multiple Forms of Human Capital in an Augmented Solow Model: A Panel Data Investigation, Economics Letters, 74, 271-276.
33. Радаев, В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация / В. Радаев // Электронный журнал. «Экономическая социология», Т. 3, № 4. 2002. – С. 20-32. Доступно: https://ecsoc.hse.ru/data/2011/12/08/1208205038/ecsoc_t3_n4.pdf#page=20

УДК 334

МОДЕЛИ ИННОВАЦИОННОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА МАЛОГО И СРЕДНЕГО БИЗНЕСА В ПРИГРАНИЧНЫХ РЕГИОНАХ ЛАТВИИ, ЛИТВЫ, БЕЛАРУСИ

Лавриненко О.Я.¹, вед.иссл., Охотина А.В.¹, иссл., Кириллов А.Н.², ген.дир.

¹ Даугавпилсский университет, г. Даугавпилс, Латвия

² SIA Apple press, г. Рига, Латвия

Ключевые слова: инновации, модели инновационного предпринимательства, малый и средний бизнес, приграничные регионы.

Реферат. *Инновационная активность предприятий малого и среднего бизнеса является одним из факторов эффективной работы бизнеса. Целью статьи является определение модели инновационного предпринимательства предприятий малого и среднего бизнеса в приграничных регионах Латвии (Латгальский регион), Литвы (Вильнюсский регион, Алитусский регион, Утенский регион, Паневежисский регион, Каунасский регион), Беларуси (Витебская область, Гродненская область, Минская область, Могилевская область). Новизна исследования носит познавательный характер: авторами установлена величина про-*