DOI: 10.17117/na.2015.03.011

Поступило в редакцию: 09.03.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.03.011.pdf>

Игошев М.В.

Природа методологических подходов к пониманию демографического потенциала

Igoshev M.V.

Nature of methodological approaches to understanding demographic potential

Статья посвящена вопросу демографического развития. Рассмотрены отдельные методологические подходы, а также методики оценки демографического потенциала. Представлен анализ применяемых в России и за рубежом методик определения стоимости человеческой жизни, рассмотрены их достоинства и недостатки. Выделены направления, необходимые для качественной оценки демографического потенциала. Сделан вывод, что для обеспечения демографического потенциала наибольшее значение имеют факторы увеличения рождаемости, снижения детской смертности, укрепления здоровья детей и подростков, а также максимального сокращения и устранения всего комплекса причин смертности людей трудоспособного возраста

Ключевые слова: ценность жизни, демографический потенциал, здоровье, нетрудоспособность, рождаемость

The article focuses on the demographic development. The separate methodological approaches, as well as the methodology for assessing demographic potential. Presents the analysis used in Russia and abroad methods for determining the value of human life, examined their advantages and disadvantages. Highlighted in the direction required for the qualitative assessment of the demographic potential. It is concluded that for demographic potential are the most important factors to increase the birth rate, reducing child mortality, improving the health of children and adolescents, as well as to minimize and eliminate the entire complex of causes of death of people of working age

Key words: life value, demographic potential, health, disability, birth rate

Игошев Михаил Владиславович

Кандидат экономических наук, доцент
Пермская государственная фармацевтическая академия
Пермский государственный национальный исследовательский университет
г. Пермь, ул. Крупской, 46
г. Пермь, ул. Букирева, 15

Igoshev Mikhail Vladislavovich

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor
Perm State Pharmaceutical Academy
Perm State National Research University
Perm, Krupskoy st., 46
Perm, Bukireva st., 15

Изучение отечественной научной и практической литературы по вопросам демографической динамики, демографического кризиса, демографического перехода показало отсутствие четко разработанной и общепринятой методики оценки демографического потенциала территорий (страны, региона). В отдельных публикациях [14] лишь констатируется факт, что вопросы оценки

демографического потенциала до сих пор остаются без внимания исследователей. Вместе с тем указанная проблема является очень важной, поскольку демографический потенциал общества характеризует общее социально-экономическое состояние, общие закономерности развития конкретной территории. В то же время для составления прогнозов, разработки планов, принятия эффективных решений в области демографической политики, улучшения здоровья населения, повышения качества структуры населения необходимо располагать объективной и всесторонней информацией о демографических и социально-экономических возможностях региона и общества в целом.

Тем не менее, нужно отметить, что и в научной и учебной литературе, посвященной вопросу демографического развития, можно найти отдельные методологические подходы, а также методики оценки демографического потенциала. В частности, основной методологический подход определения величины демографического потенциала базируется на его количественной оценке. А именно для расчета величины демографического потенциала используются такие количественные показатели, как:

- общая численность населения;
- половозрастной состав населения;
- динамика роста (убыли) населения;
- численность репродуктивно активных представителей в составе общности;
- детородная активность репродуктивно активных представителей населения (число детей в семьях, суммарный коэффициент рождаемости и другие демографические показатели);
- показатели брачности/разводимости;
- сальдо миграции (миграционные процессы) и др.

Вторым направлением методических разработок в области оценки демографического развития страны и ее регионов являются исследования отечественных ученых, посвященные оценке демографических потерь, которые, тем не менее, также строятся на чисто количественных оценках. Например, достаточно широко распространен подход к оценке потерь демографического потенциала через понятие «избыточной» смертности, т.е. сравнение фактического числа смертей с гипотетическим, каким оно могло бы быть, если бы возрастные коэффициенты смертности в России были такими же, как в типичных западных странах [3]. Однако, по мнению многих исследователей, и мы придерживаемся этого мнения, такой подход достаточно противоречив, а главное, разрушителен для российского общества.

Это можно обосновать с помощью анализа применяемых в России и за рубежом методик определения стоимости человеческой жизни, разработанных для расчетов компенсаций и материальной помощи жертвам всевозможных катастроф (их условно называют техническими методиками оценки демографических потерь) [13, 15]. В рамках этих методик наибольшее распространение получили такие термины, как «стоимость человеческой жизни» (наиболее распространен), «цена человеческой жизни», «цена человека», «стоимость человека» и ряд других. Согласно данному подходу стоимость человеческой жиз-

ни рассчитывается путем определения чистой приведенной стоимости выгод, которые другие лица (супруг, супруга, зависимые лица, иждивенцы, партнеры, работодатели) могли бы разумно ожидать от будущих трудовых усилий индивида, чья жизнь оценивается. Кроме того, в рамках этой методики в стоимость человеческой жизни включаются затраты, произведенные для обеспечения безопасности жизни и здоровья индивида.

Помимо этого, в области медико-экономических исследований были разработаны специальные методики расчета экономической эффективности от снижения заболеваемости и предотвращения преждевременной смертности людей (условно называются медицинскими методиками оценки демографических потерь). В рамках этого подхода используются такие понятия и критерии, как «недопроизведенная продукция», «потери чистого национального дохода», «недополученный чистый продукт», «оплата больничных листов», «содержание стационарных и амбулаторных больных», «потери рабочего времени», «затраты на лечение, пенсии, пособия» и т.п. При этом по своей сути медицинские методики в принципе не отличаются от технических методик. И те, и другие рассматривают человека как орудие производства. Используя эти методики, можно достаточно точно вычислять материальный ущерб, причиняемый отказами различных видов техники, возникший вследствие заболеваний животных и людей и т.д., поскольку при таких подходах, по существу, оценивается не человек как таковой, а его экономические возможности. В качестве основных факторов, на основании которых высчитывается, сколько денег способен заработать конкретный человек за определенный период своей будущей жизни, принимаются: возраст человека, уровень его образования, состояние его здоровья, реальный доход, получаемый в настоящее время и пр. Полученная сумма показывает, сколько приблизительно стоит человеческая жизнь. Но, по мнению многих, в том числе зарубежных исследователей и международных организаций, фактически «эта методика воспринимает человеческую личность исключительно в качестве автомата для зарабатывания денег» [22]. «Метод оценки жизни предполагает, что индивиды подобны некоторому типу капитального оборудования, чья потенциальная производительность (отдача) утрачивается в связи с преждевременной кончиной. Ценность жизни приравнивается к ценности средств к жизни, как это отражается в индивидуальных утратах будущих заработков» [22]. Однако строгое и последовательное толкование этих методик сопровождается чистым экономическим эффектом, тогда как повреждение оборудования или падеж скота (причем в любом возрасте!) приносит только ущерб. Таким образом, получается, что применение такого подхода может привести к аморальному выводу, что безвременная смерть пожилых людей приносит обществу чистую пользу. Чтобы избежать такого неприемлемого вывода, подход, основанный на рассмотрении состояния (капитала) людей и использующий чистый заработок в качестве меры чистой производительности, должен быть дополнен (и обычно это делается) умением правильно разбираться в социальных расходах. Но здесь главная проблема заключается как в умении, так и в желании правильно оценивать, а главное трактовать эти самые социальные расходы. Достаточно длительное следова-

ние этим методикам привело во многих странах к формированию такой модели финансирования здравоохранения, которая мало учитывала потребности людей пенсионного возраста, так как, согласно указанным методикам, выделять средства на обеспечение безопасности пожилых людей не следует – человек рассматривается только как орудие труда, следовательно, и средства, выделяемые на здравоохранение и охрану труда, должны соответствовать не человеку как таковому, а орудию труда, к которым пенсионеры уже не относятся.

С негативными последствиями такой пагубной практики финансирования здравоохранения и системы охраны труда западные страны серьезно столкнулись уже в середине прошлого века. В 1963-1965 гг. были впервые применены методики расчета ценности жизни человека с точки зрения самого человека, подвергаемого риску гибели. С момента появления этих методик поток публикаций на тему цены и ценности человеческой жизни неуклонно увеличивался и продолжается до сих пор.

Не останавливаясь на анализе всех этих методик, отметим их основные черты. В частности, в рамках такого подхода человеческую жизнь представляют в виде двух компонент – хозяйственной и субъективной, указывая при этом, что вторая превышает первую на порядок [11]. При таком разделении экономический эффект от предотвращения преждевременной смерти человека, рассчитываемый с помощью медицинских и технических методик, представляет собой хозяйственную компоненту человеческой жизни. Что касается оценки субъективной компоненты, то здесь рассуждения следующие: люди живут не для того, чтобы производить материальные блага; они производят материальные блага для того, чтобы жить. И они не хотят умирать от болезней или погибать при несчастных случаях не потому, что беспокоятся об ущербе, который будет нанесен государству или кому бы то ни было, а просто потому, что хотят жить, причем как можно дольше (по крайней мере, подавляющее большинство людей). Но не хозяйственные потери определяют общественную потерю при гибели человека. Есть еще оценка своей жизни самим человеком. Поэтому и пища, и комфорт, и красивый ландшафт, и неистребимое желание жить как можно дольше – все это и многое другое должно получить выражение в денежном эквиваленте. Чтобы получить такую оценку, нужно сравнить каждое желание с другими желаниями, уже получившими денежную оценку [11]. Эти и аналогичные им рассуждения в качестве аргументации опираются на сложившуюся уже в течение нескольких десятилетий практику компенсации ущерба от потери здоровья (смерти) в развитых странах мира.

Путем изучения физически опасного/безопасного и экономического поведения людей в автомобильном движении в США и Великобритании было установлено, что среднестатистический участник дорожного движения оценивает свою жизнь примерно в 6 раз выше дисконтированной зарплаты, которую он мог заработать за всю свою жизнь. В результате уже к началу 60-х гг. прошлого века суды США и Великобритании принуждали работодателей и перевозчиков пассажиров выплачивать за гибель человека, происходившую по их вине в результате несчастного случая на производстве или транспортной катастрофы, компенсационную сумму, значительно превышавшую дисконтиро-

ванную зарплату, которую человек мог заработать за всю свою жизнь. Таким образом, власти этих стран и их судебная система осознали, что если при обеспечении безопасности людей ориентироваться только на экономическую оценку жизни человека как орудия труда, то безопасность людей не будет соответствовать общему достигнутому уровню развития общества и общество потеряет значительно больше, чем просто работника [21]. Однако до сих пор в большинстве стран продолжает господствовать количественный подход к определению стоимости человеческой жизни и, закономерно, к определению ущерба от потери демографического потенциала.

В настоящее время в отечественной науке наиболее распространенной является методика оценки потерь демографического потенциала через уже обозначенное ранее понятие «избыточной» смертности [18, 19]. Как показали расчеты, в России, по состоянию на середину 90-х гг. XX в., фактические потери от «избыточной» смертности мужчин в возрасте 20-65 лет составляли порядка 13 млн. человеко-лет потенциала трудовой активности, что в 4 раза выше аналогичного показателя в развитых европейских странах (если бы возрастные уровни российской смертности соответствовали западным, то это привело бы к потере «всего» 3,2 млн человеко-лет).

Указанная методика достаточно проста для расчетов, однако, на наш взгляд, она не полная, поскольку не учитывает целый ряд факторов, относящихся именно к категории потенциала – т.е. тем возможностям населения, которые так и остались нереализованными (например, потери от недостаточной рождаемости, даже не обеспечивающей простое воспроизводство населения; потери от низкого образовательного уровня, формирующего низкое качество рабочей силы, и т.д.).

Во-вторых, эта методика не учитывает потери, возникающие вследствие ухудшения здоровья населения, не приводящего к смерти людей, но связанного с временной потерей нетрудоспособности (время, проведенное на больничном, когда работнику выплачиваются деньги за время лечения, а работа в это время не выполняется), с худшим выполнением работы, с затратами общества на компенсацию проблем со здоровьем. Например, в Канаде прямые и косвенные расходы общества на лечение заболеваний, вызванных физической пассивностью людей, составляют примерно \$ 2,5 млрд. в год [20].

Таблица 1. Число человеко-дней нетрудоспособности в связи с утратой трудоспособности на один рабочий день и более (тыс.)

Год	Российская Федерация в целом	Приволжский федеральный округ	Уральский федеральный округ	Пермский край
2009	2179,0	429,4	258,6	47,7
2010	2187,5	420,9	264,2	42,9
2011	2111,2	426,7	263,3	43,1
2012	1840,6	388,5	220,7	38,4
2013	1686,6	352,2	216,2	35,2

В нашей стране число человеко-дней нетрудоспособности в связи с утратой трудоспособности на один рабочий день и более в 2013 г. составило 1,68 млн чел./дней [4], что в стоимостном выражении эквивалентно примерно 2,1 млрд руб. (динамика нетрудоспособности в 2009-2013 гг. представлена в табл. 1).

Наконец, авторы различают прямые и косвенные показатели потерь демографического потенциала. Соглашаясь с таким делением, к прямым потерям (т.е. нереализованным возможностям) демографического потенциала мы бы отнесли в первую очередь число неродившихся детей, рассчитываемое через сравнение:

1) коэффициента фактической рождаемости с гипотетическим минимумом естественной рождаемости (Hypothetical minimum of natural fertility) – понятием, характеризующим минимальный уровень естественной рождаемости, ниже которого рождаемость может опуститься лишь под влиянием репродуктивного поведения [2];

2) коэффициента фактической рождаемости с показателем естественной рождаемости (Natural fertility) – рождаемость, не ограничиваемая противозачаточными средствами и искусственными абортами, а также возрастное распределение рождаемости, наблюдаемое в населении, не практикующих т.н. намеренного ограничения рождаемости, в которых репродуктивное поведение не зависит от числа уже рожденных детей;

3) коэффициента фактической рождаемости с показателем желаемого числа детей в семье (Wanted family size or Wanted number of children) – число детей, которое индивид или семья хотели бы иметь при наличии всех необходимых для этого с точки зрения индивида условий;

4) коэффициента фактической рождаемости с числом смертей людей пенсионного возраста (т.е. дети и население трудоспособного возраста).

К косвенным показателям потерь демографического потенциала можно отнести объемы временной потери нетрудоспособности, в результате чего общество в абсолютном размере недополучает здоровое и трудоспособное население. Конечно, в современных условиях часть населения пенсионного возраста ведет активную творческую или трудовую деятельность, однако это уже некий дополнительный прирост трудового капитала. Именно это (фактически достигнутое в экономически развитых странах повышение творческого долголетия граждан), а также огромные потери демографического потенциала и сокращения численности трудоспособного населения ниже уровня, необходимого для обеспечения экономического развития в ряде стран, в том числе и России, привело к постановке вопроса о необходимости увеличения возраста выхода на пенсию, что, на наш взгляд, в российских условиях недопустимо.

Еще одним очень важным аспектом оценки уровня демографического потенциала общества является надежная оценка его качественных сторон. Расчет чисто количественных показателей состояния демографического потенциала (число родившихся и умерших, количество заключенных браков и разводов, уровень заболеваемости и т.д.), а к этому, к сожалению, сводится большинство оценок демографической ситуации как в нашей стране, так и в других странах,

оставляет без внимания качественную сторону демографического развития, а, как показывает жизнь, более богаты не те страны, где больше людей и работников, а те, где отдача от каждого работника наиболее высока, где квалификационный состав рабочей силы выше, где люди заинтересованы не только в улучшении условий своей жизни (а «после меня хоть потоп»), но также думают и заботятся о будущих поколениях. Поэтому количественная оценка демографического потенциала не должна исчерпываться оценкой общей численности населения той или иной территории, его гендерной и возрастной структурой. Она должна быть дополнена оценкой жизненного потенциала населения. Именно такая оценка позволяет говорить об эффективности и качестве управления процессом демографического развития. При этом именно эффективность управления, достижение поставленных целей и является основой и критерием оценки любой государственной политики.

Говоря о качественной оценке (структуре) демографического потенциала, нужно, прежде всего, выделить следующие ее направления.

1. Оценка гендерной структуры населения. Данная характеристика важна в первую очередь с точки зрения определения репродуктивных возможностей общества, определения потенциального количества детей, которые могут родиться в некоторый период времени и сформировать в будущем трудовой потенциал.

2. Оценка возрастной структуры населения (соотношение людей трудоспособного возраста, детей и подростков, людей пожилого возраста). Эта характеристика также весьма важна, поскольку от возрастной структуры зависит качество демографического потенциала и многие экономические показатели развития общества, в частности, такое понятие, как «демографическая нагрузка на трудоспособное население». В настоящее время развитые страны мира столкнулись с ситуацией старения населения, при которой демографическая нагрузка на трудоспособное население приобретает отрицательное значение: нагрузка пожилыми преобладает над нагрузкой детьми. Напротив, ситуация, когда нагрузка детьми превышает нагрузку пожилыми, считается положительной, поскольку дети – это будущие работники. В России и многих ее регионах, к сожалению, доминирует отрицательный компонент демографической нагрузки [1].

3. Оценка образовательного уровня населения. Данный показатель весьма важен, поскольку от общей культуры населения, его образованности в широком смысле слова, вида и качества образования в значительной степени зависят социально-экономические и репродуктивные установки людей, отношение к семье, собственному здоровью, желание и возможности иметь детей, демографические потребности и интересы и т.д.

4. Оценка поведенческих установок (брачность, разводимость, следование вредным привычкам (табакокурение, алкоголизм и т.д.), поддержание собственного здоровья (обращение в медицинские учреждения для прохождения профилактических осмотров и проведения профессионального лечения в случае заболевания), регулярность занятий физической культурой и спортом, ре-

продуктивные установки (действия и отношения, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка) и т.д.).

Итак, опираясь на существующие методологические подходы, а также разработанные на практике и апробированные методики расчета ущерба от потерь демографического потенциала, можно сделать вывод, что с точки зрения решения задачи обеспечения развития демографического потенциала наибольшее значение имеют факторы увеличения рождаемости, снижения детской смертности, укрепления здоровья детей и подростков (формирование следующих поколений), а также максимального сокращения и устранения всего комплекса причин смертности людей трудоспособного возраста.

При этом нужно учитывать следующее. Несомненно, вклад этих двух демографических групп (дети в возрасте до 15 лет и трудоспособное население) в формирование демографического потенциала неодинаков – большее значение имеет группа людей трудоспособного возраста. Это можно проиллюстрировать на примере оценки приоритетности вклада разных возрастных групп для достижения прогресса снижения смертности в России, проведенной В.И. Стародубовым и А.Е. Ивановой [20].

Во-первых, как показывает статистика, вклад младенческой, детской и подростковой смертности в изменение продолжительности жизни населения на несколько порядков меньше, чем трудоспособных групп. В частности, младенческая смертность мальчиков и девочек определяет в настоящее время всего около 1% гендерных различий в продолжительности жизни; такой же вклад в формирование различий в продолжительности жизни мужчин и женщин (около 1%) дают дети в возрасте от 1 года до 15 лет, и еще около 1,8% приходится на подростковую смертность. Таким образом, суммарный вклад данной группы в настоящее время составляет около 3,5%. В то же время весь прирост продолжительности жизни за 2005-2007 гг., который составил 2,5-1,5 года, на 0,1 года был обеспечен детьми в возрасте до 5 лет и на 1,7-0,8 года – лицами в возрасте до 65 лет [20]. Таким образом, суммарная роль младенцев, детей и подростков в формировании различий продолжительности жизни мужчин и женщин в России в настоящее время является достаточно несущественной.

Во-вторых, согласно подходу Всемирной организации здравоохранения [23], а также мнению многих отечественных исследователей [7-10, 12], возрастной период до 65 лет представляет собой интервал, на котором значительная часть смертей может быть предотвращена усилиями систем здравоохранения, охраны труда и охраны здоровья (под последним понимается система комплексной межсекторальной профилактики поведенческих факторов риска здоровью, система своевременного выявления и диагностики возникшего заболевания и т.д.).

В-третьих, демографические потери людей трудоспособного возраста являются источником огромного экономического ущерба от утраты как части самих трудовых человеческих ресурсов, так и осуществленных, но не давших полной отдачи вложений в человека (в воспитание, образование, квалификационную подготовку и пр.) [3]. По оценкам зарубежных исследователей, в США

последние 50 лет ежегодные потери от преждевременной смертности трудоспособного населения оцениваются примерно в \$ 30 млрд., и эта величина из года в год увеличивается [24], несмотря на активные меры государства по преодолению этой тенденции [24]. Расходы на охрану здоровья из государственных средств постоянно возрастают и в большинстве западноевропейских стран составляют в настоящее время в среднем 10% ВВП [6]. Кроме того, активно пропагандируемая идея самосохранения здоровья, опирающаяся на регулярные занятия физической культурой и массовым спортом, а также проводимая в этой области государственная политика привели к тому, что в настоящее время в экономически развитых странах в регулярные занятия физкультурой и спортом вовлечено около половины их жителей (по разным странам – от 40% до 60 %) [6], что также способствует сохранению здоровья населения. Кроме того, в экономически развитых странах совокупные расходы общества на охрану здоровья складываются не только из государственных средств, но в еще большей степени – из расходов самого населения на поддержание собственного здоровья – действий в рамках самосохранительного поведения [17].

Что касается России, то в нашей стране потери от временной утраты нетрудоспособности составляют в последнее время ежегодно порядка 3 млн. руб., в то время как расходы на охрану здоровья с конца 80-х гг. XX в. сокращались из года в год. Правда, в последние годы эта динамика изменилась – началось финансирование сферы здравоохранения (в рамках национального проекта), однако ущерб, который уже был нанесен целому поколению и всему обществу, просто колоссален. Понятно, что таких средств и усилий государства явно недостаточно, чтобы проводить эффективную политику улучшения здоровья, увеличения продолжительности жизни, роста населения и надеяться на существенный рост демографического потенциала в ближайшем будущем. Более того, большинство имеющихся прогнозов демографических тенденций в России в ближайшие десятилетия дают пессимистическую картину.

**Таблица 2. Динамика численности населения России
по прогнозу ООН, 2005–2050. WPP-2004, все варианты (тыс. чел.)**

Годы	Вариант прогноза			
	Верхний	Средний	Нижний	С постоянной рождаемостью
2005	143 202	143 202	143 202	143 202
2010	141 420	140 028	138 639	139 609
2015	140 132	136 696	133 243	135 487
2020	138 654	133 101	127 458	130 708
2025	136 611	129 230	121 721	125 635
2030	134 772	125 325	115 953	120 509
2035	133 858	121 679	110 156	115 270
2040	133 885	118 334	104 314	109 761
2045	134 282	115 098	98 371	103 999
2050	134 532	111 752	92 358	98 169
Изменения за 2005 – 2050 гг.	-8 670	-31 450	-50 844	-45 033

Так, согласно различным вариантам прогноза ООН (WPP-2004) к 2050 г. население России сократится минимум на 8,7 млн. человек (максимум на 51 млн человек) и составит примерно 100,0 млн человек (см.табл.2) [23]. Такими же тревожными являются прогнозы многих российских исследователей [1, 5], согласно которым численность населения России в 2040 г. будет составлять менее 110 млн. человек. При этом снижение численности трудоспособного населения по прогнозам российских демографов к 2025 г. снизится практически на четверть – всего на 18,9 млн. человек (или 21,7%) от уровня 2005 г. [16].

В целом данную ситуацию можно расценивать как экономическую, социальную и гуманитарную катастрофу. Это подтверждается анализом основных демографических тенденций в России и ее регионах, а также динамикой основных демографических показателей.

Список литературы:

1. Анализ демографической ситуации: тенденции и последствия.
URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=19&idArt=322.
2. Борисов В.А. Демография. М.: NOTA BENE, 1999.
3. Вишневский А.Г., Васин С.А., Зайончковская Ж.А. Демографический и трудовой потенциал России // Путь в XXI век (стратегические проблемы и перспективы российской экономики). М.: Экономика, 1999. С. 202.
4. Госкомстат России. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi>.
5. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М.: Эдиториал УРСС, 2001. С. 80-81.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2005.
7. Захаров С.В. Когортный анализ смертности населения России (долгосрочные и краткосрочные эффекты неравенства поколений перед лицом смерти) // Проблемы прогнозирования. 1999. № 2. С. 114-131.
8. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков.
9. Р.Г. Оганов, Р.А. Халитов, Г.С. Жуковский. К здоровой России. М., 1994.
10. Критерии предотвратимости и механизмы управления рисками преждевременной смертности населения Пермского края в системе здравоохранения: отчет об исслед. работе ГУЗ «Пермский краевой научно-исследовательский клинический институт детской эконатологии». Пермь, 2008.
11. Легасов В.А., Демин В.Ф., Шевелев Я.В. Безопасность как экономический фактор. Цена риска // Проблемы анализа риска. 2005. № 2.
12. Лещенко Я.А., Батура О.Г., Лебедева Л.Н. Смертность населения трудоспособного возраста в Иркутской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №3. С. 21-25.
13. Майбуров И.А. Оценка накопленного человеческого капитала экономической России // Вестн. Уральского гос. техн. ун-та. 2003. №3. С. 49-57.
14. Максимов М. Демографический потенциал и трудовые ресурсы района. Возможности мониторинга // Человек и труд. № 2. 1997. С. 66.
15. Основные социально-экономические индикаторы уровня жизни населения.
URL: http://www.gks.ru/free_doc/2007/b07_11/07-01.htm.
16. Прогноз численности трудоспособного населения России и ее округов. URL: <http://www.demoscope.ru>
17. Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации // Эконом. стратегии. 2006. № 2.
18. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Антонова О.И., Гаврилов Л.А. Внешние причины смерти // Демографические перспективы России. М., 2008. С. 395-420.
19. Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С., Михайлов А.Ю. Социально-демографические потери, обусловленные смертностью населения России в период реформ (1989-2007 гг.) // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. № 1(9).
URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/103/30/lang,ru>.

20. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Анализ изменений и прогноз смертности населения в связи с мерами демографической политики // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. № 1(9). М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрова. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/101/30/lang,ru>.
21. Трунов И.Л., Айвар Л.К., Харисов Г.Х. Эквивалент стоимости человеческой жизни // Представительная власть. 2006. № 3(69).
22. Mayer M. *The Data Game: Controversies in Social Science*.
23. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects. The 2003 Revision, WPP-2004, Table VII-19*. URL: <http://esa.un.org/unpp>.
24. *Statistical Abstract of the United States 1996*. Washington, 1996.

© 2015, Игошев М.В.

Природа методологических подходов к пониманию демографического потенциала

© 2015, Igoshev M.V.

Nature of methodological approaches to understanding demographic potential