Статистический анализ демографической ситуации и заболеваемости взрослого населения в Астраханской области

тема диссертации и автореферата по ВАК 08.00.12, кандидат экономических наук Бабеева, Наталья Ивановна  
  
**Год:**

2006

**Автор научной работы:**

Бабеева, Наталья Ивановна

**Ученая cтепень:**

кандидат экономических наук

**Место защиты диссертации:**

Москва

**Код cпециальности ВАК:**

08.00.12

**Специальность:**

Бухгалтерский учет, статистика

**Количество cтраниц:**

178

## Оглавление диссертации кандидат экономических наук Бабеева, Наталья Ивановна

Введение.стр.

Глава I. Теоретические основы изучения здоровья населения.стр.

1.1. Человеческий капитал как фактор экономического развития.стр.

1.2. Основные факторы, обусловливающие заболеваемость взрослого населения.стр.

1.2.1. Экономические факторы.стр.

1.2.2. Экологические факторы.стр.

1.2.3. Влияние социальных и прочих факторов на состояние здоровь-t.стр.

Глава II. Медико - демографическая ситуация в Астраханской области.стр.

2.1. Динамика численности и состава населения Астраханской области .стр.

2.2. Естественное движение населения Астраханской области.стр.

2.3. Миграционное движение населения Астраханской области.стр.

Глава III. Анализ динамики заболеваемости взрослого населения в Астраханской области и ее факторов.стр.

3.1.Классификация болезней.стр.

3.2. Анализ динамики заболеваемости по различным классам болезней.стр.

## Введение диссертации (часть автореферата) На тему "Статистический анализ демографической ситуации и заболеваемости взрослого населения в Астраханской области"

Актуальность темы исследования. Население как объект статистического исследования привлекало к себе внимание исследователей с давних времен. И это вполне закономерно, поскольку человеческий потенциал, демографические ресурсы являются главным богатством государства любой общественной системы, составляющим могущество страны и общества. Итоги многих специальных исследований позволяют утверждать, что страна с большим демографическим ресурсом при прочих равных условиях обладает и большей совокупной мощью. Поэтому без точной характеристики происходящих демографических процессов невозможно получить четкое представление о возможных изменениях важнейшего фактора развития и преобразования экономики - человеческого капитала.

В России в последние годы сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, выражающаяся в снижении рождаемости и увеличении смертности населения, что приводит к постоянному снижению естественного прироста и общей численности населения. И это, естественно, не может не вызывать тревогу и требует изучения причин, лежащих в основе сложившейся тенденции, и в частности роста числа различных классов заболеваний, как в масштабе страны, так и на региональном уровне, в разрезе отдельных областей.

Все вышесказанное определяет выбор темы диссертационного исследования и ее актуальность

Как известно, концепция «человеческого капитала» трактуется в работах Т.Шульца и Г.Беккера в качестве единства знаний, квалификации и здоровья, одновременно выполняющего функции «средства производства» и «предмета длительного пользования». Согласно этой теории вложения в человеческий капитал, направленные на совершенствование образования населения и улучшение состояния его здоровья, на рост ценности человеческого труда становятся важнейшими факторами преобразования экономики, модернизации экономических институтов.

В настоящее время в развитых странах происходит смена приоритетов, что выражается в относительном сокращении доли военных исследований и ускоренном росте инвестиций в фундаментальные науки, связанные, в частности, с системой здравоохранения. На роль базового фактора развития экономики выдвигается образование, в том числе системы, обеспечивающие получение профессиональных знаний в течение всей жизни; «жизненный цикл знаний», навыков, профессий сегодня оказывается коротким. В связи с этим концепция человеческого капитала довольно быстро трансформировалась в концепцию «расширения человеческих возможностей» - возможностей, замещающих материальное и экономическое благосостояние. Из этой теории непосредственно следует, что цель развития государства заключается не только и даже не столько в том, чтобы увеличить производство и потребление; главное — предоставить человеку «возможность выбора», реализуемую прежде всего в здоровой жизни, в ее долголетии, в свободном развитии интеллектуальных и всех прочих творческих способностей.

Человеческий потенциал России, как и любой страны, имеет две координаты: количественную и качественную. По итогам исследований ИСЭПН РАН предложен более широкий подход к определению качества человеческого потенциала. При этом задействуются следующие три фундаментальные составляющие: 1)физическое, психическое и социальное здоровье, воздействующее не только на физическую дееспособность граждан страны, но и на характер процессов демографического воспроизводства (капитал здоровья); 2)профессионально-образовательный ресурс и интеллектуальный потенциал, включая подготовку специалистов высшей квалификации и занятой научным трудом части граждан (образовательный капитал); 3) социокультурная активность граждан и их нравственные ценности (от этого в значительной степени зависит, как будут использованы другие качественные характеристики - во зло или благо (социальный капита

В целом современная теория человеческого капитала достаточно полно отражена в экономической литературе. Вместе с тем остается немало нерешенных проблем. До сих пор отсутствует системный анализ структуры человеческого капитала, мало изучены проблемы циклической динамики человеческого капитала, вопросы сравнительной эффективности инвестиций в его различные активы. Особое место занимает проблема статистической оценки процесса накопления человеческого капитала в части здоровья, поскольку состояние и тенденции динамики качества населения становятся все более важными факторами развития любой страны, определяя параметры «человеческого капитала», спектр «возможностей человеческого выбора» и, безусловно, уровень конкурентоспособности рабочей силы.

Состояние здоровья населения является одним из качественных показателей человеческого капитала, которое в частности характеризуется динамикой заболеваемости. Выявление же причин, обусловливающих данную динамику, должно стать важной составляющей государственной стратегии развития.

Пореформенный период характеризуется ухудшением здоровья россиян, что в значительной мере можно объяснить последствиями социально-экономических преобразований. Избранная для реализации в постсоветской России пресловутая «шоковая» модель трансформации не учитывает возможности медико-биологической адаптации человека к радикально меняющимся условиям жизни. «Шоковые» ситуации активизировали деструктивный механизм, который подавляет адаптационные возможности человеческого организма и вызывает у человека депрессии и другие психические расстройства. Именно в связи с этим «шоковая» стратегия реформ, по мнению медиков, стала главной причиной чрезвычайного ухудшения здоровья и высокой смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте.

Целью исследования является комплексный статистический анализ демографической ситуации и заболеваемости взрослого населения в Астраханской области, а также факторов, влияющих на них.

При решении задач, возникающих в связи с повышением качества человеческого потенциала, необходим анализ не только на макро-, но и на мезо-и микроуровне.

Макрохарактеристики имеют решающее значение при территориальных и временных сравнениях (включая межстрановые). Что касается микропоказателей, то их использование многофункционально. Во-первых, на их основе возможны оценки отдельных социально-демографических групп населения, в том числе маргинальных, имеющих неблагоприятный статус физического и психического здоровья, а также страдающих социальной дезадаптацией. Во-вторых, индикаторы, предполагающие индивидуальные замеры, показывают и возрастную эволюцию качественного состояния людей, а главное,- позволяют выявить детерминирующие его социально-экономические факторы, проявляющиеся на различных этапах жизненного цикла. Особое значение подобный анализ имеет применительно к детям, престарелому населению и тем более населению в трудоспособных возрастах. Снижение численности российского населения и прогнозируемые еще более высокие темпы сокращения обостряют проблему его качества, что вызывает потребность статистических исследований в этой области.

В соответствии с поставленной целью в работе было необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть категориальное содержание понятия человеческий капитал, его основных структурно-логических элементов;

- проанализировать существующие подходы, методы и инструментарий экономической оценки человеческого потенциала;

- проанализировать демографическую ситуацию, а также основные социально- экономические показатели Астраханской области за период с 1995 по 2004 гг.;

- изучить показатели социально-значимых заболеваний взрослого населения Астраханской области в динамике с 1995 по 2003 гг.;

- выявить влияние отдельных социально-экономических факторов на различные классы заболеваний.

Объектом исследования является население Астраханской области.

Предметом исследования является демографическая ситуация и динамика заболеваемости взрослого населения и система социально-экономических показателей, влияющих на нее в Астраханской области.

Теоретической и методологической основой исследования являются труды отечественных и зарубежных ученых по проблеме человеческого капитала, материалы ООН по проблемам оценки человеческого потенциала, состояния здоровья населения; материалы и официальные публикации Росстата РФ. Источником информации для анализа экономического развития и уровня жизни населения Астраханской области за 1995 - 2003 гг. явились Статистические сборники «Экономика Астраханской области» областного комитета государственной статистики.

Обработка данных проводилась с использованием современной вычислительной техники и пакетов прикладных программ обработки статистической информации: Statgraph и 81аЙ8Йса -6. Научная новизна исследования:

- анализ демографической ситуации проводился с позиций концепции «человеческого капитала»;

- определены наиболее существенные факторы социально-экономического развития, формирующие состояние здоровья населения;

- выявлены наиболее чувствительные к динамике социально-экономических факторов классы заболеваний;

- оценена степень зависимости и доля влияния как отдельных социально-экономических факторов, так и их комбинированного воздействия на динамику заболеваемости;

- осуществлен критический анализ существующих источников информации о состоянии здоровья населения;

- разработаны и апробированы модели тренда, на основе которых был осуществлен прогноз заболеваемости населения.

Практическая значимость исследования.

Полученные результаты позволили выявить и обосновать причины ухудшения состояния здоровья населения Астраханской области, полученные уравнения временного тренда дают возможность рассчитать динамику в краткосрочной перспективе и на этой основе предусмотреть ряд мер, направленных на снижение уровня заболеваемости.

Итоги исследований могут быть использованы в практической деятельности региональных и муниципальных органов власти, а также в учебном процессе при чтении курсов «Социальная статистика» и «Статистика населения».

Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

## Заключение диссертации по теме "Бухгалтерский учет, статистика", Бабеева, Наталья Ивановна

Заключение

Выполненное в диссертационной работе исследование позволяет сформулировать ряд выводов и рекомендаций.

1. Качественная оценка состояния человеческого капитала является определяющим фактором экономического развития любого государства, поскольку именно накопленный человеком запас здоровья, знаний, навыков, способностей содействует росту производительности труда и эффективности производства;

2,Основным источником накопления человеческого капитала являются инвестиции в человека: в воспитание, в образование, здоровье. Эффективность же человеческих инвестиций прямо зависит от продолжительности периода, в течение которого они используются, т.е. в частности от ожидаемой продолжительности жизни населения; продолжительности и сложности различных заболеваний; снижением смертности, нетрудоспособности. Снижение заболеваемости и улучшение здоровья населения увеличивают производительность труда, а следовательно, повышают эффективность инвестиций в человека;

3.Проблемы изучения, сохранения и восстановления здоровья населения становятся наиболее актуальными в современных условиях вследствие усиления воздействия на здоровье различных биологических, социально-экономических и психологических факторов.

Т.е. главным фактором риска здоровья является поведение человека, субъективный фактор, сам человек, живущий в конкретных условиях и испытывающих их и патогенной и саногенное воздействие.

Для качественной и количественной характеристики процесса формирования здоровья в работе предложена группировка экономических, экологических и социальных факторов, влияющих на здоровье населения в условиях Астраханской области и рассмотрена характеристика их влияния;

4.Демографическая ситуация складывается под воздействием как общих закономерностей воспроизводства населения, так и местных условий, поэтому так важен анализ структуры населения на региональном уровне.

Знание демографического состава населения необходимо и при анализе причин повышенного или пониженного уровня заболеваемости, причин преобладания той или иной патологии. Состав населения, при прочих равных, во многом определяет структуру заболеваемости, преобладание тех или иных причин смерти

Анализ демографической ситуации в Астраханской области показал, что за период с 1990 г. по 1995гг. динамика численности населения Астраханской области характеризовалась тенденцией монотонного возрастания.

Однако рост численности происходил не за счет прогрессивного режима воспроизводства, а за счет положительного сальдо миграции, в частности, международной.

Однако с 1997 г. формируется выраженная тенденция монотонного убывания численности постоянного и, в том числе, взрослого населения области, в 2003 г. общая численность постоянного населения области составила 1 002,8 тыс. человек, в 2005 г. - 998 тыс. человек, на 01.01 2006 г. -994 тыс. человек.

Одним из значительных факторов для формирования нормального режима воспроизводства населения является численность лиц репродуктивного возраста (15-49 лет). С 1986 г. по 1991 г. численность лиц репродуктивного возраста (15-49 лет) монотонно снижалась с 500348 человек (50,92%) до 481630 (48,46%). После 1991 г. тенденция изменилась на противоположную, и в 2000г. лица репродуктивного возраста составляли 553716 человек (54,67%), в 2003 г. продолжилось несущественное увеличение-555169 (55,3%) человек, т.е. численность данной возрастной группы увеличилась на 1453 человека, однако в 2004г. - 555087 (55,4%), а в 2005 г. - 553009 (55,3%), т.е. происходит уменьшение количественного состава лиц репродуктивного возраста, сохранение же удельного веса объясняется, с одной стороны, сокращением численности населения в целом, а с другой - уменьшением численности населения в возрасте старше 60 лет.

В Астраханской области сформировался, стабильный тип половозрастного состава населения, относимый к демографически старому.

К демографически старому типу относят регионы, где доля лиц указанного возраста составляет более 12%, что касается Астраханской области, то здесь доля лиц старше 60 лет составляет 16,3% (2004 г.).

Процесс демографического старения больше характерен для женщин, чем для мужчин. В настоящее время доля лиц в возрасте старше трудоспособного среди мужчин составляет 11,6%, среди женщин - 24,6%. Среди населения в возрасте 55 лет и старше женщин в 1,7 раза больше чем мужчин, а в возрасте старше 65 лет - в 2,0 раза.

Важное социально-экономическое значение имеет показатель нагрузки населения рабочих возрастов детьми и пожилыми людьми, то есть неработающей части населения. За счет роста в общей численности доли лиц «трудоспособного» возраста (с 58,7% в 1999 году до 60,3% в 2001 году), обусловленного большим притоком в него молодежи 80-х и меньшим оттоком поколения 40-х годов, общая демографическая нагрузка в области снизилась с 705 человек (на 1000 человек трудоспособного возраста) в 1999 году (658 человек - в 2001 году, в 2000 году - 679 человек нетрудоспособного возраста (в том числе 362 ребенка и 317 пожилых), до 588 человек (соответственно 295 и 293) в 2005 году.

Оба указанных момента негативно влияют на формирование и накопление человеческого капитала, создание профессионально-квалификационной структуры, необходимой для освоения инноваций в различных отраслях экономики региона, возможность передачи накопленного опыта новому поколению, численность которого с каждым годом сокращается, создание здоровой, способной к интенсивному уровню физической и умственной деятельности рабочей силы региона.

Уровень брачности в области в среднем на 0,3 промилле выше среднероссийского (7,8 промилле).

Уровень разводимости в области ниже среднероссийского, который по итогам естественного движения населения за исследуемый период (с 1995 -2003 гг.) составил 5,4 промилле, но выше уровня разводимости, сложившегося в соседних регионах.

Неблагоприятная демографическая ситуация также выражается в уменьшении числа детей (доля детей в 2000г. составляла 19,8%, в 2003 -18,3%), что и предопределяет невысокие темпы обновления и совершенствования образовательного, интеллектуального потенциала региона.

При таком развитии событий возврат к нормальному замещению поколений станет в обозримом будущем маловероятным. Падение уровня жизни, ухудшение здоровья и повышение в населении от поколения к поколению доли хронически больных при утрате специального контроля за смертностью могут привести к скачкообразному снижению продолжительности жизни.

5. В Астраханской области на фоне высокой смертности до 1998 г. наблюдалось снижение рождаемости, причинами этого явилось усиление взаимодействия двух факторов. Первый отразил адекватную реакцию населения на снижение уровня и качества жизни. Второй обозначил формирование и развитие у молодежи новых типов репродуктивного поведения, связанных не с ухудшением, а с изменением в стиле и образе жизни.

Однако в течение последних 5 лет имеет место рост показателя: в 2000 г. суммарный коэффициент рождаемости в Астраханской области составил 1,48 рождений на женщину, в 2003 году - 1, 60 рождений, что на 27,9% меньше уровня необходимого для простого воспроизводства населения (данный уровень не обеспечивается уже с 1990 г.).

Основной проблемой ухудшения демографической ситуации в области остается высокий уровень смертности населения области. В 2000 году по сравнению с 1991 годом смертность возросла на 28,2%, в 2001 году коэффициент смертности (число умерших на 1000 населения) по области составил 13,8%о (в 1999 г. - 13,6%о). В 2002 году коэффициент смертности составил 14,5%о, а в 2003 - 15,7%о, а в 2004 г. -15,1 %о.

Особую тревогу вызывает то, что люди стали умирать более молодыми. В 2003 году по сравнению с уровнем 1989 г. в области число умерших в возрасте 35-39 лет на 1000 населения соответствующего возраста в 2003 году увеличилось в 2 раза, а в 2004 г. - в 1,9 раза, в том числе лиц мужского пола в

2003 г. - в 2,1 раза, а в 2004 г. - 2,0 раза; число умерших в возрасте 40-44 года на 1000 населения соответствующего возраста в 2003 г. выросло в 1,6 раза, в

2004 г. - 1,5 раза, в том числе лиц мужского пола в 2003 г. выросло в 1,8 раза, в 2004 г.-в 1,7 раза.

Одним из индикаторов социального благополучия, отражающих здоровье населения, является младенческая смертность. В настоящее время в условиях низкой рождаемости проблема сохранения жизни и здоровья новорожденных, снижение смертности детей первого года жизни особенно злободневна.

Детская смертность в возрасте до 1 года (число умерших на 1000 родившихся) в среднем по области составила в 2002 году 16,3 (1999 г. - 15,9), по РФ в 2002г. - 13,3 %о, а в 2004 г. -11,6%о, т.е. областной показатель значительно превышает средний по России.

Уровень младенческой смертности в Астраханской области на 1,6% выше среднероссийского уровня.

Частота материнской смертности (число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тысяч родившихся живыми) по области ниже, чем по России и составляет 34 (по России - 44), что на 57,7% ниже показателя 1995 года.

За последнее десятилетие в Астраханской области произошли существенные изменения в рейтинге причин смерти. Первое место стабильно удерживают сердечно-сосудистые заболевания. На второе место, на котором до этого много лет были злокачественные новообразования, вышли несчастные случаи, травмы и отравления. На третьем - новообразования. На четвертом месте остаются случаи смерти вследствие заболеваний органов дыхания, на пятом - органов пищеварения.

В результате существенного превышения числа умерших над числом родившихся в области сформировалась ярко выраженная тенденция убыли населения.

В последнее время показатель средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ) рассматривается как свидетельство значительных потерь здоровья населения страны из-за высокой и все возрастающей смертности и сокращения предстоящей жизни лиц трудоспособного возраста.

Ожидаемая продолжительности жизни мужчин и женщин в Астраханской области отражает тенденцию, сложившуюся в целом по России. За период с 1995г. по настоящее время продолжительность жизни мужчин и женщин неуклонно снижается, что обусловлено в первую очередь ростом смертности обеих категорий граждан.(мужчины: в 1995 г. - 71,9%о, в 2004 г. - 72,8%о; женщины: в 1995 г. - 58,4%о, в 2004 г. -58,9%о.)

6. Динамика миграционного движения населения имеет немаловажное значение для характеристики демографической ситуации в области, поскольку с учетом такого фактора как естественная убыль населения области, одним из основных факторов, обусловивших прирост его численности до 1998 г., а затем и сокращение, являются миграционные процессы.

Миграционный прирост населения, компенсировавший до 1997 года естественные потери, составил +1,3 тыс. человек в 2002 году, в 2003 г. плюс 0,4 тыс., в 2004 г. - плюс 88 человек.

7. В работе на основании международной классификации болезней была изучена динамика заболеваний взрослого населения по 14 классам и осуществлено аналитическое выравнивание приведенных рядов динамики по данным классам болезней для выявления тренда в виде определенного уравнения, принятого за математическую модель тренда.

Конечной целью такого анализа явилось прогнозирование путем экстраполяции рядов в краткосрочной перспективе.

Из 14 классов заболеваний устойчивые тенденции роста имели: болезни эндокринной системы, туберкулез, наркомания и токсикомания.

Показатель «травмы и отравления» имеет устойчивую тенденцию к снижению.

Уравнение тренда для инфекционных болезней, новообразований, эндокринной системы, болезней крови, кровообращения, органов дыхания, мочеполовой системы, врожденных аномалий, заболеваний наркоманией и токсикоманией, алкоголизмом и алкогольным психозом описывается с помощью линейной функции.

Для болезней костно-мышечной системы и туберкулеза была использована парабола 2-го порядка.

В заключение следует подчеркнуть, что статистическая оценка состояния здоровья приобретает особое значение на современном этапе. Роль населения как носителя интеллектуального потенциала многократно возрастет в условиях происходящих изменений в России, поскольку является основной движущей и определяющей силой прогресса. Любая потеря людских ресурсов России независимо от характера и конкретных причин, как в количественном, так и в качественном отношении, оказывается не только внутриполитической, но и геополитической проблемой.

Основной мерой безопасности против таких угроз являются: привлечение внимания к этой проблеме, создание и реализация действенной системы мер по перелому ситуации и восстановлению благоприятной для страны тенденции постепенного роста СППЖ; недопущение крайних проявлений социальной дифференциации, за которыми обычно следуют еще более значительные потери жизненного потенциала и общая нестабильность условий жизни и мер здравоохранения, работа с населением, его информированность о социальном и медицинском поведении в особенно трудных условиях, повышение уровня управления и координации деятельности системы охраны здоровья, удовлетворение ее нужд в направлении обеспечения системы здравоохранения высококвалифицированными кадрами в соответствии с численностью взрослого населения на один терапевтический участок, число больничных коек на 1000 населения, число врачей-педиатров на 100 детей, число акушеров-гинекологов на 1000 женщин и т.д., высокая организация лечебно-профилактической работы на догоспитальном уровне, недопущение запущенных, осложненных случаев болезни, введение эффективных организационных форм оказания стационарной помощи.

Особое значение данные направления деятельности приобретают на региональном уровне, поскольку процесс формирования условий, определяющих динамику демографических процессов, заболеваемости, складывается с учетом региональных особенностей, выражающихся в специфике природно-климатических условий, различиях в уровне социально-экономического развития, обеспеченности ресурсным потенциалом, уровнем развития системы здравоохранения, обеспеченности врачами и медицинским персоналом, уровнем и величиной финансирования системы медицинского обслуживания населения и т.д.

## Список литературы диссертационного исследования кандидат экономических наук Бабеева, Наталья Ивановна, 2006 год

1.Абдрашитова А.Т., Бунин В.Н. Распространенность заболеваний сердечнососудистой системы у работников АГПЗ. Труды Астраханской государственной медицинской академии. Том 28 (LII). 2003.

2. Автономов B.C. Модель человека в экономической науке. Экон. школа. Санкт-Петер. госуд. ун-т экономики и финансов. Высшая школа экономики. Санкт-Петерб., 1998.

3. Агаджанян H.A., Полунин И.Н., Трубников Г.А. Экологические аспекты бронхолегочной патологии Волжского Понизовья.-Астрахань. 2002.

4. Акимкин В.Г. Система профилактики внутрибольничных инфекций в России. Служба госпитальных эпидемиологов: итоги и перспективы развития. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005, №1.

5. Аргунова К.Д. Качественный регрессионный анализ в социологии. М.: Инт социоглогии АН СССР. 1990.

6. Аскарова З.Ф.Региональные тенденции смертности населения в Республике Башкортостан от травм и отравлений. //Здравоохранение Российской Федерации. 2003 г. №2, стр.55)

7. Ашанина Н.М. Социально-гигиенические аспекты разводов и из влияние на состояние здоровья матери и ребенка: Дисс. на соискание канд. Мед. Наук. М. 1997.

8. Балаболкин М.И. Решенные и нерешенные вопросы эндемического зоба и йододефицитных состояний.//Проблемы эндокринологии. 2005, №4.

9. Бахметова Г.Ш. Методы демографического прогнозирования. М. 1982.

10. Ю.Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика. 1984.

11. П.Березов Т.Т., Коровкин В.Ф. Биологическая химия: Учебник /Под ред. С.С.Дебова.- М.: Медицина, 1983.

12. Беккер г. Экономический взгляд на жизнь. Лекция лауреата Нобелевской премии в области экономических наук за 1992 г. /Вестник С-Петербургского ун-та, серия 5, вып.З, 1993/.

13. Беккер Г. Экономический анализ и человеческое поведение. 1. Теория и история экономических и социальных институтов и систем. Том 1, вып. 1, «Зима», 1993.

14. Белл Д. Социальные рамки информационного общества. // Новая технократическая волна на западе. М.: Прогресс, 1986.

15. Близнюк В. Д. Корреляционные связи между городским шумом и неинфекционными заболеваниями населения. Гигиена и санитария, 2001, № 6.

16. Боярский А.Я. Модели демографических связей. М., 1972.

17. Боярский А.Я. и Шушерин П.П. Демографическая статистика. (Учебник для вузов). Изд-е 2-е, исправл. М.: Госстатиздат. 1995

18. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения. /Экономика здравоохранения. 2001. №7-8.

19. Гигиена: Учебник, 2-е изд, переб. и доп. / Под ред. акад РАМН Г.И. Румянцева. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.

20. Гойло B.C. Современные буржуазные теории воспроизводства рабочей силы. М.: Наука. 1975.

21. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г. М.: «ГЭОТАР- Медиа». 2004г.

22. Горбач H.A., Большакова И.А., Корецкая Н.М. Результаты экспертной оценки факторов риска заболевания туберкулезом. // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. № 5.

23. Гранин Ю. Человеческий потенциал под угрозой. /Свободная мысль. 2000. №9.

24. Григорьев Ю.Г. Электромагнитные поля и здоровье населения. Гигиена и санитария. 2003, №3.

25. Гусев Е.И. Нервные болезни: Учебник/ Е.И. Гусев, В.Е. Гречко, Г.С. Бур; Под ред. Е.И.Гусева. М.: Медицина, 1988.

26. Демографические модели.: Сборник статей: (Переводы)/ Под ред. И с предисл. Е.М. Андреева и А.Г.Волкова. М.: Статистика, 1977.

27. Демографические прогнозы: Сборник статей. Переводы) Под ред. А.Г.Волкова. М.: Статистика. М.: 1973.

28. Демографическое будущее России. /Под ред. Л.Л.Рыбаковского и Г.Н.Кареловой. М. 2001.

29. Демографическое и экономическое развитие в регионе. (В .В. Бойко, Г.М. Романенкова, П.П.Звидриньш и др.): Под ред. Г.М. Романенковой и В.В. Бойко. М.: «Финансы и статистика». 1983.

30. Демография: Учебник для вузов / Под ред. Н.А.Волгина и Л.Л.Рыбаковского. Логос. 2005.

31. Денисон Э. Исследование различий в темпах экономического роста. М.: 1971.

32. Дмитриева Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья. СОЦИС, №11,2003.

33. Добрынин А.И., ДятловС.А., Курганский С.А. Методология человеческого капитала.// Экономика образования. Международный периодический журнал. Кострома, 1999, №1.

34. Добрынин А.И., ДятловС.А., Курганский С.А. Человеческий капитал (методологические аспекты анализа): Учебно-методич. Пособие. -СПб.:Изд-во СПбГУЭФ, 1999.

35. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Конков В.А. Курганский С.А. Производительные силы человека: структура и формы проявления. Изд. СПб.: Изд-во СПб УЭФ. 1993.

36. Добрынин А.И., Дятлов С.А, Цыренова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике. С-Петербург. «Наука», 1999.

37. Дятлов С.А. Основы теории человеческого капитала. СПб. Изд-во СПбУЭФ. 1994.

38. Дятлов С.А. Экономика образования. Изд-во СПб УЭФ, 1993.

39. Елисеева И.И., Юзбашев М.И. Общая теория статистики. /Учебник. М.: Финансы и статистика. 2004 г.

40. Зайцев В.М., Лифляндский. В.Г.Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ». 2003 г.

41. Здоровье населения России в социальном аспекте 90-х годов: проблемы и перспективы. М. 2003.• 42. Иванов Ю. О показателях экономического благосостояния. Вопросы экономики. 2003г. № 2.

42. Иванова А.Е. Продолжительность и качество жизни населения в связи с состоянием и прогнозом психического здоровья: Методические вопросы и некоторые результата оценки. Мин-во здравоохранения. НПО мед-соц. Исследования экономики и информатики. М.: 1998.

43. Измеров Н.Ф., Г.И.Тихонова, Т.П. Яковлева. Современная медико-демографическая ситуация в России.//Медицина труда и промышленная экология. 2005, № 5.

44. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инвестиционном воспроизводстве. М.: Изд. СПб: СПбУЭФ, 1996.

45. Источники выбросов химических загрязнителей г. Астрахани и Астраханской области, анализ условий переноса и влияния на здоровье населения /Под общей ред. Г.И.Михайлова. Астрахань.: Изд. ООО «ЦНТЭН». 2002.

46. Капелюшников Р.И. Подход Бри Беккера к человеческому поведению. /США: экономика, политика, идеология. 1993, №11.

47. Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование. Общаяредакция и предисловие чл-корр-та АН СССР А.И.Анчишкина М.: Прогресс, 1978.

48. К вопросам теории и методологии национального богатства. (Проблемы национального богатства в трудах д.э.н. В.И. Богачева) М.: ИЭ РАН.- 1995.

49. Кларк Н., Юма К. Экономическая теория долгорсочного развития. Эволюционный подход к экономическому росту. Реферат. АН СССР ИНИОН. М.: 1989.Ф

50. Критский М.М. Человеческий капитал. Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1991.

51. Кудрявцева Е.И. Здоровье человека понятие и реальность. В кн.: Общественные науки и здравоохранение. / Отв. Ред. И.Н. Смирнов. - М.: Наука. 1987.

52. Кулкыбаев Г.А., А.А.Исмаилова. Оценка психологического статуса горнорабочих, подвергающихся воздействию шумовой нагрузки. // Гигиена и0 санитария. 2003, №3.

53. Ш 54.Курьянова H.H. Комплексное медико-социальное обследование женщин, больных хроническим алкоголизмом. Здравоохранение в Российской Федерации. 2005, №1.

54. Липенецкая Т.Д., С.А.Дунаева, С.П.Полякова. Межцентральные отношения в коре больших полушарий головного мозга человека при хроническом действии неблагоприятных производственных факторов. // Медицина труда и промышленная экология. 2004, № 8.

55. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни. // Здравоохранение Российской Федерации. 1998, № 3.

56. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник.- М.: ГЭОТАР МЕД.2002.

57. Маркс К, Энгельс Ф. Соч.,т. 24 С.428.

58. Мартынов Ю.С., Малкова Е.В., Чекнева Н.С. // В кн. Изменения нервной системы при заболеваниях внутренних органов.-М.: Медицина, 1980.

59. Марцинкевич В.И. США: человеческий фактор и эффективность экономики. М.: Наука, 1991.

60. Нестеров Л. Аширова Г. Национальное богатство и человеческий капитал. / Вопросы экономики. 2003. №2.•

61. Новосельский С.А. Демография и статистика. Избранные произведения. М. 1978.

62. Нуштаев И.А. Производственный травматизм на предприятиях мясной промышленности. Здравоохранение Российской Федерации. 2000, №6.

63. Овчаров В.К., Максимова Т.М., Какорина Е.П. Группировка болезней и оценка на их основе потерь в программах социально-экономическогоЩхарактера. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 3.

64. Овчарова JI.H. Тендерные исследования народонаселения. 2002, №3.

65. Паевский B.JI. Вопросы демографии и медицинской статистики. М. 1970.

66. Потемкин В.В. Эндокринология.- М.: Медицина, 1987.

67. Пресса Р. Население и методы его изучения. М. 1994.

68. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2004г: Стат.сб. /Госкомстат России.- 2004г.

69. Решетников A.B. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина, 2002.

70. Рикардо Д. Сочинения. М.: 1995. Т.1.

71. Римашевская Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы сбережения населения. РЭЖ2004, № 10-11.

72. Римашевская Н.М., Шевяков А.Ю., Кузнецова K.M. и др. Система экономико-математических моделей для анализа и прогноза уровня жизни./ Под ред. Н.П. Федоренко, Н.М.Римашевской.- М.: Наука, АН СССР ЦЭ ИИ, 1986.

73. Российский статистический ежегодник. 2004: Стат. Сб./Росстат.- Р76 М., 2004.

74. Рыбаковский JI.JI. Методологические вопросы прогнозирования населения. М. 1978.

75. Рыбаковский J1.J1 Прикладная демография. М. 2003.

76. Рыбаковский JI.JI. Россия и новое зарубежье: миграционный обмен и его влияние на демографическую динамику. М.: ИСПИ РАН, 1993.

77. Сабирова З.Ф., Н.Ф. Фаттахова, М.А.Пинигин. Оценка и прогноз комбинированного и комплексного влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения. // Здравоохранение Российской Федерации. 2002, № 6.

78. Сельцовский П.П. Социальный портрет впервые выявленного больного туберкулезом в Москве.// Социология медицины, 2003, №2.

79. Семья здоровье-общество. /Под ред. М.С.Бедного. М.: Мысль. 1986.

80. Симонов П.В. Междисциплинарная концепция человека.- М.: Знание, 1989.

81. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. М.: Соцэкгиз. 1962.

82. Смит А. Исследование о богатстве народов. Перевод М.Щепкина. М.: Издание К.Т. Солдатенкова, 1985.

83. Соколинский З.В. Теории накопления. М.: Мысль 1973.

84. Социальная статистика. /Учебник под ред. чл-корр. РАН И.И.Елисеевой/ М.: Финансы и статистика. 1997.

85. Социально-экономическая эффективность: опыт США. Система саморазвития. М.: Наука. 2000.

86. Струмилин С.Г. Проблемы экономики труда. М.: Наука, 1982.

87. Судаков К.В. Индивидуальность эмоционального стресса. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2,2005 .Том 105.

88. США: Человеческий фактор и эффективность экономики. М.Наука. 1991.

89. Сэй Ж.Б. Трактат политической экономии. М.: 1986.

90. Таранов A.M. К постановке задачи социально-экономического анализа влияния кризисных явлений на состояние общественного здоровья и здравоохранения. //Вестник ОМС. -1999.

91. Теория статистики: Классический университетский учебник. /Под ред. « проф. Г.Л.Громыко. М.: ИНФРА-М, 2005.

92. Теория статистики (Учебник под ред. проф. Р.А.Шмойловой) М.: Финансы и статистика. 2004.

93. Тихомирова О.В., A.A. Скоромец и др. Влияние курение на церебральную гемодинамику и биохимические показатели крови при хронической недостаточности мозгового кровообращения. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004. Выпуск 10.

94. Тищенко П.Д. О философском смысле феномена здоровья и болезни./ ф Здоровье человека как предмет социально-философского познания,- М.: ИФ1. АН СССР, 1989.

95. Томилин П.Д. Демография и социальная гигиена. М. 1973.

96. Трофимов В.А. Экспериментальное обоснование методов качественного фактического анализа. В кн.: Методы анализа многомерной экономической информации. /Отв. Ред. Б.Г. Миркин. Новосибирск: Наука, Сибир отд. ,1981.

97. Труды Астраханской государственной медицинской академии. Медико-социальные и клинико- социальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения. Астрахань, 2002, том 25, (XLIX).

98. Труды Астраханской государственной медицинской академии. Теоретические вопросы современной медицины (посвящен 85-летию АГМА)-Астрахань, 2003, том 28(LII).

99. Труды Астраханской государственной медицинской академии. Актуальные вопросы современной медицины (Посвящен 86-летию АГМА) Астрахань, 2004, том 31 (LV).

100. Труды Астраханской государственной медицинской академии. Актуальные ф вопросы современной медицины (посвящен 87-летию)- Астрахань, 2004, том 301.V).

101. Туберкулез: Учеб. Пособие/ Н.А.Васильев, Б.Д. Матвеенко, П.И. Бублик и др.; Под ред. Н.А.Васильева М.: Медицина, 1990.

102. JI.Typoy Лестер К. Будущее капитализма: как сегодняшние экономические силы формируют завтрашний мир. /Пер. с англ. Федорова А.И. Новосибирск: Сибирск.хронограф. 1999.щ

103. Г.Н. Шеметова. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы. // Здравоохранение Российской Федерации. 2004.№ 4.

104. НО.Хоменко А.Г. Туберкулез. Руководство по внутренним болезням / Под ред. Чазова Е.И. М.: Медицина. 1996.

105. Шведова H.A. Тенденции XXI века: здравоохранение США как фактор социально-политической стабильности. /США и Канада:экономика, политика, культура. 2000. №3.

106. И2.Шепель В.М. Ортобиотика: Слагаемые оптимизма.- М.: Авиценна, ЮНИТИ, 1996.

107. Щепин О.П. Проблемы здоровья населения Российской Федерации и егопрогноз на период до 2005 г. / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. №3.

108. Щепин О.П., Тишук Е.А. Проблемы демографического развития России. Экономика здравоохранения. 2005, № 3.

109. Шибанова Н.И., С.В.Кожевников и др. Негативные последствия, связанные с употреблением алкоголя, наркотических и сильнодействующих веществ.// Российский медицинский журнал. 2005. №4

110. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. Concilium medicum. 2005 г. том 7, №4.117.Т. Шульц.

111. Экономическая статистика. Классический университетский учебник под ред. проф. Ю.Н.Иванова. М.: ИНФРА М. 2006.

112. Юрков Ю. Прогноз численности населения Российской Федерации до 2010г. Вопросы экономики, 1999, № 9.

113. Ярошинская А.П. Динамика заболеваемости и смертности от сахарногодиабета городского населения. //Труды АГМА. Том 30 (LIV). Астрахань, 2004.

114. MacKeown Т. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis. Oxford. 1979.

115. Illich I. Limits to Medicine. L. 1976.