

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИННОВАЦИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ*

Екатерина Владимировна МОЛЧАНОВА

доктор экономических наук, кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник,
Институт экономики Карельского научного центра Российской академии наук (ИЭ КарНЦ РАН),
Петрозаводск, Российская Федерация
molch@yandex.ru
ORCID: отсутствует
SPIN-код: 6825-4680

История статьи:

Рег. № 294/2020
Получена 18.05.2020
Получена в доработанном
виде 05.06.2020
Одобрена 22.06.2020
Доступна онлайн
15.09.2020

УДК 314.1

JEL: J13, I15, I18

Аннотация

Предмет. Медико-демографические процессы в России и Финляндии.

Цели. Оценка эффективности опыта внедрения социальных инноваций в области сохранения и укрепления общественного здоровья населения в Финляндии с помощью проекта «Глобальное бремя болезней» (ГББ).

Методология. В качестве методологической базы исследования была использована идеология проекта ГББ. В ее основе лежит индикатор «потерянные годы здоровой жизни» (*DALY*).

Результаты. Проанализирован уровень заболеваемости и смертности, «потерянных лет здоровой жизни» (*DALY*) в России и Финляндии, установлены основные факторы риска (экологические, поведенческие, метаболические), определяющие отклонения в состоянии здоровья населения. Выполнена оценка эффективности опыта внедрения социальных инноваций в Финляндии, предложены направления деятельности, которые можно использовать при разработке программ в области медико-демографической политики в нашей стране.

Выводы. Медико-демографическая ситуация, сложившаяся в нашей стране, требует применения нового инструментария для разработки инновационных решений в области социальной политики, в том числе применения методики проекта «Глобальное бремя болезней», которая доказала свою эффективность. Опыт Финляндии показал, что для решения возникших демографических проблем в России необходим комплексный системный подход, включающий в себя социально-экономические мероприятия, совершенствование системы здравоохранения и социального обеспечения, пропаганду здорового образа жизни.

Ключевые слова:

демография, здоровье,
социальные инновации,
бенчмаркинг

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2020

Для цитирования: Молчанова Е.В. Опыт внедрения социальных инноваций в области общественного здоровья // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. – 2020. – Т. 16, № 9. – С. 1600 – 1621.
<https://doi.org/10.24891/ni.16.9.1600>

Введение

Задача сбережения народонаселения в России является приоритетным принципом государственной политики и важнейшим стратегическим направлением, требующим обоснованных демографических и социально-

экономических мероприятий. В настоящее время в нашей стране наблюдается непростая медико-демографическая ситуация, связанная с изменением половозрастной структуры общества, старением населения, низкой рождаемостью, достаточно высоким уровнем заболеваемости и смертности, снижением состояния общественного (популяционного) здоровья нации [1].

В последние годы в России удалось достигнуть очевидных успехов в этой сфере, тем не менее, наша страна все еще отстает от развитых государств мира по многим позициям. Например, если проанализировать такой индикатор здоровья населения, как ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, то разница составляет в среднем более 10 лет [2]. Для преодоления негативных тенденций необходимо использовать новые методики и подходы, способные выявить наиболее проблемные позиции, и наметить пути решения возникающих проблем. Большое значение в данном случае может иметь опыт ведущих зарубежных стран по внедрению современных программ в области демографической политики, в том числе социальных инноваций в управленческую практику отдельных государств.

Целью данной работы является оценка эффективности опыта внедрения социальных инноваций в области сохранения и укрепления общественного здоровья населения в Финляндии с помощью проекта «Глобальное бремя болезней».

Материалы и методы

Методика оценки глобального бремени болезней (ГББ) позволяет проанализировать тяжесть воздействия болезней для различных типов заболеваний и причин смертности, а также оценить факторы риска, которые привели к негативным последствиям, в том числе экологические, метаболические, поведенческие риски. Инструментарий проекта дает возможность выполнить оценку медико-демографических индикаторов, характеризующих состояние общественного здоровья выбранного государства или группы стран, в зависимости от заданного периода времени, пола, возраста, группы и класса болезней, факторов риска [3, 4].

Основу методики составляет индикатор «Потерянные годы здоровой жизни» (*disability adjusted life years, DALY*). Индекс *DALY* для различных заболеваний или нарушений здоровья включает годы потерянной жизни вследствие преждевременной смертности (*year life lost, YLL*) и годы жизни, утраченные в результате отклонений в состоянии здоровья без учета смертельных исходов (*year lost due to disability, YLD*), то есть $DALY = YLL + YLD$. Для измерения бремени болезней при расчете показателя *DALY* используется время (потерянные годы здоровой жизни). Координатором проекта ГББ выступает независимый исследовательский центр в сфере глобального здравоохранения – Институт по оценке и измерению показателей здоровья (*Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME*), информационно-аналитическая база которого находится в

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-010-00029_а «Возможность внедрения бенчмаркинга при разработке медико-демографической политики».

открытом доступе и позволяет осуществлять выполнение разнообразной научно-исследовательской работы [5, 6].

Методику проекта ГББ можно использовать как систему бенчмаркинга в целях выявления преимуществ, которых сумели достичь мировые лидеры в области медико-демографической политики, сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья, а также успешного функционирования различных типов организации медицинской помощи [7]. Бенчмаркинг позволяет определить методы и подходы (конкурентные преимущества зарубежных государств), которые можно применить в нашей стране для достижения наилучших результатов социально-экономического развития.

В настоящее время принципы бенчмаркинга в сфере здравоохранения используются в основном для оценки отдельных медицинских организаций, фармацевтических компаний или направлений лечебной деятельности. В то же время, как показывают исторические данные (например, Японии), современные лидеры достигали наилучших позиций, ориентируясь на передовой опыт стран, существующий в мировой практике.

Финляндия является одной из развитых стран Европы с высоким уровнем и качеством жизни населения, современной системой здравоохранения, граничит с Российской Федерацией (Республикой Карелия, входящей в СЗФО). Если судить по многочисленным рейтингам, эта страна занимает лидирующие позиции по основным демографическим и социально-экономическим индикаторам, в том числе по индексу человеческого развития (ИЧР): ИЧР = 0,925 – 12-е место среди стран с очень высоким ИЧР. В России ИЧР = 0,824 – 49-е место среди стран с очень высоким ИЧР (2018 г.)¹. Именно поэтому рассмотрение опыта Финляндии в области внедрения социальных инноваций в сфере сохранения и укрепления общественного здоровья населения в сопоставлении с нашей страной представляет большой практический интерес [8]. Алгоритм процесса бенчмаркинга в системах охраны общественного здоровья с помощью проекта ГББ на примере России и Финляндии представлен на *рис. 1*.

Результаты исследования

При рассмотрении динамики индикатора «Потерянные годы здоровой жизни» (*DALY*) в России и Финляндии (с 1990 по 2017 г.) следует отметить, что данный показатель в Финляндской Республике неуклонно снижался с 32 915 ед. на тыс. чел. в 1990 г. до 29 021 ед. – в 2017 г. (*табл. 1*). В нашей стране, несмотря на успехи, достигнутые в области медико-демографической политики, пока не удалось выйти на показатель 1990 г. – 40 433 ед. на тыс. чел. (в 2017 г. индекс *DALY* составил 41 884 ед. на тыс. чел.). Изменение соотношения значений индекса *DALY* в Финляндии и Российской Федерации изменилось не в пользу нашей страны, в 1990 г. показатели северного соседа были в 1,23 раза лучше, а в 2017 г. разрыв вырос до 1,44 раза. Такая пропорция говорит о том, что социально-

¹ Human Development Report 2019: Work for Human Development. United Nations Development Programme. UNDP, 2019.

демографические потери от высокой заболеваемости и смертности, понесенные нашей страной в 1990-е гг., столь значительны, что компенсировать их, несмотря на все предпринимаемые в социальной сфере усилия, полностью не удастся по сегодняшний день.

В России достигнут очевидный прогресс по ряду медико-демографических индикаторов, тем не менее, в сравнении с Финляндией, мы значительно отстаем, в том числе по ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (в 2017 г. в России – 72,1 года, в Финляндии – 81,4 года), уровню общей смертности (в 2017 г. в России – 12,9, в Финляндии – 9,8 на 1 000 чел.) и младенческой смертности (в 2017 г. в России – 6,5, в Финляндии – 1,5 на 1 000 рожденных живыми). Если проследить изменение показателей в динамике за более длительный период, то в Финляндии с 1990 по 2017 г. уровень смертности незначительно, но сократился (с 10 до 9,8 случаев на 1 000 чел.). В России коэффициент смертности в 2017 г. по-прежнему выше, чем в 1990 г. (12,9 против 11,2 случаев на 1 000 чел.). Ожидаемая продолжительность жизни в Финляндии имеет тенденцию к неуклонному росту и опережает значение аналогичного индикатора в нашей стране (*рис. 2*).

Уровень заболеваемости и смертности населения в значительной мере зависит от наличия факторов риска для здоровья человека. В России намного выше заболеваемость и смертность, соответственно, выше и потери *DALY*, обусловленные поведенческими и метаболическими факторами риска, чем в соседней Финляндии (*рис. 3*).

Экологические факторы не имеют столь сильного влияния в обеих странах, однако их значимость возрастает в крупных промышленных центрах. При сравнении индикаторов здоровья (смертности и индекса *DALY*) для двух стран в зависимости от факторов риска выявляется приоритет поведенческих причин в России и метаболических рисков в Финляндии. Среди поведенческих факторов риска в нашей стране лидирующие позиции занимают неправильное питание, курение и употребление алкоголя. Аналогичная ситуация характерна для Финляндии, однако потери здоровья, связанные с этими причинами, у финнов в 2-3 раза меньше. Метаболические риски (избыточный вес, сверхнормативный уровень холестерина в крови, высокое систолическое давление) у нашего северного соседа также в два раза ниже, чем в России (*табл. 2*).

Анализируя динамику изменения коэффициентов смертности в зависимости от влияния различных факторов риска, следует отметить, что между стартовыми позициями в Финляндии и России в 1990 г. наблюдалась разница в пользу Финляндской Республики. Однако она не была столь значительной, как в более поздние периоды (до 2005 г.). Начиная с 2006 г. разрыв в показателях смертности в зависимости от факторов риска несколько сократился, однако Россия по-прежнему отстает от Финляндии по всем позициям (*табл. 3*).

Достичь таких показателей Финляндия сумела путем проведения продуманной медико-демографической политики, внедрения социальных инноваций в области сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья населения,

а также оптимизации системы оказания медицинской помощи [9, 10]. Ведущим фактором риска при возникновении многих заболеваний является неправильное питание (диетические риски). В Финляндии, начиная с 1950–1960-х гг., Институтом социального страхования (позднее – Институтом общественного здоровья) осуществлялись разносторонние исследования, связанные с поиском рационального баланса питания для населения. С 1982 г. научно-исследовательская работа в этом направлении приобрела непрерывный характер, контроль результатов проводился каждые пять лет и являлся неотъемлемой составляющей проекта FINRISK.

Рациональная система питания стала одним из ведущих направлений проекта «Северная Карелия», разработанного и реализованного в Финляндии начиная с 1972 г. Северная Карелия (область, расположенная на востоке Финляндии), согласно статистическим данным, являлась лидером по уровню сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с другими регионами страны. Именно эта территория была выбрана для реализации масштабного проекта в области общественного здоровья, главной целью которого было снижение смертности среди местного населения от сердечно-сосудистых болезней, а также основных хронических заболеваний неинфекционного характера. Предварительными задачами, которые должен был решить данный проект, было снижение факторов риска среди местного населения и разработка специального комплекса профилактических мероприятий. Основной идеей программы было воздействие на образ жизни людей в целях улучшения состояния их здоровья. Проекту предшествовали специальные исследования, которые показали очевидную взаимосвязь поведенческих факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Влияние системы питания на предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям подчеркивалось в работах многих ученых. Например, уже в 1965 г. эту зависимость выявил и описал в своих работах А. Кейз [11].

В процессе реализации проекта «Северная Карелия» удалось значительно поменять сложившуюся систему питания населения, произошло сокращение доли продуктов, вызывающих повышение уровня холестерина (масло, жиры). В рационе питания стало уделяться больше внимания наличию овощей и фруктов, повысился удельный вес ягод – как источника необходимых витаминов. С середины 1980-х гг. широкое развитие получил проект «Ягода», в котором участвовали фермеры, занимающиеся выращиванием ягодной продукции. Проект получил финансовую и информационную поддержку со стороны двух финских министерств (сельского хозяйства и торговли). Перед началом запуска программы «Северная Карелия» была проведена соответствующая подготовка – прежде всего была организована работа со средствами массовой информации, велась просветительская и разъяснительная деятельность среди разных групп населения, затем было налажено взаимодействие с производителями пищевой продукции.

Вторым важным направлением проекта «Северная Карелия» являлось снижение у населения артериального давления – с особым акцентом на меры по обязательному ежедневному контролю над артериальным давлением и уменьшению факторов, оказывающих на него отрицательное воздействие. Например,

в провинции Северная Карелия традиции питания включали использование большого количества соли, переизбыток которой негативно влияет на уровень артериального давления. Специальные информационные кампании, открытый диалог диетологов, врачей и представителей пищевой промышленности о последствиях неумеренного потребления соли для развития гипертонии привели к повышению интереса среди населения к продукции с более низким содержанием соли. В итоге министерством торговли и промышленности было даже произведено категорирование продуктов по содержанию соли.

Важно отметить, что задача изменения образа жизни является не только социальной, но и экономической, поэтому в данном случае важно взаимодействие государства с его регулятивной функцией и частных предприятий в целях поддержания их финансовой заинтересованности. В Финляндии государством были предприняты определенные меры в области ценообразования, способствовавшие приобретению здоровых продуктов питания по приемлемым для населения ценам. Кроме того, государственные структуры оказывали содействие в переориентации пищевых предприятий на выпуск таких видов продукции, которые помогали в реализации принципов здорового питания. Проект «Северная Карелия» показал очевидные положительные результаты и получил распространение уже по всей стране. Так, с момента начала проекта в 1970 г. до 2014 г., по данным ВОЗ, стандартизированный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения снизился в Финляндии с 687 до 182 на 100 тыс. чел.

Злоупотребление алкоголем занимает одно из ведущих мест среди факторов риска для индивидуального и общественного здоровья населения. По данным многочисленных исследований, эта проблема оказывает значительное влияние на уровень преждевременной смертности, инвалидизацию и потерю здоровых лет жизни [12]. В ряде работ выявлена непосредственная взаимосвязь роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и злоупотребления алкоголем [13]. Так, пик смертности в середине 1990-х гг. в России совпал с резким увеличением потребления алкоголя. Если сравнить изменение показателей смертности от алкоголизма в Финляндии и России с 1990 по 2017 г., то можно заметить их близкие значения в 1990 г., затем прослеживается рост индикаторов, достигнувший пика в 2005 г. [14]. Однако динамика показателей в Финляндии была более плавной, в то время как в России произошел скачок в пять и более раз. Начиная с 2006 г. в нашей стране значительно сокращается смертность от алкогольной зависимости, однако она все еще остается достаточно высокой – в три раза выше, чем у нашего северного соседа.

В Финляндии попытки решить проблему неумеренного потребления алкоголя предпринимались неоднократно. Первоначально осуществлялись даже радикальные жесткие меры. Так, «сухой закон» действовал в стране с 1919 по 1932 г., однако он не оказал существенных результатов и был отменен по результатам национального референдума. Отказавшись от крайних запретительных мер, Финляндия перешла к государственной монополии на алкогольную продукцию, к различным ограничениям в сфере продажи алкогольных напитков. Вступление страны в

Евросоюз в 1995 г. требовало смягчения мер в области продажи спиртосодержащих напитков, однако Финляндии удалось сохранить монополию государства в данной сфере. В 2004 г. в связи со вступлением в Европейский союз Эстонии Финляндии пришлось уменьшить акцизы на алкогольную продукцию. Данная мера, как и наплыв более дешевой спиртосодержащей продукции из Эстонии, привели к увеличению потребления алкоголя. Тем не менее следует отметить, что введение государственной монополии на производство и продажу алкогольных напитков в Финляндии оказалось положительной практикой, в целом приведшей к снижению потребления алкоголя.

В 1995 г. в России был принят закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции». Несмотря на принятый закон, остановить рост алкоголизации не удавалось до 2007 г., объем потребления алкоголя на душу населения неизменно рос. Начиная с 2007 г. душевое потребление алкоголя стало постепенно сокращаться. Данному явлению поспособствовали различные ограничения: введение штрафов за распитие спиртных напитков в общественных местах, запрет на продажу алкогольных напитков лицам до 21 года, ограничение на продажу напитков, содержащих более 0,5% алкоголя, в ночное время, запрет торговли крепкими спиртными напитками в ларьках и киосках. Однако эти меры требуют серьезного контроля, так как зачастую они игнорируются недобросовестными продавцами [15, 16].

Кроме административных мер нашим государством предпринимались и меры экономического характера. Например, ежегодное повышение акцизов на алкогольную продукцию с 2012 по 2015 г., причем их увеличение колебалось от 20 до 33% [17]. Идеология антиалкогольной политики государства выражена в Концепции государственной политики по профилактике алкоголизма среди населения РФ, принятой в 2010 г., главный ее лозунг – «трезвость – воля народа» [18]. В Концепции превалирует принцип личной ответственности гражданина, но необходимо учитывать, что алкоголизм – это болезнь, прогрессирующая с тяжкими последствиями и высокой вероятностью летального исхода. Зачастую в общественном мнении алкоголизм связывают с распущенностью, однако, по мнению медиков, человек, постоянно злоупотребляющий алкоголем, болен и зачастую не может сам себе в этом признаться, не способен остановиться; профилактика в таких случаях уже не столь эффективна, необходимо комплексное лечение.

Тем не менее определенные успехи в борьбе с алкоголизмом в России достигнуты. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), душевое потребление алкоголя в нашей стране сократилось с 10,98 л в 2010 г. до 8,42 л в 2016 г., что сопоставимо с показателями в Финляндии. Однако это только зарегистрированные данные. Общее количество потребления алкогольной продукции по информации Хранилища данных Глобальной обсерватории здравоохранения (Европейский регион) составило в России в 2010 г. 15,8 л, а в 2016 г. – 11,7 л. В Финляндии соответствующие показатели имеют значения 12,6 и 10,7 л

соответственно. При этом незарегистрированное потребление алкоголя в России почти в 2,5 раза выше, чем в Финляндии, что говорит о существовании серьезного сегмента подпольной продажи и кустарного изготовления спиртосодержащей продукции.

В Финляндии и России различна структура потребления алкогольных напитков. По данным 2016 г., у нашего северного соседа доля крепких спиртных напитков (прежде всего водки) составляет 21,6%, а в Российской Федерации – 38,6%. При сравнении двух стран по уровню алкогольного потребления необходимо учитывать, что в российские показатели существенную лепту вносят республики Северного Кавказа, где потребление спиртных напитков, особенно крепких, гораздо меньше, чем в среднем по стране. Напротив, Республика Карелия, в которой такой же «северный» тип потребления, как и в Финляндии, по данным Центра исследований федерального и регионального рынков алкоголя (ЦИФРРА), вошла в пятерку регионов с максимальным потреблением.

Табакокурение – также ведущий фактор риска, который по влиянию на уровень заболеваемости и смертность опережает злоупотребление алкоголем. В ряде исследований было установлено, что курение значительно увеличивает риск заболеваний сердечно-сосудистой системы и хронических обструктивных болезней легких [19]. Выявлено, что табакокурение способствует развитию ряда злокачественных новообразований [20]. В Финляндской Республике уже в конце 1970-х гг. были приняты первые антитабачные законодательные акты. Несмотря на вносимые в них поздние изменения, антитабачное законодательство в Финляндии в настоящее время носит достаточно жесткие формы. Первый антитабачный закон полностью запрещал рекламу табачной продукции, курение в помещениях в большинстве общественных мест, продажу табака лицам до 16 лет. В 1995 г. была внесена новая поправка в закон, запрещавшая курение на работе в общих помещениях и в помещениях для обслуживания клиентов, в государственных учреждениях, на транспорте и школьных территориях. С 2000 г. поэтапно вводилось ограничение на курение в ресторанах, с 2009 г. запрещено курение в пунктах общественного питания, за исключением специально организованных комнат с отдельной вентиляцией. С 2009 г. было введено лицензирование торговли табачными изделиями, значительно ограничен ввоз табака.

В Российской Федерации первая государственная концепция в области противодействия табакокурению была разработана в 2010 г. При участии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2011 г. начал разрабатываться Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В 2013 г. данный закон был доработан и принят в окончательной редакции (ФЗ-15 от 23.02.2013). В России на законодательном уровне запретили курение в общественных местах (больницах, школах, стадионах, вокзалах и т.д.). Кроме того, было запрещено курение на рабочих местах, в помещениях предприятий общественного питания, гостиницах. Значительно увеличены акцизы и цены на табачную продукцию, запрещена реклама

табачных изделий в СМИ и спонсорство компаниями, производящими табачную продукцию в различной форме.

Однако информационно-пропагандистская работа в нашей стране пока не принесла ощутимых результатов. В ряде работ обсуждаются идеи об использовании системы обязательного медицинского страхования для борьбы с курением, например путем увеличения стоимости услуг страхования для курящих граждан. В России удалось добиться некоторого сокращения числа курильщиков, однако их процент незначителен, доля курящих по состоянию на 2016 г. в России почти в два раза выше, чем в Финляндии (рис. 4).

При реализации проекта «Северная Карелия» в Финляндии табакокурение также рассматривалось в качестве одного из факторов риска, который представляет серьезную угрозу для общественного здоровья, особенно среди молодого населения. Специальным направлением проекта «Северная Карелия» стала программа «Молодежь Северной Карелии», в рамках которой проводились необходимые исследования среди молодежи и школьников, вырабатывались методы профилактики заболеваний, связанных с курением, а также подходы к формированию отрицательного отношения к табакокурению в юношеском возрасте². Одним из методов, апробировавшихся в рамках проекта, были тренинги и ролевые игры с отработкой способов сопротивления давлению среды сверстников, связанному с вовлечением к употреблению спиртных напитков и курению, доказывалась возможность самоутверждения личности не посредством следования модным тенденциям, а путем проявления индивидуальных особенностей. Таким образом, совместные усилия общества и государства в Финляндии привели к положительным результатам, хотя можно констатировать, что проблема по-прежнему остается острой, особенно среди молодого поколения.

Особого внимания заслуживают социальные инициативы по интеграции медицинской и социальной помощи в Финляндии. Факторы риска, обуславливающие образ жизни человека, формируются под влиянием не только традиций, географических и климатических условий обитания, но и социально-экономической среды, которая окружает человека. В том числе большую роль играют возможности человека обеспечить себе здоровое питание, получать качественную медицинскую помощь, иметь достойный статус в семье и обществе.

Право на жилье является фундаментальной основой, позволяющей человеку не только чувствовать себя полноценным членом общества, но и дающей ему возможность обеспечить необходимые санитарно-эпидемиологические условия для поддержания своего здоровья и психоэмоционального комфорта. В этом отношении опыт Финляндии в строительстве социального жилья для нуждающихся граждан заслуживает особого внимания. Проблема нуждающихся в жилье (в том числе и бездомных) существовала в Финляндии давно, государство решало ее в основном за счет долгосрочных кредитов; такой сценарий решения жилищного вопроса существует и сейчас. В то же время, начиная с 1985 г., за бюджетные средства

² Тайпале И. Сто социальных инноваций Финляндии. Хельсинки: Общество Финской литературы, 2015. 364 с.

начался выкуп квартир у частных девелоперов. Кардинальные изменения начались с 2008 г., когда стал реализовываться принцип Housing-first (Вначале – дом), базирующийся на трех постулатах [21]: этическом (доступности жилья), правовом (обеспечение достойной социально-медицинской помощи и условий проживания для каждого члена общества), экономическом (снижение уровня безработицы как инвестиция государства в экономику).

Для реализации заявленных принципов была разработана программа RAAVO по строительству жилья для бездомных. Идеология программы заключалась в том, что человеку сначала надо дать стартовую площадку для возможности изменить свой образ жизни, зачастую асоциальный, а затем, когда будут обеспечены соответствующие условия, стимулировать его к поиску работы и адаптации в социальной среде. Программа имеет несколько источников финансирования, прежде всего это государственные субсидии, гранты центра жилищного финансирования и строительства ARA и ассоциации сельского хозяйства. На социальное обслуживание домов выделяются средства министерства здравоохранения и социальной защиты. Ведущей девелоперской организацией, занимающейся не только приобретением арендуемого жилья, но и строительством нового является компания Y-foundation.

В основном в Финляндии предлагаются три варианта проживания: в приютах, домах с социальным обслуживанием и в арендуемом жилье. Наибольший сектор занимает арендуемое жилье, причем доля данного сегмента растет. Предоставляемые площади невелики (тип квартир-студий), но имеют все удобства, и их качество не ниже качества коммерческого жилья. С помощью программы RAAVO государство полностью оплачивает затраты на первом этапе проживания, при отсутствии соответствующего заработка, а далее производится только дополнительное субсидирование. Программа строительства жилья имеет дополнительное социальное сопровождение – это и работа экспертов с людьми, имеющими склонность к рецидиву асоциального поведения, и деятельность групп поддержки по изменению образа жизни. Социальная поддержка включает также предоставление услуг по реабилитации наркозависимых людей, помощь в трудоустройстве, правильном содержании жилья и ведении хозяйства. Финляндия – единственная европейская страна, которой удалось добиться больших успехов в борьбе с бездомностью; количество таковых за период с 1987 по 2016 г. сократилось с 18 до 7 тыс. чел.

В России информация по количеству бездомных весьма противоречива [22]. По результатам переписи населения 2002 г. количество бездомных домохозяйств составляло более 68 тыс., а количество их членов – около 143 тыс. чел. В 2010 г. по итогам переписи указано только количество бездомных домохозяйств – 64 тыс., без данных о количестве их членов, в то же время более 520 тыс. чел. не указали тип жилого помещения, в котором проживают. Среди данных переписи была позиция «другие жилые помещения». Согласно методологии, она относилась к вагончикам, бытовкам, хозблокам, баржам и т.д., Проживающих в «других» жилых помещениях, по данным переписи, оказалось более 400 тыс. чел. Формально эти люди не попали

в категорию «бездомных домохозяйств», но возможно ли считать такие помещения, которые не подпадают не под какие санитарные нормы для жилых помещений, пригодными для нормального проживания?

Например, Европейская федерация национальных организаций (*FEANTSA*), работающая с бездомными, приняла специальную типологию бездомности. Согласно ей, выделяются следующие категории: проживание без крова (без укрытия) любого вида; проживание с местом сна во временных учреждениях (приют, ночлежка и т.д.); проживание в жилье, представляющем угрозу жизни, в том числе из-за угрозы выселения или насилия в семье; проживание в неадекватном жилье по санитарно-гигиеническим соображениям (караваны, лагеря, отсутствие элементарных удобств, чрезмерная переполненность) [23].

В настоящее время в России бездомным предоставляется лишь возможность временного пребывания в центрах социальной адаптации, социальных приютах и гостиницах, домов ночного пребывания. Они являются бесплатными, однако их количество невелико. По состоянию на 2014 г. таких учреждений было всего 144, с количеством мест немногим более 8 200. С учетом масштабов страны и даже официальных данных по количеству бездомных – это достаточно скромные показатели. В тоже время примеров строительства жилья для бездомных, исключая учреждения временного пребывания, в нашей стране пока нет.

Заключение и выводы

Медико-демографическая ситуация, сложившая в нашей стране, требует применения нового инструментария для разработки инновационных решений в области социальной политики. Методика проекта ГББ доказала свою эффективность, и может быть использована для выявления ведущих причин заболеваемости и смертности, потерянных лет здоровой жизни и основных факторов риска в различных странах мира. Опыт внедрения социальных инноваций в Финляндии в области индивидуального и общественного здоровья населения может быть эффективно внедрен в управленческую практику в России.

При этом следует учитывать, что не существует единственного фактора, который определял бы динамику медико-демографических индикаторов [24, 25]. Для решения возникших проблем необходим комплексный системный подход, включающий в себя социально-экономические мероприятия, совершенствование системы здравоохранения и социального обеспечения, пропаганду здорового образа жизни. В Финляндии удалось добиться столь значительных успехов, в том числе отразившихся на уровне и качестве жизни населения, лишь консолидировав усилия власти (органов управления на всех уровнях), бизнеса (различных предпринимательских структур) и гражданского общества (отдельных домохозяйств и общественных организаций).

Таблица 1

Изменение показателей смертности, YLD, DALY (на 100 тыс. чел.) с 1990 по 2017 г. в России и Финляндии

Table 1

Changes in mortality rates, YLD, DALY (per 100 thousand people), 1990–2017, Russia and Finland

Год	Россия			Финляндия		
	Смертность (на 100 тыс.)	YLD	DALY	Смертность (на 100 тыс.)	YLD	DALY
1990	1 082	12 801	40 433	997	13 062	32 915
1995	1 473	12 900	52 047	961	13 339	31 269
2000	1 501	13 291	52 134	953	13 780	30 845
2005	1 636	13 505	56 530	921	14 145	30 370
2010	1 459	13 927	49 879	942	14 301	29 819
2015	1 285	14 012	43 355	947	14 351	28 555
2017	1 255	13 985	41 884	998	14 342	29 091

Источник: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Source: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Таблица 2

Сравнительная характеристика причин смертности от основных факторов риска в России и Финляндии (на 100 тыс. чел.) в 2017 г.

Table 2

The comparative description of mortality causes from major risk factors in Russia and Finland (per 100 thousand people), 2017

Факторы риска	Россия	Финляндия
Поведенческие	668,14	358,58
В том числе:		
– табакокурение;	205,94	102,19
– употребление алкоголя;	135,4	42,26
– диетические риски (неправильное питание)	376,23	200,4
Метаболические	588,16	397,04
В том числе:		
– повышенный индекс массы тела;	195,92	109,13
– холестерол (липопротеины низкой плотности);	223,49	108,09
– высокий уровень глюкозы в плазме натощак;	175,84	161,3
– высокое систолическое давление	385,07	219,94

Источник: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Source: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Таблица 3

Динамика изменения уровня смертности от основных факторов риска в России и Финляндии с 1990 по 2017 г.

Table 3

Trends in the mortality rate from major risk factors in Russia and Finland, 1990 to 2017

Факторы риска	Страна	Смертность на 100 тыс. чел.			
		1990	2005	2014	2017
Поведенческие	Россия	566,82	936,48	694,2	668,14
	Финляндия	468,55	373,58	342,94	358,58
Табакокурение	Россия	186,21	278,97	213,57	205,94
	Финляндия	181,06	105,39	96,74	102,19
Употребление алкоголя	Россия	41,98	205,84	135,4	129,88
	Финляндия	28,68	54,4	44,84	42,26
Диетические риски (неправильное питание)	Россия	357,78	535,86	389,27	376,23
	Финляндия	285,64	210,31	188,97	200,4
Метаболические	Россия	498,99	758,01	600,56	588,16
	Финляндия	452,3	367,55	372,5	397,04
Повышенный индекс массы тела	Россия	135,71	246,76	199,42	195,92
	Финляндия	97,3	94,87	102,71	109,13
Холестерол (липопротеины низкой плотности)	Россия	196,49	300,1	232,68	223,49
	Финляндия	177,9	120,05	101,99	108,09
Высокий уровень глюкозы в плазме натощак	Россия	133,47	203,54	175,43	175,84
	Финляндия	152,38	143,32	149,89	161,3
Высокое систолическое давление	Россия	348,58	528,23	397,38	385,07
	Финляндия	314,58	218,58	208,27	219,94

Источник: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

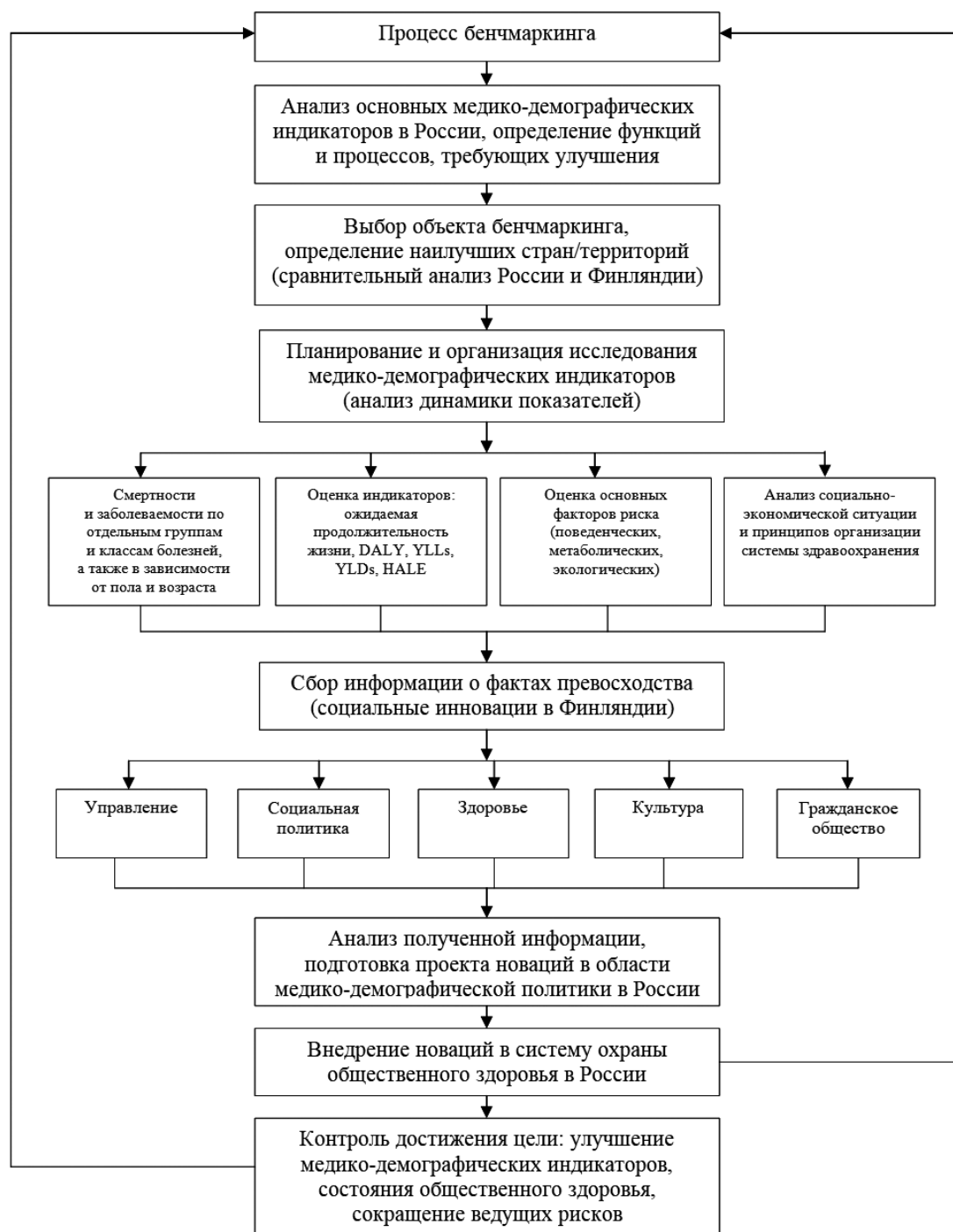
Source: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Рисунок 1

Алгоритм процесса бенчмаркинга в системах охраны общественного здоровья с помощью проекта Глобальное бремя болезней (ГББ) (на примере России и Финляндии)

Figure 1

The benchmarking algorithm in public health care systems through the GBD Project: Evidence from Russia and Finland



Источник: авторская разработка

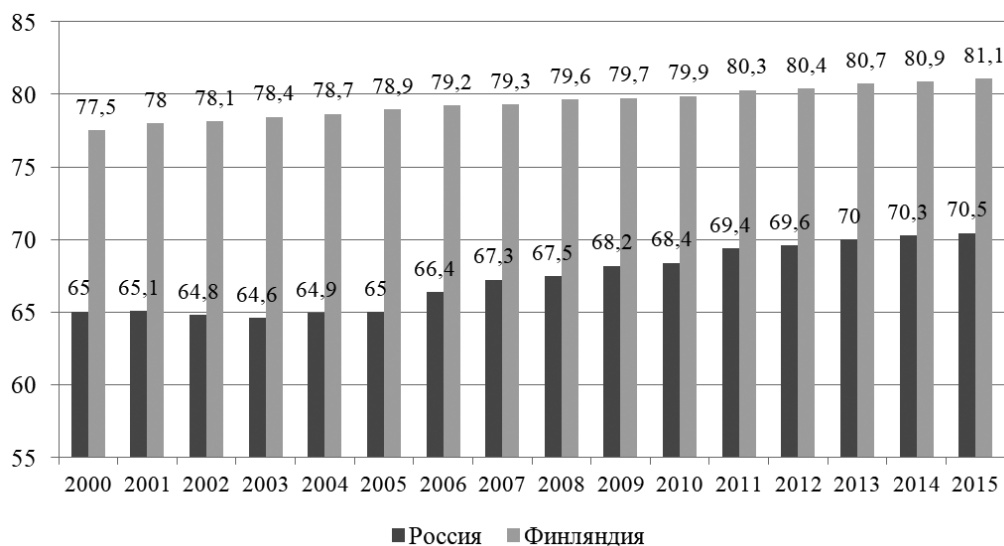
Source: Authoring

Рисунок 2

Динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (лет, оба пола) для России и Финляндии с 2000 по 2015 г.

Figure 2

Trends in the life expectancy (years, both sexes) for Russia and Finland, 2000–2015



Источник: Health for all. URL: <https://gateway.euro.who.int>

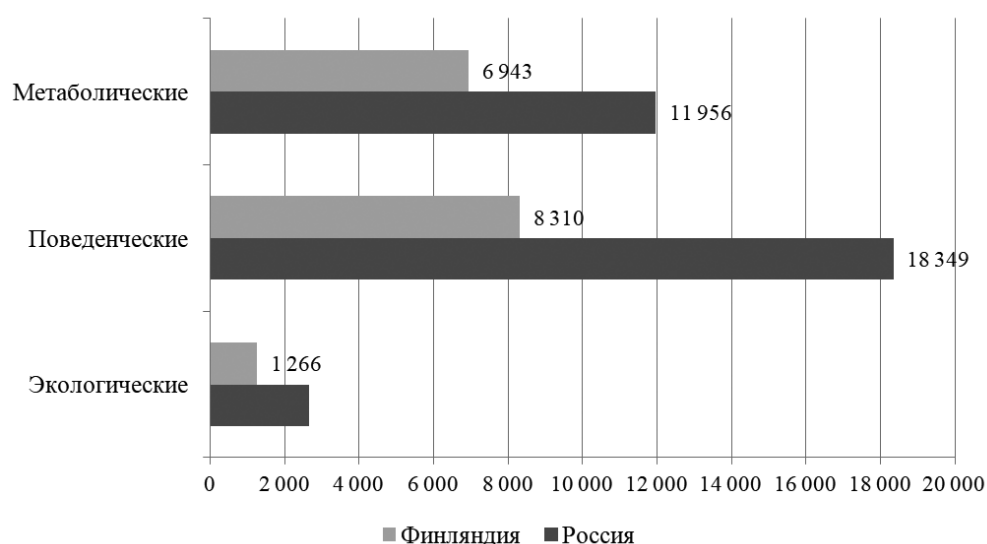
Source: Health for all. URL: <https://gateway.euro.who.int>

Рисунок 3

Основные факторы риска потерь DALY на 100 тыс. чел. для населения России и Финляндии в 2017 г.

Figure 3

Major factors of the DALY risk per 100 thousand people in Russia and Finland, 2017



Источник: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

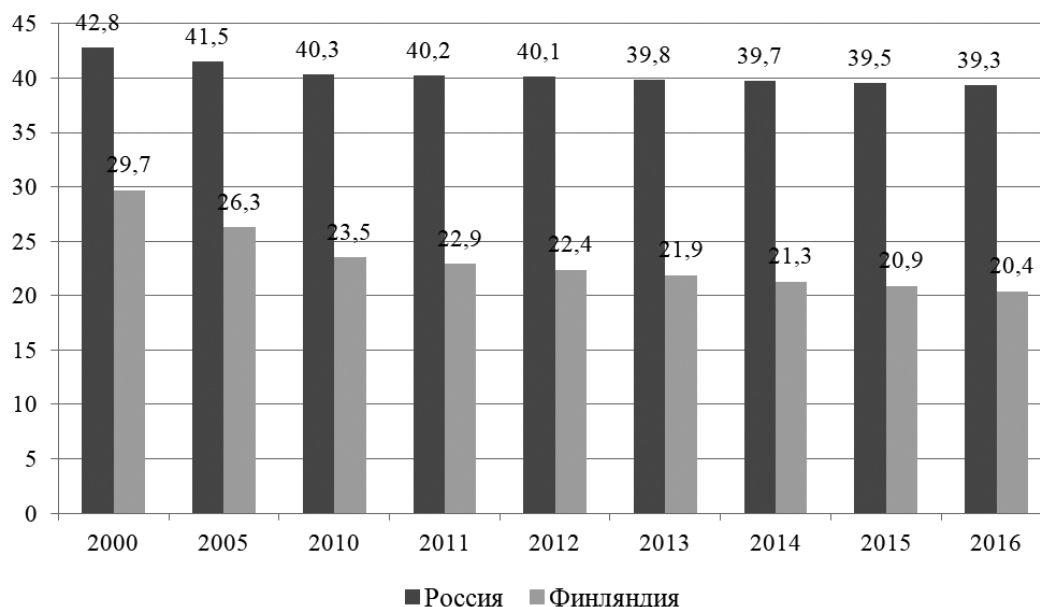
Source: IHME. URL: <http://healthdata.org/>

Рисунок 4

Сравнительная динамика доли курящих в возрасте старше 15 лет в России и Финляндии с 2000 по 2016 г., %

Figure 4

Comparative trends of the percentage of smokers older than 15 in Russia and Finland, 2000–2016, percent



Источник: World Statistics. URL: <https://world-statistics.org>

Source: World Statistics. URL: <https://world-statistics.org>

Список литературы

1. Молчанова Е.В., Буркин М.М. Современная демографическая ситуация и здоровье населения России. Петрозаводск: КарНЦ РАН, 2017. 170 с.
2. Шабунцова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Общественное здоровье и здравоохранение территорий. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 284 с.
3. Murray C.J.L., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. GBB 2016 Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National Age-Sex Specific Mortality for 264 Causes of Death, 1980–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2017, vol. 390, pp. 1151–1210. URL: <https://doi.org/> [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32152-9)
5. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств, направление политики. Региональное издание для Европы и Центральной Азии. Сиэтл: Институт по измерению здоровья и оценки состояния здоровья, Сеть человеческого развития Всемирного банка, 2013. 70 с.

6. *Ермаков С.П.* Прогноз потерь лет здоровой жизни населения РФ (методология и основные результаты прогноза). М.: Palmarium Academic publishing, 2013. 388 с.
7. *Молчанова Е.В., Буркин М.М.* Возможность внедрения бенчмаркинга в системах охраны общественного здоровья // *Экономика и предпринимательство*. 2018. № 3. С. 1267–1275.
8. *Молчанова Е.В.* Медико-демографические процессы как отражение социально-экономических условий жизни общества в России, Республике Карелия и Финляндии. Петрозаводск: КарНЦ РАН, 2012. 163 с.
9. *Бойцов С.А., Оганов Р.Г.* Опыт профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в стране // *Терапевтический архив*. 2012. № 9. С. 4–9.
10. *Пуска П.* Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба. Хельсинки: Изд-во Университета Хельсинки, 2011. 291 с.
11. *Keys A.* Effects of Different Dietary Fats on Plasma-Lipid Levels. *Lancet*, 1965, vol. 285, iss. 7380, pp. 318–319.
URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(65\)91053-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(65)91053-6)
12. *Лебедева-Несевря Н.А., Жданова-Заплесвичко И.Г., Рерке В.И., Барг А.О.* Потребление алкоголя как фактор риска здоровью населения: обзор российских исследований // *Анализ риска здоровью*. 2017. № 4. С. 147–160.
URL: <https://doi.org/10.21668/health.risk/2017.4.15>
13. *Разводовский Ю.Е.* Алкоголь как фактор риска сердечно-сосудистой смертности // *Наркология*. 2013. Т. 12. № 2. С. 38–42.
14. *Халтурина Д.А., Коротаев А.В.* Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. М.: Либроком, 2013. 128 с.
15. *Буркин М.М., Виноградова И.А., Горанская С.В.* Синдром алкогольной зависимости. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2015. 43 с.
16. *Немцов А.В., Костенко Н.А.* Алкогольная патология и типы алкогольных напитков // *Вопросы наркологии*. 2015. № 3. С. 62–71.
17. *Кабанова В.Ю., Копыльцова Е.А.* Акцизы на алкогольную продукцию // *Молодой ученый*. 2016. № 18. С. 258–260.
18. *Суменков С.Ю., Суменкова М.В.* Эффективность Концепции государственной политики по профилактике алкоголизма среди населения РФ: историко-правовой анализ // *Genesis: исторические исследования*. 2019. № 9. С. 32–39.
URL: <https://doi.org/10.25136/2409-868X.2019.9.30804>
19. *Черкасова Ю.В., Посметьева О.С., Копылов Е.Н.* Проявления соматической патологии, ассоциированной с табакокурением, у амбулаторных пациентов // *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2019. Т. 22. № 1. С. 116–120.
20. *Михайлов Э.А., Левшин В.Ф., Горячева А.Н., Цыбулина Л.П.* Исследование анамнеза курения у больных со злокачественными новообразованиями

// Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2009. Т. 20. № 1. С. 36–42.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-anamneza-kureniya-u-bolnyh-so-zlokachestvennymi-novoobrazovaniyami/viewer>

21. *Гареев И.Ф.* Обзор книги A Home of Your Own. Housing First and Ending Homelessness in Finland // Жилищные стратегии. 2017. Т. 4. № 4. С. 333–334.
URL: <https://doi.org/10.18334/zhs.4.4.38986>
22. *Талынёв В.Е.* «Бездомный» как социальный феномен: экспертиза социального учёта бездомных граждан // Инноватика и экспертиза: научные труды. 2019. № 1. С. 139–154.
23. *Волков В.В.* Бездомность в современной России: проблема типологии бездомных // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2010. № 4-1. С. 366–370. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bezdomnost-v-sovremennoy-rossii-problema-tipologii-bezdomnyh/viewer>
24. *Римашевская Н.М.* Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2010. № 4. С. 48–61.
25. *Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В.* Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1. С. 38–49.

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

pISSN 2073-2872
eISSN 2311-875X

National Interests

CASES OF SOCIAL INNOVATIONS IMPLEMENTED IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR

Ekaterina V. MOLCHANOVA

Institute of Economics of Karelian Scientific Centre of Russian Academy of Sciences (IE KarRC RAS),
Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russian Federation
molch@yandex.ru
ORCID: not available

Article history:

Article No. 294/2020
Received 18 May 2020
Received in revised form
5 June 2020
Accepted 22 June 2020
Available online
15 September 2020

JEL classification: J13,
I15, I18

Keywords: demographics,
health, social innovation,
benchmarking

Abstract

Subject. The article discusses medical and demographic processes in Russia and Finland.

Objectives. I evaluate cases of social innovations implemented for the preservation and strengthening of public health in Finland under the auspices of The Global Burden of Disease Study.

Methods. Methodologically, the study relies upon the ideology of the GDB Project, which rests on the DALY (the Disability Adjusted Life Year).

Results. I analyzed the morbidity and mortality rates, DALY in Russia and Finland, determined what mainly triggers the risk (environmental, behavioral, metabolic) fueling some public health degradation. The article provides the insight into the efficiency of some social innovations implemented in Finland and suggests what should be done to outline medical and demographic programs in Russia.

Conclusions and Relevance. The medical and demographic situation in Russia requires new tools to find innovative solutions for the social policy and, *inter alia*, the use of the GBD technique, which proved to be effective. Referring to evidence from Finland, demographic challenges in Russian can be handled through a systems approach, i.e. socio-economic actions, improvement of the healthcare and social security, wellness propaganda.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2020

Please cite this article as: Molchanova E.V. Cases of Social Innovations Implemented in the Public Health Sector. *National Interests: Priorities and Security*, 2020, vol. 16, iss. 9, pp. 1600–1621.
<https://doi.org/10.24891/ni.16.9.1600>

Acknowledgments

The article was supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), grant № 18-010-00029_a, *The Possibility of Benchmarks Introduced in Articulating the Medical and Demographic Policy*.

References

1. Molchanova E.V., Burkin M.M. *Sovremennaya demograficheskaya situatsiya i zdorov'e naseleniya Rossii* [The current demographic situation and health of the Russian population]. Petrozavodsk, Karelian Research Center of RAS Publ., 2017, 170 p.

2. Shabunova A.A., Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie territorii* [Public Health and local healthcare]. Vologda, ISERT RAS Publ., 2010, 284 p.
3. Murray C.J.L., Lopez A.D. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard University Press, World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. GBB 2016 Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National Age-Sex Specific Mortality for 264 Causes of Death, 1980–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2017, vol. 390, pp. 1151–1210.
URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32152-9)
5. *Global'noe bremya boleznei (Global Burden of Disease): porozhdenie dokazatel'stv, napravlenie politiki. Regional'noe izdanie dlya Evropy i Tsentral'noi Azii* [The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – Europe and Central Asia. Regional Edition]. Seattle, Institute for Health Metrics and Evaluation, World Bank, 2013, 70 p.
6. Ermakov S.P. *Prognoz poter' let zdorovoi zhizni naseleniya RF (metodologiya i osnovnye rezul'taty prognoza)* [The DALY Forecast in the Russian Federation: The methodology and the main results of the forecast]. Moscow, Palmarium Academic publishing Publ., 2013, 388 p.
7. Molchanova E.V., Burkin M.M. [The possibility of introducing benchmarking in public health systems]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo = Journal of Economy and Entrepreneurship*, 2018, no. 3, pp. 1267–1275. (In Russ.)
8. Molchanova E.V. *Mediko-demograficheskie protsessy kak otrazhenie sotsial'no-ekonomicheskikh uslovii zhizni obshchestva v Rossii, Respublike Kareliya i Finlyandii* [Medical and demographic processes as a reflection of socio-economic conditions in Russia, the Republic of Karelia and Finland]. Petrozavodsk, Karelian Research Center of RAS Publ., 2012, 163 p.
9. Boitsov S.A., Oganov R.G. [Experience in preventing cardiovascular diseases in our country]. *Terapevticheskii arkhiv = Therapeutic Archive*, 2012, no. 9, pp. 4–9. (In Russ.)
10. Puska P. *Proekt Severnaya Kareliya: ot Severnoi Karelii do proekta natsional'nogo masshtaba* [The North Karelia project: From North Karelia to a national project]. Helsinki, University of Helsinki, 2011, 291 p.
11. Keys A. Effects of Different Dietary Fats on Plasma-Lipid Levels. *Lancet*, 1965, vol. 285, iss. 7380, pp. 318–319.
URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(65\)91053-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(65)91053-6)
12. Lebedeva-Nesevrya N.A., Zhdanova-Zaplesvichko I.G., Rerke V.I., Barg O.A. [Alcohol consumption as a factor causing risks for population health (Russian research review)]. *Analiz riska zdorov'yu = Health Risk Analysis*, 2017, no. 4, pp. 147–160. (In Russ.) URL: <https://doi.org/10.21668/health.risk/2017.4.15>

13. Razvodovskii Yu.E. [Alcohol as a risk factor for cardiovascular mortality]. *Narkologiya = Narcology*, 2013, vol. 12, no. 2, pp. 38–42. (In Russ.)
14. Khalturina D.A., Korotaev A.V. *Russkii krest: faktory, mekhanizmy i puti preodoleniya demograficheskogo krizisa v Rossii* [The Russian cross: Factors, mechanisms and solutions of the demographic crisis in Russia]. Moscow, Librokom Publ., 2013, 128 p.
15. Burkin M.M., Vinogradova I.A., Goranskaya S.V. *Sindrom alkogol'noi zavisimosti* [The alcohol addiction syndrome]. Petrozavodsk, Petrozavodsk State University Publ., 2015, 43 p.
16. Nemtsov A.V., Kostenko N.A. [Alcohol pathology and types of alcoholic beverages]. *Voprosy narkologii = Issues of Narcology*, 2015, no. 3, pp. 62–71. (In Russ.)
17. Kabanova V.Yu., Kopyl'tsova E.A. [Excise duties on alcohol products]. *Molodoi uchenyi = Young Scientist*, 2016, no. 18, pp. 258–260. (In Russ.)
18. Sumenkov S.Yu., Sumenkova M.V. [The effectiveness of the Concept for the National Policy preventing the alcohol addiction of the Russian population: Historical and legislative considerations]. *Genesis: istoricheskie issledovaniya = Genesis: Historical Research*, 2019, no. 9, pp. 32–39. (In Russ.)
URL: <https://doi.org/10.25136/2409-868X.2019.9.30804>
19. Cherkasova Yu.V., Posmet'eva O.S., Kopylov E.N. [The relationship of smoking and somatic diseases in ambulatory patients]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny = Applied Information Aspects of Medicine*, 2019, vol. 22, no. 1, pp. 116–120. (In Russ.)
20. Mikhailov E.A., Levshin V.F., Goryacheva A.N., Tsybulina L.P. [Study of Smoking history in cancer patients]. *Vestnik ROSC RAMS im. N.N. Blokhina = Bulletin of N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology*, 2009, vol. 20, no. 1, pp. 36–42. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-anamneza-kureniya-u-bolnyh-so-zlokachestvennymi-novoobrazovaniyami/viewer> (In Russ.)
21. Gareev I.F. [Review of the book “A Home of Your Own. Housing First and Ending Homelessness in Finland”]. *Zhilishchnye strategii = Housing Strategy*, 2017, vol. 4, no. 4, pp. 333–334. (In Russ.) URL: <https://doi.org/10.18334/zhs.4.4.38986>
22. Talynev V.E. ["Homeless" as a social phenomenon: Examination of social accounting of homeless citizens]. *Innovatika i ekspertiza: nauchnye trudy = Innovatics and Expert Examination*, 2019, no. 1, pp. 139–154. (In Russ.)
23. Volkov V.V. [Homelessness in modern Russia: The problem of typology]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo = Vestnik of Lobachevsky University of Nizhny Novgorod*, 2010, no. 4-1, pp. 366–370.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bezdomnost-v-sovremennoy-rossii-problema-tipologii-bezdomnyh/viewer> (In Russ.)
24. Rimashevskaya N.M. [Social policy of nation preservation: Drastic change of negative health trends of the Russian population]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty*,

tendentsii, prognoz = Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast, 2010, no. 4, pp. 48–61. (In Russ.)

25. Rimashevskaya N.M., Migranova L.A., Molchanova E.V. [Factors impacting on the state of health of the Russian population]. *Narodonaselenie = Population*, 2011, no. 1, pp. 38–49. (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.