

«Аист на крыше»

Демографический ЖУРНАЛ №5



Тема номера:
Демографические риски современной России

Смертность от повреждений с неопределенными намерениями как показатель качества статистики смертности от внешних причин*



ВАЛЕРИЙ ЮМАГУЗИН

младший научный сотрудник
Института демографии Национального
исследовательского университета
«Высшая школа экономики»

Повреждения с неопределенными намерениями (ПНН), согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), включают в себя случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод об истинной причине смерти индивида: несчастный случай, суицид или убийство. Например, в результате падения погиб человек, при этом судмедэксперты не могут явно утверждать, было ли это убийством (столкновение с высоты), самоубийством (прыжок с высоты) или несчастным случаем (случайное падение), в таком случае они указывают код ПНН. Однако в российской практике к этой формулировке стали прибегать неоправданно часто. Во многом это может быть следствием манипуляций со статистикой смертности от внешних причин. Чем опасно такое явление, рассмотрим в данной статье.

Внешние причины смерти очень часто сопряжены с такими социальными явлениями, которые привлекают внимание общества и исследователей сами по себе как явное отклонение от общепринятых норм, девиантное поведение, преступления и т. д. Соответственно, они становятся предметом «моральной статистики» и оказываются в поле зрения специалистов самых разных областей: социологов, юристов, криминологов, психологов, медиков, политиков и др. Например, уровень убийств и самоубийств может служить показателем психологического здоровья об-

щества, поэтому чем больше мы знаем об этих социальных болезнях, тем эффективнее борьба с ними.

О том, почему важно учитывать даже самые мелкие правонарушения, свидетельствует так называемая «Теория разбитых окон», предложенная американскими социологами Джеймсом Уилсоном и Джорджем Келлингом. Эта криминологическая теория рассматривает мелкие правонарушения не только как индикатор криминогенной обстановки, но и как активный фактор, влияющий на уровень преступности в целом. Согласно теории, если общество не реагирует на мелкие правонарушения, то их число будет расти, но, кроме того, со временем будет расти и степень их тяжести. Когда же речь идет о крайних проявлениях преступлений, связанных с лишением человеческой жизни, то информация об их распространенности на определенной территории или в социальной группе может помочь предотвратить еще большие бедствия.

Американский эпидемиолог Гари Слуткин проводит параллель между насилием и инфекционной болезнью, которая распространяется по законам эпидемии. В связи с этим борьба с насилием требует: **а)** обнаружения людей с повышенным уровнем рискованного поведения; **б)** предотвращения акта насилия; **в)** в случае совершения насилия необходимо предотвращение дальнейшего распространения; **г)** наконец, изменения групповых норм в случае большого числа «зараженных». Ав-

* Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2017 г.

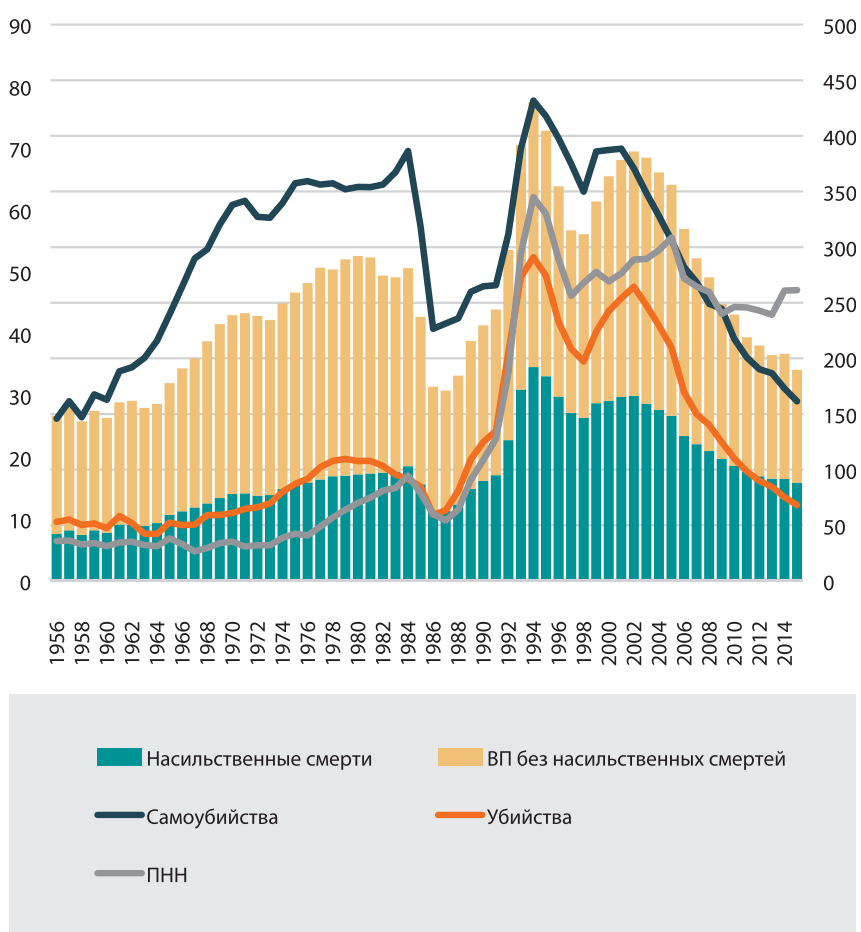
тор считает, что борьба с насилием, как и с инфекционными заболеваниями, должна проводиться с помощью лечения и профилактики, при этом изолирование опасных индивидуумов от общества является крайне ограниченным способом решения проблемы.

О чем говорит статистика?

По данным Росстата, смертность от самоубийств у мужчин всегда превышала смертность от убийств (см. рисунок 1). Смертность от обеих причин значительно выросла после распада СССР и оставалась высокой до середины 2000-х гг. И у мужчин, и у женщин уровень смертности от убийств и самоубийств в 2015 г. приблизился к значениям 1956 г. Обратим внимание на то, что доля ПНН, начиная с 1990-х гг., серьезно выросла. При этом она бесспорно удерживает пальму первенства среди других внешних причин у женщин с 2005 г., а мужчин – с 2010 г., когда она обогнала своих «ближайших конкурентов» – смертность от убийств у женщин и самоубийств у мужчин. Вместе с тем исследователи считают, что эта причина является «резервуаром» латентных самоубийств и особенно убийств. Поэтому преждевременно говорить о снижении уровня смертности от самоубийств и убийств при высоком уровне смертности от ПНН. Для объективной оценки смертности от насильственных причин необходимо рассматривать все три причины вместе. В таком случае мы увидим, что, например, смертность у мужчин от насильственных причин вернулась к значениям 1990 г. только в 2015 г., а у женщин – только в 2011 г., но в любом случае у обоих полов она все еще продолжает оставаться выше показателей 1955–1975-х гг.

В последние годы в структуре всех внешних причин (ВП) доля насильственных смертей достигла 40–45%, оставшаяся часть приходится на несчастные случаи. Это должно

Мужчины



Женщины

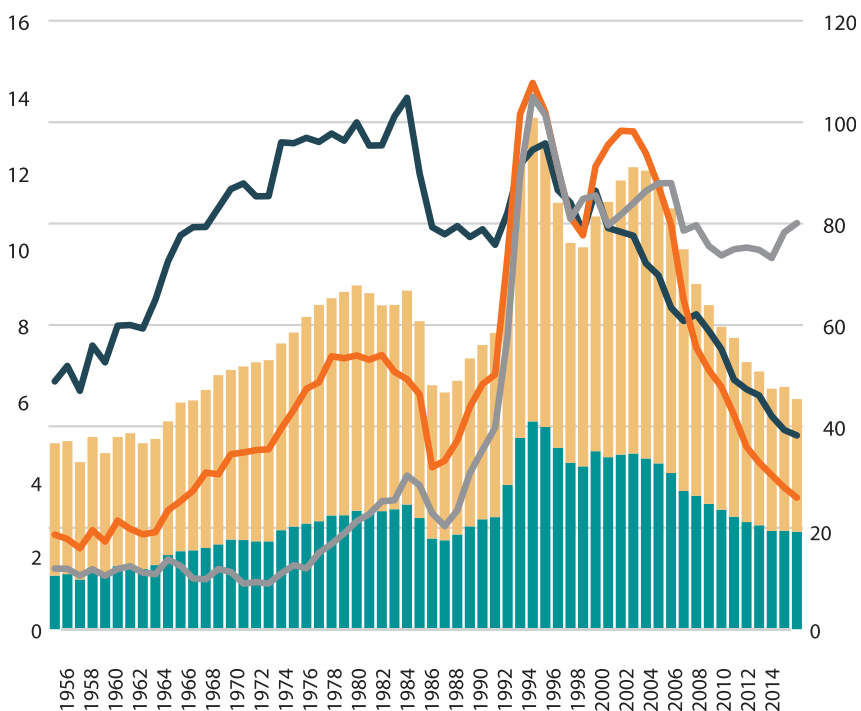


Рисунок 1. Стандартизованные коэффициенты смертности от самоубийств, убийств, ПНН (левая ось), насильственных смертей (все три указанные причины вместе) и ВП без учета насильственных смертей (правая ось) у мужчин и женщин в России, 1956–2015 гг., человек на 100 000 населения, построено автором по данным РосБРИС.

Минимальные значения		Максимальные значения	
Ингушская Республика	406	Республика Тыва	4748
Чеченская Республика	500	Республика Алтай	3704
Москва	675	Еврейская автономная область	3451
Республика Дагестан	842	Амурская область	3409
Республика Северная Осетия	972	Забайкальский край	3247
Кабардино-Балкарская Республика	1063	Сахалинская область	3043
Санкт-Петербург	1148	Республика Бурятия	2940
Ставропольский край	1175	Республика Марий Эл	2791
Карачаево-Черкесская Республика	1307	Курганская область	2773
Ростовская область	1359	Самарская область	2770

Таблица 1. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в некоторых регионах России, 2015 г., человек на 1 млн населения, рассчитано автором по данным РосБРИС.

поднимать вопросы в обществе о том, что внешние причины смерти перестают быть случайными, эти инциденты все чаще обладают внутренними и внешними детерминирующими факторами.

Эксперты отмечают несколько причин роста смертности от ПНН в последние десятилетия. Здесь и «злоупотребления» администрации всех уровней, и проблемы в организации системы учета в целом, и недостаточная квалификация медицинских работников. Можно утверждать, что

высокая доля ПНН в структуре смертности свидетельствует о низком качестве статистики смертности, что ведет к неадекватной оценке масштабов социальных проблем, которые вследствие этого остаются за пределами общественного и государственного внимания.

Региональный анализ смертности от ПНН

Обратимся к региональному анализу, чтобы понять, чьи гу-

бернаторы предпочитают смотреть в кривое зеркало статистики. Сконцентрируем внимание на мужской смертности, т. к. именно мужчины больше всего погибают от насильственных причин.

Поскольку манипуляции с кодами смерти от ПНН не влияют на общий уровень смертности от внешних причин, для начала выявим топ-10 регионов с самыми низкими и высокими показателями смертности от внешних причин (см. таблицу 1). Однако

Таблица 2. Стандартизованный коэффициент смертности от повреждений с неопределенными намерениями в некоторых регионах России, 2015 г., человек на 1 млн населения, рассчитано автором по данным РосБРИС.

Минимальные значения		Максимальные значения	
Ингушская Республика	0	Республика Тыва	1747
Республика Дагестан	21	Сахалинская область	1704
Республика Адыгея	46	Хабаровский край	1436
Ненецкий автономный округ	90	Мурманская область	1254
Пензенская область	72	Магаданская область	1228
Чеченская Республика	20	Астраханская область	1139
Республика Коми	128	Чувашская Республика	1105
Республика Бурятия	194	Красноярский край	1053
Московская область	118	Рязанская область	995
Тверская область	157	Ульяновская область	979

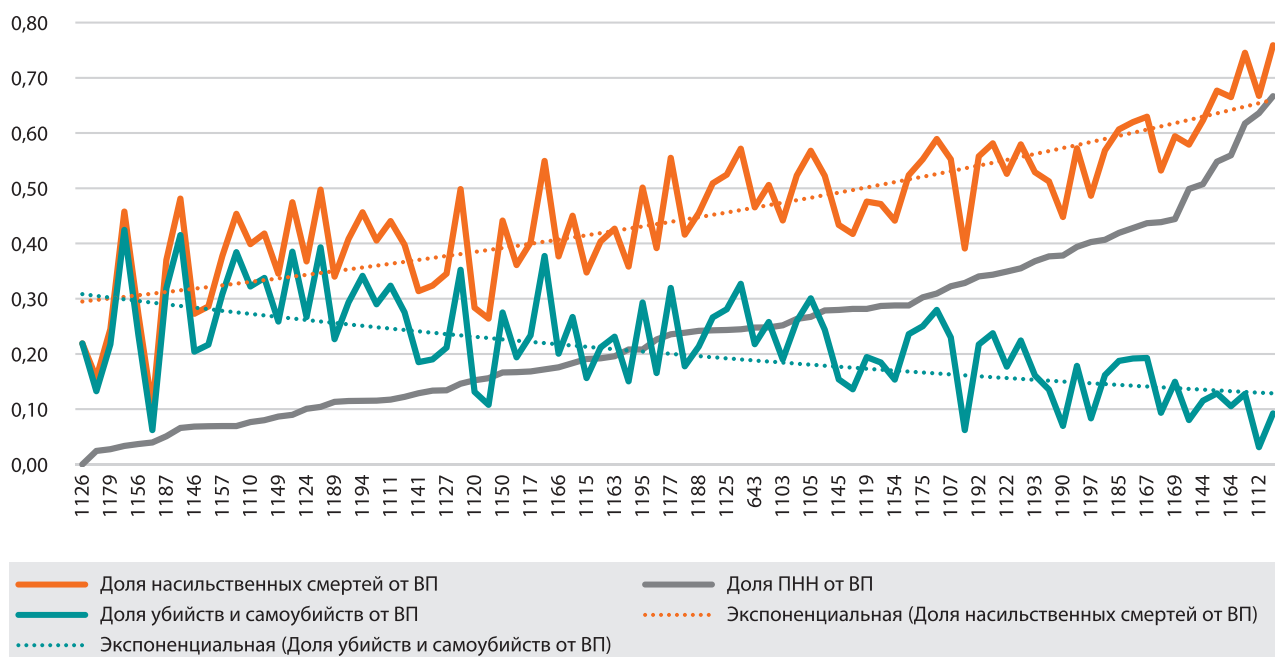


Рисунок 2. Доля ПНН, убийств и самоубийств, а также в целом насильственных смертей от общего числа внешних причин в России, 2015 г., %, построено автором по данным РосБРИС. Соответствие кодов регионам см. в Приложении 1 базы данных РосБРИС.

здесь нельзя утверждать, что это ранжирование объективно показывает место региона в рейтинге смертности от внешних причин. Дело в том, что в МКБ-10 существует также 18-й класс – «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», куда с большой долей вероятности попадают смерти, которые на самом деле должны быть закодированы кодами класса «Внешние причины заболеваемости и смертности». Поэтому приведенные в таблице значения стандартизованного коэффициента смертности являются скорее нижней границей уровня смертности от насильственных и случайных причин.

Смертность от внешних причин в России имеет северо-восточный градиент, то есть она повышается при движении на север и восток. Эту тенденцию ученые подметили еще с 1970-х гг., и она продолжает оставаться актуальной. Смертность от внешних причин тесно связана с поведенческими (употребление алкоголя и использование

наркотических средств, агрессивное и халатное поведение) и средовыми (небезопасные условия жизни, работы и поездок, недостаточная развитость инфраструктуры) факторами риска. Однако действие этих факторов в России усугубляется еще и низкой ценностью жизни на шкале ценностей российского общества и экономическими ограничениями, проявляющимися в недостаточном финансировании программ профилактики и снижения травматизма, уровне бедности и неравенстве в доходах.

Причины блока «Повреждения с неопределенными намерениями» часто называют также «мусорными», т. к. вносят долю неопределенности в истинную картину смертности от насилия и несчастных случаев. В **таблице 2** представлены регионы, где уровень смертности от ПНН был самым высоким и самым низким в стране.

Отметим, что, как и в случае с внешними причинами, смертность от ПНН является низкой в республиках Кавказа (Ингушетия, Чечня, Дагестан, Адыгея, Кабардино-Балкария). С одной стороны, низкий уровень смертности

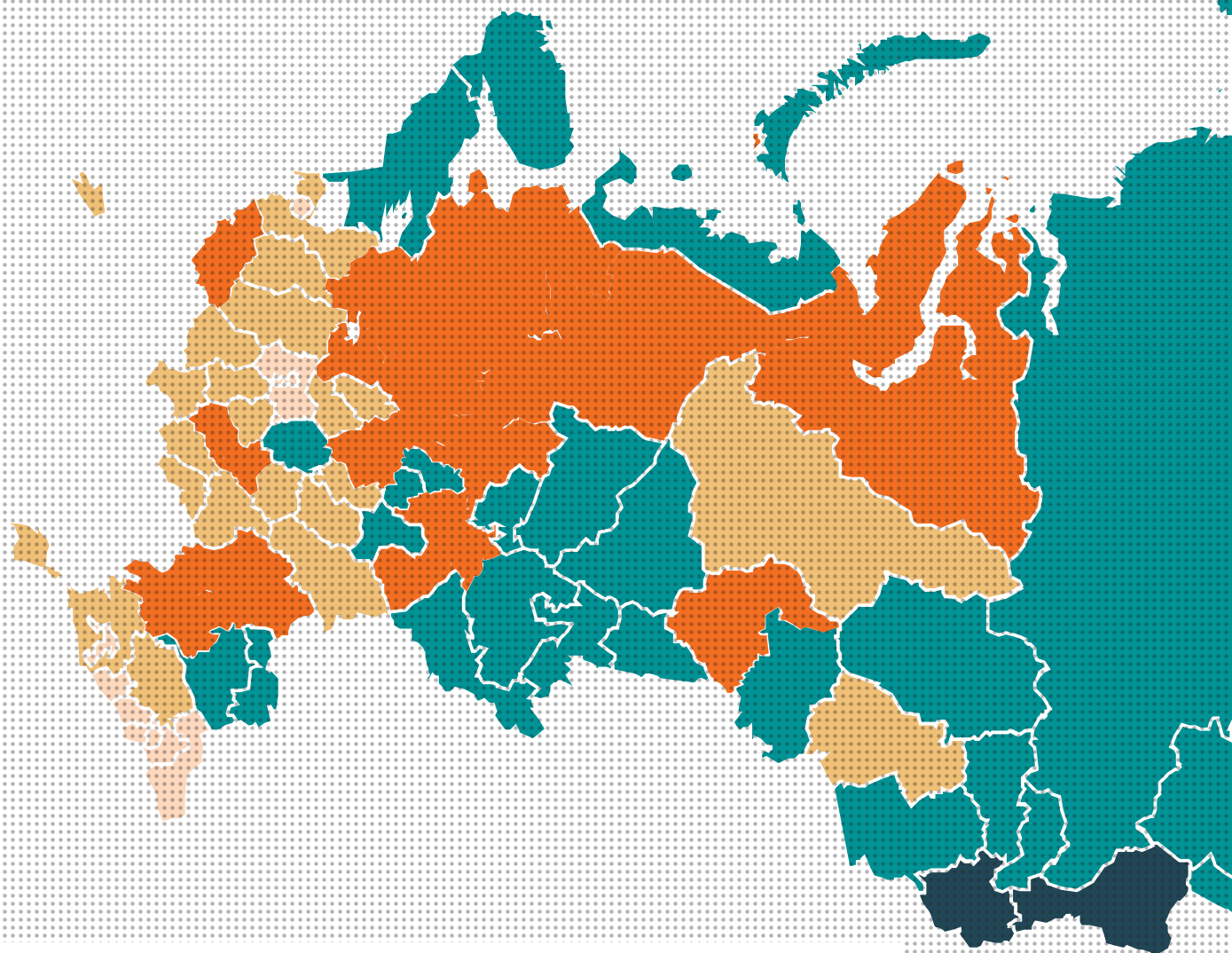
от ПНН может свидетельствовать о высоком качестве кодирования причин смертей. Но, с другой стороны, не стоит забывать о проблеме переучета численности населения в этих республиках (возрастной коэффициент смертности, как соотношение чисел умерших к численности населения в конкретном возрасте, будет занижен). Среди лидеров по смертности от ПНН преобладают регионы Дальнего Востока и Сибири.

Несмотря на то, что регрессионной связи между уровнем смертности от ПНН и убийствами, а также между ПНН и самоубийствами найдено не было, очевидно, что с ростом доли ПНН в структуре смертности от внешних причин доля убийств и самоубийств снижается (**см. рисунок 2**).

Доля смертей от ПНН превышает половину от общего числа смертей от внешних причин в таких регионах, как Мурманская область (67%), Астраханская область (64%), Ростовская область (62%), Сахалинская область (56%), Хабаровский край (55%), Магаданская область (51%) и Рязанская область (50%). Стремление региональных властей ис-

Смертность от насильственных

2015 г., человек на 1 млн населения, построено С. Тимониным по данным РосБРИС

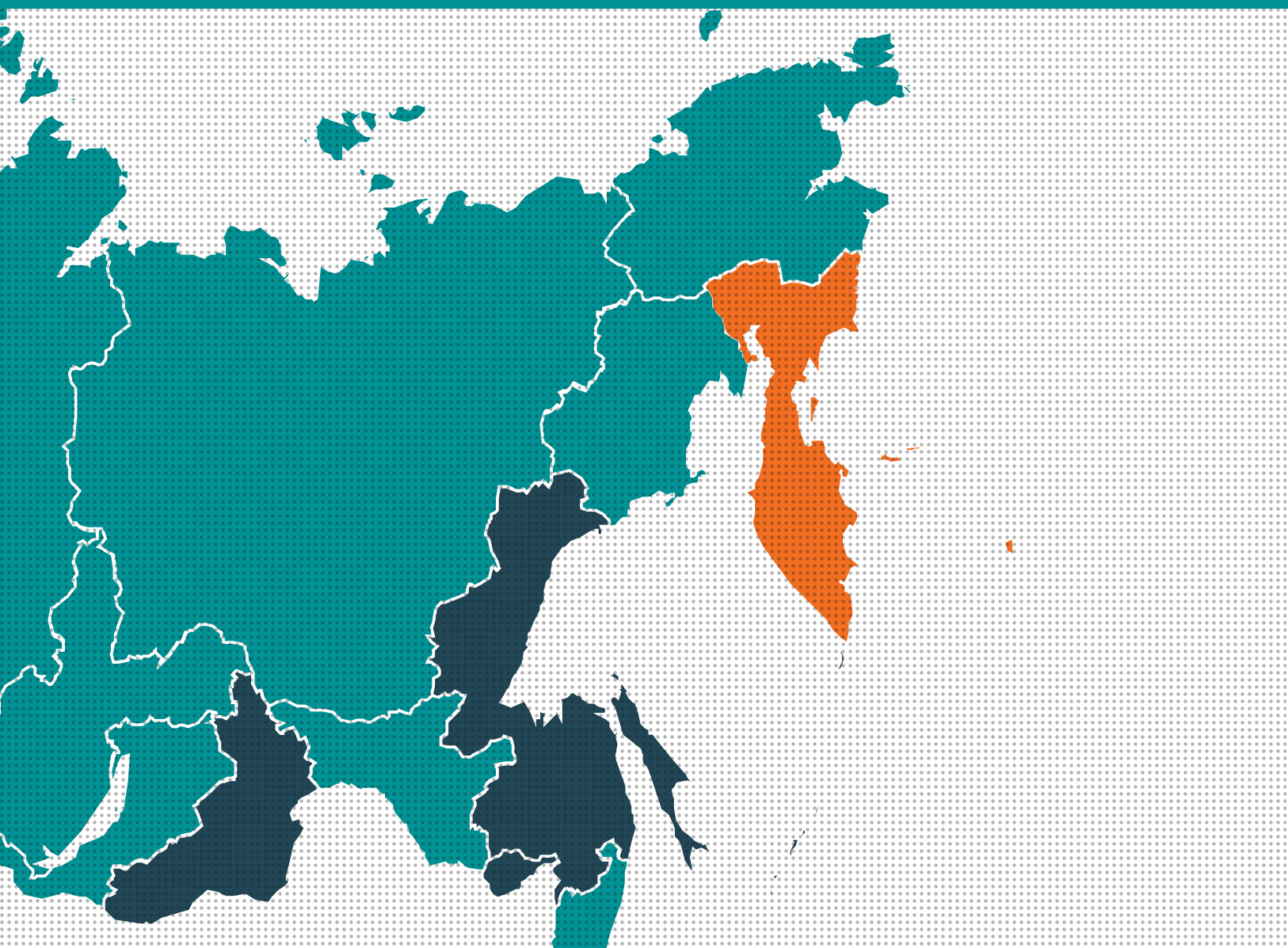


меньше 500
 501–900
 901–1100
 1101–1600
 больше 1600

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Респ. Адыгея 2 Респ. Башкортостан 3 Респ. Бурятия 4 Респ. Алтай 5 Респ. Дагестан 6 Респ. Ингушетия 7 Кабардино-Балкарская Респ. 8 Респ. Калмыкия 9 Карачаево-Черкесская Респ. 10 Респ. Карелия 11 Респ. Коми 12 Респ. Марий Эл 13 Респ. Мордовия | <ul style="list-style-type: none"> 14 Респ. Саха (Якутия) 15 Респ. Северная Осетия — Алания 16 Респ. Татарстан 17 Респ. Тыва 18 Удмуртская Респ. 19 Респ. Хакасия 20 Чеченская Респ. 21 Чувашская Респ. 22 Алтайский край 23 Краснодарский край 24 Красноярский край 25 Приморский край 26 Ставропольский край 27 Хабаровский край | <ul style="list-style-type: none"> 28 Амурская обл. 29 Архангельская обл. 30 Астраханская обл. 31 Белгородская обл. 32 Брянская обл. 33 Владимирская обл. 34 Волгоградская обл. 35 Вологодская обл. 36 Воронежская обл. 37 Ивановская обл. 38 Иркутская обл. 39 Калининградская обл. 40 Калужская обл. 41 Камчатский край 42 Кемеровская обл. |
|--|--|--|

причин (мужчины)

Рисунок 3



- | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 43 Кировская обл. | 58 Пензенская обл. | 73 Ульяновская обл. |
| 44 Костромская обл. | 59 Пермский край | 74 Челябинская обл. |
| 45 Курганская обл. | 60 Псковская обл. | 75 Забайкальский край |
| 46 Курская обл. | 61 Ростовская обл. | 76 Ярославская обл. |
| 47 Ленинградская обл. | 62 Рязанская обл. | 77 г. Москва |
| 48 Липецкая обл. | 63 Самарская обл. | 78 г. Санкт-Петербург |
| 49 Магаданская обл. | 64 Саратовская обл. | 79 Еврейская авт. обл. |
| 50 Московская обл. | 65 Сахалинская обл. | 80 Ненецкий авт. округ |
| 51 Мурманская обл. | 66 Свердловская обл. | 81 Ханты-Мансийский авт. округ — Югра |
| 52 Нижегородская обл. | 67 Смоленская обл. | 82 Чукотский авт. округ |
| 53 Новгородская обл. | 68 Тамбовская обл. | 83 Ямало-Ненецкий авт. округ |
| 54 Новосибирская обл. | 69 Тверская обл. | 84 Респ. Крым |
| 55 Омская обл. | 70 Томская обл. | 85 г. Севастополь |
| 56 Оренбургская обл. | 71 Тульская обл. | |
| 57 Орловская обл. | 72 Тюменская обл. | |

Регион	Место с учетом ПНН	Убийства + самоубийства + ПНН	Место без учета ПНН	Убийства + самоубийства
Республика Тыва	1	2512	13	1426
Сахалинская обл.	2	2024	61	1356
Забайкальский край	3	1784	3	1225
Хабаровский край	4	1773	59	765
Республика Алтай	5	1758	1	555
Еврейская авт. обл.	6	1716	2	472
Красноярский край	7	1524	35	337
Магаданская обл.	8	1507	67	321
Свердловская обл.	9	1433	27	280
Мурманская обл.	10	1427	76	173

Таблица 3. Стандартизованный коэффициент смертности от насильственных причин в некоторых регионах России (человек на 1 млн населения) и ранг региона с учетом и без учета смертности от ПНН, 2015 г., рассчитано автором по данным РосБРИС.

пользовать блок ПНН понятен: он позволяет отчитаться об успехах в борьбе с убийствами и самоубийствами, однако социальная напряженность в результате манипуляций со статистикой смертности не изменится.

Выясним, каково истинное положение региона в рейтинге «самых опасных» субъектов РФ, если помимо смертности от убийств и самоубийств учесть также смертность от ПНН (**см. таблицу 3, рисунок 3**). В первой десятке таких регионов оказалась, к примеру, Мурманская область, в то время как без учета смертности от ПНН этот регион находится на совершенно другом

полюсе, на 76-м месте, и по официальной статистике считается одним из самых благополучных. Другие яркие примеры – это Сахалинская область и Хабаровский край, которые переместились с 61-го и 59-го места на 2-е и 4-е соответственно. Самым опасным регионом оказалась Республика Тыва, которая также была на 1-м месте по уровню смертности от ПНН и в целом от внешних причин. Кстати, в Тыве отмечается также самая низкая ожидаемая продолжительность жизни – всего 61,79 года у обоих полов и только 56,63 года у мужчин, по данным за 2014 г.

Еще один способ оценить степень «перекося» – это рас-

считывать соотношение смертности от ПНН к общему уровню смертности от убийств и самоубийств. К примеру, в Астраханской области это соотношение превышает 20 раз, в Мурманской области – более 7 раз, в Рязанской области – более 6 раз, в Республике Северная Осетия, а также Сахалинской и Самарской областях – более 5 раз (**см. таблицу 4**).

Автором ранее была произведена попытка перераспределить смерти, закодированные как ПНН класса «Внешние причины смерти», и определить реальные уровни смертности от таких причин, как убийства, самоубийства,

Таблица 4. Соотношение смертности от ПНН к общему уровню смертности от убийств и самоубийств (в размах) и стандартизованные коэффициенты смертности от насильственных причин (человек на 1 млн населения) в некоторых регионах России, 2015 г., рассчитано автором по данным РосБРИС.

Регион	Соотношение ПНН/ (убийства + самоубийства)	ПНН	Убийства + самоубийства
Астраханская область	20,3	1139	56
Мурманская область	7,2	1254	173
Рязанская область	6,2	995	161
Республика Северная Осетия – Алания	5,4	368	68
Сахалинская область	5,3	1704	321
Самарская область	5,3	910	173

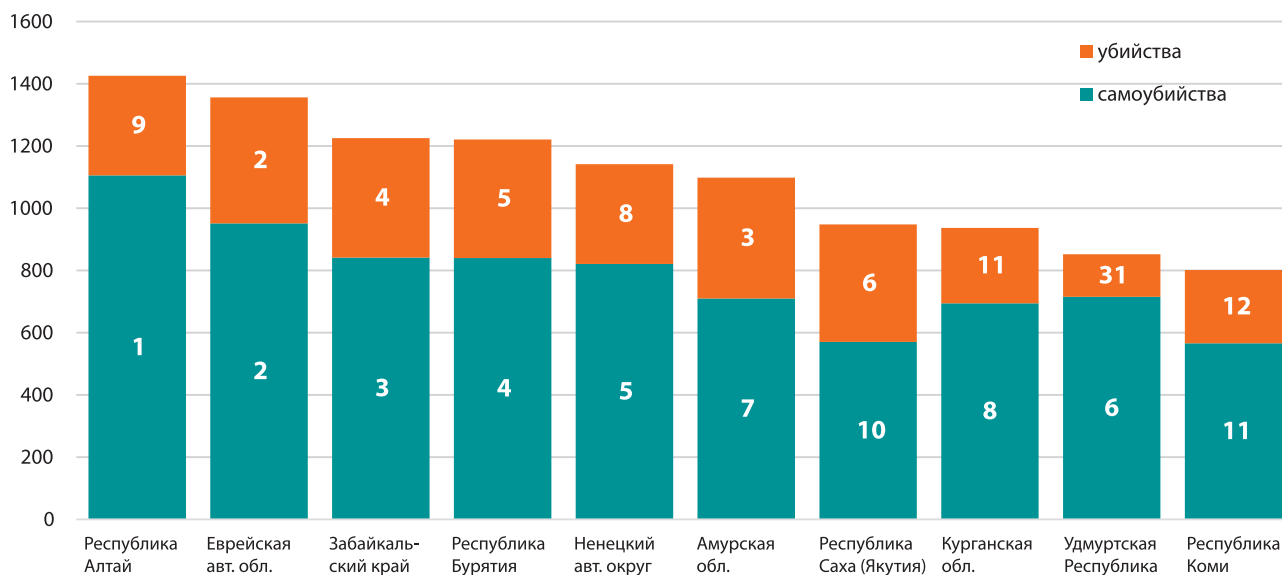


Рисунок 4. Стандартизованный коэффициент смертности от убийств и самоубийств (человек на 1 млн населения) в некоторых регионах России и место региона в рейтинге убийств и самоубийств, 2015 г., построено автором по данным РосБРИС.

алкогольные отравления и в целом класса «Внешние причины смерти» в Республике Башкортостан в 2011–2012 гг. Оценка возможного уровня смертности от убийств оказалась выше официального в 1,6 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин, самоубийств – в 1,2 раза у обоих полов, случайных отравлений алкоголем – в 1,8 раза у мужчин и в 2,1 раза у женщин. Если же учесть, что смерти от указанных социальных болезней могут быть закодированы причинами «Прочие несчастные случаи» и «Падения неуточненные», а также причинами класса «Симптомы, признаки...» и «Болезни системы кровообращения» (например, случайные отравления алкоголем могут попасть в причины «Алкогольная кардиомиопатия», «Кардиомиопатия неуточненная»), то уровень смертности повысится еще сильнее. Рост уровня смертности от убийств составит в таком случае 3,8 раза и 3,2 раза у мужчин и женщин соответственно, самоубийств – 1,4 раза и 2 раза, и, наконец, алкогольных отравлений – 3 раза и 5,9 раза. Уровень смертности от всего класса «Внешние причины» возрос в 1,2 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин. Отметим, что значение смертности от ПНН у мужчин в Респу-

блике Башкортостан в 2011–2012 гг. было близко к среднероссийскому и составило 540 человек на 1 млн населения. Это означает, что перераспределение смертей в регионах с максимальным значением смертности от ПНН может привести к более существенному росту смертности от убийств и самоубийств. Подобный подход к пересмыслению статистических данных может быть использован во всех регионах РФ, что существенно изменит показатели по причинам смерти в рамках класса «Внешние причины заболеваемости и смертности».

В завершение отметим, что существует прямая связь между уровнем смертности от убийств и самоубийств (коэффициент корреляции 0,7 в России по данным за 2015 г. у мужчин) в качестве поддержки теории разбитых окон. На **рисунке 4** в порядке убывания представлены регионы с наибольшим уровнем смертности от убийств и самоубийств, при этом внутри столбцов указаны места в рейтинге регионов отдельно по убийствам и отдельно по самоубийствам. Можно заметить, что лидерство в одном рейтинге сопровождается высокими позициями и в другом.

Заключение

В целом статистика смертности от внешних причин позволяет судить о ценности человеческой жизни. Отсутствие перспектив, возможностей карьеры приводят к неудовлетворенности жизнью и создают небезопасную среду, что впоследствии отражается как на отношении к своему здоровью, так и на отношении к жизни других людей. Повышение ценности жизни и здоровья человека, сокращение людских потерь от преждевременной и предотвратимой смертности могут быть достигнуты благодаря грамотной социальной, демографической, правовой, антиалкогольной и др. политике. Их формирование невозможно без проведения научных исследований в области смертности и здоровья населения, которые, конечно, должны быть основаны на фундаменте реальных данных об истинном уровне смертности в результате насилия и несчастных случаев. К сожалению, высокая доля смертей от повреждений с неопределенными намерениями, или «мусорных» причин, вносит существенную долю неопределенности в реальную картину смертности.

ВАЛЕРИЙ ЮМАГУЗИН

Смертность от повреждений с неопределенными намерениями как показатель качества статистики смертности от внешних причин

Многочисленный рост смертности от повреждений с неопределенными намерениями (ПНН) в России дискредитирует статистику убийств и самоубийств. Региональный анализ статистики смертности от внешних причин показал регионы, где уровень убийств и самоубийств снижен вследствие высокого уровня смертности от ПНН. Рассматривая все три причины вместе, мы не видим такого быстрого снижения насильственной смертности, как если бы мы полагались только на статистику убийств и самоубийств.

The multiple growth of deaths from events of undetermined intent (EUI) in Russia discredits statistics of homicides, and suicides. The regional analysis of external causes mortality statistics shows regions where homicides and suicides rates are low due to high level of mortality from events of undetermined intent. Considering homicides, suicides, and EUI together as violent mortality, we cannot admit decreasing one as fast as if we were rely only on homicides and suicides.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Кренин А., Васин С. «Род смерти не установлен» – ведущая причина насильственной смертности в России // Демоскоп Weekly. 2012, № 535-536 [Интернет]. URL: www.demoscope.ru/weekly/2012/0535/analit010.php
2. Юмагузин В. В., Винник М. В. Оценка уровня смертности от внешних причин в Республике Башкортостан в 2011–2012 гг. // Проблемы прогнозирования. 2017, № 1, С. 125–138.
3. Юмагузин В. В. Смертность от внешних причин в России в постсоветский период. Дис. канд. соц. наук. М., 2013. С. 219 [Интернет]. URL: <http://www.hse.ru/sci/diss/100965618>
4. Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы. М. [Интернет]. URL: demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data
5. James Q. Wilson, George L. Kelling. Broken windows. The Atlantic Monthly (March 1982). URL: https://www.manhattan-institute.org/pdf/_atlantic_monthly-broken-windows.pdf
6. Violence as a Health Issue. Cure Violence URL: <http://cureviolence.org/understand-violence/violence-as-a-health-issue/>

ЕЛЕНА НИКОЛАЮК

Роль поведенческого фактора в здоровье молодежи

Молодежь является основой для будущего любой нации. Для государства крайне важно иметь молодое здоровое население. Данные качественных и количественных исследований показывают, что российская молодежь имеет низкую культуру самосохранения по сравнению с европейской. Это оказывает влияние на заниженную самооценку здоровья, более рискованное поведение и, соответственно, высокую смертность среди молодежи. Самосохранительное поведение молодых людей в России во многом повторяет поведение предыдущих поколений, что позволяет говорить о низкой реализации потенциала долголетия. Изменения в молодежных ценностях, знаниях и поведении, в доверительных отношениях между молодежью и модернизацией системы здравоохранения могут способствовать увеличению долголетия нации.

Youth is the base for the future of any nation. For government it's utmost important to have young healthy population. Data of qualitative and quantitative research show that Russian youth has lower vital behavior than European young people. It influences lower health self-estimation, higher risk behavior and youth mortality. Vital behavior of young people in Russia repeats the behavior of previous generations in many ways, which allows us to speak about the low achieved results of longevity. Changes in youth values, knowledge and behavior, in trusting relationship between youth and transforming healthcare system can help to increase nation's longevity.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Антонов А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов): Учебное пособие для вузов. М.: Издательский дом NotaBene, 1998. 360 с.
2. Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006, № 9 (2). С. 120–131. Доступно по ссылке: <http://www.old.jourssa.ru/2006/2/6bAronson.pdf> (Проверено 17.07.2017.)
3. Варламова С. Н., Седова Н. Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. 2010, № 4. С. 75–88.
4. Демографический центр Российской экономической школы. Доступно по: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data Ссылка активна на 27.04.2016.
5. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.
6. Инглхарт Р. Постмодерн: меняющиеся ценности и изменяющиеся общества // Полис. 1997, № 4.
7. Ковалева А. А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008, том XI, № 2.
8. Косова Л. Вот такая старость: Доступность медицинских услуг // Демоскоп Weekly. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0709/tema03.php> Дата обращения: 15 января 2017.
9. Международная программа социальных исследований «Здоровье и здравоохранение». Доступно по: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5800&db=E&tab=3>
10. Немцов А. В. Алкогольная история России: Новейший период. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009.
11. Николаюк Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области // Социальные аспекты здоровья населения, 2015, № 3.
12. Шилова Л. С. Модернизация здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность // Вестник института социологии. 2013, № 6. С. 146–162. Доступно по: <http://www.vestnik.isras.ru/article.html?id=222> Ссылка активна на 17.07.2017.
13. Шиняева О. В., Падиарова А. Б. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. Ульяновск: УЛГТУ, 2010. С. 168.
14. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
15. Стратегия развития молодежи Российской Федерации на период до 2025 года. <https://fadm.gov.ru/documents/download/348/>
16. Human Mortality Database. URL: <http://www.mortality.org/>