

Министерство здравоохранения и социального развития
Чувашской Республики

Государственное образовательное учреждение
«Институт усовершенствования врачей»

И. Ю. ЛИСЕНКОВА, Т. Г. БОГДАНОВА

**ЗДОРОВЬЕ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
(РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)**

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Чебоксары 2007

И. Ю. Лисенкова

Здоровье и улучшение качества жизни на уровне муниципальных образований (региональный аспект): практическое пособие. / И. Ю. Лисенкова, Т. Г. Богданова. – Чебоксары: ГОУ ИУВ, 2007

Представлен опыт Чувашской Республики по разработке новой общественной политики отношения к здоровью, предусматривающей реализацию практических программ/инициатив, направленных на снижение отрицательного влияния различных детерминант на здоровье человека на основе интеграции деятельности всех структур, ответственных за уровень и качество общественного здоровья.

Для организаторов здравоохранения.

Отв. редактор доцент Т. Г. Богданова.

Утверждено Методическим советом института.

Оглавление

| | |
|---|-----------|
| Введение | 5 |
| Глава 1. Международные стратегии развития общественного здоровья | 7 |
| Глава 2. Формирование современной общественной политики отношения к здоровью | 14 |
| 2.1. Первичная медико-санитарная помощь как основа современной общественной политики отношения к здоровью | 14 |
| 2.2. Формирование нормативно-правовой базы для реализации современной общественной политики отношения к здоровью в Чувашской Республике | 16 |
| 2.3. Социальное партнерство как организационная основа реализации современной общественной политики отношения к здоровью на муниципальном уровне | 23 |
| 2.4. Методология реализации социального партнерства на муниципальном уровне | 26 |
| 2.5. Образовательная программа «Школа профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья» (Professional training in health promotion) | 27 |
| Глава 3. Реализация современной общественной политики отношения к здоровью в муниципалитетах | 32 |
| 3.1. Этапы практической реализации современной общественной политики отношения к здоровью | 32 |
| 3.2. Техническое содействие и координация деятельности межведомственных команд | 40 |
| 3.2.1. Информационно-методическая помощь | 40 |
| 3.2.2. Консультативно-методическая помощь | 40 |
| 3.2.3. Организация Ресурсного центра оздоровительных технологий | 42 |
| 3.3. Информирование общественности о практической реализации современной общественной политики отношения к здоровью | 44 |
| Глава 4. Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» | 47 |
| Глава 5. Мониторинг новой общественной политики отношения к здоровью | 50 |
| 5.1. Система показателей результативности деятельности межведомственных команд | 50 |
| 5.2. Анализ результатов социологического опроса населения Чувашской Республики | 55 |
| Заключение | 73 |
| Список литературы | 77 |
| Приложения | 81 |

Список используемых сокращений

CIDA – Канадское агентство международного развития

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

НИИ – научно-исследовательский институт

ООН – Организация объединенных наций

РФ – Российская Федерация

ЧР – Чувашская Республика

Введение

Согласно концепции, принятой Всемирной организацией здравоохранения, здоровье понимается как состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и патологических состояний [12]. Это определение отражает современное более глубокое понимание здоровья как целостной характеристики качества жизни отдельного человека или человеческой популяции (населения). Здоровье – это единый комплекс, на который влияют физические, биологические и социально-экономические факторы [12,13].

Почти весь XX век внимание профессионалов-медиков было сосредоточено на вопросах организации медицинской помощи и разработки конкретных методов лечения болезней у отдельных людей [34, 35, 38]. Идеология, лежащая в основе ориентированного на болезнь подхода, рассматривает организм как машину и определяет здоровье как диаметрально противоположность болезни. Для лечения болезни используются все более сложные методы и процедуры, что сопровождается ростом расходов на здравоохранение. Такая точка зрения возлагает ответственность на систему здравоохранения за улучшение и поддержание здоровья [20].

Социальная модель здоровья основана на подходах, рассматривающих здоровье как результат воздействия всех факторов (детерминант), оказывающих влияние как на жизнь отдельных людей и их семей, так и на население городов и сельских районов и общества в целом [33].

Под термином «воздействие факторов внешней среды на здоровье» чаще всего понимают влияние экологических причин. Однако современная стратегия оздоровления должна включать комплекс взаимосвязанных мер по изменению образа жизни, социально-экономических условий, состояния среды обитания и производственной сферы, жилищно-экономических условий. Критерием успешности выполнения программ, реализуемых в указанных сферах, должны быть характеристики здоровья, рассматриваемые в качестве конечного результата [35, 41].

В Чувашской Республике совместно с международными экспертами разработана и реализуется новая общественная политика отношения к здоровью, предусматривающая снижение отрицательного влияния различных детерминант на здоровье человека на основе интеграции деятельности всех структур, ответственных за уровень и качество общественного здоровья [22, 36].

С 2002 года на территории Чувашской Республики реализуется проект Всемирной организации здравоохранения «Политика и управление в здравоохранении Российской Федерации» (чувашский компонент), финансируемый Канадским агентством международного развития (далее – Проект). Основными целями работы Проекта являются: содействие практическому внедрению региональной концепции охраны здоровья населения, сформированной в рамках международных стратегий «Здоровье для всех в 21 столетии» и устойчивого развития; содействие разработке и реализации политики развития здоровья и качества жизни на уровне муниципальных образований Чувашской Республики с использованием опыта европейского и международного движения «Здоровые города»; распространение практического опыта Чувашской Республики по организации эффективного межсекторального партнерства на базе «Школы профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья» в регионах Приволжского федерального округа.

Для достижения указанных целей Проекта определены следующие задачи:

- 1) техническое содействие практической реализации политики развития здоровья и качества жизни населения районов/городов Чувашской Республики; работе организованных в рамках деятельности проекта межведомственных команд при администрации города (района) для организации социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья населения; разработке «Профилей здоровья населения районов и городов» и подготовке стратегических планов развития здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Чувашской Республики;
- 2) организация деятельности ресурсного центра оздоровительных технологий;
- 3) содействие дальнейшему распространению движений «Здоровые города», «Регионы – за здоровье» в Чувашской Республике;
- 4) организация семинаров для регионов Приволжского федерального округа на базе созданного регионального ресурсного центра по укреплению здоровья населения Приволжского федерального округа;
- 5) создание и организация работы региональной сети Чувашской Республики «Здоровые города, районы, поселки», объединяющей муниципалитеты Чувашской Республики;
- 6) участие специалистов Чувашской Республики в обучающих поездках, семинарах, конференциях для обмена практическим опытом в области реструктуризации системы предоставления медицинской помощи и продвижения современных технологий развития здоровья населения.

Практические результаты работы проекта доложены на ежегодных конференциях проектов, финансируемых Канадским агентством международного развития в 2002-2006 годах, конференциях европейской сети Всемирной организации здравоохранения «Регионы – за здоровье» (Венеция, 2003 г.; Валенсия, 2004 г.; Катовице, 2005 г.), европейской конференции «Неотложные медицинские службы» (Париж, 2005 г.), конференции международного союза International Union for Health Promotion and Education (Стокгольм, 2005 г.), 5-й научно-исследовательской конференции северных стран «Здоровье и институциональные изменения» (Эсбьерг, 2006), 11-м международном конгрессе по общественному здоровью (Рио-де-Жанейро, 2006 г.). При подготовке презентаций использованы информационные материалы и рекомендации Всемирной организации здравоохранения; экспертные мнения и данные исследований, проведенных в республике и основанные на доказательствах, объективные данные аналитических обзоров, подготовленных в рамках работы проекта.

Опыт Чувашской Республики по разработке и реализации стратегии развития здоровья на основе межсекторального партнерства в рамках работы ресурсного центра освещен на семинарах, организованных в Воронежской, Белгородской, Пензенской, Псковской, Самарской, Новгородской, Липецкой областях, Республике Марий Эл.

В Чувашии организована региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки», города Чебоксары и Новочебоксарск - члены российской национальной сети «Здоровые города, районы, поселки». Город Чебоксары является официально аккредитованным членом европейской сети Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города». Чувашская Республика - член европейской сети Всемирной организации здравоохранения «Регионы – за здоровье». Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики входит в состав международного союза по укреплению здоровья International Union for Health Promotion and Education.

Глава 1.

Международные стратегии развития общественного здоровья

Согласно стратегии ВОЗ, основными факторами, или детерминантами, определяющими здоровье, являются социально-экономические условия, уровень культуры, состояние окружающей среды, условия жизни и работы, местные социальные условия, индивидуальный образ жизни (рис. 1) [12, 13, 35].



Рис. 1. Основные детерминанты здоровья (Dahlgren. G., Whitehead. M., 1991)

Комплекс указанных факторов при одновременном воздействии может оказать сильное влияние на возможности каждого человека достичь определенного уровня здоровья (рис. 2) [23, 29, 30, 35].



Рис. 2. Градиент здоровья (Making Partners: intersectoral action for health. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 1990)

Выделяют физические и социально-экономические детерминанты здоровья [12]. К физическим относятся качество атмосферного воздуха, питьевой и сточных вод, состояние служб сбора и удаления отходов, радиационная безопасность. Основовоплагающими социальными детерминантами, влияющими на здоровье, являются: наличие социальных различий (необходимо обеспечение социального равенства и доступности для населения всего спектра социальных услуг), наличие и степень выраженности стресса, здоровое «начало жизни» (активные действия, направленные на комплексное решение потенциальных проблем охраны здоровья женщины-матери и детей, способствуют улучшению общественного здоровья), наличие социальной изоляции в результате различных причин (процессы социальной изоляции и степень различий в уровне жизни населения значительно ухудшают здоровье и увеличивают вероятность преждевременной смерти), работа (условия труда), наличие безработицы, наличие или отсутствие социальной поддержки (дружеские отношения, общение и обстановка взаимной поддержки дома, на работе и в обществе благотворно влияют на здоровье), употребление/неупотребление вызывающих зависимость средств, питание (рациональное и безопасное), здоровый транспорт (уменьшение автомобильного движения и поощрение пешей ходьбы и велосипедного движения, совершенствование городского общественного транспорта, уровень дорожно-транспортного травматизма, степень загрязнения биосферы; воздействие дорожного шума; стрессы; гиподинамия) [35].

Отрицательное влияние указанных факторов приводит к неравенству в уровне здоровья конкретных людей внутри компактно проживающих групп (местные сообщества), что, в свою очередь, приводит к неравенству в состоянии здоровья среди населения в регионах и странах [13].

«Здоровье для всех в 21 столетии»

Подходы к сохранению и укреплению здоровья через воздействие на определяющие его детерминанты на основе межсекторального партнерства изложены в стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии» [12, 13]. Европейская политика здоровья требует коренных изменений в трех областях: 1) образ жизни индивидуума; 2) внешние факторы риска, влияющие на здоровье и окружающую среду; 3) развитие первичной медико-санитарной помощи как части системы здравоохранения.

За всю историю существования ВОЗ была инициатором реформ политики здравоохранения. В 1978 году в городе Алма-Ата на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи принята «Декларация по первичной медицинской помощи», в 1979 году документ утвержден 32-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Основные положения Алма-атинской декларации легли в основу принятой ВОЗ (1979) международной программы «Здоровье для всех к 2000 году». Достичь здоровья для всех предполагалось на основе принципов социальной справедливости и понимания того, что «...здоровье определяется условиями повседневной жизни и зависит от того, что делается и какие решения принимаются практически во всех сферах жизни общества» [8]. В программе получила развитие ключевая идея: основные направления деятельности по улучшению здоровья и благополучия человека и общества в целом, по которым необходимо вести работу для улучшения ситуации, лежат вне сектора здравоохранения [3].

Государства-члены Европейского региона ВОЗ, 51 страна, начиная с 1980 года объединили свои усилия и приступили к претворению в жизнь общих принципов политики в области здравоохранения, направленной на разработку программ по улучшению здоровья и качества жизни. Кульминацией этой деятельности было принятие в 1984 году региональной европейской стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году, основанной на шести принципах (обеспечение равных возможностей для поддержания и развития здоровья; профилактика болезней; широкое сотрудничество правительственных организаций и общественных объединений для решения вопросов здоровья и охраны окружающей среды; участие населения в решении задач достижения здоровья для всех; ориентация системы здравоохранения на обеспечение адекватной и доступной первичной медицинской помощи; налаживание международного сотрудничества для решения проблем здоровья, выходящих за национальные границы) и ее 38 задачах, которые рекомендовалось решать каждой стране на национальном уровне [8].

В 1986 году на первой международной конференции в Оттаве по укреплению здоровья в промышленно развитых странах принята Оттавская хартия «Укрепление здоровья» по реализации действий, направленных на достижение здоровья для всех к 2000 году. Методология, изложенная в Оттавской хартии, основывается на пяти принципах: пропаганда политики, ориентированной на здоровье населения; формирование благоприятной среды обитания; поддержка участия населения в вопросах охраны здоровья; переориентация служб медицинской помощи на приоритетное развитие первичной медико-санитарной службы, повышение квалификации медицинского персонала в области профилактики [58].

В 1998 году страны-члены ВОЗ на 51-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в преддверии 21 века обновили стратегию «Здоровье для всех к 2000 году», приняв Всемирную декларацию по здравоохранению. Государства-члены ВОЗ подтвердили приверженность принципу, провозглашенному в Уставе ВОЗ: «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья» и призвали «все народы и учреждения» принять концепцию «Здоровья для всех в 21 столетии» [12].

Впоследствии европейским региональным комитетом ВОЗ принята стратегия «Здоровье 21: политика здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» в целях достижения всеми жителями европейского региона их «потенциала здоровья». Ее этическую основу составляют три основополагающие ценности: 1) здоровье как одно из важнейших прав человека; 2) справедливость в вопросах здоровья, солидарность стран, групп, полов; 3) участие в здравоохранительной деятельности отдельных людей, групп населения, учреждений, организаций, секторов [12].

Пересмотрены и усовершенствованы 38 региональных задач достижения здоровья для всех к 2000 году и в рамках новой стратегии сформулирована 21 задача достижения поставленной цели. Среди основных задач, определенных в стратегии: солидарность в интересах здравоохранения в европейском регионе; равноправие в вопросах охраны здоровья; здоровое начало жизни; укрепление здоровья молодежи; сохранение здоровья в пожилом возрасте; улучшение психического здоровья; сокращение распространенности инфекционных заболеваний; сокращение распространенности неинфекционных заболеваний; сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев; формирование здоровой и безопасной физической среды; пропаганда здорового образа жизни; уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающи-

ми зависимость средствами и табаком; развитие интеграции в секторе здравоохранения, обеспечение ключевой роли первичной медико-санитарной помощи; обеспечение качества и доступности медицинской помощи; развитие кадровых ресурсов для здравоохранения [12, 13].

Стратегия устойчивого развития

В июне 1992 года представители 178 государств встретились в Рио-де-Жанейро на всемирном совещании – Конференции ООН по окружающей среде и развитию. Один из главных результатов конференции - принятие программного документа «Местная повестка дня на 21 век», в котором рассматриваются экономические, экологические, социальные и демографические факторы устойчивого развития общества, а также всесторонне анализируются проблемы здоровья населения [3].

В «Местной повестке дня на 21 век» дано определение устойчивого развития: сбалансированное развитие цивилизации, которое удовлетворяет потребности нынешнего поколения, не истощая природные ресурсы, необходимые для жизни и благополучия будущих поколений (рис. 3) [3]. Устойчивое развитие подразумевает улучшение качества жизни без ущерба для устойчивости экосистем.

Продолжением движения, начатого на конференции в Рио-де-Жанейро, явилось движение европейских городов за устойчивое развитие. Полномочные представители городов подписали «Хартию европейских городов за устойчивое развитие», которой признали ответственность городов за решение проблем устойчивого развития и обязались разработать к концу 1996 года муниципальные планы по реализации «Местной повестки дня на 21 век» [55]. Среди этих городов 6 российских – Кирово-Чепецк, Пушкин, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Курск, Самара.



Рис. 3. Концептуальная модель устойчивого развития
(Ч. Прайс, П. Дюбе, 1997)

Фундаментальные принципы «Местной повестки дня на 21 век» в основном соответствуют стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии». В программе ООН особо подчеркивается: здоровье людей важно не только для них самих, оно является главным компонентом устойчивого развития [27].

Концепция устойчивого развития включает четыре составляющие: политическую, экономическую, социальную и экологическую [8].

Политический аспект рассматривает устойчивое развитие с точки зрения поступательного движения человеческого общества и требует определенных политических и социальных предпосылок – демократии и равенства людей. С точки зрения экономики развитие может считаться устойчивым только при соблюдении баланса между хозяйственной деятельностью человека и природной средой. Социальный подход ориентирован на борьбу с неравенством возможностей. Экологический аспект предполагает направить усилия общества на сохранение природной среды с учетом ограничений на различные виды деятельности по результатам воздействия на окружающую среду [рис. 4].



Рис. 4. Принципы устойчивого развития и его составляющие
(Ч. Прайс, П. Дюбе, 1997)

Проект ВОЗ «Здоровые города»

Европейское региональное бюро ВОЗ рассматривает проект «Здоровые города» как средство для практического внедрения принципов стратегии «Здоровье для всех в 21 столетии» и программы «Местная повестка дня на 21 век» на уровне сообщества [14, 20, 29, 30]. «Здоровые города» - это долгосрочный международный проект, цель которого добиться, чтобы вопросы здоровья включены были в повестку дня политических лидеров в городах Европы и полномасштабные программы здоровья и устойчивого развития разрабатывались на местном уровне [30].

«Здоровый город», по Т. Хэнкоку и Л. Далю, - это «город, который активно формирует и постоянно улучшает физическую и социальную среду и организует свои ре-

сурсы таким образом, чтобы жители могли помогать друг другу в улучшении жизни и максимальном раскрытии своих возможностей» [57].

Здоровый город понимается не только как результат мероприятий по повышению уровня здоровья, но и как процесс: важны не только абсолютные показатели, но и их динамика, а также собственно городская политика и общественное мнение, рассматривающие здоровье населения в качестве приоритетной цели развития города [8].

Идея «здорового города» впервые была высказана на конференции «За пределами медицинской помощи» в Торонто в 1984 году. В 1986 году одиннадцать европейских городов объединились, чтобы на собственном примере доказать действенность подходов к проблемам общественного здоровья на основе принципов «Здоровья для всех в 21 столетии». Из этой инициативы и выросло всемирное движение «Здоровые города».

В 1991 году проект «Здоровые города» как средство решения проблем здоровья городского населения был в центре внимания технических совещаний Всемирной ассамблеи здравоохранения. Региональные сети возникли в Австралии, Канаде, США. Заинтересованность российских городов в проекте «Здоровые города» стала очевидной после международного совещания, прошедшего в мае 1996 года в городе Ижевске [8, 10, 14].

Сегодня из сравнительно небольшого европейского проекта сформировалось глобальное мировое движение по улучшению здоровья населения. Только в Европе более 1000 городов участвуют в национальных, региональных и тематических сетях «Здоровые города». Сети «Здоровые города» объединяют муниципалитеты, вовлеченные в движение, по территориальному признаку (например, на уровне страны, европейского региона) для более эффективного решения задач укрепления здоровья на основе совместного использования ресурсов и обмена практическим опытом [15, 16, 20]. Кроме того, создаются сети развития определенных направлений, например разработка практических мероприятий по теме «физическая активность».

Развитие проекта можно разделить на фазы, в каждой определено несколько ключевых направлений развития.

В ходе *первой фазы* проекта (1987-1992 гг.) внимание было сосредоточено на создании в городах организационных структур и механизмов, которые позволили бы наладить сотрудничество между организациями, ведомствами и общественностью в вопросах охраны и укрепления здоровья. Необходимо отметить, что многие города добились того, что вопросы здоровья на согласованной межведомственной и межсекторальной основе были включены в процесс городского планирования.

Во *второй фазе* проекта (1993-1997 гг.) основное внимание уделялось формированию и внедрению городской политики, направленной на достижение здоровья для всех и разработку комплексных планов здоровья с четкими целями. В планах были определены задачи достижения социальной справедливости и необходимости устойчивого развития городов.

В этот период получили широкое развитие национальные сети, объединявшие к тому времени более 550 городов.

В *третьей фазе* (1998-2002 гг.) было детально сформулировано положение об *участии населения* в реализации проекта. Приоритетным определено направление, связанное с развитием «здорового» городского планирования: строительство жилья, различных объектов инфраструктуры, дорог и пр. должно осуществляться в целях разви-

тия общественного здоровья. Архитектурные планы застройки и создания инфраструктуры городов должны способствовать здоровой физической активности и общению жителей, формированию экологически безопасной среды обитания, удобному передвижению по городу. Городские программы должны обеспечивать доступность благоустроенного жилья, спортивных учреждений и учреждений для организации досуга.

Города, участвующие в реализации *четвертой фазы* (2003-2007 гг.), продолжают реализацию направления «здоровое» городское планирование и дополнительно работают по следующим тематическим направлениям: 1) изучение и практическое применение в решении вопросов укрепления здоровья методики «оценка влияния на здоровье программ и инициатив»; 2) реализация программ активное долголетие и физическая активность. *Оценка влияния на здоровье программ и инициатив*: комбинация процедур, методов и средств, при помощи которых возможно провести оценку планируемых к реализации программ, проектов и стратегий в отношении их потенциального влияния на здоровье населения и распределения этих эффектов в популяции. *Активное долголетие*: программа предусматривает создание доступной безопасной среды, способствующей активному долголетию на основе комплексного анализа здоровья пожилых людей; содействие обеспечению развития доступности служб медицинской и социальной помощи, активное вовлечение пожилых людей в процесс принятия решений в области охраны здоровья населения. *Физическая активность*: содействие развитию активного образа жизни во всех возрастах, обеспечение доступности сооружений для занятий физической культурой и спортом [8, 10, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 25].

Несмотря на то, что в каждой фазе специально выделены приоритетные направления, основными в проекте «Здоровые города» являются:

- действия, направленные на детерминанты здоровья с соблюдением принципов стратегий устойчивого развития и «Здоровья для всех в 21 столетии»;
- действия, направленные на определение европейских и глобальных приоритетов в области общественного здравоохранения;
- действия, способствующие повышению значимости вопросов здоровья на политической и социальной повестке дня городов;
- действия, способствующие оптимальному управлению и планированию службы охраны здоровья на основе партнерства.

«Здоровые города» - это динамическая концепция, форма и содержание которой модифицируются в зависимости от рекомендаций ВОЗ, практического опыта работы движения, научных достижений в развитии фактологической базы, касающейся детерминант здоровья и активного их влияния на развитие здоровья, изменения политических и организационных условий деятельности [26, 28].

Российская сеть «Здоровые города» создана в 1996 году. Более 100 городов начали его практическую реализацию проекта. В Москве, на базе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, организован Центр поддержки проекта «Здоровые города», по инициативе которого с 1994 года ведется работа по развитию проекта в России [14]. В 2006 году 7 российских городов подали заявку на аккредитацию в европейской региональной сети ВОЗ «Здоровые города», среди них – города Чебоксары и Новочебоксарск. Города Чебоксары и Новочебоксарск по итогам экспертизы европейского регионального бюро ВОЗ аккредитованы в качестве полноправных членов европейского движения «Здоровые города».

Глава 2.

Формирование современной общественной политики отношения к здоровью

Концепция современной общественной политики отношения к здоровью разработана Министерством здравоохранения Чувашской Республики в 2002 году в рамках чувашско-канадского проекта «Реформа здравоохранения» в связи с необходимостью воплотить в жизнь декларируемую социальную направленность проводимых реформ, достичь конкретных результатов на пути повышения благосостояния людей, которое можно выразить в реальных количественных показателях физического и социального здоровья, качества жизни, устойчивого развития общества. Задачами концепции являются продвижение новой идеологии индивидуального и общественного здоровья, основанной на формировании отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, ответственного отношения к своему здоровью и состоянию окружающей среды; создание эффективных организационных структур для реализации указанной политики; разработка и практическое внедрение на уровне сообществ конкретных программ/инициатив, направленных на коррекцию основных детерминант здоровья [22].

Концепция современной общественной политики отношения к здоровью стала частью стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи населению Чувашской Республики на 2003-2010 годы, утвержденного Кабинетом Министров Чувашской Республики в апреле 2003 года [52]).

2.1. Первичная медико-санитарная помощь как основа современной общественной политики отношения к здоровью

В 1978 году на совместной международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в Алма-Ате была принята декларация, подчеркивающая значимость совершенствования первичной медико-санитарной помощи «как основного средства для достижения во всех странах в обозримом будущем удовлетворительного уровня здоровья» [56].

Первичная медико-санитарная помощь по своей роли и месту представляет собой первый (базовый) этап непрерывного процесса охраны здоровья. Это первый уровень контакта отдельных лиц, семьи, общины с системой здравоохранения, максимально приближенный к месту жительства и работы населения.

От состояния первичной медико-санитарной помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста.

В зависимости от страны система первичной медико-санитарной помощи может иметь различную структуру, но обязательно должна решать следующие задачи: содействие рациональному питанию и достаточному снабжению доброкачественной водой; проведение основных санитарно-гигиенических мероприятий; охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; вакцинация против

основных инфекционных заболеваний; профилактика местных эндемических заболеваний и борьба с ними; разработка и реализация образовательных программ по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения включая профилактику; лечение распространенных заболеваний и травм и др.

Согласно стратегии ВОЗ, ответственность за охрану здоровья в целом ряде аспектов лежит вне компетенции органов здравоохранения либо относится не только к компетенции последних [12, 13, 56]. Соответственно эффективная система первичной медико-санитарной помощи включает помимо медицинского сектора другие смежные отрасли - промышленность, образование, жилищное строительство, сельское хозяйство, религиозные и общественные движения и организации др. Такое многообразие участников, их организационная и финансовая разобщенность требуют координации деятельности всех секторов общества на основе межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Первичная медико-санитарная помощь в Чувашской Республике, как и в Российской Федерации, в целом, осуществляется учреждениями и подразделениями различных ведомств и подчиненности (рис. 5).

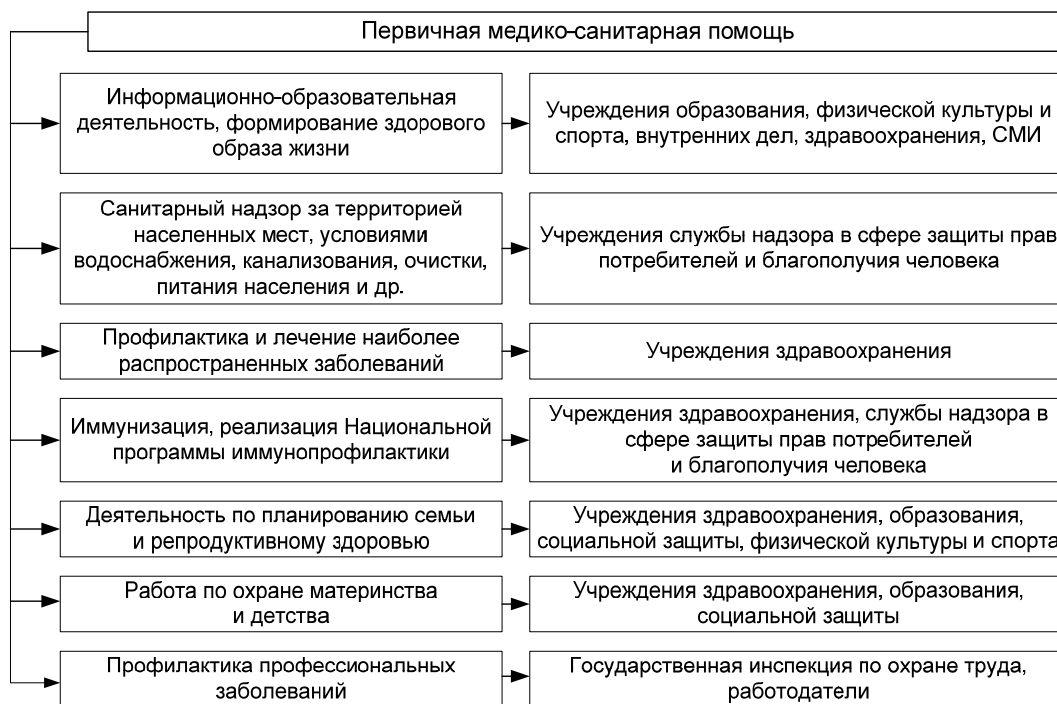


Рис. 5. Слагаемые первичной медико-санитарной помощи

В качестве основных проблем, обуславливающих необходимость реорганизации службы оказания первичной медико-санитарной помощи населению Чувашской Республики, определены:

- ведомственная разобщенность служб, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что приводит к отсутствию комплексного подхода к ее организации;
- слабая функциональная, управленческая и финансовая интеграция ведомств и учреждений, ответственных за оказание первичной медико-санитарной помощи, следствием чего является дублирование многих функций наряду с низкой эффективностью работы;

- недостаточное качество и результативность системы первичной медико-санитарной помощи;
- предоставление первичной медико-санитарной помощи остается инициативой административных органов; население в большинстве случаев не является активным участником, выступая, как правило, в роли «просвещаемого», «охраняемого» и т. д.

Одной из форм взаимодействия и координации всех служб, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, являются целевые межведомственные программы. Так, в целях профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов, в Чувашской Республике разработан межведомственный план первоочередных мероприятий до 2005 года, исполнителями которых являлись главы администраций районов и городов республики, заинтересованные министерства и ведомства, научно-образовательные учреждения, средства массовой информации (приложение 1).

Для реализации названного плана мероприятий в республике создана система наблюдения за содержанием йода и других микронутриентов в пищевых продуктах, определения насыщенности потребительского рынка йодированными продуктами питания, установления истинной картины заболеваемости, обусловленной микронутриентной недостаточностью, определены наиболее уязвимые контингенты населения и территории, где необходимо в первую очередь корректировать питание, а также оценивать эффективность проводимых профилактических мероприятий. В 2005 году обеспеченность населения йодированной солью составила 82,7, в том числе в учебно-воспитательных учреждениях - 83,5%. В 22 административных территориях республики осуществляется производство хлеба и хлебобулочных изделий с использованием йодированной соли и других йодсодержащих добавок. Объем молока, обогащенного йодказеином, выпускаемого ОАО «Чебоксарский гормолзавод», увеличился до 1875 тонн. В 13 районах производятся хлеб и хлебобулочные изделия, обогащенные витаминами, железом и другими микронутриентами. На приобретение витаминов и других необходимых микронутриентов для детей, подростков и беременных женщин в 2005 году из разных источников финансирования было выделено около 1094 тыс. рублей, в том числе из местных бюджетов администраций районов и городов 229 тыс. В результате распространенность йоддефицитных заболеваний среди населения республики снизилась в 2005 году на 21,7% в сравнении с 2000 годом и составила 93,3 на 1 тыс. населения.

Опыт программно-целевого подхода показал достаточную эффективность, однако его существенным недостатком является создание и реализация программ в ограниченный период времени и только по отдельно взятым проблемам.

2.2. Формирование нормативно-правовой базы для реализации современной общественной политики отношения к здоровью в Чувашской Республике

Современные подходы к сохранению и укреплению здоровья населения, предусматривающие снижение отрицательного воздействия основных детерминант на здоровье человека в рамках сформированной общественной политики отношения к здоровью, нашли отражение в ряде решений Президента и Кабинета Министров Чувашской Республики [43-47, 49-52].

Основные стратегии достижения здоровья определены в принятой Указом Президента Чувашской Республики от 18.06.2004 г. № 65 «Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на период 2004-2010 годы» (далее – Концепция), стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи населению Чувашской Республики на 2003-2010 годы (утвержден постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 апреля 2003 г. № 95) [48, 52].



Рис. 6. Основные стратегии достижения здоровья населения Чувашской Республики

Реализация конкретных мероприятий в рамках утвержденных основных направлений Концепции позволит улучшить здоровье населения, стабилизировать демографическую ситуацию, создать основы устойчивого экономического и духовного развития Чувашии, продлить период активного долголетия, повысить качество жизни и социальную удовлетворенность населения.

Концепция охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 гг.

Задачи:

- 1) обеспечение системного подхода к вопросам повышения качества жизни, формирования здорового образа жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды;
- 2) создание условий для формирования гармоничной личности за счет повышения мотивации к здоровому образу жизни, уверенности в своем здоровье;
- 3) развитие и сохранение трудового потенциала республики, формирование и сохранение профессионального здоровья, профессионального долголетия;
- 4) увеличение продолжительности жизни населения за счет поддержания резервов здоровья и использования здоровьесберегающих технологий

Основные принципы реализации Концепции основаны на стратегиях ВОЗ «Здоровье – 21» и ООН - устойчивого развития.

- Межведомственный и межсекторальный подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий.
- Консолидация действий органов власти всех уровней, организаций, граждан.
- Справедливость и солидарность в вопросах охраны здоровья.
- Единство всей системы охраны здоровья.
- Приоритет оздоровительных и профилактических мер.
- Ответственное отношение каждого человека к своему здоровью.
- Единство медико-профилактической оздоровительной и экономической эффективности системы охраны и укрепления здоровья.

Создание массовой системы оздоровления населения путем пропаганды и формирования здорового образа жизни, оперативного контроля за резервами здоровья, формирования социальной и экономической ценности здоровья - доминирующая в политике охраны здоровья жителей Чувашской Республики.

Стратегия формирования культуры здорового образа жизни. В рамках принятых нормативных правовых документов приоритет отдан разработке и реализации конкретных программ по:

воспитанию ответственного отношения людей к своему здоровью, осознанию потребностей в сохранении и укреплении своего здоровья, самостоятельного отказа от «саморазрушающих» форм поведения;

образованию в области рационального питания, направленного на профилактику основных групп хронических неинфекционных заболеваний, микронутриентной недостаточности и т. д.;

развитию массовой физической культуры и спорта как средства преодоления гиподинамии, альтернативы «вредным привычкам»;

внедрению здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс и технологий обучения здоровью в дошкольных, школьных, средних специальных и высших образовательных учреждениях.

Нормативная правовая база формирования культуры здорового образа жизни в Чувашской Республике

Указ Президента Чувашской Республики от 6 марта 2002 г. № 52 «О дополнительных мерах по поддержке и развитию массового спорта в Чувашской Республике»

Указ Президента Чувашской Республики от 29 ноября 2004 года № 129 «О профилактике курения табака»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 11 февраля 2005 г. № 33 «О Республиканской программе по ограничению курения табака в Чувашской Республике на 2005 -2007 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 4 июля 2005 г. № 167 «О концепции государственной политики в области здорового питания населения Чувашской Республики»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 10 февраля 2006 г. № 33 «О республиканской целевой программе «Здоровое питание (2006-2010 годы)»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 20 июля 2005 г. № 185 «О республиканской целевой программе «Молодежь Чувашской Республики: 2006-2010 годы»

Стратегия улучшения социально-экономических условий. В рамках реализации комплексной программы экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003-2010 годы в целях достижения достойного уровня жизни населения республики решаются задачи модернизации экономики, направленные на повышение ее эффективности, обеспечение высоких темпов экономического роста через развитие инвестиционной и инновационной активности; создание интегрированных структур в приоритетных отраслях экономики; реструктуризацию предприятий; создание новых производств на базе передовых технологий; обеспечение благоприятного инвестиционного и предпринимательского климата, привлечение инвестиций в развитие реального сектора экономики; обеспечение доступности базовых социальных благ и услуг, оптимизацию механизмов поддержки социально незащищенных слоев населения; обеспечение доступности современного и качественного жилья; развитие различных форм социальной поддержки людей, направленной на сохранение самостоятельности пожилых и поощрение солидарности между поколениями; организацию разноуровневых образовательных программ безопасности жизнедеятельности; обеспечение безопасности на дорогах, развитие, реконструкцию и благоустройство автодорог; сокращение дифференциации в уровне социально-экономического развития муниципальных образований республики.

**Нормативная база стратегии улучшения социально-экономических условий
в Чувашской Республике**

Указ Президента Чувашской Республики от 25 июня 2003 г. № 61 «О комплексной программе экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003-2010 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 17 января 2005 г. № 8 «О республиканской целевой программе «Государственное стимулирование развития внешнеэкономической и инвестиционной деятельности в Чувашской Республике на 2005-2010 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 11 декабря 2002 г. № 315 «О республиканской целевой программе «Реформирование и модернизация жилищно-коммунального хозяйства Чувашской Республики» на 2003-2010 годы

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 25 декабря 2002 г. № 335 «О республиканской целевой программе «Социальное развитие села в Чувашской Республике на период до 2010 года»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 21 февраля 2005 г. № 39 «О концепции инновационного развития Чувашской Республики»

Стратегия улучшения состояния среды обитания. Меры по улучшению среды обитания направлены на снижение антропогенного воздействия на окружающую природную среду, обеспечение экологической безопасности и устойчивого развития Чувашской Республики и включают развитие системы особо охраняемых природных территорий, сохранение биологического разнообразия, ограничение сбросов загрязняющих веществ, решение проблемы сбора, утилизации, уничтожения и переработки промышленных и бытовых отходов; развитие сети особо охраняемых природных территорий Чувашской Республики и сохранение биологического разнообразия; охрану водных и земельных ресурсов; внедрение новых методов и технологий, направленных на обеспечение экологической безопасности; оздоровление окружающей природной среды и населения.

**Нормативная база стратегии улучшения состояния среды обитания
в Чувашской Республике**

Закон Чувашской Республики от 20 июня 2002 г. № 19 «Об обеспечении экологической безопасности в Чувашской Республике»

Указ Президента Чувашской Республики от 23 сентября 2004 г. № 109 «О дополнительных мерах по обеспечению жителей Чувашской Республики качественной питьевой водой»

Указ Президента Чувашской Республики от 22 сентября 2004 года № 107 «О Года парков и садов»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 декабря 2000 г. № 277 «О республиканской целевой программе «Экологическая безопасность Чувашской Республики» на 2001-2003 годы и на период до 2005 года

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 25 декабря 2003 г. № 322 «Об инвестиционном проекте газификации Чувашской Республики»

В городе Чебоксары разработана и реализуется «Экологическая программа города Чебоксары на 2005-2007 годы и на период до 2010 года» (утверждена решением Чебоксарского городского Собрания депутатов Чувашской Республики от 15 сентября 2004 г. № 1389), программные мероприятия которой охватывают весь спектр экологических, санитарных и природоохранных в аспекте создания благоприятных условий проживания населения и деятельности хозяйствующих субъектов.

В городах и сельских районах республики закладываются новые парки, скверы, сады, аллеи, зеленые массивы, озеленены улицы, дворы, оформлены цветочные клумбы и газоны, созданы зоны отдыха, реализуются программы газификации населенных пунктов на основании инвестиционного проекта газификации Чувашской Республики.

Стратегия улучшения производственной среды. В целях сохранения трудового потенциала и создания условий для экономического возрождения в Чувашии реализуются следующие мероприятия: создание производственной культуры, способствующей производительной индивидуальной и коллективной работе, зон безопасной производственной среды; усиление контроля за соблюдением требований безопасности на предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства; развитие психологической и психотерапевтической помощи для категорий работающих, испытывающих профессиональный стресс и повышенные психоэмоциональные нагрузки.

**Стратегия улучшения производственной среды
в Чувашской Республике**

Закон Чувашской Республики «Об охране труда в Чувашской Республике» от 27 апреля 2000 года

Указ Президента Чувашской Республики от 8 января 2004 г. № 1 «О дополнительных мерах по содействию занятости населения и повышению эффективности труда в сельской местности»

Постановление Кабинета Министров от 17 января 2005 г. № 7 «О республиканской целевой программе улучшения условий, охраны труда и здоровья работающих в Чувашской Республике на 2005-2007 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 31 января 2006 г. № 10 «О республиканской программе «Развитие агропромышленного комплекса Чувашской Республики на 2006-2010 годы»

Стратегия развития первичной медико-санитарной помощи. Одним из важнейших стратегических направлений развития всей системы охраны здоровья является первичная медико-санитарная помощь как элемент системы здравоохранения, наиболее часто и массово взаимодействующий с населением. Основными направлениями реорганизации первичной медико-санитарной помощи являются:

формирование «института» общеврачебной/семейной практики – в настоящее время в республике открыто 325 офисов врача общей практики (далее – ВОП), из них 80% в сельской местности; развиваются различные модели работы ВОП (индивидуальная и групповая практика, отделения ВОП), работа которых организуется как в составе многопрофильных поликлиник, так и в отдельно стоящих зданиях; ВОП осуществляет постоянный и непрерывный контакт с семьей, устанавливает с ней доверительные отношения, что позволяет ему планировать профилактическую и лечебную работу; ВОП предлагают доступные для населения и приемлемые формы оказания первичной медико-санитарной помощи населению любого возраста с учетом особенностей их физического, психического, биологического состояния для своевременного проведения профилактических, оздоровительных, лечебных и реабилитационно-адаптационных мероприятий;

формирование медико-социальных центров в целях интеграции медицинской и социальной помощи населению, развитие новых организационных форм работы медицинских и социальных учреждений (отделения временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов под патронажем ВОП);

приоритетное развитие профилактического направления в деятельности первичного звена, вовлечение в профилактическую работу всех медицинских работников лечебно-профилактических учреждений и повышение уровня их профессиональных знаний, умений и навыков в укреплении здоровья и профилактике заболеваний;

расширение спектра медицинских профилактических услуг, совершенствование и оптимизация деятельности структур, ответственных за профилактическую работу;

повышение доступности для населения эффективной профилактической помощи: развитие индивидуального и группового (занятия в школах для пациентов и школах здоровья) профилактического консультирования, организация профилактических медицинских осмотров в целях выявления ранних форм заболеваний и факторов риска; диспансеризация (диспансерное наблюдение и оздоровление); профилактические оздоровительные услуги (занятия различными видами физической культуры, санаторно-курортное оздоровление, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.).

организация информационных тематических кампаний по вопросам профилактики и применения оздоровительных технологий.

**Стратегия развития первичной медико-санитарной помощи
в Чувашской Республике**

Указа Президента Чувашской Республики от 25 февраля 2003 г. № 14 «О дополнительных мерах по развитию семейной медицины»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 29 ноября 2005 г. № 301 «О республиканской целевой программе «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи по основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Чувашской Республике на 2006-2010 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 5 апреля 2006 г. № 73 «О республиканской целевой программе «Вакцинопрофилактика на 2006-2010 годы»

Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 2 апреля 2002 г. № 88 «О республиканской целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии на 2002-2008 годы»

2.3. Социальное партнерство как организационная основа реализации современной общественной политики отношения к здоровью на муниципальном уровне

Важнейшее условие реализации современной общественной политики развития здоровья и качества жизни – создание эффективной структуры и использование действенных механизмов внедрения. Министерством здравоохранения Чувашской Республики при техническом содействии проекта ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении РФ», финансируемого СIDA, разработана методология активного вовлечения муниципалитетов в процесс создания комплексной межсекторальной системы охраны и укрепления здоровья населения района или города с учетом местных особенностей [22]. В основе методологии - создание на уровне города, района, поселения *социального партнерства* в области охраны и укрепления здоровья населения.

Членами социального партнерства являются представители управлений/отделов образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, по делам молодежи, социального обеспечения, внутренних дел администраций районов и городов Чувашской Республики, средств массовой информации, бизнеса, неправительственных общественных объединений для совместной разработки и реализации мероприятий по развитию общественного здоровья в рамках общереспубликанской политики на основе эффективного межсекторального взаимодействия (рис. 7).

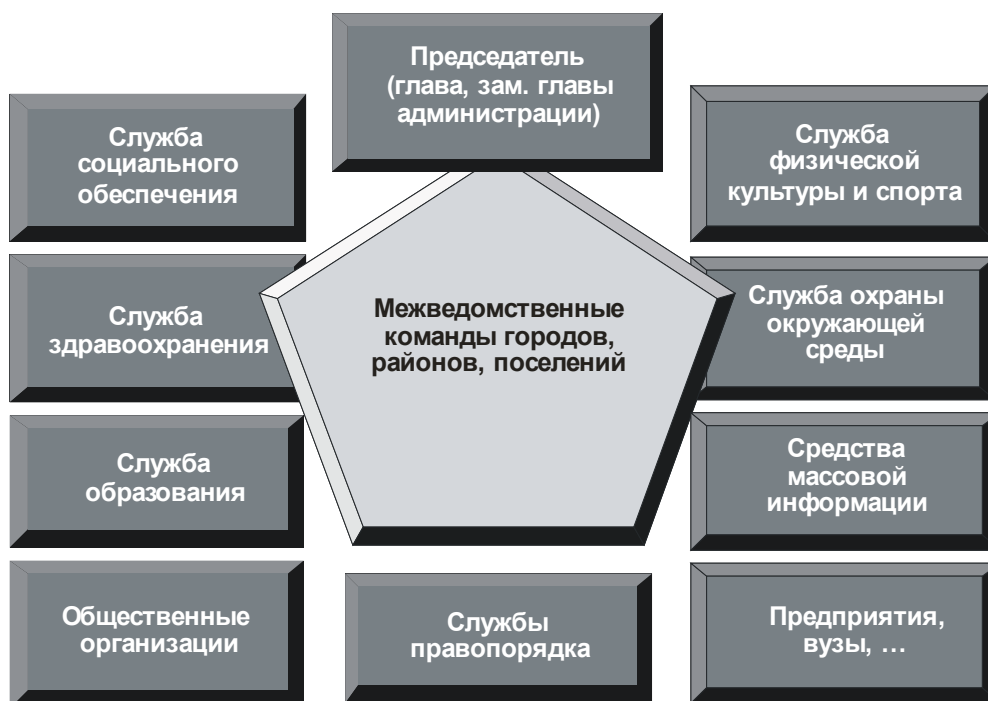


Рис. 7. Организация социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья населения муниципальных образований

Основными *принципами* социального партнерства определены:

- понимание здоровья как целостного комплекса физических, психологических, социальных и духовных характеристик; приоритетность проблем здоровья для общества и индивидуума;
- формирование долговременной муниципальной политики, ориентированной на улучшение здоровья населения города/района; нацеленность всех программ, разрабатываемых администрациями городов/районов, на оздоровление населения; оценка практических мероприятий, осуществляемых в муниципалитете, с точки зрения их влияния на здоровье населения;
- межведомственный/межсекторальный подход к вопросам охраны и укрепления здоровья, использование конструктивного диалога административного сектора, неправительственных организаций, общественности и населения;
- создание организационных механизмов, стимулирующих участие населения, в том числе компактно проживающих групп (местных сообществ) в решении проблем, связанных со здоровьем;
- постоянный поиск и внедрение новых идей и методов сохранения и укрепления здоровья населения, в т. ч. использование наиболее успешного международного опыта в этой области.

Цели социального партнерства:

- создание эффективного механизма реализации государственной политики в области общественного здоровья на уровне муниципалитетов;
- разработка и реализация комплексного подхода к решению проблем в состоянии здоровья населения муниципального образования на основе стратегического планирования и решения среднесрочных тактических задач;
- расширение участия самих жителей (местных сообществ) в деятельности, направленной на формирование и реализацию потребности в здоровом образе жизни.

Задачи социального партнерства:

- определение охраны и укрепления здоровья в качестве одного из приоритетов деятельности органов местного самоуправления; формирование политической приверженности целям и задачам новой общественной политики отношения к здоровью;
- разработка стратегического плана развития общественного здоровья муниципалитета;
- реализация кратко- (1-2 года) и среднесрочных (3-5 лет) конкретных программ/инициатив, акций на уровне города/района, местных сообществ в отношении актуальных проблем, факторов риска, детерминант здоровья;
- распространение объективной информации о состоянии здоровья населения, планируемых мероприятиях в области общественного здоровья и их результатах;
- формирование эффективного межведомственного/межсекторального партнерства на уровне муниципалитетов в области охраны и укрепления здоровья населения; вовлечение общественности и населения в планирование и реализацию мероприятий по охране и укреплению здоровья.

Ожидаемые результаты социального партнерства:

- достижение взаимопонимания органов исполнительной власти всех уровней, различных секторов общества в разработке и достижении стратегических целей в области охраны и укрепления здоровья;
- общее видение различных аспектов здоровья, анализ и выбор наиболее действенных стратегий мобилизации имеющихся ресурсов муниципалитета, направленных на развитие здоровья населения;
- формирование региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»;
- повышение качества и увеличение продолжительности жизни населения муниципальных образований.

Новые подходы к реализации современной политики отношения к здоровью на муниципальном уровне

В целях реализации современной государственной политики в области охраны и укрепления здоровья, основанной на международных стратегиях «Здоровье-21», устойчивого развития на уровне как республики, так и муниципалитетов организовано межведомственное сотрудничество, в процессе которого учреждения и ведомства, не связанные непосредственно со здравоохранением, перестраивают свою работу таким образом, чтобы она вносила наибольший вклад в улучшение здоровья жителей. Создан организационный механизм, способствующий сотрудничеству различных секторов общества в охране и укреплении здоровья, – **межведомственная команда** при администрации города, района, поселения.

Предусмотрена активизация участия населения в здравоохранительной деятельности путем предоставления возможности непосредственно влиять на решения органов власти, вносить предложения и участвовать в реализации конкретных программ/инициатив в области общественного здоровья.

Межведомственное сотрудничество, направленное на укрепление здоровья и предотвращение болезней, требует постоянного поиска новых идей и методов. Для этого анализируется лучший российский и международный опыт, распространяется информация о вновь появившихся подходах и методах решения актуальных проблем здоровья, поощряются неординарные решения, популяризируются достижения, внедряются современные организационные механизмы и программы.

Совместная работа различных секторов и ведомств, направленная на развитие общественного здоровья, позволяет суммировать полномочия и ответственность, исключить дублирование функций и рационально использовать имеющиеся ресурсы (кадровые, финансовые и пр.).

Разработка и реализация программ в области охраны и укрепления здоровья на уровне муниципалитетов осуществляется представителями различных секторов на основе работы «в команде». Социальное партнерство организуется взамен существовавшего ранее административно-командного подхода к решению проблем.

Под командой подразумевается группа людей, организованная для совместного достижения общей цели и разделяющая ответственность за результаты. Выделяются три основных характерных признака команды: люди объединены для выполнения работы; определена общая цель; каждый член команды в равной степени ответствен за выполнение поставленной перед командой задачи (наличие взаимной и коллективной ответственности). Отличительный признак команды – степень взаимозависимости ее членов при выполнении работы: чтобы решить определенную задачу, члены команды должны работать вместе [5]. Слаженная команда рабо-

тает намного эффективнее, чем обычный коллектив, поскольку в ней интегрируются в единое целое разнообразные способности и умения различных людей. Используются новые приобретенные практические навыки сотрудничества – эффективное межличностное общение, планирование, принятие самостоятельных решений [5].

2.4. Методология реализации социального партнерства на муниципальном уровне

Реализация разработанной методологии на уровне муниципалитетов происходила в рамках общереспубликанской стратегии.

Работа строилась на паритетных началах:

сочетание административной поддержки государственных органов исполнительной власти с инициативами органов местного самоуправления;

совместное использование финансовых ресурсов муниципального и республиканского бюджетов;

привлечение кадрового потенциала республиканского и муниципального уровней, общественных и религиозных организаций, бизнеса.

При организации работы учтен опыт разработки и внедрения проекта «Здоровые города» в Европе и Северной Америке [19], согласно которому успех межведомственного сотрудничества в социальной сфере зависит от 19 факторов, объединенных в 6 групп:

внешние условия для успешного партнерства - наличие опыта сотрудничества и совместной деятельности в муниципалитете; признание населением муниципалитета ведущей роли межведомственной команды; благоприятный политический и общественный климат;

требования к участникам партнерства (членам межведомственной команды) - взаимное уважение, понимание и доверие; представительность межведомственной команды, включение в ее состав наиболее опытных специалистов; понимание необходимости и сотрудничества для всех членов межведомственной команды; способность членов партнерства к компромиссу;

механизмы и организационная структура эффективного сотрудничества - многоуровневое принятие решений; гибкость структуры, методов и форм работы; четкое распределение функций, использование новых методов; приспособляемость (способность быстро реагировать на актуальные проблемы, изменение общественного и политического климата);

связь и обмен информацией, открытость в работе - оперативная связь и открытый обмен информацией; установление формальных и неформальных контактов;

постановка цели – определение конкретных целей и реальных задач; единый взгляд на конечную цель; наличие собственной цели сотрудничающей группы (межведомственной команды);

ресурсы - достаточное финансирование, наличие организаторских способностей у членов межведомственной команды.

Для формирования положительного влияния указанных факторов на процесс развития социального партнерства методология предусматривает практическое внедрение ряда организационных мероприятий.

В целях повышения управленческого потенциала специалистов муниципальных образований, организации их всесторонней информационной поддержки разработана **образовательная программа «Школа профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья»**.

Для оказания консультативной и методической помощи членам межведомственных команд подготовлены **кураторы межведомственных команд** – группа молодых лидеров, владеющих знаниями основных международных стратегий развития здоровья и качества жизни, имеющих опыт и навыки «работы в команде», обученных современным методикам преподавания.

Разработан **пакет информационно-методических материалов** для членов межведомственных команд, включающий документы ВОЗ и ООН об основных международных стратегиях развития здоровья и качества жизни, республиканские нормативные и правовые акты и др. (приложение 2).

Организована **серия обучающих семинаров** для межведомственных команд.

Для эффективного обмена практическими навыками и опытом в области развития общественного здоровья **взаимодействуют российские и международные партнеры** (национальная и европейская сети «Здоровые города», ВОЗ, Канадское агентство международного развития, International Union for Health Promotion and Education, международный отдел здоровья Центра по укреплению здоровья Университета г. Торонто, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова и др.).

2.5. Образовательная программа

«Школа профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья» (Professional training in health promotion)

Для обеспечения устойчивой работы межведомственных команд в Чувашской Республике в рамках проекта ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении РФ» (чувашский компонент), финансируемого CIDA, на базе государственного образовательного учреждения «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии создана «Школа профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья» (далее – Школа).

Цели организации Школы:

обеспечение устойчивой работы и координация деятельности межведомственных команд как инструмента реализации новой общественной политики отношения к здоровью.

Задачи:

- организация «института кураторов» межведомственных команд (консультантов/преподавателей Школы) и их подготовка (обучение обучающихся) по адаптированной унифицированной программе последипломного обучения специалистов по теме «Общественное здоровье и здравоохранение»;
- реализация образовательной программы по общественному здоровью на базе Школы для членов межведомственных команд муниципальных образований Чувашской Республики.

Этапы организации работы «Школы профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья»

I этап

- *разработана учебная программа для кураторов межведомственных команд*
- *проведен цикл обучающих семинаров для кураторов межведомственных команд*
- *подготовлено 15 кураторов межведомственных команд*

II этап

- *подготовлены учебные материалы для членов межведомственных команд*
- *подготовлены и проведены тематические лекции и семинары для членов межведомственных команд*
- *проведен аналитический обзор деятельности Школы*

На первом этапе работы Школы организован «институт кураторов» - подготовлено 15 человек из числа работников учреждений здравоохранения (базовые специальности «врач» и «экономист»), основными задачами которых являются вовлечение муниципалитетов в реализацию государственной политики развития здоровья и повышения качества жизни населения, повышение потенциала межведомственных команд в вопросах охраны и укрепления здоровья, обеспечение их устойчивой работы.

Для обучения кураторов была разработана учебная программа, основанная на принципах «обучение обучающихся» (приложение 3). Программа обучения включала теоретические вопросы по проблемам общественного здоровья и здравоохранения: современные международные стратегии здоровья, методология организации эффективного межсекторального партнерства на уровне муниципалитетов, подходы и методы привлечения общественности к решению вопросов охраны и укрепления здоровья, психологические аспекты организации работы «в команде», основы менеджмента, современные обучающие методики.

В январе-августе 2004 года для повышения квалификации указанных специалистов организованы семинары с участием ведущих международных и российских экспертов: Мэри Коллинз, советника проекта CIDA/ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении РФ»; Фрэн Перкинс, координатора международного отдела здоровья Центра по укреплению здоровья Университета г. Торонто; д-ра Франк Гримар, специалиста по экономике здравоохранения чувашско-канадского проекта реформы здравоохранения; Дэвида Бэдфорда, специалиста по анализу общественной стратегии чувашско-канадского проекта реформы здравоохранения; д-ра Вильяма Бэвингтона, специалиста по общественному здравоохранению и эпидемиологии чувашско-канадского проекта реформы здравоохранения; Ю. Е. Абросимовой, координатора российской национальной сети «Здоровые города, районы, поселки», доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова; Л. Е. Сырцовой, профессора кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова; В. А. Чернец, руководителя отдела управленческого консалтинга Агентства коммуникационного менеджмента «Принцип PR»; Ю. В. Михайловой, директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ;

Н. Н. Лебедевой, директора фонда «Российское здравоохранение». Основными темами семинаров явились: стратегическое планирование в здравоохранении; опыт реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в странах мира; международное движение «Здоровые города»; современные профилактические и оздоровительные технологии; международный опыт организации работы школ по общественному здоровью; формирование позитивного образа реформ среди медицинских работников и населения; организация социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья на муниципальном и региональном уровнях; использование профилактических и оздоровительных методик на основе доказательных фактов.

В процессе обучения преподаватели использовали интерактивные технологии: работа в «малых» группах, деловые игры, видеотренинги, презентации. Кураторы отлично освоили и применили практически полученные навыки работы в «команде», методы и условия успешности подготовки презентаций. В течение цикла обучения каждый будущий консультант/преподаватель Школы подготовил и выступил с 4-5 презентациями.

Кроме того, в рамках проекта ВОЗ/СІДА «Политика и управление в здравоохранении РФ» кураторы участвовали в ряде деловых поездок. Для знакомства с системой управления здравоохранением, современными организационными технологиями на различных этапах предоставления медицинской помощи населению, опытом реформирования системы первичной медико-санитарной помощи и использования профилактических технологий на основе межсекторального подхода в июле 2003 года организована поездка в Канаду. В министерстве здравоохранения Литвы кураторы познакомились со стратегией реструктуризации здравоохранения Литвы и методологией разработки краткосрочных планов ее реализации.

Для обсуждения основных направлений работы проекта Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровые города» будущие преподаватели приняли участие в ежегодных конференциях европейского движения в Ирландии, Италии, Турции.

На втором этапе кураторами разработаны учебные материалы для членов межведомственных команд: учебный план (приложение 4) предстоящих занятий, подготовлены информационно-методические материалы для преподавателей (кураторов), включая презентации в Power Point, и для членов межведомственных команд.

Учебные материалы обобщены и изданы в виде Руководства по организации цикла обучающих семинаров «Общественное здравоохранение и развитие политики здоровья и качества жизни на муниципальном уровне» (Коллектив авторов. Чебоксары, 2005).

Указанное руководство состоит из двух частей. Первая часть «Руководство по организации семинаров» содержит информационные материалы для организации лекций и практических занятий и состоит из шести модулей.

В первом модуле «Определение здоровья. Концепция охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 гг. Социальные условия здоровья» дано современное определение здоровья, представлены основные положения стратегии «Здоровье-21», раскрыто содержание основных нормативных документов, принятых в Чувашской Республике по здоровью и качеству жизни, охарактеризованы социальные детерминанты здоровья (социальное неравенство, стресс, детство. Определить актуальность перечисленных детерминант для муниципалитета).

Во втором модуле «Социальные условия здоровья: социальное неравенство, здоровье на рабочем месте, безработица, социальная поддержка, здоровое питание» раскрыты социальные детерминанты здоровья: социальное неравенство, работа, безработица, взаимная поддержка, вредные привычки, питание, транспорт.

Третий модуль «Стратегия устойчивого развития. Проект «Здоровые города». Принципы успешного сотрудничества» содержит подробное описание трех детерминант здоровья (вредные привычки, питание, транспорт).

В четвертом модуле «Проект «Здоровые города, районы, поселки»: этапы проекта, организационная структура проекта. Создание «Профиля здоровья» муниципалитета» представлены основные положения стратегии устойчивого развития, обоснована необходимость межсекторального сотрудничества при решении социальных задач в области здравоохранения на основе положительного российского и международного опыта; проведен анализ факторов, способствующих успешному сотрудничеству на уровне муниципалитета с оценкой их эффективности и возможности практического использования.

В пятом модуле «План развития здоровья муниципалитета, ключевые аспекты, семь шагов планирования. «Парфенон» плана развития здоровья» раскрыта концепция и обозначены ключевые аспекты проекта «Здоровые города, районы, поселки», приведена методология «Построение схемы развития проекта», концептуальная модель «Профиля здоровья» муниципалитета.

Шестой модуль «Участие населения в реализации политики развития здоровья и качества жизни» содержит определение понятия «участие населения», охарактеризует «инструментальный набор» (приемы и методы), который помогает достичь высокой степени участия населения.

К каждому модулю прилагается презентация лекции в PowerPoint для информационного сопровождения лекционных занятий.

Вторая часть «Руководство по подготовке к семинарам» также состоит из шести модулей и включает резюме теоретического материала для использования членами межведомственных команд в процессе самостоятельной подготовки к занятиям, тестовые вопросы проведения самоконтроля и список рекомендуемой для изучения литературы при подготовке к занятиям.

В сентябре-декабре 2004 года в рамках работы Школы организован цикл обучающих семинаров отдельно с каждой межведомственной командой с выездом кураторов «на места» - в районы и города Чувашской Республики.

Цель семинаров: ознакомить членов межведомственных команд с основами государственной политики развития здоровья и качества жизни, международными стратегиями в области охраны и укрепления здоровья, опытом коррекции основных детерминант здоровья, существующими информационными ресурсами по теме «общественное здоровье»; обсудить возможности использования названных ресурсов для решения практических задач, направленных на повышение здоровья и качества жизни населения.

Общая продолжительность семинаров 24 часа, из них: 9 – «тематические презентации», 15 – практические занятия, включая деловые игры, работу в малых группах.

По итогам обучающих семинаров кураторами совместно с членами межведомственных команд были определены темы, наиболее актуальные и необходимые для дальнейшего изучения. В качестве актуальных для республики проблем определены: борьба с курением, профилактика алкоголизма и пьянства, принципы соз-

дания муниципальных программ рационального питания, профилактика дорожно-транспортного травматизма, разработка и реализация оздоровительных программ для пожилых людей. На основе обзора литературы, анализа существующего российского и международного опыта кураторами подготовлен к изданию конспект лекций «Социальные факторы, влияющие на состояние здоровья населения», разработаны презентации.

В январе-мае 2005 года проведен цикл лекций для членов межведомственных команд по следующим актуальным темам: «Употребление вызывающих зависимость средств: алкоголь», «Употребление вызывающих зависимость средств: наркомания», «Транспорт: предупреждение дорожно-транспортного травматизма», «Питание: здоровое питание – важный фактор улучшения здоровья и качества жизни», «Социальная поддержка: концепция «Активное долголетие», реализуемая на уровне сообществ в рамках движения ВОЗ «Здоровые города». Общая продолжительность курса 24 часа, в том числе лекций – 12, практических занятий – 12 часов.

Организация Школы позволила повысить кадровый потенциал членов межведомственных команд, разработать и внедрить практически ряд программ, инициатив в области охраны и укрепления здоровья на уровне муниципальных образований с использованием международного и российского опыта, современных методик, основанных на доказательных фактах их результативности.

Глава 3. Реализация современной общественной политики отношения к здоровью в муниципалитетах

3.1. Этапы практической реализации современной общественной политики отношения к здоровью

Организационный этап реализации современной общественной политики отношения к здоровью предусматривает две фазы. Первая включает создание межведомственных команд, инициирование их деятельности, привлечение внимания различных ведомств, организаций, обществ, групп населения. Разрабатывается «Профиль здоровья» муниципалитета, отражающий состояние здоровья населения, качество среды обитания, уровень социально-экономического развития, качество жилищных условий, доступность социальных услуг для населения и другие детерминанты здоровья [15, 23]. Данные «Профиля здоровья» становятся «точкой отсчета» в продвижении муниципалитета к достижению лучшего здоровья. Продолжительность данной фазы может варьировать от 1,5 года и более.

Вторая фаза включает в себя стадию разработки и реализации «Плана развития здоровья муниципалитета» [8, 14, 16, 17]. План содержит полное описание конкретных и систематических действий, необходимых для улучшения здоровья населения в конкретном муниципалитете, создает основу для формирования представления о здоровье города/района в будущем и обеспечивает практически механизмы достижения этой цели. План поддерживает развитие партнерства в интересах здоровья, внедрение специальных программ и мероприятий.

Деление каждой фазы на этапы в некоторой степени условно, но отражает очередность конкретных предпринятых шагов.

1. *Подготовительный этап* связан с деятельностью инициативной группы, которая своей целью определила необходимость реализовать на территории района/города новую общественную политику охраны и укрепления здоровья, основанную на международных стратегиях. Основная задача инициативной группы - проведение разъяснительной работы с районной/городской администрацией, в результате которой последняя берет на себя обязательства способствовать оздоровлению своего района или города.

Практически во всех муниципальных образованиях республики инициативу «взяли в свои руки» медицинские работники: главные врачи больниц, их заместители. Значительную позитивную роль в формировании межведомственных команд на начальном этапе сыграли врачи общей/семейной практики, которые входили в состав инициативных групп.

На данном этапе в рамках Школы профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья организована серия семинаров для глав администраций, работников органов местного самоуправления в целях знакомства с современными международными стратегиями здоровья и качества жизни, концепцией охраны здоровья населения республики, принятыми на уровне Правительства Чувашии документами, направленными на воздействие в отношении основных детерминант здоровья. Для участников совещаний подготовлен комплект информационных материалов, демонстрирующий основные положения стратегий здоровья,

позитивный международный опыт движений «Здоровые города», «Здоровые сообщества», копии указов Президента и постановлений Кабинета Министров Чувашской Республики, подтверждающие политическую приверженность республики вопросам охраны и укрепления здоровья населения. К распространению и тиражированию информации активно привлекались средства массовой информации.

2. *Этап формирования организационной структуры и оценки ситуации в районе/городе.* Цель данного этапа - создание новой организационной структуры – межведомственной команды в области охраны и укрепления здоровья населения.

Основные задачи на этапе формирования организационной структуры:

подготовка проектов документов, регламентирующих работу межведомственных команд;

подбор кандидатов в члены межведомственной команды, выбор потенциальной кандидатуры председателя, определение представительства секторов, ответственных за здоровье населения;

согласование состава межведомственной команды с администрацией города/района;

утверждение документов, регламентирующих работу межведомственных команд постановлением глав администраций районов/городов;

проведение первого организационного совещания межведомственной команды.

Заручившись поддержкой местной администрации, инициативная группа обсуждает кандидатуры возможных участников межведомственной команды. Особенно важно, что при создании межведомственной команды учтена необходимость представительства в ее составе административного ресурса, бизнеса, общественных (неправительственных) организаций, населения. Городские/сельские предприятия и организации (частные, государственные или общественные, относящиеся к любой сфере – производство, бизнес, наука, образование, культура), общественные движения и союзы, заинтересованные в реализации мероприятий по охране и укреплению здоровья; представители городской/сельской администрации, авторитетные люди из числа жителей города являются участниками межведомственных команд, хотя степень и форма их участия различны.

Межведомственная команда работает гораздо эффективнее, если ее деятельностью непосредственно руководит глава города или района, а наиболее важные документы, результирующие работу межведомственной команды, утверждаются постановлениями (распоряжениями) главы района/города или решением районного/городского собрания депутатов. В приложении 5 приведены примеры некоторых нормативных правовых документов, принятых в муниципалитетах республики.

Руководителем межведомственной команды в большинстве случаев является заместитель главы администрации по социальным вопросам, реже - начальник отдела образования либо отдела культуры и спорта. Заместитель руководителя - как правило, главный врач муниципального учреждения здравоохранения. В состав межведомственной команды входят представители сектора образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, социальной защиты, отдела по делам молодежи, службы обеспечения правопорядка, средства массовой информации, представители общественных организаций и движений и др. (рис. 7).

Основные цели, задачи, регламентирующие работу межведомственных команд, определены в «Положении о межведомственной команде». Для обеспечения единства в вопросах формирования и реализации социального партнерства в муни-

ципалитетах консультантами проекта ВОЗ/СІДА «Политика и управление в здравоохранении РФ» разработано типовое положение о работе межведомственной команды.

На основе предварительного анализа состояния общественного здоровья и факторов, на него влияющих, межведомственными командами утверждены планы работы в целях координации деятельности уже реализующихся на территории города/района проектов; организации новых программ и инициатив на основе межсекторального подхода.

Муниципальные целевые программы, разрабатываемые и утверждаемые в городах/районах республики, подвергаются экспертизе членов межведомственной команды для оценки потенциального влияния мероприятий той или иной программы на здоровье населения муниципалитета.

3. Подготовка «Профиля здоровья» муниципалитета

Описание состояния здоровья в городе (селе, поселке), или «Профиль здоровья» муниципалитета, - полезный рабочий инструмент для организации социального партнерства и непосредственной деятельности межведомственной команды. «Профиль здоровья» муниципалитета представляет собой описание (качественное и количественное) состояния здоровья жителей и факторов, влияющих на него, содержит научно обоснованную оценку общественного здоровья и основных его детерминант, стимулирует интерес общества к проблемам здоровья [15].

Параллельно с организационными вопросами создания межведомственных команд проводятся *социологические опросы населения* об отношении к проблемам здоровья (анкета приведена в приложении 6). Результаты опросов, обработанные в автоматизированном режиме, включаются в «Профили здоровья» муниципалитетов, а также публикуются в местных средствах массовой информации (приложение 7).

Межведомственными командами определяются следующие задачи:

в процессе подготовки «Профиля здоровья»

суммировать информацию о здоровье населения, предоставленную различными секторами;

выделить на основе комплексного анализа материала наиболее приоритетные факторы, оказывающие влияние на здоровье;

сформулировать конкретные цели, достижение которых повлияет на улучшение здоровья;

разработать перечень практических задач для достижения целей;

предложить эффективные направления деятельности по решению поставленных задач;

стимулировать сотрудничество различных секторов общества, а также межведомственное взаимодействие в деятельности по улучшению здоровья;

информировать в доступной форме общественность и население о состоянии здоровья жителей и факторах, на него влияющих, в доступной форме;

акцентировать внимание политиков на анализе данных социологических опросов для определения взглядов населения на проблемы, связанные со здоровьем.

Для практического применения адаптирована методика подготовки «Профиля здоровья» ЕРБ ВОЗ [15] и выделены следующие «шаги» его создания:

1-й шаг - организация рабочей группы подготовки «Профиля здоровья»;

2-й шаг – определение конкретной аудитории, для которой будет предназначен «Профиль здоровья»;

3-й шаг – согласование необходимости и важности издания «Профиля здоровья» с главой района/города, достижение политической поддержки;

4-й шаг – разработка и согласование с руководителем межведомственной команды плана работы с указанием конкретных сроков и исполнителей, необходимого объема финансирования;

5-й шаг – сбор необходимой информации на основании разработанного рабочей группой типового «шаблона» и необходимых требований;

6-й шаг – анализ полученной информации с привлечением при необходимости различных специалистов в области статистики, социологии и т. д.;

7-й шаг – определение приоритетных проблем состояния здоровья населения на основе проведенного анализа, формулировка «желаемого будущего», постановка целей и задач улучшения здоровья;

8-й шаг - верстка и редакция подготовленных текстов;

9-й шаг – издание сигнального экземпляра, согласование его с главой района/города;

10-й шаг – определение необходимого количества копий, тираж;

11-й шаг – презентация «Профиля здоровья» для населения города/района.

Согласно литературным данным [14, 16, 23, 32], одной из первоочередных задач является принятие решения о конкретной аудитории, для которой предназначены описания состояния здоровья и факторов, на него влияющих, от этого зависит «язык», объем и тираж документа. В идеальном случае рекомендуется ежегодный выпуск «Профиля здоровья», более целесообразен – двухгодичный цикл.

Как показал практический опыт, в большинстве административных территорий республики инициатива подготовки «Профиля здоровья» исходит от сектора здравоохранения. В городах - это управление/отделы здравоохранения администрации, в сельских районах – центральные районные больницы. С учетом потенциальной аудитории (представители отделов социальной защиты населения, культуры, физической культуры и спорта, образования, по делам молодежи, внутренних дел, санитарно-эпидемиологической службы, представителей общественных организаций, средств массовой информации) на основе подготовленной консультантами проекта ВОЗ/CIDA структуры в каждом муниципалитете принимается решение об особенностях изложения материала, объеме предоставления информации, наглядности, тираже.

В процессе сбора и анализа информации рекомендуется использовать опыт подготовки и материалы государственного доклада «О состоянии здоровья населения в Чувашской Республике». В качестве специалистов-консультантов могут привлекаться сотрудники организационно-методических и статистических отделов лечебно-профилактических учреждений, государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», специалисты Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики и Роспотребнадзора по Чувашской Республике.

В процессе подготовки «Профиля здоровья» особое внимание рабочей группы уделяется презентации документа. Предварительно разрабатывается план организации презентации, тексты выступлений, состав участников. Каждая презентация в городе или сельском районе является уникальной по характеру презентации, приуроченной к массовым мероприятиям (День района, спортивный праздник-соревнование, концерт, выставки народного творчества и пр.) с учетом национальных культурных традиций.

Первый «Профиль здоровья» был презентован в г. Чебоксары 19 сентября 2003 года на республиканской научно-практической конференции на тему «Здоровые города» с широким участием общественности и заинтересованных представителей всех районов и городов республики (общее число участников - 485 человек), организовано обсуждение «Профиля здоровья» в средствах массовой информации.

Вторым городом, официально заявившим о признании здоровья как наивысшего приоритета городской политики, стал г. Новочебоксарск. 14 ноября 2003 года в г. Новочебоксарске проведена презентация «Профиля здоровья» города на научно-практической конференции «Комплексный подход к охране здоровья населения (на примере г. Новочебоксарска)». В работе конференции приняли участие представители общественных организаций, органов местного самоуправления г. Новочебоксарска, научных и лечебно-профилактических учреждений республики, учреждений социальной защиты и образования, физической культуры и спорта, комитета по делам молодежи, средств массовой информации. На конференции принята резолюция, определившая основные направления работы города в области охраны и укрепления здоровья на перспективу.

В течение 2003-2006 годов презентованы 15 «Профилей здоровья». В качестве примера в приложении 8 приведен один из первых профилей сельских районов - «Профиль здоровья» Козловского района. Параллельно с подготовкой «Профилей здоровья» в городах/районах республики реализовывались различные программы и инициативы в области охраны и укрепления здоровья (приложение 9).

Во второй фазе организационного этапа предусматривается разработка стратегического «Плана развития здоровья» муниципалитета.

4. Этап планирования

Для межведомственных команд определены следующие шаги подготовки стратегического «Плана развития здоровья» муниципалитетов (далее – План) [20, 23, 28, 30]:

1-й шаг – определение приоритетных направлений деятельности в целях улучшения состояния здоровья населения города или сельского района на основе комплексной оценки текущей ситуации («Профиль здоровья») и выявления актуальных проблем;

2-й шаг – формулировка стратегической цели (миссии) построения здорового сообщества, формулировка должна быть краткой, всеобъемлющей и ориентироваться на конечный результат;

3-й шаг – формулировка подцелей и конкретных задач для достижения каждой подцели;

4-й шаг – подготовка рабочего плана, который отражает стратегии и определяет тактику решения поставленных задач; закрепляет обязательства, взятые участниками исполнения плана, функции всех участников; указывает сроки и необходимое финансирование (с определением источника);

5-й шаг – создание системы мониторинга реализации стратегического плана развития здоровья.

Разработке Плана предшествует оценка текущей ситуации в городе или сельском районе с точки зрения здоровья жителей, анализа потребностей и ресурсов сообщества. На данном этапе межведомственные команды используют информационные материалы, содержащиеся в «Профилях здоровья» муниципалитетов. В процессе оценки здоровья населения межведомственные команды придерживаются понятий, разработанных на основе методических материалов европейского регио-

нального бюро ВОЗ «Здоровые города», опыта работы проекта «Здоровые города» в России и в мире [33, 39, 41, 53]:

сотрудничество – оценка здоровья населения подразумевает совместные усилия различных слоев населения и секторов общества на основе синтеза и систематизации данных, достижения необходимого баланса точек зрения всех участников анализа;

динамичность и комплексность - оценка состояния здоровья является непрерывным процессом, показатели здоровья рассматриваются в динамике как результат воздействия всех секторов общества;

обозначение проблем и целей достижения здоровья на основании анализа «потребностей» общества; определение приоритетов развития системы здравоохранения;

определение индикаторов, отражающих состояние здоровья, и их исходных показателей для оценки изменений в состоянии здоровья и качестве жизни;

оценка потенциальных ресурсов сообщества для проведения намеченных преобразований;

сложность и многокомпонентность сообщества – рассматриваемые проблемы должны решаться в сообществе как в единой системе.

Ключевые аспекты муниципального Плана. В результате работы над Планом определены следующие ключевые аспекты подготовки и реализации документа (рис. 8):

в процессе анализа текущей ситуации необходима *оценка конкретных преимуществ и недостатков системы охраны здоровья* в муниципалитете, для дальнейшего «укрепления» преимуществ своего муниципалитета;

партнерство при разработке и реализации – стратегический план не является чисто административным документом, а является «договором общественного согласия», в соответствии с которым органы исполнительной власти, предприятия и общественные организации берут на себя определенные обязательства; План не директива, а свод согласованных, признанных разумных требований, договоренность о тех конкретных мерах, имеющих стратегическую важность для муниципалитета, которые необходимо принять в интересах всех секторов общества и населения;

сочетание долгосрочного видения и конкретности немедленных действий – План является долгосрочным по глубине прогноза и длительности последствий намечаемых действий, но среднесрочным (6 лет) по характеру включаемых в него мероприятий; План должен не только декларировать, но и показывать, что и как нужно делать;

постоянство работы над Планом – работа над Планом не заканчивается его принятием и публикацией, необходимо мониторить его исполнение и корректировать, если это требуется, состав и качество мероприятий;

рациональность работы над Планом – необходимо отсеивать моменты, которые не являются объектом внимания, приложения организационных затрат и материальных ресурсов, это делает работу более экономной и эффективной.

«Парфенон» городского плана здоровья

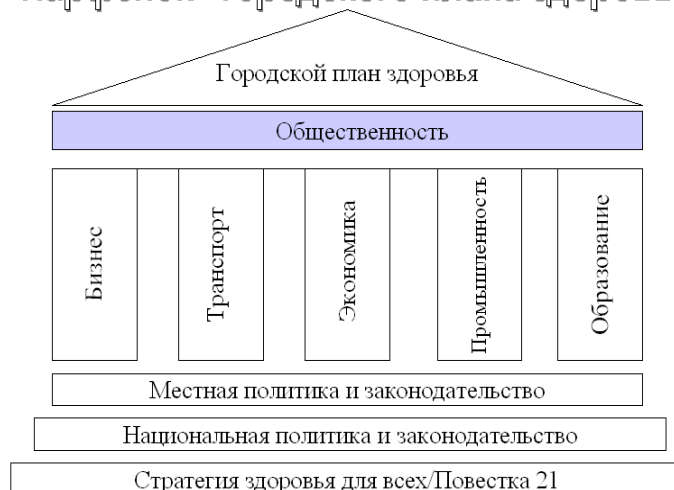


Рис. 8. Составляющие городского плана здоровья

(City health planning: Framework. Copenhagen, WHO Healthy Cities Project Office, 1995)

В Плате должны быть отражены: состояние здоровья, которого необходимо достичь; интегральная стратегия реализации Плана, которая основывается на развитии партнерства в достижении общей цели; отдельные ведомственные планы, касающиеся различных аспектов развития здоровья (социальных, экономических, экологических, медицинских и т. д.) [8] (рис. 9).

Рекомендуется утверждать План на уровне собрания депутатов города или района. Так, например, план «Здоровое и устойчивое развитие города Чебоксары на 2004-2010 годы» утвержден Собранием депутатов города Чебоксары.



Рис. 9. План развития здоровья муниципалитета

(Методическое руководство по подготовке «Городского плана развития здоровья». ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2001)

Опыт разработки стратегического плана «Здоровое и устойчивое развитие города Чебоксары на 2004-2010 годы» показал, что муниципальное планирование должно быть непрерывным, последовательным и межсекторальным при обязательном активном участии населения. Ведущая цель планирования – достижение рав-

ных возможностей для улучшения здоровья и качества жизни каждого человека на основе устойчивого развития общества.

План развития г. Чебоксары стал «цементирующим» фактором, выполняющим функцию связующего звена в деятельности различных ведомств по достижению цели улучшения общественного здоровья, определяя обязанности, разграничивая полномочия и область совместных действий. Стратегический план разрабатывался максимально открыто, с широким освещением в средствах массовой информации, привлечением общественности, проведением общегородских конференций. Для формирования плана создавалась рабочая группа под председательством заместителя главы администрации по социальным вопросам и связям с общественностью, тематические комиссии, обеспечивающие создание частных стратегий. Комиссии занимались анализом проблем, постановкой целей, формулировкой задач и определением мероприятий по их решению.

Во исполнение единой стратегии развития здоровья муниципалитета в рамках стратегического плана разрабатывались целевые тематические программы г. Чебоксары по здравоохранению, образованию, культуре, улучшению условий окружающей среды и т. д. с определением конкретных мероприятий, сроков исполнения, ответственных, размера и источников финансирования, системы мониторинга и оценки результатов запланированных мероприятий. Содержание каждой программы определяло конкретное ведомство, но мероприятия и сроки реализации согласовывались с основным стратегическим планом развития здоровья.

**Целевые программы города Чебоксары,
разработанные в рамках стратегического плана
«Здоровое и устойчивое развитие города Чебоксары на 2004-2010 годы»**

- *Вместе за здоровый город*
- *Здоровое начало жизни*
- *Здоровое сердце*
- *Мероприятия по совершенствованию онкологической помощи*
- *Безопасный город*
- *Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту*
- *Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями*
- *Психологическая поддержка населения*
- *Старшее поколение*
- *Окружающая среда и здоровье населения*
- *Благоустройство мест отдыха и общения граждан*
- *Социально-экономическая программа*
- *Городские школы укрепления здоровья*

5. *Этап реализации.* На данном этапе запланирована практическая реализация мероприятий утвержденных Планов.

3.2. Техническое содействие и координация деятельности межведомственных команд

3.2.1. Информационно-методическая помощь

Для членов межведомственных команд организовывался цикл «круглых столов» с участием ведущих международных и российских экспертов, на которых освещался международный и российский опыт создания эффективных организационных структур и методов реализации новой муниципальной политики в области общественного здоровья.

Первый (организационный) раунд «круглых столов» проведен в апреле – июне 2003 года (общее число круглых столов - 10; общее число участников - 290 человек). Основными задачами обсуждений являлись: разъяснение стратегических направлений современной общественной политики отношения к здоровью; формулирование целей и задач социального партнерства; постановка задач идентификации приоритетных факторов, преимущественно влияющих на состояние здоровья жителей конкретных городов и районов; организация социологического опроса населения об отношении к собственному здоровью и здоровью окружающих; решение организационных вопросов.

В октябре 2003 года *организован второй раунд*, 3 «кустовых» семинара (с общим числом участников - 54), на которых обсуждались вопросы организации деятельности межведомственных команд в районах и городах, подготовки «Профиля здоровья» муниципалитета, планы работы команд и предварительные результаты проведенных социологических опросов.

Аналогичные *«круглые столы» (третий раунд)* проведены в феврале 2004 года (общее число участников - 40). Обсуждены результаты социологических опросов населения; представлены «Профили здоровья» г. Чебоксары и Новочебоксарск, трехлетний план реализации стратегии реструктуризации системы предоставления медицинской помощи на примере Батыревского района.

10 декабря 2003 года организован *специальный «круглый стол» для руководителей межведомственных команд и их заместителей* (29 человек). Размножены и доведены до каждой межведомственной команды информационные материалы Бэлфастской конференции европейской региональной сети ВОЗ «Здоровые города», даны рекомендации по возможным направлениям работы межведомственных команд на основе материалов конференции.

Для каждого муниципалитета подготовлен и доведен комплект информационных материалов, содержащий основные программные документы по общественному здоровью и здравоохранению, принятые на международном, российском и республиканском уровнях.

3.2.2. Консультативно-методическая помощь

Параллельно с обучающими семинарами кураторы межведомственных команд на постоянной основе оказывают консультативно-методическую помощь. Каждый куратор «закрепляется» за определенными межведомственными командами (2 куратора на 4 района или города).

Схема работы куратора межведомственной команды включает несколько этапов:

1. Встреча с главой администрации района или города
2. Знакомство с членами межведомственной команды
3. Согласование целей и задач, формирование общего видения проблем
4. Привлечение общественности к работе с межведомственной командой
5. Содействие в подготовке «Профиля здоровья» муниципалитета
6. Методическая помощь в разработке стратегического плана «Здоровое и устойчивое развитие» муниципалитета
7. Техничко-консультативное содействие в реализации конкретных программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья

Значимым является первый визит в район (город), во время которого каждый куратор встречается с главой местной администрации или его заместителем, обсуждаются проблемы важности запланированной работы по охране и укреплению здоровья населения муниципалитета.

Одна из основных задач кураторов – вовлечение муниципалитета в реализацию современной государственной политики отношения к здоровью и формирование политической приверженности в отношении основополагающих принципов и стратегий сохранения и укрепления здоровья. В процессе общения с главами администраций кураторы придерживаются следующих рекомендаций:

начинать обсуждение с приоритетности проблемы развития здоровья населения муниципалитета в рамках государственной политики и утвержденных республиканских стратегий и программ;

обратить внимание на особенности здоровья населения района/города;

привести убедительные факты (не загружать информацией, достаточно 3-4 показателей), подчеркивающие необходимость решения задачи укрепления здоровья;

не придерживаться во время общения с главой определенной и неизменной точки зрения, быть готовым к компромиссам;

дать общую информацию о предполагаемых действиях и ожидаемых результатах;

подготовить и презентовать комплект наглядных материалов (материал должен быть изложен ясно и коротко).

После посещения главы администрации, организована встреча с членами межведомственной команды. Задача указанной встречи – знакомство с членами межведомственной команды, разъяснение основных положений современной общественной политики отношения к здоровью и роли межведомственной команды как ключевой организационной структуры, созданной для реализации стратегии охраны и укрепления здоровья. В процессе общения утвержден график проведения обучающих семинаров, разработан проект плана работы межведомственной команды.

Для правильной и эффективной организации встречи кураторами подготовлен комплект базовых информационных материалов по общественному здоровью и здравоохранению (приложение 10).

Консультативно-методическая помощь оказана кураторами в различных организационных формах: участие в совещаниях межведомственных команд, подбор материалов, консультирование при анализе статистических данных и т. д. Кураторы на постоянной основе содействовали подготовке «Профилей здоровья»: с каждой командой обсужден процесс подготовки «Профиля здоровья», организованы необходимые технические и тематические консультации специалистов, поиск информационных материалов в сети Интернет и других источниках, скорректированы организационные мероприятия по презентации «Профиля здоровья».

Кураторы активно участвовали в разработке и практической реализации различных локальных «малых» проектов и программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья населения на уровне муниципалитетов. В качестве примера в приложении 9 приведены основные мероприятия, организованные с участием кураторов.

3.2.3. Организация Ресурсного центра оздоровительных технологий

Цель создания Ресурсного центра оздоровительных технологий (далее – Ресурсный центр): обеспечение информационной поддержки кураторов межведомственных команд, членов межведомственных команд, руководителей учреждений здравоохранения и других секторов, ответственных за здоровье населения (рис. 10).

Ресурсный центр по сбору, хранению, тиражированию и распространению информационных материалов в области общественного здравоохранения организован на базе государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» Минздравсоцразвития Чувашии (далее – ГУЗ «МИАЦ») и Управления здравоохранения и социальной политики администрации города Чебоксары (рис. 11).

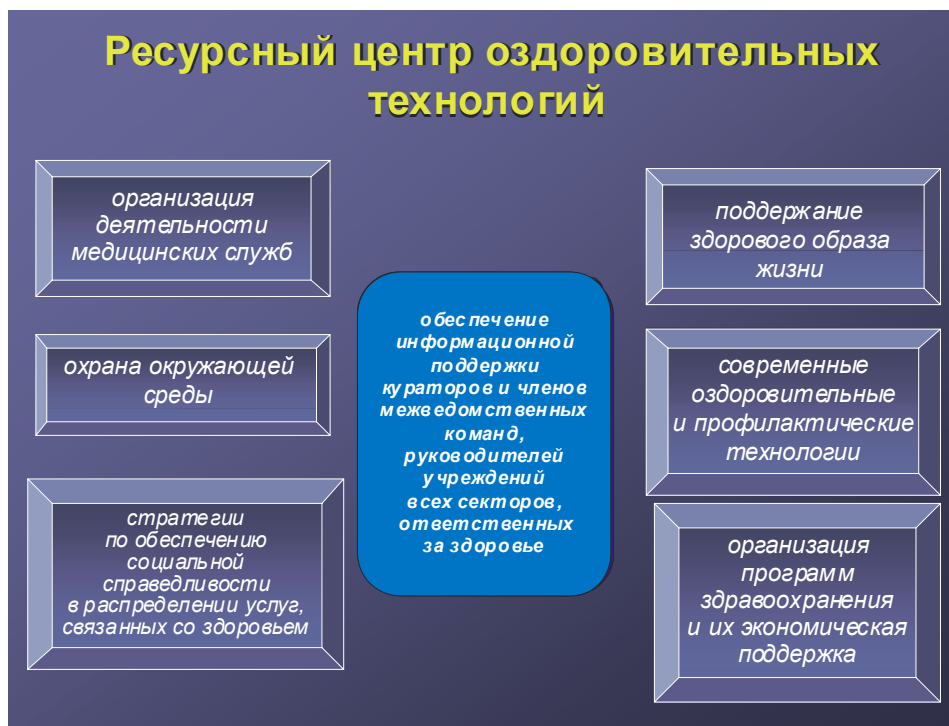


Рис. 10. Цель и задачи Ресурсного центра оздоровительных технологий

Финансовая поддержка деятельности Ресурсного центра осуществлена в рамках проекта ВОЗ/CIDA «Политика и управление в здравоохранении РФ». После завершения работы проекта Ресурсный центр продолжает свою деятельность в составе базовых учреждений здравоохранения за счет ресурсов республиканского и муниципального бюджетов.

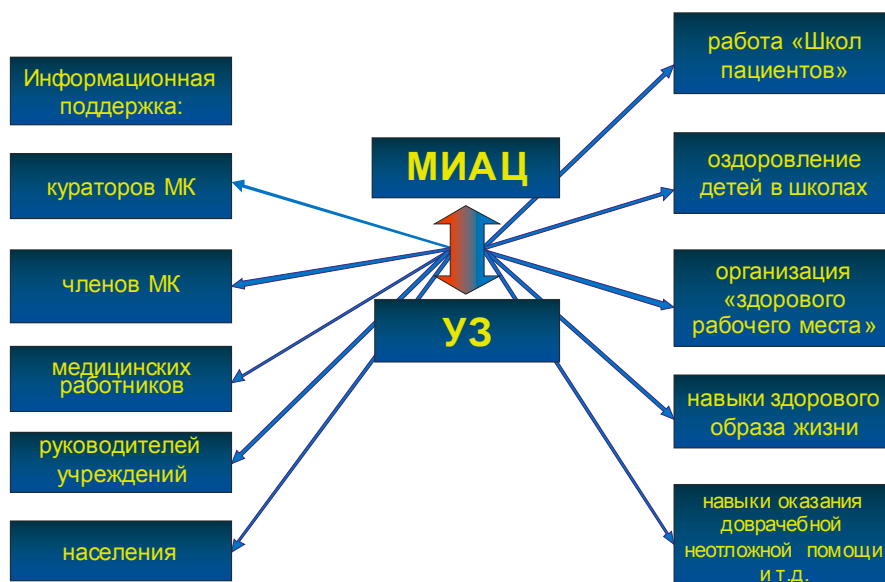


Рис. 11. Структура Ресурсного центра оздоровительных технологий
 МИАЦ – государственное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» Минздравсоцразвития Чувашии; УЗ – Управление здравоохранения и социальной политики администрации г. Чебоксары; МК – межведомственные команды

К задачам Ресурсного центра отнесены:

информационная поддержка кураторов межведомственных команд;
 информационная поддержка членов межведомственных команд;
 информационная поддержка медицинских работников в создании и проведении тематических школ для пациентов, организации профилактической работы;
 информационная поддержка руководителей учреждений здравоохранения, образования, работодателей, других заинтересованных лиц и организаций в вопросах медицинской профилактики, охраны окружающей среды, поддержания здорового образа жизни, современных оздоровительных и профилактических технологий, организации программ здравоохранения и их экономической поддержки, стратегий обеспечения социальной справедливости в распределении услуг, связанных со здоровьем и т. д.;

создание и постоянная актуализация информационной базы данных общественного здравоохранения, включая международный и российский опыт в области реформирования системы здравоохранения, охраны и укрепления здоровья, современных технологий профилактики;

обучение населения различным аспектам здорового образа жизни, профилактики заболеваемости, инвалидизации и смертности, в том числе от предотвратимых причин.

В составе Ресурсного центра организована работа информационно-аналитического отдела и отдела прикладных профилактических программ, основными «пользователями информации» являются (рис. 14):

- 1) кураторы и члены межведомственных команд;
- 2) министерства, ведомства, учреждения, деятельность которых связана со здоровьем населения;
- 3) руководители учреждений здравоохранения;
- 4) медицинские работники;
- 5) руководители учреждений образования;

- 6) руководители учреждений различных форм собственности для организации «здорового рабочего места»
- 7) население (обучение навыкам здорового образа жизни, в том числе оказание доврачебной неотложной медицинской помощи и т. п.).

В Ресурсном центре разработана методика сбора и хранения информации, проведена каталогизация информационных материалов на бумажных и электронных носителях. В Ресурсном центре подбираются и хранятся информационные материалы по общественному здоровью и здравоохранению, профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни. Архив специальной литературы (книги, доклады, методические рекомендации, лекции и др.) содержит более 1000 экземпляров. Все информационные материалы систематизированы по разделам. Например, в разделе «Здравоохранение» содержится 89 документов, в разделе «Здоровые города» - 65, в разделе «Социальные детерминанты здоровья: детство» - 29, в разделе «Социально значимые заболевания» - 16, в разделе «Больницы - за здоровый образ жизни» - 11, в разделе «Школы укрепления здоровья» - 13, в разделе «Охрана окружающей среды» - 26, в разделе «Факторы, влияющие на здоровье и их профилактика» - 125, в разделе «Программы, конкурсы, методы» - 6, в разделе «Семинары» - 16 документов.

Создан и регулярно обновляется сайт Ресурсного центра (www.rescentre.ru) на русском и английском языках. На сайте организована работа следующих рубрик: «О регионе», «О Ресурсном центре», «О проекте ВОЗ/CIDA «Политика и управление в здравоохранении РФ», движение «Здоровые города, районы, поселки», «О межведомственных командах по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья населения», «В помощь руководителям учреждений здравоохранения», «Стратегический план реструктуризации системы предоставления медицинской помощи населению Чувашской Республики до 2010 года», фотохроника, новости, «Библиотека». В каждой рубрике размещены актуальные информационные материалы по соответствующим тематикам.

На сайте www.rescentre.ru организован форум по темам «Эффективные мероприятия по профилактике и борьбе с алкоголизмом и пьянством на уровне муниципальных образований», «Стратегия профилактики дорожно-транспортного травматизма», «Здоровое старение», «Здоровое питание», «Профилактика злоупотребления психологически активными веществами», «Психическое здоровье». Статистика посещений сайта в среднем составляет 1920 в месяц.

На базе Ресурсного центра организованы доступ в Интернет кураторов межведомственных команд, а также работа «почтового ящика» Ресурсного центра E-mail: resurs@chebnet.com.

3.3. Информирование общественности о практической реализации современной общественной политики отношения к здоровью

Участие населения – ключевой момент программ «Здоровье для всех в 21 веке» ВОЗ и «Повестка дня на 21 век» [17, 18, 53, 33]. Согласно принципам проекта «Здоровые города», участие населения – необходимая предпосылка достижения здоровья и устойчивого развития на местном уровне [9].

Термин «участие населения/сообщества» имеет несколько значений. Опираясь на литературные данные [53, 54, 58, 59], можно дать следующее рабочее определение указанному термину: «Процесс, благодаря которому люди могут активно

участвовать в выявлении проблем, касающихся их повседневной жизни, в принятии решений относительно факторов, оказывающих на них влияние, в формировании местной политики и ее применении на практике, в планировании, развитии и деятельности различных служб, в проводимых преобразованиях».

Участие населения – понятие собирательное, объединяющее разные подходы и методы. Выделяется различная степень участия населения: от стадии, когда население даже не высказывает своего мнения, до управления процессом принятия ключевых решений (рис. 12).

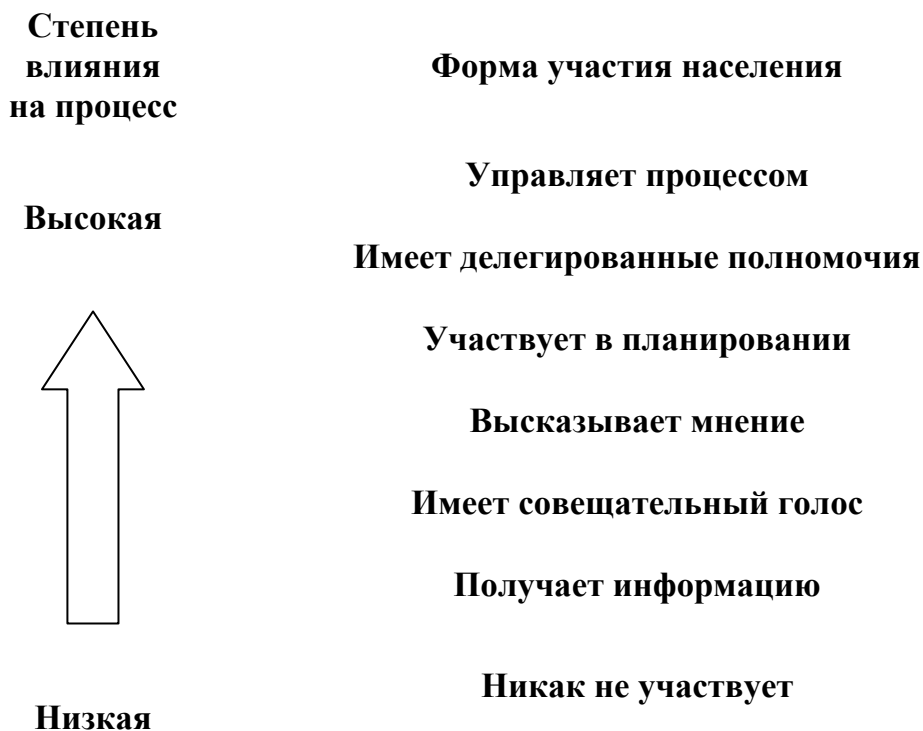


Рис. 12. «Лестница» участия населения (Brager G. & Specht H., 1973 (с изм.))

«Местная повестка дня на 21 век» и проект «Здоровые города» предполагали высокую степень участия населения. Поэтому в качестве одной из важнейших перед межведомственными командами была определена задача поиска и внедрения новых методов и способов для более активного и полного вовлечения населения в работу, предоставления жителям больших полномочий. Такой вид участия населения может быть успешным только в тех муниципальных образованиях, в которых введение новых систем управления поощряется и является частью политической культуры [40].

Чтобы участие населения было эффективным и соответствовало принципам устойчивого развития, его нужно развивать и осуществлять стратегически, связно и скоординированно. Как указывали Смитиз и Вебстер [58, 59], «понятие «устойчивой» инфраструктуры, которое является новым для 90-х годов, показало необходимость рассматривать работу по улучшению здоровья с участием населения как непрерывную, продолжительную и стратегическую деятельность, а не как серию экспериментальных и узконаправленных, «специальных» проектов, лежащих в стороне от основного направления деятельности...». Это означает, что работа по вовлечению населения должна вестись по нескольким направлениям и на разных уров-

нях. Следует создавать условия и разрабатывать организационные модели сотрудничества самых широких слоев населения, создавать и укреплять системы сотрудничества («сети») населения и специалистов, а также брать обязательства по развитию или созданию необходимой организационной структуры для такого сотрудничества.

Сложно ожидать сразу высокой степени участия населения в процессе развития сообщества. Это должны понимать и члены межведомственных команд, и кураторы. Работа по вовлечению населения нова для всех участников проекта.

Согласно литературным данным [17, 40], привлечение населения к определению своих нужд и ресурсов является ключевой составляющей процесса планирования в целом, позволяет лучше понять цель предстоящей работы. Для определения потребностей и конкретных ресурсов сообщества в самом начале работы по реализации современной общественной политики отношения к здоровью были организованы социологические опросы населения каждого муниципального образования. Результаты анализа опросов включены в «Профили здоровья».

Заинтересованность населения в состоянии здоровья своего сообщества продемонстрирована на презентациях «Профилей здоровья». Особенно активны сельские жители. На селе практически в каждом муниципалитете сформирована инициативная группа, активно участвующая в разработке конкретных мероприятий по развитию своего района на основе стратегических направлений, изложенных в «Профиле здоровья».

Параллельно с вовлечением населения начаты работа по развитию потенциала сообщества, подготовка и обучение, обеспечение технической поддержки и ресурсов в целях предоставления возможностей общественным организациям и группам жителей, созданы организационные структуры и приобретены навыки совместной работы по развитию здоровья города или района.

Глава 4. Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки»

Решение о необходимости организации сети «Здоровые города, районы, поселки» принято на конференции «Реализация проекта «Здоровые города, районы, поселки в Чувашской Республике» 17 мая 2005 года, созванной по инициативе администрации города Чебоксары. Поддержано главами администраций 18 городов и районов Чувашской Республики (приложение 11).

Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» объединяет муниципальные образования Чувашской Республики, членство в региональной сети является добровольным. Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» взяла на себя обязательства работать и вносить свой вклад в развитие национальной российской и европейской сетей ВОЗ «Здоровые города». Региональной сетью выполняются критерии членства в национальной российской сети.

Целью создания региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» является формирование долговременной муниципальной политики, ориентированной на развитие здоровья населения города/района на основе эффективного межсекторального партнерства и расширения участия местных сообществ в деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

Задачи региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»:

формирование политической приверженности стратегиям «Здоровье для всех в 21 веке» и устойчивого развития со стороны местных администраций районов и городов;

достижение взаимопонимания и эффективного взаимодействия различных секторов общества в разработке стратегических целей в области охраны и укрепления здоровья на региональном и муниципальном уровнях;

мобилизация имеющихся ресурсов района/города республики в целях развития здоровья населения конкретного сообщества в контексте единой региональной стратегии;

практическая реализация на уровне сообществ различных программ/инициатив, направленных на коррекцию детерминант здоровья;

создание организационных механизмов, стимулирующих участие населения в решении проблем, связанных со здоровьем;

поощрение неординарных решений, популяризация достижений, экспериментов с современными организационными механизмами и программами;

взаимодействие муниципалитетов между собой, обмен практическим опытом решения проблем в области охраны и укрепления здоровья, реализация совместных программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья населения, взаимная поддержка, сотрудничество;

сотрудничество с национальной российской сетью «Здоровые города, районы, поселки», международными организациями и структурами в области охраны и укрепления здоровья.

Заявка на членство в региональной сети «Здоровые города, районы, поселки». Муниципалитеты становятся членами региональной сети на основании подаваемой на имя исполнительного комитета региональной сети заявки, подписанной главой местного самоуправления города/района. Заявка должна содержать сведения о соответствии критериям участия в региональной сети как основы для сотrud-

ничества и взаимодействия в области охраны и укрепления здоровья населения Чувашской Республики (приложение 12).

Возглавляет региональную сеть «Здоровые города, районы, поселки» Конференция мэров, которая представлена главами администраций районов (городов) Чувашской Республики-членов региональной сети «Здоровые города, районы, поселки». Руководит работой Конференции мэров председатель, который выбирается из состава глав администраций районов и городов, присутствующих на заседании.

Конференция мэров заседает 1 раз в год и считается состоявшейся в случае присутствия не менее 70% глав администраций районов и городов- членов региональной сети «Здоровые города, районы, поселки». В случае необходимости может быть организовано внеочередное заседание Конференции мэров. Решения Конференции мэров принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании Конференции глав администраций районов и городов путем открытого голосования и оформляются протоколами.

Основными функциями Конференции мэров являются:
определение стратегических направлений развития сети;
утверждение плана работы региональной сети;
утверждение состава Исполнительного комитета;
утверждение отчетов о работе Исполнительного комитета и Координатора региональной сети.

Конференцией мэров, состоявшейся 18 апреля 2006 г., утвержден *Исполнительный комитет* региональной сети в составе председателя и членов – кураторов и представителей межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья населения районов и городов Чувашской Республики. Исполнительный комитет заседает 1 раз в квартал, в рамках своей деятельности для профессионального решения поставленных задач может привлекать специалистов-консультантов, в том числе представителей высших учебных заведений, научно-исследовательских институтов, институтов последипломного образования и др.

Основными функциями Исполнительного комитета являются:
разработка и представление на рассмотрение членов региональной сети стратегии развития региональной сети, средне- и краткосрочных планов мероприятий по ее реализации;

координация мероприятий по реализации стратегии развития внутри региональной сети;

организация ежегодных заседаний Конференции мэров с участием глав администраций районов и городов Чувашской Республики для обсуждения итогов и принятия планов работы сети;

организация совещаний региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» по актуальным вопросам деятельности сети;

консультативная помощь в практической реализации мероприятий программ/инициатив по охране и укреплению здоровья;

информационная поддержка деятельности сети, взаимодействие с органами исполнительной власти, аналогичными российскими и международными движениями и проектами по вопросам организации работы сети, обмену опытом, организации совещаний и деловых встреч;

организация целевой подготовки членов межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья районов и горо-

дов Чувашской Республики, специалистов местных администраций, инициативных групп граждан, общественных организаций по вопросам здорового образа жизни, охраны и укрепления здоровья;

разработка пособий и методических рекомендаций по вопросам организации работы региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».

Решением Исполнительного комитета региональной сети утвержден *Координатор*, который является членом Исполнительного комитета.

Основными функциями Координатора являются:

техническое и информационное обеспечение работы Исполнительного комитета с привлечением необходимых специалистов, экспертов, созданием тематических рабочих групп;

взаимодействие с координаторами проектов «Здоровые города, районы, поселки» городов и районов Чувашской Республики, с кураторами и членами межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья, координация их работы;

взаимодействие с координаторами российской национальной и европейской сетей ВОЗ «Здоровые города» в целях обеспечения сотрудничества;

участие в российских и международных конференциях, семинарах, организуемых в рамках работы российской национальной и региональной европейской сетей ВОЗ «Здоровые города»;

подготовка отчета о работе региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».

Члены региональной сети имеют право участвовать во всех мероприятиях, реализуемых в рамках региональной сети, в совещаниях региональной, национальной сетей «Здоровые города, районы, поселки»; адаптировать инициативы российской и/или европейской сети ВОЗ «Здоровые города» к условиям муниципалитета; распространять ресурсы национальной российской и европейской сети ВОЗ «Здоровые города» в муниципалитете.

Обязательствами членов региональной сети являются информационное взаимодействие с другими муниципалитетами региональной и российской национальной сети для обмена опытом в развитии проекта «Здоровые города» и реализации различных программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья населения; вложение ресурсов кадровых, интеллектуальных, финансовых в развитие региональной сети. Необходимо предоставлять возможность проведения совещаний региональной сети, заседаний Конференции мэров в муниципалитете, оказывать содействие учреждениям, министерствам и ведомствам, общественным организациям в проведении различных мероприятий, направленных на укрепление и развитие здоровья населения.

18 апреля 2006 года на первой Конференции мэров утверждены Положение о региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики (приложение 12), состав Исполнительного комитета. Основными направлениями развития региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики определены ключевые направления работы IV фазы Европейской сети ВОЗ «Здоровые города»: здоровое городское планирование, физическая активность, активное долголетие.

Глава 5.

Мониторинг новой общественной политики отношения к здоровью

5.1. Система показателей результативности деятельности межведомственных команд

В целях проведения мониторинга деятельности межведомственных команд разработана система показателей, отражающих состояние здоровья населения и качество здравоохранительной деятельности в муниципалитетах республики.

В качестве показателей взяты официальные статистические данные, утвержденные для сбора органами медицинской и социально-экономической статистики, а также, полученные в ходе проведения социологических опросов:

- младенческая смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми;
- перинатальная смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми;
- смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек;
- средняя продолжительность временной нетрудоспособности, день;
- смертность от несчастных случаев, травм и отравлений, на 100 тыс. населения;
- распространенность туберкулеза;
- распространенность алкогольных психозов;
- заболеваемость наркоманией;
- заболеваемость токсикоманией;
- число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста;
- уровень зарегистрированной безработицы (% от численности трудоспособного населения);
- число зарегистрированных преступлений на 10000 населения;
- число спортивных сооружений;
- данные социологических опросов: доля лиц, ведущих здоровый образ жизни, субъективная оценка качества жизни в районе.

Выбранные показатели соответствовали следующим критериям:

- доступность;
- объективность;
- соответствие целям деятельности межведомственных команд.

Проведено сравнение динамики выбранных показателей за 2002-2005 годы. В целом по Чувашской Республике 11 из 15 анализируемых показателей за указанный период имели положительную динамику (табл. 5.1). При проведении мониторинга определяющим являлось не целевое значение показателей, а динамика их изменений в течение временного интервала.

В Батыревском, Чебоксарском районах и г. Чебоксары зарегистрирована положительная динамика 12-13 из 15 анализируемых показателей: уменьшился показатель младенческой и перинатальной смертности, смертности от «внешних причин», снизилась распространенность социально значимой патологии (наркомания, алкоголизм, туберкулез), число преступлений, уровень безработицы, увеличилось абсолютное число спортивных сооружений.

В Моргаушском, Канашском и Козловском районах число целевых показателей с положительной динамикой равно среднему по республике [11].

Улучшение 5 показателей и менее зарегистрировано в Красноармейском, Урмарском, Ядринском и Янтиковском районах. Особое внимание в этих муниципалитетах следует обратить на следующие моменты:

- увеличение перинатальной и младенческой смертности;
- увеличение смертности населения в трудоспособном возрасте, в том числе от несчастных случаев, травм и отравлений;
- рост числа алкогольных психозов;
- увеличение числа преступлений и уровня безработицы;
- не ведется работа по строительству спортивных сооружений, низкая доля лиц, занимающихся физической культурой и спортом.

Таблица 5.1

Динамика показателей мониторинга деятельности МВК в 2002-2005 гг., %

| Показатель | Чу-вашия | Батыревский район | г. Чебоксары | Чебоксарский | Моргаушский | Аликовский | Козловский |
|---|----------|-------------------|--------------|--------------|-------------|------------|------------|
| | | | | район | | | |
| Количество показателей, имеющих положительную динамику | 11 | 13 | 12 | 13 | 11 | 7 | 11 |
| Младенческая смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми | -33,9 | -47,1 | -23,2 | -16,5 | -89,4 | -38,1 | -100,0 |
| Перинатальная смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми | -18,2 | -46,9 | -12,7 | -50,6 | -79,1 | -2,2 | - |
| Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек | 9,3 | -11,4 | 9,3 | 12,9 | 13,1 | 5,9 | 17,3 |
| Средняя продолжительность временной нетрудоспособности, день | -6,0 | -12,7 | -7,6 | -9,2 | -8,9 | -17,9 | -8,3 |
| Смертность от несчастных случаев травм и отравлений на 100 тыс. населения | -4,1 | -12,6 | 5,7 | -2,7 | -6,2 | 22,7 | 3,8 |
| Распространенность туберкулеза | -38,0 | -30,8 | -43,9 | -25,9 | -25,5 | -39,2 | -12,8 |
| Распространенность алкогольных психозов | -11,3 | -41,3 | -17,4 | -39,9 | 17,6 | -13,9 | -41,3 |
| Заболеваемость наркоманией | -50,7 | -100,0 | -56,8 | -100,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 |
| Заболеваемость токсикоманией | -65,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 |
| Число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста | -14,7 | -41,4 | -13,7 | -25,8 | -21,8 | 0,3 | -16,2 |
| Уровень зарегистрированной безработицы, % от численности трудоспособного населения | -0,13 | -1,5 | -1,2 | -5,9 | -1,4 | 0,0 | -0,5 |
| Число зарегистрированных преступлений на 10 тыс. населения | 100,9 | -1,8 | 2,6 | 2,0 | 133,4 | 107,1 | 60,5 |
| Число спортивных сооружений | 5,3 | 16,0 | 2,9 | 2,9 | 8,3 | -6,3 | 8,3 |
| Доля лиц, регулярно занимающихся физической культурой в 2006 г.** | 0 | -61,4 | 38,6 | 190,9 | 27,3 | 0 | 104,5 |
| Доля лиц, информированных о движении «Здоровые города, районы, поселки» в 2006 г.** | 0 | -9,0 | 7,7 | 14,0 | 0,3 | -2,0 | 0,5 |

** - отклонение от среднереспубликанского показателя

Продолжение табл. 5.1

| Показатель | Вурнарский район | г. Ново чебоксарск | Ибре-син-ский | Канаш-ский | Комсо-моль-ский | Порец-кий |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------------|-----------------------|
| | | | район | | | |
| Количество показателей, имеющих положительную динамику | 8 | 9 | 6 | 11 | 7 | 8 |
| Младенческая смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми | увеличение в 5,2 раза | 19,2 | -100,0 | -100,0 | -100,0 | 84,2 |
| Перинатальная смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми | 44,4 | увеличение в 2,4 раза | 100,0 | -31,2 | -100,0 | -100,0 |
| Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек | 19,2 | 7,6 | 12,1 | -0,9 | 13,7 | 35,3 |
| Средняя продолжительность временной нетрудоспособности, день | -9,6 | -6,5 | -12,7 | -9,6 | -9,2 | -9,5 |
| Смертность от несчастных случаев травм и отравлений на 100 тыс. населения | -3,8 | -9,1 | 2,0 | 0,4 | -10,1 | 34,0 |
| Распространенность туберкулеза | -37,3 | -46,9 | -5,9 | -26,3 | -11,9 | -43,0 |
| Распространенность алкогольных психозов | -82,4 | -16,6 | 0,7 | -52,6 | 41,3 | -53,4 |
| Заболеваемость наркоманией | -100,0 | -14,3 | - | - | - | -100,0 |
| Заболеваемость токсикоманией | - | -33,3 | - | 100,0 | - | -100,0 |
| Число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста | -6,6 | 29,1 | -36,7 | -33,9 | -48,9 | -1,5 |
| Уровень зарегистрированной безработицы, % от численности трудоспособного населения | -0,01 | -0,3 | -0,02 | -0,1 | 0,2 | -0,3 |
| Число зарегистрированных преступлений на 10 тыс. населения | 78,5 | увеличение в 2,1 раза | увеличение в 2,2 раза | 29,1 | 6,5 | увеличение в 2,5 раза |
| Число спортивных сооружений | 24,0 | 5,7 | 5,6 | 14,3 | 0,0 | 0,0 |
| Доля лиц, регулярно занимающихся физической культурой в 2006 г.** | -18,2 | -13,6 | -56,8 | 9,1 | -6,8 | -52,3 |
| Доля лиц информированных о движении «Здоровые города, районы, поселки» в 2006 г.** | -3,8 | 12,0 | -17,0 | 0,7 | 12,8 | -16,6 |

Продолжение табл. 5.1

| Показатель | Красноармейский район | г. Канаш | Красночетайский | Марпосадский | Урмарский | Алатырский | г. Шумерля |
|--|-----------------------|----------|-----------------|--------------|-----------------------------|--------------------|------------|
| | | | | | | | |
| Количество показателей, имеющих положительную динамику | 4 | 8 | 8 | 7 | 4 | 7 | 7 |
| Младенческая смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми | -8,9 | +88,2 | -82,2 | 73,8 | 17,4 | -43,9 | -71,8 |
| Перинатальная смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми | 100,0 | -14,1 | -66,3 | 2,3 | 15,8 | -10,0 | -77,1 |
| Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек | 56,6 | 7,9 | 17,0 | 19,7 | 12,9 | 28,7 | 13,0 |
| Средняя продолжительность временной нетрудоспособности, день | 5,1 | -0,8 | -14,7 | -7,4 | -10,2 | с городом -6,1 | в районе |
| Смертность от несчастных случаев травм и отравлений на 100 тыс. населения | 38,2 | -1,8 | 0,9 | -17,4 | 4,4 | 0,9 | -3,3 |
| Распространенность туберкулеза | -23,8 | -29,6 | -27,7 | -55,0 | -39,5 | -42,2 | -59,8 |
| Распространенность алкогольных психозов | -35,3 | 84,1 | -19,0 | -21,5 | 40,2 | 3,6 | -86,1 |
| Заболеваемость наркоманией | - | 117,3 | - | - | - | 100,0 | -100,0 |
| Заболеваемость токсикоманией | - | -100,0 | -100,0 | 5,6 | - | - | -100,0 |
| Число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста | -38,3 | -42,1 | -2,5 | -44,8 | -16,2 | с городом -32,5 | в районе |
| Уровень зарегистрированной безработицы, % от численности трудоспособного населения | 0,3 | -0,3 | 0,3 | 0,1 | 0,51 | -0,71 | 0,61 |
| Число зарегистрированных преступлений на 10 тыс. населения | 36,3 | 30,9 | 54,0 | 40,9 | увеличение в 2,1 раза | с городом 74,1 | в районе |
| Число спортивных сооружений | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 8,2 | 0,0 | 5,3 | 0,0 |
| Доля лиц, регулярно занимающихся физической культурой в 2006 г.** | -56,8 | -63,6 | 43,2 | 34,1 | 65,9 | -27,3 | -6,8 |
| Доля лиц информированных о движении «Здоровые города, районы, поселки» в 2006 г.** | -1,0 | 2,1 | -32,9 | -3,5 | 0,4 | -8,6 | -11,6 |

Продолжение табл. 5.1

| Показатель | Ци- виль- ский район | г. Ала- тырь | Ше- мур- шин- ский | Ядрин- ский | Яль- чик- ский | Янти- ков- ский | Шу- мер- лин- ский |
|--|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | | | район | | | | |
| Количество показателей, имеющих положительную динамику | 9 | 10 | 7 | 5 | 6 | 5 | 6 |
| Младенческая смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми | -55,0 | 54,0 | 100,0 | увели- чение в 2,3 раза | увели- чение в 4,7 раза | -65,3 | -80,7 |
| Перинатальная смертность, на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми | 2,3 | 100,0 | увели- чение в 4,0 раза | 100,0 | 19,0 | 100,0 | -24,1 |
| Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек | -31,9 | -4,2 | 10,4 | 22,9 | 21,8 | 15,8 | 6,2 |
| Средняя продолжительность временной нетрудоспособности, день | -60,0 | -6,0 | -3,0 | 3,0 | -8,0 | 0,6 | с горо- дом 2,4 |
| Смертность от несчастных случаев травм и отравлений на 100 тыс. населения | -28,0 | -1,0 | 16,0 | -1,0 | 8,0 | 4,9 | -4,4 |
| Распространенность туберкулеза | -30,0 | -29,0 | -9,0 | -46,0 | -49,0 | -22,0 | -32,8 |
| Распространенность алкогольных психозов | -44,0 | -4,0 | -66,0 | -49,0 | увели- чение в 3,0 раза | 4,8 | -67,9 |
| Заболеваемость наркоманией | - | -100,0 | - | 100,0 | - | - | - |
| Заболеваемость токсикоманией | 93,0 | - | - | - | - | - | - |
| Число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста | -22,0 | -32,0 | -16,0 | -27,0 | -41,0 | -20,1 | с горо- дом -7,5 |
| Уровень зарегистрированной безработицы, % от численности трудоспособного населения | 0,14 | -0,55 | 0,4 | -0,4 | 0,5 | 0,05 | 0,86 |
| Число зарегистрированных преступлений на 10 тыс. населения | увели- чение в 3,0 раза | 75,0 | 63,0 | 40,0 | 33,0 | 46,4 | с горо- дом 42,4 |
| Число спортивных сооружений | 0,0 | 5,0 | 18,0 | 0,0 | 5,0 | 14,3 | 0,0 |
| Доля лиц, регулярно занимающихся физической культурой в 2006 г.** | 52,3 | -50 | 127,3 | -100 | 2,3 | -20,5 | -100 |
| Доля лиц информированных о движении «Здоровые города, районы, поселки» в 2006 г.** | 7,5 | 27,8 | 1,7 | -4,3 | 22,9 | 30,7 | -21,6 |

5.2. Анализ результатов социологического опроса населения Чувашской Республики

Для оценки эффективности реализации современной общественной политики отношения к здоровью в муниципалитетах Чувашской Республики в августе 2006 года в рамках проекта CIDA/ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении РФ» (чувашский компонент) проведен социологический опрос населения.

Цель исследования - изучение мнения населения о качестве жизни, отношении к собственному здоровью, доступности и качестве медицинского обслуживания в различных половозрастных и социально-экономических группах; сравнение с результатами социологических исследований, проведенных в 2002 году.

Исследование направлено на последующую выработку адекватных управленческих решений и определение тактики широкомасштабных профилактических программ.

Изучение проводилось анонимно, одновременно на всех административных территориях республики. В анкете использованы как закрытые вопросы, в которых опрошиваемому предлагались варианты ответа, и необходимо было выбрать один из них, так и открытые вопросы, дающие респонденту свободу в выборе содержания ответа. Результаты анкетирования обработаны программным методом, получены данные в разрезе муниципальных образований и в целом по республике.

Выборочная совокупность составила 2356 человек в возрасте 18 лет и старше. Респонденты сгруппированы по возрасту, полу, социальному статусу, уровню образования, доходу, месту проживания (городская, сельская местность). В выборке – 78% женщин и 22% мужчин. Основная часть опрошенных – лица трудоспособного возраста (92,4%), из них более половины (52,3%) в возрасте 31-50 лет, имеющие постоянное место работы (73,9%), по социальному статусу служащие (53,2%) и рабочие (20,8%), по образованию – со средним специальным (48,0%) и высшим (23,1%) образованием, что согласуется с ранее проводимыми исследованиями.

Основной доход в семье обеспечивает 51,1% респондентов, среди опрошенных удельный вес мужчин достигает 63,7%.

Здоровье как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, как запас физических сил и способность адаптироваться к изменениям среды, прежде всего, ощущается субъективно. Суждения людей о собственном здоровье, оценка своего поведения, как проявления образа жизни – все это характеризует качество жизни людей. Подавляющее большинство опрошенных, как и по данным исследования 2002 года, оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное» (60,7%), 2,6% - «отличное», 20,3% - «хорошее», 11,5% - «плохое» (табл. 5.2). По сравнению с 2002 годом увеличилась доля респондентов, считающих свое здоровье удовлетворительным и плохим.

Таблица 5.2

**Субъективная оценка состояния здоровья городских и сельских жителей
Чувашской Республики, %**

| | Отлично | | Хорошо | | Удовлетворительно | | Плохо | |
|------------------|---------|------|--------|------|-------------------|------|-------|------|
| | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 |
| Городские жители | 3,4 | 2,2 | 32,8 | 20,8 | 53,5 | 61,8 | 10,4 | 10,7 |
| Сельские жители | 6,6 | 2,8 | 32,2 | 19,9 | 50,0 | 60,1 | 11,2 | 12,0 |
| Все население | 4,3 | 2,6 | 32,2 | 20,3 | 52,5 | 60,7 | 10,6 | 11,5 |

Группы респондентов по месту проживания (город, село) достаточно сходны по субъективной оценке состояния своего здоровья. При этом мужчины чаще, чем женщины оценивают свое здоровье как плохое (16,7 и 10,1% соответственно) и отличное (5,2 и 1,8%) (табл. 5.3).

Таблица 5.3

**Оценка состояния своего здоровья мужчин и женщин
Чувашской Республики, %**

| | Отлично | Хорошо | Удовлетворительно | Плохо |
|---------------|---------|--------|-------------------|-------|
| Мужчины | 5,2 | 19,2 | 54,2 | 16,7 |
| Женщины | 1,8 | 20,5 | 62,6 | 10,1 |
| Все население | 2,6 | 20,3 | 60,7 | 11,5 |

Социально-экономические преобразования повысили ценность здоровья для населения. Если в 2002 году здоровье имело главную ценность в жизни для 84% опрошенных, то в 2006 году – для 87,3%. Женщины склонны к повышенной заботе о собственном здоровье, среди них здоровье отнесли к основной ценности 88,7, среди мужчин – 83,5% опрошенных.

В число основных жизненных приоритетов опрошенные включили семью и материальное благополучие: соответственно 7,1 и 3,7% опрошенных поставили их на первое место. При этом для большей части мужчин на первом месте материальное благополучие - 7,8 против 2,6% женщин.

В то же время в ходе опроса выяснено, что ряд факторов образа жизни (в частности, вредные привычки, занятия спортом, питание) не вызывает достаточную приверженность населения здоровому образу жизни.

Несмотря на достаточно высокую распространенность табакокурения и злоупотребления алкоголем, результаты исследования показали, что курят 10,4, в употреблении алкоголя признались 6,0% опрошенных, что, вероятно, связано с наибольшей долей женщин в группе респондентов. Большинство женщин – некурящих и не употребляющих алкоголь (98,5 и 98,2% соответственно). В общей выборке обследованных мужчин курят 42,3, употребляют алкоголь – 21,0%. Регулярно занимаются физической культурой и спортом лишь 4,4% опрошенных. Среди женщин их доля еще меньше – 3,4, против 8,0% среди мужчин. Очевидна неудовлетворенность режимом и качеством питания, так как 83,5% опрошенных считают свое питание нерациональным (84,0% – женщин, 81,4% – мужчин).

Развитию патологии способствуют стрессовые ситуации, смена индивидуальных поведенческих стереотипов. В целом из всей популяции опрошенных 58,4% отметили, что отношения на работе благоприятные, 82,4 не испытывают стресса на работе. Доля женщин, испытывающих на работе хронический стресс,

составила 17,0 (9,7% – мужчин). Среди групп респондентов по месту проживания (город, село) неблагоприятные условия на работе отмечают больше городские жители: 19,6% испытывают хронический стресс на работе (12,8% сельские жители). В плане отношений на работе женщины находятся в более благополучном положении.

Благоприятную обстановку в семье больше отмечает мужчин: 70,9% мужчин против 68,6% женщин, неблагоприятную – соответственно 2,5 и 5,1%. Около 26% опрошенных затрудняются в определении сложившихся в семье отношений. В этом отношении городские жители находятся в более благополучном положении.

Уровень информированности населения республики о факторах, оказывающих влияние на здоровье, достаточно высок. По мнению 83,2% женщин и 72,6% мужчин, ответственность за здоровье несет сам человек, остальные перекладывают ее на государство (11,9 и 17,5% соответственно) и медицинских работников (4,9 и 9,9% соответственно). На вопрос «От чего, по Вашему мнению, в первую очередь зависит здоровье» более половины опрошенных (56,8% женщин и 54,0% мужчин) на первое место поставили материальное благополучие. 7,2% женщин и 10,3% мужчин считают, что здоровье в первую очередь зависит от наличия вредных привычек; соответственно 7,8 и 6,8 - от характера питания; 8,0 и 6,0% - от качества атмосферного воздуха. Второе место (20,2% женщин и 15,2% мужчин) заняли взаимоотношения в семье, поддержка друзей; соответственно 16,1 и 16,3 – наличие работы; 15,5 и 12,2% - социальное положение. На третье место по влиянию на здоровье 26,0% женщин и 21,8% мужчин отнесли характер питания; соответственно 18,6 и 14,2 - взаимоотношения в семье, поддержку друзей; 12,1 и 13,4% – наличие вредных привычек. На четвертом месте у 21,8% женщин и 22,5% мужчин находится качество питьевой воды; соответственно у 21,7 и 21,1 - характер питания; у 10,2 и 10,3% - взаимоотношения в семье, поддержка друзей.

Таким образом, большая часть населения считает, что здоровье определяется, прежде всего, образом жизни и состоянием окружающей среды.

Оценка качества жизни населения в городе (районе) таких позиций, как возможность получить образование, работу, купить необходимые продукты, наличие учреждений досуга, мест отдыха, доступность жилья, транспорта и т. д., проводилась по пятибалльной системе.

Из позиций, представленных в анкете и отражающих качество жизни, респондентами наиболее высоко оценена возможность купить необходимые продукты питания (32,8% женщин и 25,8% мужчин – 5 баллов), газификация населенных пунктов (30,5% женщин и 33,4% мужчин – 5 баллов), доступность для населения общественного транспорта (15,9% женщин и 16,3% мужчин – 4 балла).

Качество дорог, возможность получения целевых кредитов на жилье, качество и доступность социальных услуг для пожилых большая часть опрошенных оценила в 3 балла.

В ответах на вопросы, касающиеся возможности получения образования, работы, доступности жилья, спортивных сооружений, учреждений культуры и отдыха, зеленых зон, качества услуг, предоставляемых жилищно-коммунальным хозяйством, доступности социальных услуг по уходу за ребенком, преобладала оценка 2 балла. Большинство респондентов, ответивших на данные вопросы, оценили личную безопасность граждан и оборудование населенных пунктов велосипедными дорожками на 1 балл. Принципиально в показателях между мужчинами и женщинами различий нет.

Оценка основных критериев качества жизни горожан и сельских жителей несколько отличается. Так, респонденты городской местности образование считают более доступным (21,2% горожан оценили ее в 3, большинство сельских жителей (22,5%) – в 2 балла).

Подобная ситуация отмечается и в отношении доступности общественного транспорта (20,6% горожан поставила оценку 4; 20,8% сельских жителей – 3), социальных услуг по уходу за ребенком (19,6% горожан поставила оценку 3; 18,0% сельских жителей – 2), наличия «зеленых» зон и мест отдыха (16,5% горожан поставила оценку 3; 19,8% сельских жителей – 2).

Различны представления об улучшении здоровья и качества жизни. В проведенном опросе исследовалось мнение населения о значимости ряда конкретных мероприятий по сохранению здоровья и улучшению условий жизни населения в своем городе (сельском районе).

Достаточно высокий процент респондентов считает необходимым для улучшения своего здоровья и условий жизни увеличение заработной платы (84,6% женщин и 73,8% мужчин), повышение доступности и качества здравоохранения (54,3% женщин и 49,9% мужчин), увеличение размера субсидий для малообеспеченных семей, инвалидов-пенсионеров (30,3% женщин и 33,0% мужчин), повышение доступности и качества образования (30,7% женщин и 21,2% мужчин), повышение качества продуктов питания (30,3% женщин и 22,1% мужчин), обеспечение качества и доступности социальных услуг по уходу за ребенком (23,0% женщин и 18,6% мужчин), обеспечение качественной питьевой водой (21,9%).

Полезная для здоровья езда на велосипеде, благоустройство двора, строительство спортивных сооружений не воспринимаются в должной мере населением как средство укрепления здоровья.

В целом отношение к факторам, влияющим на здоровье, и связанные с этим представления о мероприятиях по его улучшению достаточно сходны в различных группах населения.

С 2003 года Чувашская Республика участвует в проекте «Здоровые города, районы, поселки». Ключевой момент проекта, необходимая предпосылка достижения здоровья и устойчивого развития на местном уровне – участие населения. В целом 46,8% женщин и 41,2% мужчин информированы о развитии этого движения достаточно, 31,3 и 29,5% – недостаточно. В разрезе муниципальных образований в той или иной степени информировано более 50% населения. Среди них наибольшая часть опрашиваемых информирована в Янтиковском (100%), Яльчикском (94%), Чебоксарском (87,2%), Комсомольском (86,3%), Цивильском (82,2%) районах и городах Алатырь (97,8%), Новочебоксарск (85,7%), Чебоксары (82,4%).

При этом 27,4% женщин и 39,2% мужчин считают свой город (район) здоровым. Среди административных территорий наибольшая доля (53,7-40%) опрашиваемых, приравнивающих свой город (район) к здоровому, по итогам исследования в городах Алатырь, Чебоксары, Чебоксарском, Шемуршинском, Козловском, Ядринском районах.

Среди основных причин, почему население не считает свой город (район) здоровым, наиболее часто указывали на плохое качество воды, загрязненный атмосферный воздух, распространение пьянства и алкоголизма, низкий прожиточный уровень населения, отсутствие спортивно-оздоровительных комплексов, учреждений досуга и отдыха, недостаточное благоустройство территории. Однако большая часть опрошенных не участвует или участвует недостаточно в общественной жизни.

ни города (сельского района) (42,3 и 31,6% соответственно). И только 25,6% женщин и 28,0% мужчин участвуют в общественной жизни города (сельского района). Общественная активность основной части опрошенных выражается в форме участия в национальных праздниках (17,2% женщин и 14,5% мужчин) и спортивных мероприятиях (9,6% женщин и 13,4% мужчин).

В обсуждении профиля здоровья города (района) приняли участие 9,0% женщин и 8,0% мужчин, с предложениями об улучшении условий жизни выступили 4,3% женщин и 5,6% мужчин, участвовали в обсуждении в СМИ проблем здоровья и условий жизни населения 5,2% женщин и 4,9% мужчин, лишь 1,6% женщин и 1,4% мужчин приняли участие в обсуждении проектов нормативных правовых актов.

Среди других форм участия в общественной жизни были отмечены: озеленение, борьба с антисанитарией, благоустройство территории.

В ходе опроса важно было определить, как изменилось за годы реформ отношение населения к доступности медицинской помощи. Доля респондентов, оценивших доступность медицинской помощи удовлетворительно, увеличилась с 45,2 в 2002 г. до 50,1% в 2006 г. (в том числе 51,2% женщин, 46,2% мужчин) 26,2% опрошенных ответили «хорошо» (в том числе 24,2% женщин, 33,2% мужчин), 2,8% - «отлично» (в том числе 2,0% женщин, 5,6% мужчин). Плохо отзывались о доступности медицинской помощи в целом 20,9% опрошенных (в том числе 22,6% женщин, 15,0% мужчин). Таким образом, мужчины более удовлетворены доступностью медицинской помощи, чем женщины. Среди городских жителей удельный вес респондентов, оценивших плохо доступность медицинской помощи (23,2%), больше, чем среди сельских (19,6%).

В качестве основных причин «плохой» оценки доступности медицинской помощи 30,2% опрошенных указали на отсутствие врачей нужной специальности, 25,9 - «трудно записаться на прием к нужному специалисту», 22,2% - «необходимые услуги платные». В этом отношении мужчины и женщины схожи в своих высказываниях.

Удовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи за годы реформ повысилась. На вопрос «Как в целом Вы оцениваете качество помощи и услуг, предоставляемых системой здравоохранения в Чувашии?» 59,4% женщин и 53,2% мужчин ответили: «удовлетворительно» (в целом 58,0, в 2002 г. - 60,3%), соответственно 30,4 и 37,1% - «хорошо» (в целом 31,9%, в 2002 г. - 28,5%), 2,7 и 3,9% - «отлично» (в целом 3,0%, в 2002 г. - 0,8%). Не удовлетворены качеством медицинской помощи 7,5% женщин и 5,8% мужчин ((в целом 7,1, в 2002 г. - 8,6%).

Отношение к данному вопросу городских и сельских жителей достаточно сходно. Однако среди сельских жителей по сравнению с городскими большая часть респондентов «отлично» оценивает качество предоставляемой медицинской помощи (3,2 и 2,7% соответственно) (табл. 5.4).

Большинство респондентов (59,8%) как в городе, так и на селе (53,2 и 70,4% соответственно) при необходимости медицинской помощи, прежде всего, обращаются к своему лечащему врачу (терапевту, врачу общей практики). В 2002 году большинство респондентов обращались в скорую медицинскую помощь - 43,4% (табл. 5.5).

Таблица 5.4

Качество помощи и услуг, предоставляемых системой здравоохранения, согласно субъективной оценке жителей Чувашской Республики, %

| | Отлично | | Хорошо | | Удовлетворительно | | Неудовлетворительно | |
|------------------|---------|------|--------|------|-------------------|------|---------------------|------|
| | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 | 2006 |
| Городские жители | 0,6 | 2,7 | 27,2 | 29,8 | 61,3 | 60,3 | 10,1 | 7,3 |
| Сельские жители | 1,3 | 3,2 | 31,6 | 33,3 | 57,9 | 56,6 | 5,3 | 7,0 |
| Все население | 0,8 | 3,0 | 28,5 | 31,9 | 60,3 | 58,0 | 8,6 | 7,1 |

В сельской местности в первую очередь услугами «скорой медицинской помощи» пользуется 27,7% опрошенных (в 2002 г. - 55,3%), в городе – 13,6% (в 2002 г. – 38,4%). Мужчины чаще, чем женщины, обращаются к медицинским услугам службы «03» – 29,5 и 20,3% соответственно.

В отношении обращения к специалистам частных медицинских учреждений при первой необходимости удельный вес всех рассматриваемых групп респондентов достаточно сходный – 2,5-2,8%.

Таблица 5.5

Обращение к медицинским работникам жителей Чувашской Республики при первой необходимости, %

| | Лечащий врач (терапевт, врач общей практики) | Специалисты поликлиники | Служба скорой медицинской помощи | Специалисты частного медицинского учреждения | Прочие |
|------------------|--|-------------------------|----------------------------------|--|--------|
| Городские жители | 70,4 | 8,5 | 13,6 | 2,6 | 5,0 |
| Сельские жители | 53,2 | 12,3 | 27,7 | 2,8 | 4,0 |
| Итого | 59,8 | 10,9 | 22,3 | 2,7 | 4,4 |
| Мужчины | 53,6 | 10,7 | 29,5 | 2,5 | 3,4 |
| Женщины | 61,5 | 10,9 | 20,3 | 2,8 | 4,6 |

Подавляющее большинство респондентов обращаются за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение: все группы, в пределах 89-91%, обратились в течение последних 12 месяцев за медицинской помощью в поликлинику, 7,7% женщин и 6,4% мужчин обратились в республиканское учреждение, услугами частного медицинского учреждения воспользовались 2,4% женщин и 3,9% мужчин.

Основная цель обращения к медицинским работникам – лечебно-диагностическая (56% женщин и 57,9% мужчин). 33,6% женщин и 31,3% мужчин обратились к медицинским работникам с профилактической целью.

По данным опроса, стационарную помощь получили 53,2% респондентов. При этом чаще госпитализировались мужчины – 56,9% (женщины – 52,2%).

В ходе опроса проведен анализ госпитализации. Подавляющее большинство респондентов (78,9% женщин и 82,9% мужчин) получили лечение бесплатно. К сожалению, опрошенные столкнулись с необходимостью оплачивать стационарное лечение: 16,3% женщин и 14,0% мужчин заплатили за лечение в стационаре в официальном порядке, 4,8 и 3,1%, соответственно, неофициально. Одна из причин от-

каза в госпитализации при наличии направления – отсутствие мест в стационаре (12,3% женщин и 17,6% мужчин) и невозможность оплатить предложенные услуги (4,7% женщин, 3,1% мужчин).

В рамках исследования, как и в 2002 году, был проведен анализ последнего обращения за медицинской помощью. К сожалению, реструктуризация системы здравоохранения не привела к сокращению сроков ожидания приема врача. 38,1% женщин и 36,9% мужчин ожидали приема врача до 15 минут (в целом 37,8, в 2002 г. - 44,1%), 41,2% и 42,5% соответственно - до 60 (в целом 41,5, в 2002 г. - 41,4%) и 20,7 - более 60 минут (в 2002 г. - 14,4%).

В целом отношение к вопросам оценки медицинского персонала во время последнего визита в исследуемых группах населения достаточно сходно. В то же время мужчины по сравнению с женщинами более высоко оценили медицинский персонал.

70,1% опрошенных женщин и 77,1% мужчин отметили, что медицинская помощь была оказана им профессионально (соответственно 72,3 и 80,8%), что медицинский персонал был вежливым и чутким (табл. 5.6). Только 2,0-3,0% респондентов оценили оказанную им медицинскую помощь как не профессиональную, медицинский персонал не был с ними вежлив и чуток.

Таблица 5.6

Оценка качества медицинской помощи населением Чувашской Республики, %

| | Профессионально ли оказали Вам медицинскую помощь | | | Был ли медицинский персонал вежливым и чутким | | | Достаточно ли информировали о Вашем состоянии | | | Все ли возможное было сделано для улучшения Вашего здоровья | | |
|---------|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|
| | да | недостаточно | нет | да | недостаточно | нет | да | недостаточно | нет | да | недостаточно | Нет |
| Женщины | 70,1 | 27,1 | 2,8 | 72,3 | 24,6 | 3,1 | 66,9 | 28,2 | 4,9 | 60,5 | 33,6 | 5,9 |
| Мужчины | 77,1 | 19,8 | 3,1 | 80,8 | 15,3 | 3,9 | 75,7 | 20,2 | 4,1 | 71,8 | 22,7 | 5,4 |
| Итого | 71,7 | 25,5 | 2,9 | 74,2 | 22,6 | 3,3 | 68,9 | 26,4 | 4,7 | 63,0 | 31,2 | 5,8 |

66,9% женщин и 75,7% мужчин считают, что медицинский персонал достаточно информировал их о состоянии здоровья, дальнейшей медицинской помощи и необходимости соблюдать определенный образ жизни; 28,2 и 20,2% соответственно - недостаточно и лишь не более 5,0% респондентов утверждают, что медицинские работники не предоставили им никакой информации.

На вопрос «Все ли возможное было сделано для улучшения состояния Вашего здоровья», 60,5% женщин и 71,8 мужчин ответили «Да»; считают, что было сделано недостаточно 33,6 и 22,7% соответственно.

Подобное положение определяется и в отношении групп респондентов по месту жительства (город, село). Однако в сельской местности большая часть опрошенных считает оказанную медицинскую помощь профессиональной, а медицинский персонал вежливым и чутким.

В проведенном исследовании перед всеми респондентами были поставлены вопросы, относящиеся к реформам в системе здравоохранения.

В отношении знакомства с новыми формами работы здравоохранения, такими, как дневные стационары, амбулаторная хирургия, врач общей/семейной прак-

тики, большую осведомленность проявили женщины (52,0%) по сравнению с мужчинами (42,9%) и городские жители. Лишь 18,6% респондентов не знакомы с указанными формами работы лечебно-профилактических учреждений, в 2002 году среди опрошенных их было около 60%.

Значимость наиболее важных изменений в системе предоставления медицинской помощи осознает большая часть респондентов. Из представленных чаще указывали на улучшение доступности и качества медицинских услуг (70,1% женщин, 68,4% мужчин), увеличение заработной платы медицинским работникам (54,4% женщин, 45,2% мужчин), уменьшение времени ожидания приема врача (31,5% женщин, 32,6% мужчин). Необходимым иметь одного врача, заботящегося о состоянии здоровья каждого члена семьи, считают 7,0% женщин и 6,8% мужчин. Лишь сокращение числа коек в стационарах, как и в 2002 году, поддерживает меньшая группа опрошенных только 2,6% женщин и 2,9% мужчин.

Мнение городских и сельских жителей в отношении таких изменений достаточно сходно.

Для изучения связи уровня материального положения и отношения к своему здоровью и факторов, оказывающих на него влияние, проведен опрос 2356 человек в возрасте 18 лет и старше. По уровню ежемесячного дохода респонденты распределились следующим образом: 70,7% - менее 3,0 тыс. рублей, 23,5 – 3,0-6,0 тыс., 4,1 – 6,0-10,0 тыс., 1,7% - свыше 10,0 тыс. рублей.

В выборке участвовали 78% женщин и 22% мужчин. Среди респондентов, имеющих доход выше 6,0 тыс. в месяц, доля мужчин в 2,5 раза больше, чем доля женщин: 11,3 и 4,3% соответственно. Среди мужчин доля лиц с уровнем ежемесячного дохода менее 3,0 тыс. рублей – 66,6%, от 3,0 до 6,0 тыс. – 22,1, среди женщин – 71,9 и 23,9% соответственно.

Основная часть опрошенных – лица трудоспособного возраста (92,4%), из них более половины (52,3%) в возрасте 31-50 лет. Данное соотношение характерно для всех групп респондентов, различающихся по уровню дохода.

Материальное положение связано с уровнем образования – более половины опрошенных с уровнем дохода выше 6,0 тыс. рублей имеют высшее образование (табл. 5.7). Среднее и среднее специальное образование чаще имеют лица с уровнем ежемесячного дохода до 3,0 тыс. рублей (25,6 и 51,2% соответственно) по сравнению с более обеспеченными в экономическом отношении респондентами (8,3 и 29,2% соответственно – среди респондентов с уровнем дохода 6,0-10,0 тыс. и 19,5 и 9,8% - с уровнем дохода выше 10,0 тыс. рублей).

Материальное положение связано и с местом работы. В группе респондентов с уровнем дохода выше 10,0 тыс. рублей, больше лиц имеющих постоянное место работы (87,8%), по сравнению с другими группами.

Здоровье определяется, прежде всего, условиями жизни, социальная дифференциация по уровню материального положения оказывает существенное влияние на здоровье и суждения о собственном здоровье.

Здоровье большинства опрошенных всех групп оценивается как «удовлетворительное» и «хорошее» (табл. 5.8). Наибольший процент оценивающих свое здоровье как «плохое» зарегистрирован среди малообеспеченных граждан - 13,6% опрошенных с уровнем ежемесячного дохода до 3,0 тыс. рублей, 2,1% этой категории населения оценивает свое здоровье как отличное, в полярной группе с высоким уровнем дохода соотношение противоположное - 2,4 и 7,3% соответственно.

Таблица 5.7

**Некоторые характеристики групп населения
с различным уровнем ежемесячного дохода, %**

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|---|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Образование | | | | |
| высшее | 14,5 | 40,7 | 54,2 | 63,4 |
| неоконченное высшее | 3,9 | 4,7 | 7,3 | 4,9 |
| среднее | 25,6 | 8,5 | 8,3 | 19,5 |
| среднее специальное | 51,2 | 44,5 | 29,2 | 9,8 |
| начальное | 4,7 | 1,6 | 1,0 | 2,4 |
| Место работы | | | | |
| временная работа | 8,9 | 6,0 | 10,4 | 7,3 |
| постоянное место работы | 69,4 | 85,0 | 83,3 | 87,8 |
| работа на дому | 21,7 | 9,0 | 6,3 | 4,9 |
| Является членом семьи, обеспечивающим основной доход в семье | 48,8 | 55,5 | 62,5 | 80,5 |

Таблица 5.8

**Оценка состояния своего здоровья групп населения
с различным уровнем ежемесячного дохода, %**

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--------------------|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Отличное | 2,1 | 2,2 | 10,4 | 7,3 |
| Хорошее | 18,8 | 21,9 | 37,5 | 14,6 |
| Удовлетворительное | 59,7 | 67,3 | 41,7 | 58,5 |
| Плохое | 13,6 | 6,3 | 9,4 | 2,4 |

Распространены различные представления о жизненных ценностях, причинах нездоровья и обстоятельствах, при которых здоровье может быть улучшено.

Во всех группах населения, независимо от материального положения, подавляющее большинство опрошенных поставило здоровье как главную ценность в жизни на первое место. В то же время среди наиболее высокой по доходу группы населения их доля составляет 68,3, среди малообеспеченных – 88,8%.

В число основных жизненных приоритетов респонденты включили семью и материальное благополучие. При этом среди опрошенных с уровнем ежемесячного дохода свыше 10,0 тыс. рублей семью и материальное благополучие поставила на первое место большая часть (17,1 и 4,9% соответственно) по сравнению с малообеспеченной группой (6,1 и 3,5% соответственно).

С улучшением материального положения увеличивается доля лиц, выдвигающих на первое место в числе жизненных ценностей удачную профессиональную карьеру: из опрошенных с уровнем ежемесячного дохода до 3,0 тыс. рублей таких всего 0,4, с доходом выше 10,0 тыс. – 4,9%. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении такой ценности как «удовлетворение основных физиологических потребностей» (0,9 и 4,9% соответственно).

При изучении образа жизни выявлено, что характер повседневного поведения зависит от уровня дохода. Население ценит свое здоровье еще не настолько,

чтобы отказаться даже от вредных для здоровья, по их убеждению, привычек. Об этом свидетельствует сопоставление представлений о факторах, влияющих на здоровье, и действительности. В частности, 6,7% опрошенных с уровнем дохода менее 3,0 тыс. и 12,2% с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей выдвигают вредные привычки на первое место по влиянию на здоровье. Малообеспеченные, вероятно, недооценивают значимость этого фактора. На вопрос о действительном наличии вредных привычек 10,4% опрошенных с низким уровнем дохода и 7,3 с высоким уровнем дохода ответили, что курят, 5,6 и 14,6% соответственно – употребляют алкоголь. Таким образом, чем выше уровень материального благополучия, тем больше потребляющих алкоголь и меньше курящих.

С улучшением материального положение увеличивается доля лиц, регулярно занимающихся физической культурой и спортом: в группе населения с низким уровнем дохода таких всего 3,7, при доходе выше 10,0 тыс. рублей – 14,6% (табл. 5.9).

Таблица 5.9

**Образ жизни групп населения
с различным уровнем ежемесячного дохода, %**

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Курит | 10,4 | 9,9 | 15,6 | 7,3 |
| Употребляет алкоголь | 5,6 | 5,6 | 12,5 | 14,6 |
| Регулярно занимается физической культурой и спортом | 3,7 | 5,1 | 8,3 | 14,6 |
| Рационально питается | 14,0 | 21,7 | 29,2 | 19,5 |
| Испытывает хронический стресс на работе | 13,6 | 19,9 | 16,7 | 26,8 |
| Отношения в семье | | | | |
| благоприятные | 64,8 | 78,1 | 76,6 | 74,2 |
| неблагоприятные | 5,1 | 3,6 | 5,2 | 0 |
| Отношения на работе | | | | |
| благоприятные | 53,0 | 69,8 | 63,8 | 65,5 |
| неблагоприятные | 4,8 | 4,4 | 5,8 | 0 |

По влиянию на состояние здоровья большая часть опрошиваемых всех групп населения, независимо от материального благосостояния, поставила питание на третье место. При этом в достаточно обеспеченных в материальном отношении группах населения этот фактор оценивается ниже, чем в малообеспеченной группе. В действительности лишь 14% опрошенных с уровнем дохода менее 3,0 тыс. рублей и 19,5% с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей оценивают свое питание как рациональное; в группе населения с доходом 6,0-10,0 тыс. рублей их доля достигает 29,2%.

Среди групп, различающихся по уровню дохода, менее выражены неблагоприятные отношения в семье и на работе у лиц с ежемесячным доходом более 10,0 тыс. рублей: ни один из опрошенных этой группы не обозначил данную проблему. В то же время 26,8% респондентов с высоким уровнем дохода испытывают хронический стресс на работе, против 13,6 - с уровнем дохода менее 3,0 тыс. рублей.

Многие полагают, что забота об их здоровье – дело государства, медицинских работников, реже – их собственная.

По данным опроса, большая часть населения считает, что ответственность за свое здоровье несет сам человек: от 80,1 из группы с уровнем дохода до 3,0 тыс. до 68,3% - из группы с доходом более 10,0 тыс. рублей.

На вопрос «От чего, по Вашему мнению, в первую очередь зависит здоровье», более половины респондентов независимо от дохода на первое место поставили материальное благополучие. В группе опрошенных с уровнем ежемесячного дохода до 3,0 тыс. рублей 8,1% считают, что здоровье в первую очередь зависит от качества атмосферного воздуха, 7,2 – от характера питания, 6,7 – от наличия вредных привычек, 6,5% - от взаимоотношений в семье, поддержки друзей. Из группы с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей 14,6% считают, что здоровье в первую очередь зависит от качества питьевой воды, 12,2% - от наличия вредных привычек, 7,3 – от качества атмосферного воздуха, 4,9% - от взаимоотношений в семье и поддержки друзей

Второе место, как полагает большая часть опрошиваемых из малообеспеченной группы, занимают взаимоотношения в семье и поддержка друзей (18,8%), из обеспеченной группы – наличие работы (19,5%). Затем у малообеспеченной группы следуют наличие работы (16,4%) и социальное положение (15,0%), у полярной группы – социальное положение (17,1%) и наличие вредных привычек (14,6%).

На третьем месте у большинства респондентов всех групп находится характер питания. При этом доля таковых респондентов снижается с увеличением материального достатка (от 25,7 – в малообеспеченной группе до 19,5% – в обеспеченной). Далее во всех группах следуют взаимоотношения в семье и поддержка друзей (от 18,5 – в малообеспеченной группе до 14,6% – в обеспеченной), наличие вредных привычек (11,3 и 14,6% соответственно).

Качество жизни населения в городе (районе), касающееся отдельных позиций, таких, как возможность получить образование, работу, купить необходимые продукты, наличие учреждений досуга, мест отдыха, доступность жилья, транспорта и т. д., оценивалось в зависимости от степени значимости факторов по пятибалльной системе.

Из представленных позиций респондентами всех исследуемых групп, ответившими на данный вопрос, наиболее высоко оценена возможность купить необходимые продукты питания (5 баллов дали ее 31,2% опрошенных из группы с минимальным уровнем дохода и 29,3 – из группы с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей), газификация населенных пунктов (30,0 и 53,7% соответственно).

Качество дорог, доступность для населения общественного транспорта, возможность получения целевых кредитов на жилье, большая часть опрошенных оценила в 3 балла.

В ответах на вопросы, касающиеся доступности жилья, спортивных сооружений, учреждений культуры и отдыха, качества услуг, предоставляемых жилищно-коммунальным хозяйством, доступности социальных услуг по уходу за ребенком, преобладала оценка 2 балла. Большинство респондентов, ответивших на данные вопросы, оценили на 1 балл оборудование населенных пунктов велосипедными дорожками. Принципиально во мнении опрошенных групп, различающихся по уровню дохода различий нет.

Оценка таких критериев качества жизни, как возможность получить образование и работу, наличие мест отдыха, личная безопасность, доступность и качество

социальных услуг для пожилых, несколько отличается в группах населения с различным материальным положением. Респонденты группы с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей считают возможность получить образование более доступной против респондентов малообеспеченной группы: 17,1% опрошенных с высоким уровнем дохода оценили эту позицию на 5 баллов, против 7,5 – в полярной группе. Большинство опрошенных более обеспеченной группы (26,8%) оценили ее в 3, малообеспеченной (21,2%) – в 2 балла.

Подобная ситуация отмечается и в отношении доступности и качества социальных услуг для пожилых: 4,9% опрошенных с высоким уровнем дохода оценили эту позицию на 5 баллов, против 3,2 – в полярной группе. Однако большинство опрошенных более обеспеченной группы (22,0%) оценили ее в 2, малообеспеченной (23,8%) – в 3 балла.

Возможности получить работу большинство опрошенных экономически благополучной группы (24,4%) поставили 1, малообеспеченной (27,8%) – 2 балла. В то же время с увеличением материального достатка увеличивается доля лиц, оценивающих данный критерий в 5 баллов (с 8,5 до 12,2%).

Что касается личной безопасности, то отмечают противоположные мнения. Большинство опрошенных из группы с высоким уровнем дохода (19,5%) поставили оценку 5, с низким уровнем дохода (23,9%) – 1 балл.

Аналогичная ситуация наблюдается и в оценке наличия «зеленых» зон и мест отдыха: большинство (24,4%) опрошенных из обеспеченной группы поставила оценку 5, из малообеспеченной группы (19,3%) – 2).

В проведенном опросе исследовалось мнение населения о значимости ряда конкретных мероприятий по сохранению здоровья и улучшению условий жизни населения в своем городе (сельском районе). Допускалась возможность указывать несколько вариантов.

Наибольший процент респондентов, независимо от уровня дохода, считает необходимым для улучшения своего здоровья и условий жизни увеличение заработной платы. В группах с меньшим уровнем дохода доля таких лиц больше: в группах с ежемесячным доходом до 3,0 и 3,0-6,0 тыс. рублей - 82,5 и 83,5% соответственно, в группе с доходом 6,0-10,0 и выше 10,0 тыс. 77,1 и 68,3% соответственно.

Более половины опрошенных выдвигают в качестве фактора, способствующего улучшению здоровья и качества жизни населения, повышение доступности и качества здравоохранения (табл. 5.10). При этом доля таких лиц практически одинакова во всех группах и не связана с экономическим положением (51,6-60,4%).

Каждый четвертый/пятый опрошенный связывает свое представление о мероприятиях, способных улучшить здоровье и качество жизни населения с увеличением размера субсидий для малообеспеченных семей, инвалидов, пенсионеров, повышением доступности и качества образования, повышением качества продуктов питания, обеспечением качества и доступности социальных услуг по уходу за ребенком, обеспечением качественной питьевой водой.

Среди групп, различающихся по уровню дохода, лица с более высоким доходом в меньшей степени считают необходимым для улучшения здоровья и условий жизни обеспечение качества и доступности социальных услуг по уходу за ребенком и для пожилых, увеличение размера субсидий для малообеспеченных семей, инвалидов, пенсионеров. Для них большую значимость приобретают обеспе-

чение качественной питьевой водой, личная безопасность, строительство спортивных сооружений и учреждений для досуга и отдыха, благоустройство двора.

Таблица 5.10

Мнение населения об основных мероприятиях по улучшению здоровья и условий жизни, %

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| увеличить доход на одного человека в семье (увеличение заработной платы) | 82,5 | 83,5 | 77,1 | 68,3 |
| повысить доступность и качество здравоохранения | 51,6 | 57,1 | 60,4 | 53,7 |
| увеличить размер субсидий для малообеспеченных семей, инвалидов, пенсионеров | 32,2 | 28,9 | 22,9 | 19,5 |
| повысить доступность и качество образования | 28,9 | 28,2 | 27,1 | 24,4 |
| повысить качество продуктов питания | 27,4 | 31,5 | 30,2 | 29,3 |
| обеспечить качество и доступность социальных услуг по уходу за ребенком | 21,9 | 23,1 | 24,0 | 7,3 |
| обеспечить питьевой водой | 21,2 | 23,5 | 20,8 | 31,7 |
| построить учреждения для досуга и отдыха | 14,8 | 17,2 | 16,7 | 19,5 |
| обеспечить личную безопасность | 15,2 | 15,6 | 15,6 | 26,8 |
| обеспечить качество и доступность социальных услуг для пожилых | 15,0 | 13,9 | 8,3 | 4,9 |
| построить спортивные сооружения | 14,2 | 22,1 | 19,8 | 29,3 |
| благоустроить двор | 10,1 | 12,8 | 10,4 | 14,6 |
| построить пешеходные и велосипедные дорожки | 7,1 | 11,4 | 13,5 | 12,2 |

С 2003 года Чувашская Республика участвует в проекте «Здоровые города, районы, поселки». Ключевой момент проекта, необходимая предпосылка достижения здоровья и устойчивого развития на местном уровне, – участие населения. Население с высоким уровнем материального благополучия более осведомлено об этом проекте: 53,7% подтвердили информированность о его развитии, 17,1 – информированы недостаточно, в полярной по экономическому положению группе – 42,7 и 32,4% соответственно (табл. 5.11).

Таблица 5.11

Информированность населения об участии Чувашской Республики в проекте «Здоровые города, районы, поселки», %

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Да | 42,7 | 52,3 | 53,1 | 53,7 |
| Недостаточно | 32,4 | 28,4 | 26,0 | 17,1 |
| Нет | 24,9 | 19,3 | 20,8 | 29,3 |
| Считает свой город (район) здоровым | 27,1 | 33,8 | 36,7 | 42,9 |

При этом с улучшением экономического положения увеличивается доля лиц, считающих свой город (район) здоровым: 27,1 – в группе с уровнем дохода менее 3,0 тыс., 42,9% – в группе с доходом выше 10,0 тыс. рублей.

В общественной жизни города (сельского района) чаще активно участвует население с более высоким уровнем дохода: от 24,8 – при доходе менее 3,0 тыс. до 34,1% – при доходе выше 10,0 тыс. рублей.

Общественная активность населения чаще проявляется в виде участия в национальных праздниках (12,2-21,0%), причем в большей степени - населения с уровнем дохода до 10,0 тыс. рублей. В спортивных мероприятиях, по данным опроса, чаще принимает участие население с ежемесячным доходом более 3,0 тыс. рублей. В обсуждении профиля здоровья города (района) приняли участие от 7,3% опрошенных с доходом выше 10,0 тыс. рублей до 11,0 – с доходом 3,0-6,0 тыс. рублей.

С улучшением материального благополучия увеличивается доля лиц, участвующих в обсуждении проектов нормативных правовых актов: 4,9% опрошенных с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей ответили на этот вопрос утвердительно, в группе с низким уровнем дохода таких лиц всего 1,1%.

Обращение к представителям исполнительной власти с предложениями об улучшении условий жизни и участии в обсуждении в СМИ проблем здоровья и условий жизни населения встречается практически с одинаковой частотой и не связано с экономическим положением респондентов (4-6%) (табл. 5.12).

Таблица 5.12

Участие в общественной жизни города (сельского района), %

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| да | 24,8 | 28,6 | 31,3 | 34,1 |
| недостаточно | 31,9 | 32,0 | 26,0 | 24,4 |
| нет | 43,2 | 39,4 | 42,7 | 41,5 |
| Участие в национальных праздниках | 15,3 | 21,0 | 16,7 | 12,2 |
| Участие в спортивных мероприятиях | 9,0 | 13,4 | 17,7 | 9,8 |
| Участие в обсуждении профиля здоровья | 8,2 | 11,0 | 7,3 | 7,3 |
| Участие в обсуждении в средствах массовой информации вопросов и проблем, касающихся здоровья и условий жизни | 4,8 | 6,1 | 4,2 | 4,9 |
| Предложения об улучшении условий жизни представителям исполнительной власти | 4,0 | 6,0 | 6,3 | 4,9 |
| Участие в обсуждении проектов нормативных правовых актов | 1,1 | 2,5 | 2,1 | 4,9 |

В ходе исследования важно было определить отношение населения к доступности и качеству медицинской помощи.

Анализ оценки доступности и качества медицинской помощи показал существенные различия мнения групп населения, отличающихся по уровню дохода (табл. 5.13). Отношение к данному вопросу исследуемых групп населения достаточно сходно. Однако среди респондентов с высоким уровнем доходов большая часть оценила доступность медицинской помощи на «хорошо», а в противополож-

ной группе – «удовлетворительно». Аналогичная ситуация отмечается и в отношении качества предоставляемых медицинских услуг. Кроме того, проявляется четкая закономерность - с улучшением материального благосостояния увеличивается почти в 2 раза доля лиц, оценивающих доступность медицинской помощи на «отлично» (с 2,5 до 4,9%) и «хорошо» (с 24,8 до 43,9%); соответственно уменьшается доля лиц, не удовлетворенных доступностью медицинской помощи.

Таблица 5.13

Мнение населения о доступности медицинской помощи и качестве услуг, предоставляемых системой здравоохранения, %

| | до 3,0. | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|---------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Доступность медицинской помощи | | | | |
| отлично | 2,5 | 3,6 | 3,1 | 4,9 |
| хорошо | 24,8 | 27,8 | 31,3 | 43,9 |
| удовлетворительно | 50,3 | 50,8 | 47,9 | 39,0 |
| неудовлетворительно | 22,4 | 17,7 | 17,7 | 12,2 |
| Качество помощи и услуг, предоставляемых системой здравоохранения | | | | |
| отлично | 2,8 | 3,4 | 3,1 | 2,4 |
| хорошо | 29,7 | 36,0 | 41,7 | 43,9 |
| удовлетворительно | 60,0 | 54,4 | 52,1 | 39,0 |
| неудовлетворительно | 7,5 | 6,1 | 3,1 | 14,6 |

В рамках исследования проведен анализ последнего обращения за медицинской помощью. Каждый второй опрошенный ожидал приема врача от 15 до 60 минут; лишь в группе с более высоким уровнем дохода их доля меньше (29,3%), наибольшая часть опрошенных этой группы (48,8%) ожидала приема врача до 15 минут.

В целом оценка медицинского персонала во время последнего визита достаточно сходна в исследуемых группах населения – большая часть респондентов (более 60%) удовлетворена оказанной медицинской помощью по всем представленным позициям. Наибольшая доля опрошенных, полностью удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи по таким позициям, как профессионализм, вежливость и чуткость медицинских работников, информирование о состоянии здоровья, дальнейшей медицинской помощи и необходимости соблюдать определенный образ жизни, - в группе с уровнем дохода от 6,0 до 10,0 тыс.; по позиции «все ли возможное было сделано для улучшения состояния здоровья» - группа с уровнем дохода более 10,0 тыс. рублей.

В группе с более высоким уровнем дохода большая доля опрошенных считает, что медицинский персонал не был вежлив и чуток (4,9% против 3,5% в полярной группе), не информировал их о состоянии здоровья, дальнейшей медицинской помощи и необходимости соблюдать определенный образ жизни (7,3% против 5,2% в полярной группе).

Социальный градиент проявляется и в потреблении ресурсов здравоохранения.

Более половины опрошенных респондентов (57,3-67,1%), независимо от экономического положения, при необходимости медицинской помощи, прежде

всего, обращаются к своему лечащему врачу (терапевту, врачу общей практики) (табл. 5.14). Причем подавляющее большинство респондентов в течение последних 12 месяцев обращалось за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства. При этом с увеличением уровня дохода их доля снижается (с 90,8 до 78,0%).

Таблица 5.14

Обращение за медицинской помощью, %

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|---|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Обращение при первой необходимости | | | | |
| Ваш лечащий врач (терапевт, педиатр, врач общей практики) | 57,3% | 67,1% | 60,4% | 58,5% |
| Служба «03» | 24,9% | 16,3% | 13,5% | 17,1% |
| Другие специалисты поликлиники | 11,3% | 9,8% | 11,5% | 4,9% |
| Специалисты частного медицинского учреждения | 2,3% | 2,5% | 7,3% | 9,8% |
| Лечебно-профилактическое учреждение, в которое обращались в течение последних 12 месяцев | | | | |
| амбулаторно-поликлиническое по месту жительства | 90,8 | 89,2 | 82,3 | 78,0 |
| республиканское учреждение | 6,8 | 8,0 | 13,5 | 9,8 |
| частное медицинское учреждение | 2,3 | 2,9 | 4,2 | 12,2 |

Группа с наиболее высоким уровнем материального благополучия существенно реже (в 1,5-2 раза) обращается, в первую очередь, в «скорую медицинскую помощь» и к другим специалистам поликлиники. В то же время с улучшением материального положения растет активность обращения к специалистам частного медицинского учреждения (с 2,3 до 9,8%). Этот факт подтверждает обращаемость респондентов в частные медицинские учреждения в течение последних 12 месяцев. С увеличением ежемесячного дохода нарастает и доля респондентов, обратившихся в республиканские медицинские учреждения в течение последних 12 месяцев (с 6,8 до 9,8%). Основная цель обращения к медицинским работникам населения всех исследуемых групп – лечебно-диагностическая. В то же время среди групп, различающихся по уровню материального достатка, сокращается доля лечебно-диагностических посещений с увеличением дохода выше 10,0 тыс. рублей (48,8% против 56,1% у лиц с доходом до 3,0 тыс. рублей) и увеличивается доля обращений с профилактической целью (33,0 при доходе до 3,0 тыс., 32,5% - 3,0-6,0 тыс., 34,4% – 6,0-10,0 тыс. рублей).

Около половины респондентов всех исследуемых групп в течение последних 12 месяцев были направлены на стационарное лечение, при этом чаще госпитализировались лица с низким уровнем ежемесячного дохода. Анализ госпитализации показал, что подавляющее большинство респондентов независимо от экономического положения получили лечение бесплатно (72,7-88,1%). Часть опрошенных столкнулась с необходимостью оплачивать стационарное лечение. При этом респонденты с более высоким уровнем дохода чаще платили медперсоналу неофици-

ально (13,6 против 4,3%), а респонденты с низким уровнем материального благополучия - в официальном порядке (16,7 против 13,6%).

В отношении знакомства с новыми формами работы здравоохранения, такими, как дневные стационары, амбулаторная хирургия, врач общей/семейной практики, большую осведомленность проявили более обеспеченные в материальном отношении респонденты: 63,4 при доходе более 10,0 тыс. рублей, против 47% в популярной в экономическом отношении группы (табл. 5.15).

Таблица 5.15

Знакомы ли с новыми формами работы здравоохранения, такими, как амбулаторная хирургия, дневные стационары, врач общей/семейной практики, %

| | до 3,0 тыс. | 3,0-6,0 тыс. | 6,0-10,0 тыс. | выше 10,0 тыс. |
|--------------|-------------|--------------|---------------|----------------|
| Да | 47,0 | 57,9 | 52,1 | 63,4 |
| Недостаточно | 33,1 | 26,4 | 33,3 | 19,5 |
| Нет | 19,9 | 15,7 | 14,6 | 17,1 |

Из представленных направлений реструктуризации системы предоставления медицинской помощи, независимо от материального положения, чаще указывали на улучшение доступности и качества медицинских услуг (более 60%) и увеличение заработной платы медицинским работникам (около 50%) (табл. 5.16). Каждый третий считает необходимым уменьшение времени ожидания приема врача. В группе с более высоким уровнем дохода меньшая доля респондентов поддерживает указанные выше изменения по сравнению с другими группами; наибольшая доля – в группах с уровнем дохода от 3,0 до 10,0 тыс. рублей.

Таблица 5.16

Необходимые изменения в системе здравоохранения, %

| | до 3,0 | 3,0-6,0 | 6,0-10,0 | выше 10,0 |
|--|--------|---------|----------|-----------|
| | тыс. | | | |
| Улучшение доступности и качества медицинских услуг | 69,0 | 72,0 | 71,9 | 61,0 |
| Уменьшение времени ожидания приема врача | 31,1 | 33,8 | 32,3 | 26,8 |
| Необходимо иметь одного врача, который бы проявлял заботу о состоянии каждого члена семьи | 6,8 | 6,3 | 11,5 | 9,8 |
| Увеличение заработной платы медицинским работникам | 52,2 | 53,0 | 54,2 | 51,2 |
| Уменьшение числа коек в стационарах и направление сэкономленных денег на развитие первичной медико-санитарной помощи | 2,5 | 2,5 | 5,2 | 4,9 |

Такие изменения, как переход на одного врача, заботящегося о состоянии здоровья каждого члена семьи, и сокращение числа коек в стационарах поддерживает незначительная часть респондентов всех групп – 6,3-11,5 и 2,5-5,2% соответ-

ственно. В то же время респонденты с высоким уровнем дохода в большей степени осознают значимость этих изменений.

Таким образом, в ходе опроса удалось составить «собираемый портрет» – это в основном лица, в возрасте до 50 лет, с высоким уровнем материального дохода, имеющие высшее образование, которые дорожат своим здоровьем, чаще других обращаются за медицинской помощью при появлении первых симптомов болезни, занимаются физической культурой и спортом, хорошо питаются, удовлетворены практически всеми сторонами жизни. Эти лица имеют более широкие возможности, способны оплачивать различные услуги, в том числе и медицинские.

Заключение

Согласно стратегии ВОЗ, основными факторами, определяющими здоровье, являются социально-экономические условия, уровень культуры, состояние окружающей среды, условия жизни и работы, местные социальные условия, индивидуальный образ жизни.

В Чувашской Республике совместно с международными экспертами разработана и реализуется новая общественная политика отношения к здоровью на основе интеграции деятельности всех структур, ответственных за уровень и качество общественного здоровья. Современные подходы к сохранению и укреплению человеческого потенциала, предусматривающие снижение отрицательного воздействия основных детерминант на здоровье населения, нашли отражение в ряде решений Президента и Кабинета Министров Чувашской Республики. Основные стратегии достижения здоровья определены в принятой Указом Президента Чувашской Республики от 18.06.2004 г. № 65 «Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на период 2004-2010 годы», стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи населению Чувашской Республики на 2003-2010 годы (утвержден постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 апреля 2003 г. № 95).

В целях продвижения новой идеологии индивидуального и общественного здоровья Министерством здравоохранения Чувашской Республики при техническом содействии проекта ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении РФ», финансируемого CIDA, разработана методология активного вовлечения муниципалитетов в процесс создания комплексной межсекторальной системы охраны и укрепления здоровья населения района или города с учетом местных особенностей. В основе методологии - создание на уровне города, района, поселения социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья населения. Членами социального партнерства являются представители управлений/отделов образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, по делам молодежи, социального обеспечения, внутренних дел администраций районов и городов Чувашской Республики, средств массовой информации, бизнеса, неправительственных общественных объединений для совместной разработки и реализации мероприятий по развитию общественного здоровья в рамках общереспубликанской политики на основе эффективного межсекторального взаимодействия.

Организовано межведомственное сотрудничество, в процессе которого учреждения и ведомства, не связанные непосредственно со здравоохранением, перестроили свою работу таким образом, чтобы она вносила наибольший вклад в улучшение здоровья жителей. Создан организационный механизм, способствующий сотрудничеству различных секторов общества в охране и укреплении здоровья – межведомственная команда при администрации города, района, поселения.

Предусмотрена активизация участия населения в здравоохранительной деятельности путем предоставления возможности непосредственно влиять на решения органов власти, вносить предложения и участвовать в реализации конкретных программ/инициатив в области общественного здоровья.

Для содействия процессу развития социального партнерства на уровне муниципалитетов практически внедрен ряд организационных мероприятий.

В целях повышения управленческого потенциала специалистов муниципальных образований, организации их всесторонней информационной поддержки действуют «Школы профессионального обучения вопросам охраны и укрепления здоровья», на базе которой обучено с использованием современных интерактивных технологий более 400 слушателей.

Для оказания консультативной и методической помощи членам межведомственных команд подготовлены кураторы межведомственных команд – группа молодых лидеров, владеющих знаниями основных международных стратегий развития здоровья и качества жизни, имеющих опыт и навыки «работы в команде».

Разработан пакет информационно-методических материалов для членов межведомственных команд, включающий документы ВОЗ и ООН об основных международных стратегиях развития здоровья и качества жизни, республиканские нормативные и правовые акты.

Осуществлен эффективный обмен практическими навыками и опытом в области развития общественного здоровья с российскими и международными партнерами (национальная и европейская сети «Здоровые города», ВОЗ, Канадское агентство международного развития, International Union for Health Promotion and Education, международный отдел здоровья Центра по укреплению здоровья Университета г. Торонто, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова и др.).

В процессе реализации современной общественной политики отношения к здоровью выделены две фазы. В течение первой фазы созданы межведомственные команды, привлечено внимание к их деятельности различных ведомств, организаций, обществ, групп населения. Разработан «Профиль здоровья» муниципалитета, отражающий состояние здоровья населения, качество среды обитания, уровень социально-экономического развития, качество жилищных условий, доступность социальных услуг для населения и другие детерминанты здоровья. Данные «Профиля здоровья» – своеобразная «точка отсчета» в продвижении муниципалитета к достижению лучшего здоровья. Продолжительность данной фазы варьировала – от 1,5 лет и более.

Вторая фаза включала в себя процесс разработки и реализации «Плана развития здоровья муниципалитета». План содержал полное описание конкретных и систематических действий, необходимых для улучшения здоровья населения в конкретном муниципалитете, создал основу для формирования представления о здоровье города/района в будущем и обеспечил практические механизмы достижения обозначенной цели. План способствовал развитию партнерства в интересах здоровья, внедрению специальных программ и мероприятий.

Для оценки эффективности реализации современной общественной политики отношения к здоровью в муниципалитетах Чувашской Республики в 2003 и 2006 годах разработана система мониторинга результативности: проведены социологические опросы населения и проанализирована динамика основных показателей, характеризующих состояние здоровья населения.

Выбранные показатели объективно отражали состояние общественного здоровья и деятельность всех секторов и ведомств, направленную на охрану и укрепление здоровья населения муниципалитета. При проведении мониторинга определяющим являлось не целевое значение показателей, а динамика их изменений в течение временного интервала. В качестве «контрольной точки» были взяты показатели 2002 года – до начала деятельности команд, сравнение проведено с данными 2005 года.

Показатель младенческой смертности в целом по республике за оцениваемый период снизился в 1,2 раза; при этом положительная динамика наблюдается в 16 муниципалитетах республики. Перинатальная смертность в целом по Чувашии сократилась за 3 года в 1,2 раза, уменьшение данного показателя наблюдается в 13 муниципальных образованиях.

Средняя продолжительность временной нетрудоспособности в республике уменьшилась на 2,4%. Сокращение продолжительности временной нетрудоспособности наблюдается в 18 муниципалитетах.

Распространенность алкогольных психозов в целом по республике уменьшилась на 29,6%, снижение числа алкогольных психозов наблюдается в 14 муниципалитетах. Заболеваемость наркоманией - показатель сократился в среднем по республике в 2 раза, по 24 муниципальным образованиям. Показатель заболеваемости токсикоманией в целом по республике уменьшился в 2,8 раза, сокращение заболеваемости наблюдается в 22 муниципалитетах.

Число аборт на 1 тыс. женщин фертильного возраста - показатель сократился на 17,2%, уменьшение числа аборт наблюдается в 22 муниципальных образованиях.

Показатель смертности населения трудоспособного возраста от неестественных причин смерти в целом по республике достоверно не изменился (снизился на 1,1%), но зарегистрирована положительная динамика указанного показателя в 11 муниципальных образованиях.

В Батыревском, Чебоксарском районах и г. Чебоксары отмечена положительная динамика 12-13 из 15 анализируемых показателей: уменьшился показатель младенческой и перинатальной смертности, смертности от «внешних причин», снизилась распространенность социально-значимой патологии (наркомания, алкоголизм, туберкулез), число преступлений, уровень безработицы, увеличилось абсолютное число спортивных сооружений. В Моргаушском, Канашском и Козловском районах число целевых показателей с положительной динамикой равно среднему по республике [11].

Результаты социологических опросов свидетельствуют о том, что социально-экономические преобразования в городах и районах республики привели к повышению осознания ценности здоровья для населения. Если в 2002 году здоровье имело главную ценность в жизни для 84% опрошенных, то в 2006 году – для 87,3%. Женщины склонны к повышенной заботе о собственном здоровье, среди них здоровье включили в основную ценность 88,7% опрошенных, среди мужчин – 83,5%. К числу основных жизненных приоритетов опрошенные отнесли семью и материальное благополучие, при этом для большей части мужчин на первом месте - материальное благополучие и карьера.

Анализ самооценки собственного здоровья свидетельствует, что подавляющее большинство опрошенных, как и по данным исследования 2002 года, оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное» (60,7%), 2,6% – «отличное», 20,3 – «хорошее», 11,5 – «плохое». По сравнению с 2002 годом увеличилась доля респондентов, считающих свое здоровье удовлетворительным и плохим.

Как показало исследование, уровень информированности населения республики о факторах, оказывающих влияние на здоровье, достаточно высок. По мнению 83,2% женщин и 72,6% мужчин, ответственность за свое здоровье несет сам человек, остальные перекалывают на государство и медицинских работников.

Большая часть населения считает, что здоровье определяется образом жизни и состоянием окружающей среды. Исследование образа жизни (в частности, вредные привычки, занятия спортом, питание) выявило недостаточную приверженность населения здоровому образу жизни. Регулярно занимаются физической культурой и спортом лишь 4,4% опрошенных. 83,5% респондентов считает свое питание нерациональным. 19,6% – испытывают хронический стресс на работе. Наличие благоприятной обстановки в семье отмечают 70,9% мужчин и 68,6% женщин.

С 2003 года муниципальные образования республики участвуют в проекте «Здоровые города». 27,4% женщин и 39,2% мужчин считают свой город (район) здоровым, при этом 25,6% женщин и 28,0% мужчин активно участвуют в общественной жизни города (сельского района).

В ходе исследования важно было определить, как изменилось за годы реформ отношение населения к доступности медицинской помощи. Доля респондентов, оценивших доступность медицинской помощи удовлетворительно, увеличилась с 45,2 в 2002 г. до 50,1% в 2006 г.

Таким образом, в Чувашской Республике в целях улучшения здоровья населения, стабилизации демографической ситуации, создания основ устойчивого социально-экономического развития Чувашии, повышения качества жизни и социальной удовлетворенности населения разработана и реализуется концепция современной общественной политики отношения к здоровью.

Задачами концепции являются продвижение новой идеологии индивидуального и общественного здоровья, основанной на формировании отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, ответственного отношения к своему здоровью и состоянию окружающей среды; создание эффективных организационных структур для реализации указанной политики; разработка и практическое внедрение на уровне сообществ конкретных программ/инициатив, направленных на коррекцию основных детерминант здоровья

Ключевым фактором реализации региональной политики продвижения здоровья на муниципальном уровне в республике является организация межведомственных команд. Эффективность их деятельности полезно производить на основании анализа показателей результативности: младенческая смертность; перинатальная смертность; смертность населения трудоспособного возраста от неестественных причин; средняя продолжительность временной нетрудоспособности; распространенность туберкулеза, алкогольных психозов; заболеваемость наркоманией, токсикоманией; уровень зарегистрированной безработицы; число аборт; число зарегистрированных преступлений, данные социологических опросов. На основе выбранных показателей можно не только проводить мониторинг деятельности команд, но и корректировать основные приоритеты их деятельности.

Список литературы

1. Аалборгская хартия. Ч. 1: Декларация о консенсусе: движение европейских городов к устойчивому развитию. [Электронный ресурс] / Дания, 1998 // <http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/>.
2. Афинская декларация «Здоровых городов» [Электронный ресурс] / 1998 г., 23 июня // <http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/>.
3. Бартон Хью. Здоровое городское планирование: Пер. с англ./ Хью Бартон, К. Цуру. М., 2004. 202 с.
4. Белфастская декларация по здоровым городам [Электронный ресурс] / 2003 г. // <http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/>.
5. Бронштейн Марти. Управление командами для «чайников»: Пер. с англ. М.: Вильямс, 2004. 320 с.
6. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма/Пер. с англ. М.: Весь мир, 2004. 280 с.
7. Гаспарян А. Ю. Зальцбургский семинар по общественному здравоохранению// Российский семейный врач. 2002. № 2. С. 55-56.
8. Городской план «Здоровье и устойчивое развитие» М., 1999. Вып. 2. – 95 с. (Устойчивое развитие и здоровье в Европе).
9. Джакартская Декларация: Укрепление здоровья в 21 веке [Электронный ресурс]/ Женева, 1997 // <http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/>.
10. Здоровье и устойчивое развитие на местном уровне. Участие населения: подходы и методы. М., 2002. Вып. 4. (Устойчивое развитие и здоровье в Европе).
11. Здоровье молодых людей в определенном контексте: отдельные важнейшие результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. 2004. № 4.
12. Здоровье-21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение. / ВОЗ. – Копенгаген : Европ. регион. бюро, 1998. № 5. 40 с. (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
13. Здоровье-21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение. Копенгаген : ВОЗ Европ. регион. бюро, 1999. № 6. 303 с. (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
14. Здоровые города. Здоровые сообщества. Как организовать развитие Проекта. – Американский международный союз здравоохранения при поддержке программы «Открытый мир» Гражданского проекта 2002 года/Центр поддержки и развития лидерства в России.
15. Как измерить здоровье: подготовка профиля здоровья города: подготовка профиля здоровья города [Электронный ресурс] / Копенгаген, 1996 // www.who.dk/healthy-cities/hcppub-htmp#Profile
16. Как подготовить описание здоровья населения в вашем городе. М., 1996. 44 с.
17. Костович Л. И. Информационная сеть в процессе охраны здоровья: Рекомендации / Л. И. Костович, Т. Ю. Прилежаева, П. Аарва, С. А. Сенников. М., 2001. 60 с.
18. Костович Л. Школы укрепления здоровья: Рекомендации по внедрению программ / Л. Костович, С. А. Сенников М., 2002. 60 с.

19. Маттесич П. У. Принципы успешного сотрудничества: Пер. с англ / П. У. Маттесич., Б. Р. Монси. М., 1996. 22 с.
20. Методическое руководство по подготовке «Городского плана развития здоровья»/ Всемирная организация здравоохранения. [Ижевск]: Европейское региональное бюро, Центр городского здоровья, 2001. 28 с.
21. Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья // Экономический и Социальный Совет. 2002. № 8.
22. Общественное здравоохранение и развитие политики здоровья и качества жизни на муниципальном уровне: Методические рекомендации по организации цикла обучающих семинаров. Чебоксары, 2005. 248 с.
23. Первые двадцать шагов: Проект «Здоровые города». 2-е изд. М., 1998. 72 с.
24. Пестун Л. М. Укрепление здоровья на рабочем месте: Рекомендации / Л. М. Пестун. М., 2001. 48 с.
25. План действий по проблеме неравенства в вопросах здоровья: Материалы к рабочей встрече по проекту «Здоровые города» (Хорсенс, Дания 7-10 июня 2000 г.) / ВОЗ; адапт. пер. подгот. в Центре поддержки проекта. Хорсенс: Европ. Регион. бюро, 2000.
26. Планирование здоровья в городах/ Копенгаген, 1996 // www.who.dk/healthy-cities/hcppub-htmp#planning
27. Повестка дня на XXI век (принята конференцией ООН по окружающей среде и развитию [Электронный ресурс] / Рио-де-Жанейро, 3-14 июня 1992 г. // <http://www.un.org/russian/conferen/wssd/agenda21/>
28. Подготовка городских планов «Здоровье и устойчивое развитие» [Электронный ресурс]/ Копенгаген, 1997 // www.who.dk/healthy-cities/hcppub-htmp#planning
29. Проект ВОЗ «Здоровые города». Стадия III: 1998-2002гг. / ВОЗ. Европейское региональное бюро, Центр по вопросам городского здравоохранения. Копенгаген, 1997. 40 с.
30. Проект «Здоровые города»: Пособие для руководителей городских проектов. М.: Центр поддержки проекта «Здоровые города», 1996. 84 с.
31. Предупреждение дорожно-транспортного травматизма в Европе: перспективы здравоохранения в Европе / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004. 97 с.
32. Профили здоровья города – анализ динамики [Электронный ресурс] / Копенгаген, 1996 // www.who.dk/healthy-cities/hcppub-htmp#Profile.
33. Свидетельство эффективности укрепления здоровья: Отчет международного союза по укреплению здоровья и образованию для Европейской комиссии. Ч.2: Книга фактов. Бишкек: Республиканский центр укрепления здоровья, 2005. 239 с.
34. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения/ Под ред. Ю. П. Лисицына. Казань, 2000. С.3-88.
35. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты: Пер. с англ. В. Ушакова. М.: Центр поддержки проекта «Здоровые города»; Федеральный НИИ медицинских проблем формирования здоровья Минздрава РФ, 1998. 22 с.
36. Тезисы II Всероссийского съезда врачей общей (семейной) практики Российской Федерации. Чебоксары, 2004. 244 с.

37. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения/ В. З. Кучеренко, М. Н. Пешков, А. К. Хетапурова, Н. В. Эккерт// Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. С.10-16.
38. Управление здравоохранением: Учеб./ Под ред. В. З. Кучеренко. М.: ТЕИС, 2001. 448 с.
39. Устойчивое развитие и здоровье в городах Европы. Концепция и организационные принципы/ Пер. с англ. М., 1997. Вып. 1. (Устойчивое развитие и здоровье в Европе).
40. Участие городского населения в работе по улучшению здоровья и устойчивому развитию [Электронный ресурс] / Копенгаген, 2003 // www.who.dk/healthy-cities/hcppub-http#community
41. Фаза IV (2003-2007 гг.) сети ВОЗ «Здоровые города в Европе»: цели и необходимые условия. Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 2003. (Сеть ВОЗ «Здоровые города»).
42. Фишер Р. Путь к согласию, или переговоры без поражения. [Текст]/ Р. Фишер, У. Юрии. М., 1992. 158 с.
43. Чувашская Республика. Кабинет Министров. О республиканской программе по ограничению курения табака в Чувашской Республике на 2005-2007 годы [Электронный ресурс]: Постановление от 11.02.2005 г. № 33 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
44. Чувашская Республика. Президент. О Годе молодежи и здорового образа жизни [Электронный ресурс]: Указ от 18.06.2004 г. № 65 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
45. Чувашская Республика. Президент. О годе парков и садов [Электронный ресурс]: Указ от 22.09.2004 г. № 107 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
46. Чувашская Республика. Президент. О дополнительных мерах по обеспечению жителей Чувашской Республики качественной питьевой водой [Электронный ресурс]: Указ от 23.09.2004 г. № 109 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
47. Чувашская Республика. Кабинет Министров. О концепции государственной политики в области здорового питания Чувашской Республики [Электронный ресурс]: Постановление от 04.07.2005 г. № 167 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
48. Чувашская Республика. Президент. О Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы [Электронный ресурс]: Указ от 18.06.2004 г. № 65 // Справочно-правовая система «Консультант плюс»
49. Чувашская Республика. Президент. Об организации движения «Чувашия – здоровый регион» [Электронный ресурс]: Указ от 19.02.2004 г. № 15. // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
50. Чувашская Республика. Президент. О профилактике курения табака [Электронный ресурс]: Указ от 29.11.2004 г. № 129 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
51. Чувашская Республика. Президент О дополнительных мерах по развитию семейной медицины [Электронный ресурс]: Указ от 25.02.2003 г. № 14 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
52. Чувашская Республика. Кабинет Министров. О Стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чуваш-

- ской Республике на 2003-2010 годы [Электронный ресурс]: Постановление от 14.04. 2003 г. № 95 // Справочно-правовая система «Консультант плюс».
53. Чумиков А. Н., Бочаров М. П. Связи с общественностью. Теория и практика: Учеб. пособие. М.: Дело, 2003 496 с.
 54. Bracht. N., Tsouros. A. Principles and strategies of effective community participation. *Health promotion international*, 5: 199-208 (1990).
 55. Charter of European Cities and Towns towards Sustainability (the Aalborg Charter). Brussels. European Sustainable Cities & Towns Campaign, 1994
 56. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization (Health for All Series, No. 3)
 57. Hancock, T. Planning and creating healthy and sustainable cities the challenge for the 21st century. In: Price, c/ & Tsouros, A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Healthy Cities Project Office, 1996. P. 65-88
 58. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1 (4) :iii-v (1986)
 59. Smithies J., Adams. L. *Community participation in health promotion*. London, Health Education Authority, 1990.
 60. Smithies J., Webster. G. *Community involvement in health: from passive recipients to active participants*. Aldershot, Ashgate, 1998.

Приложения

1. О плане первоочередных мероприятий по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов, в Чувашской Республике

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

КАБИНЕТ МИНИСТРОВ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

от 3 июля 2001 г. № 153

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 917 "О Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года" Кабинет Министров Чувашской Республики постановляет:

1. Утвердить прилагаемый План первоочередных мероприятий по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов, в Чувашской Республике.

2. Министерством, иным органам исполнительной власти Чувашской Республики обеспечить своевременное выполнение мероприятий, предусмотренных указанным Планом.

3. Рекомендовать администрациям районов и городов Чувашской Республики разработать муниципальные программы по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов.

4. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохранения Чувашской Республики.

Председатель Кабинета Министров
Чувашской Республики
Э. АБЛЯКИМОВ

Утвержден
 постановлением
 Кабинета Министров
 Чувашской Республики
 от 03.07.2001 г. № 153

ПЛАН
первоочередных мероприятий по профилактике заболеваний, связанных
с дефицитом йода и других микронутриентов, в Чувашской Республике

| № п.п. | Наименование мероприятий | Сроки исполнения | Основные исполнители |
|--------|--|------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Мониторинг влияния дефицита йода и других микронутриентов на здоровье населения | | |
| 1.1 | Внедрение региональной системы наблюдения за содержанием йода и других микронутриентов в пищевых продуктах и биосредах человека и оценка их влияния на состояние здоровья различных групп населения | I квартал 2002 г. | ЦГСЭН в Чувашской Республике, Минздрав Чувашии, медицинский институт Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова, НАНИ Чувашской Республики |
| 1.2 | Внедрение региональной системы статистического наблюдения заболеваний, обусловленных дефицитом йода и других микронутриентов | III квартал 2001 г. | Минздрав Чувашии, ЦГСЭН в Чувашской Республике |
| 1.3 | Проведение эпидемиологического анализа йоддефицитных состояний методом популяционного кластерного исследования в четырех эколого-биогеохимических зонах Чувашской Республики: Алатырском, Батыревском, Вурнарском, Моргаушском районах | 2002 г. | НАНИ Чувашской Республики, Минздрав Чувашии |
| 1.4 | Расчет потребности в продуктах питания, содержащих микронутриенты для различных возрастных групп населения, и экономическое обоснование мер по преодолению их дефицита | ежегодно | Минэкономики Чувашии, Минздрав Чувашии |
| 2. | Расширение рынка продовольственных товаров, обогащенных йодом и другими микронутриентами | | |
| 2.1 | Разработка порядка предоставления предприятиям пищевой и молочной промышленности, производящим продукты питания, обогащенные йодом и другими микронутриентами, экономических и других льгот в соответствии с действующим законодательством | IV квартал 2001 г. | Минсельхозпрод Чувашии, Минпредпринимательство Чувашии, Минфин Чувашии, Минэкономики Чувашии, Чувашпотребсоюз |

| № п.п. | Наименование мероприятий | Сроки исполнения | Основные исполнители |
|--------|--|---------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.2 | Организация производства продуктов питания массового потребления в соответствии с требованиями государственного надзора за качеством и безопасностью пищевых продуктов на предприятиях пищевой и молочной промышленности всех форм собственности: хлеба и хлебобулочных изделий, молока, обогащенных йодом; безалкогольных напитков и кондитерских изделий, содержащих витамины и микронутриенты; поваренной соли, содержащей высокостабильный йодат калия | постоянно | Минсельхозпрод Чувашии, Минпредпринимательство Чувашии, Чувашпотребсоюз, администрации районов и городов |
| 2.3 | Организация и стимулирование предприятий по расширению ассортимента реализуемых морепродуктов | постоянно | Минсельхозпрод Чувашии, Минпредпринимательство Чувашии, Чувашпотребсоюз, администрации районов и городов |
| 2.4 | Разработка научно обоснованных рекомендаций по восполнению дефицита микронутриентов, витаминов в организме животных с учетом зональных особенностей почвы и обеспечение их внедрения в практику животноводства | 2002 г. | НАНИ Чувашской Республики, Чувашская государственная сельскохозяйственная академия |
| 3. | Информационно-просветительная кампания по вопросам рационального питания, профилактики заболеваний, обусловленных дефицитом йода и других микронутриентов | | |
| 3.1 | Организация и проведение в средствах массовой информации пропаганды принципов здорового питания, профилактики микронутриентной недостаточности на основе современных требований медицинской науки | постоянно | Минздрав Чувашии, ЦГСЭН в Чувашской Республике, Госкомпечать Чувашии, ГТРК "Чувашия", Чувашский республиканский комитет общества Красного креста |
| 3.2 | Проведение выставок, Дней качества, дегустации продуктов повышенной пищевой и биологической ценности | два раза в год | Минпредпринимательство Чувашии, Чувашпотребсоюз, администрации районов и городов |
| 3.3 | Организация центра здорового питания для консультирования населения по вопросам рационального питания | I квартал 2002 г. | Минздрав Чувашии |
| 3.4 | Включение в программу повышения квалификации педагогов и медицинских работников вопросов образования | III квартал 2002 г. | Чувашский республиканский институт рационального питания, Минздрав Чувашии |

| № п.п. | Наименование мероприятий | Сроки исполнения | Основные исполнители |
|--------|--|--------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.5 | Проведение научно - практической конференции по особенностям питания в различных экологических зонах | ежегодно | НАНИ Чувашской Республики, медицинский институт Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова |
| 4. | Мероприятия по профилактике дефицита йода и других микронутриентов | | |
| 4.1 | Реализация мер, предусмотренных постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 4 апреля 2000 г. № 58 "О Плана действий по охране материнства в Чувашской Республике" в части бесплатного выделения беременным женщинам и кормящим матерям до достижения детьми возраста шести месяцев препаратов, содержащих необходимые витамины и микроэлементы | постоянно | Минздрав Чувашии, администрации районов и городов |
| 4.2 | Формирование и размещение целевых заказов на поставку молока и хлебобулочных изделий, обогащенных витаминами и микронутриентами, йодированной соли для учреждений здравоохранения, образования, социального обеспечения | ежегодно | Минздрав Чувашии, Минобразования Чувашии, Минсоцполитики Чувашии, администрации районов и городов |
| 4.3 | Проведение профилактики препаратами йода в детских организованных коллективах | постоянно | администрации районов и городов, Минобразования Чувашии, Минздрав Чувашии |
| 4.4 | Разработка и принятие муниципальной (г. Чебоксары) программы "Детская стоматология" | IV квартал 2001 г. | Администрация г. Чебоксары |

2. Перечень информационно-методических материалов для членов межведомственных команд

1. О Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы: Указ Президента Чувашской Республики от 18.06.2004 г. № 65.
2. Об организации движения «Чувашия – здоровый регион»: Указ Президента Чувашской Республики от 19.02.2004 г. № 15.
3. О Годе молодежи и здорового образа жизни: Указ Президента Чувашской Республики от 18.06.2004 г. № 65.
4. О Годе парков и садов: Указ Президента Чувашской Республики от 22.09.2004 г. № 107.
5. О дополнительных мерах по развитию семейной медицины: Указ Президента Чувашской Республики от 25.02.2003 г. № 14.
6. О Стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003-2010 годы: Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.04. 2003 г. № 95.
7. Здоровье-21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
8. Повестка дня на XXI век (принята конференцией ООН по окружающей среде и развитию). Рио-де-Жанейро, 3-14 июня 1992 г.
9. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты.
10. Устойчивое развитие и здоровье в городах Европы. Концепция и организационные принципы (Устойчивое развитие и здоровье в Европе).
11. Общественное здравоохранение и развитие политики здоровья и качества жизни на муниципальном уровне: Руководство по организации цикла обучающих семинаров. (Коллектив авторов. Чебоксары, 2005)
12. Социальные факторы, влияющие на состояние здоровья населения: Конспект лекций (Коллектив авторов. Чебоксары, 2005).

**3. Учебная программа цикла тематического усовершенствования
по общественному здоровью и здравоохранению
для консультантов/преподавателей
«Общественное здравоохранение и политика здоровья и качества жизни
на муниципальном и региональном уровнях»**

Место проведения: г. Чебоксары, Чувашская Республика

*Уважаемые участники цикла тематического усовершенствования!
Вам рекомендуется изучить ряд специальных материалов, подготовленных
для Вас организаторами цикла. Предварительное детальное изучение предло-
женной Вам литературы значительно повысит эффективность Вашего обу-
чения на цикле. Значит, мы вместе с Вами гораздо быстрее получим резуль-
таты и достигнем поставленной цели.*

Предварительное самостоятельное изучение материала курсантами по следующим темам:

- **Концепции здоровья и укрепления здоровья:**
- **Концепции здоровья**
- **Детерминанты/условия, которые лежат в основе здоровья**
- **Подходы к проблеме здоровья**
- **Концепция укрепления здоровья**
- **Система ценностей и принципы укрепления здоровья**
- **Всесторонняя модель укрепления здоровья**
- **Мероприятия (уровни воздействия) по укреплению здоровья**
- **Реализация инициатив по укреплению здоровья**

17 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Социальные детерминанты здоровья

Современные стратегии здоровья и качества жизни

- *Стратегия «Здоровье для всех»*
- *Стратегия устойчивого развития*
- *Проект «Здоровые города»*
- *Стратегия по транспорту: «Предупреждение дорожно-транспортного травматизма»*
- *Важнейшие политические документы по здоровью и качеству жизни*

Практическая реализация программ по укреплению здоровья:

Программы профилактики, которые работают и которые не работают

Как организовать эффективную работу программ по укреплению здоровья

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические «презентации»

9:00 – 9:45 Лекция

9:45 – 10:00 Вступление к работе в малых группах: правила работы, распределе-
ние ролей, раздаточные материалы, вопросы для обсуждения в груп-
пах

- 10:00 – 10:30 Работа в малых группах (участники разбиваются на 3 группы по 5 человек в каждой группе; раздается перечень вопросов для обсуждения и последующей презентации)
- 10:30 – 10:45 Перерыв
- 10:45 – 11:30 Презентации групп (по 15 минут на каждую из 3 групп) (10-12 минут – сообщение, 3-5 минут – вопросы)
- 11:30 – 11:50 Подведение итогов обсуждения. Дискуссия
- 11:50 – 12:35 Лекция
- 12:35 – 12:50 Перерыв
- 12:50 – 13:10 Методическое занятие по работе в группах (краткое сообщение): знакомство участников с методами работы в малых группах; пояснения к вопросам для обсуждения в группах
- 13:10 – 13:40 Работа в малых группах с использованием представленного метода работы
- 13:40 – 14:25 Сообщения групп
- 14:25 – 14:45 Подведение итогов дня. Обсуждение. Домашнее задание.

18 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Налаживание межсекторального сотрудничества. Организационная модель. Разработка политики здоровья и качества жизни

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации

- 9:00 – 9:45 Лекция
- 9:45 – 10:00 Вступление к работе в малых группах: правила работы, распределение ролей, раздаточные материалы, вопросы для обсуждения в группах
- 10:00 – 10:30 Работа в малых группах (участники разбиваются на 3 группы по 5 человек в каждой группе; раздается перечень вопросов для обсуждения и последующей презентации)
- 10:30 – 10:45 Перерыв
- 10:45 – 11:30 Презентации групп (по 15 минут на каждую из 3 групп) (10-12 минут – сообщение, 3-5 минут – вопросы)
- 11:30 – 11:50 Подведение итогов обсуждения. Дискуссия
- 11:50 – 12:35 Лекция
- 12:35 – 12:50 Перерыв
- 12:50 – 13:10 Методическое занятие по работе в группах (короткое сообщение): знакомство участников с методами работы в малых группах; пояснения к вопросам для обсуждения в группах
- 13:10 – 13:40 Работа в малых группах с использованием представленного метода работы
- 13:40 – 14:25 Сообщения групп
- 14:25 – 14:45 Подведение итогов дня. Обсуждение. Домашнее задание

19-20 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Методика разработки межсекторального стратегического плана по здоровью и улучшению качества жизни населения

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации

9:00 – 9:45 Лекция

9:45 – 10:00 Вступление к работе в малых группах: правила работы, распределение ролей, раздаточные материалы, вопросы для обсуждения в группах

10:00 – 10:30 Работа в малых группах (участники разбиваются на 3 группы по 5 человек в каждой группе; раздается перечень вопросов для обсуждения и последующей презентации)

10:30 – 10:45 Перерыв

10:45 – 11:30 Презентации групп (по 15 минут на каждую из 3 групп) (10-12 минут – сообщение, 3-5 минут – вопросы)

11:30 – 11:50 Подведение итогов обсуждения. Дискуссия

11:50 – 12:35 Лекция

12:35 – 12:50 Перерыв

12:50 – 13:10 Методическое занятие по работе в группах (короткое сообщение): знакомство участников с методами работы в малых группах; пояснения к вопросам для обсуждения в группах

13:10 – 13:40 Работа в малых группах с использованием представленного метода работы

13:40 – 14:25 Сообщения групп

14:25 – 14:45 Подведение итогов дня. Обсуждение. Домашнее задание

23 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Основные задачи кураторов по работе с межведомственными командами по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья и их координаторами.

Психологические аспекты организации работы межведомственных команд.

Основы групповой работы, особенности проведения деловых совещаний.

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации, интерактивные упражнения с использованием обратной видеосвязи.

10:30 – 10:45 Перерыв

12:35 – 12:50 Перерыв

24 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Основные понятия типологии личности.

Учет личностных особенностей участников межведомственных команд.

Основные теории мотивации.

Мотивация участников межведомственных команд.

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации, интерактивные упражнения с использованием обратной видеосвязи.

10:30 – 10:45 Перерыв

12:35 – 12:50 Перерыв

25 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Пути оптимизации взаимодействия участников разработки и реализации программ в области охраны и укрепления здоровья.

Методы разрешения конфликтных ситуаций. Функции и задачи медиатора.

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации, интерактивные упражнения с использованием обратной видеосвязи

10:30 – 10:45 Перерыв

12:35 – 12:50 Перерыв

26 августа 2004 г.

9.00 – 14.00

Методы участия населения в развитии местной политики по здоровью и качеству жизни. Современные подходы

Методы преподавания: лекции, дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации

9:00 – 9:45 Лекция

9:45 – 10:00 Вступление к работе в малых группах: правила работы, распределение ролей, раздаточные материалы, вопросы для обсуждения в группах

10:00 – 10:30 Работа в малых группах (участники разбиваются на 3 группы по 5 человек в каждой группе; раздается перечень вопросов для обсуждения и последующей презентации)

10:30 – 10:45 Перерыв

10:45 – 11:30 Презентации групп (по 15 минут на каждую из 3 групп) (10-12 минут – сообщение, 3-5 минут – вопросы)

11:30 – 11:50 Подведение итогов обсуждения. Дискуссия

11:50 – 12:35 Короткая лекция

12:35 – 12:50 Перерыв

12:50 – 13:10 Методическое занятие по работе в группах (краткое сообщение): знакомство участников с методами работы в малых группах; пояснения к вопросам для обсуждения в группах

- 13:10 – 13:40 Работа в малых группах с использованием представленного метода работы
13:40 – 14:25 Сообщения групп
14:25 – 14:45 Подведение итогов дня. Обсуждение. Домашнее задание

27 августа 2004 г.

9.00 – 14.45

Совместное обсуждение теоретических и научно-практических аспектов нового общественного здравоохранения

Методы преподавания: дискуссии, занятия в малых группах, тематические презентации, самостоятельная работа

- 10:00 – 10:45 Лекция
10:45 – 11:30 Дискуссия
11:30 – 12:00 Перерыв
12:00 – 12:45 Лекция
12:45 – 13:30 Пленарная дискуссия, 3 презентации участников
13:30 – 14:00 Перерыв
14:00 – 14.45 Подведение итогов

30 – 31 августа 2004 г.

9.00-14.45

Представление и обсуждение презентаций участниками цикла усовершенствования.

- 10:30 – 10:45 Перерыв
12:35 – 12:50 Перерыв

2 сентября 2004 г.

Зачетное занятие. Вручение дипломов

4. Учебный план семинаров «Общественное здравоохранение и политика здоровья и качества жизни на муниципальном уровне»

Распределение часов по темам и видам учебных занятий

| Наименование темы | Всего часов | Презентации | Практ. занятия |
|--|-------------|-----------------|-----------------|
| Определение здоровья. Концепция охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 гг. Социальные условия здоровья | 4 | 1 ч. | 3 ч. |
| Социальные условия здоровья: социальная изоляция, здоровье на рабочем месте, безработица, социальная поддержка, здоровое питание | 4 | 1 ч. 20 мин. | 2 ч. 40 мин. |
| Стратегия устойчивого развития. Проект «Здоровые города». Принципы успешного сотрудничества | 4 | 1 ч. | 3 ч. |
| Проект «Здоровые города, районы, поселки»: этапы проекта, организационная структура проекта. Создание «Профиля здоровья» | 4 | 1 ч. | 3 ч. |
| План развития здоровья муниципалитета, ключевые аспекты, семь шагов планирования. «Парфенон» плана развития здоровья | 4 | 50 мин. | 3 ч. 10 мин. |
| Участие населения в реализации политики развития здоровья и качества жизни | 4 | 50 мин. | 3 ч. 10 мин. |

Семинар 1

Цель: формирование современного представления о здоровье как о многофакторной категории, об основных детерминантах здоровья.

Задачи:

1. Дать современное определение здоровья, ознакомить с основными положениями стратегии «Здоровье-21».
2. Раскрыть содержание основных нормативных документов, принятых в Чувашской Республике по здоровью и качеству жизни.
3. Охарактеризовать социальные детерминанты здоровья: социальное неравенство, стресс, детство. Определить актуальность перечисленных детерминант для муниципалитета.
4. Сформировать партнерские отношения между членами МК.

Ожидаемый результат: усвоение основных положений, принятых на различных уровнях, политических документов по здоровью и качеству жизни.

Формирование отношения к здоровью как к многофакторной категории.

Повестка дня семинара

9.00-9.30. Представление членов МК, обсуждение повестки дня семинара.

9.30-10.00. Презентация по теме семинара. Определение «здоровья» Всемирной организацией здравоохранения. Стратегия ВОЗ «Здоровье-21». Концепция охраны здоровья населения ЧР на 2004-2010 гг.

10.00-10.40. Ознакомление с порядком работы в малых группах: правила работы, распределение ролей, раздаточных материалов, вопросов для обсуждения в группах (20 мин.).

Заполнение анкеты «Что для вас значит быть здоровым?».
Обсуждение в группе темы «В чем смысл жизни?» (20 мин.).

Анкета «Что значит быть здоровым?»

| Критерий | Степень значимости критерий | | |
|--|-----------------------------|---------------------------|-------|
| | значимые | три особенно значительных | место |
| Быть счастливым человеком | | | |
| Жить в семье | | | |
| Болезнь вирусными инфекциями (ОРВИ) не чаще 1 раза в год, лучше не болеть вообще | | | |
| Не страдать никакими заболеваниями | | | |
| Не испытывать чувство резкой усталости на работе и дома | | | |
| Правильно питаться | | | |
| С удовольствием заниматься спортом | | | |
| Жить в экологически чистом районе | | | |

10.40-11.00. Кофе-брейк.

11.00-11.30. Презентация по теме семинара. Социальные условия здоровья (детство, социальное неравенство, социальные различия, стресс).

11.30-12.30. Обсуждение участниками семинара следующих вопросов.

Как поступить с «убедительными фактами»?

Как их можно использовать?

Насколько актуальны данные проблемы для муниципалитетов (и/или организаций) Чувашской Республики?

Насколько реально организовать работу и добиться результатов по перечисленным направлениям? Какие программы/инициативы могут быть реализованы? Какие секторы необходимо вовлечь?

Совместный анализ анкеты «Что значит быть здоровым?»

12.30-12.50. Подведение итогов семинара.

Семинар 2

Цель: ознакомление членов МК с социальными условиями, влияющими на здоровье (социальная изоляция, работа, безработица, взаимная поддержка, вредные привычки, питание, транспорт).

Задачи:

1. Охарактеризовать социальные детерминанты здоровья: социальная изоляция, работа, безработица, взаимная поддержка, вредные привычки, питание, транспорт. Определить актуальность перечисленных детерминант для муниципалитета.

2. Выделить приоритетные детерминанты, характерные для каждого муниципалитета, в наибольшей степени влияющие на состояние здоровья населения.

Ожидаемый результат: убедить членов МК в возможности повышения уровня общественного здоровья населения муниципалитета путем разработки и реализации эффективных мероприятий в отношении основных детерминант здоровья.

Повестка дня семинара

Обсуждение повестки дня семинара.

9.00-10.00. Презентация по теме семинара. Социальные условия здоровья: социальная изоляция, работа, безработица, взаимная поддержка.

10.00-10.30. Работа в малых группах.

Проведение ССВО-анализа по актуальности и приоритетности детерминант в муниципалитете.

Презентация каждой группой результатов ССВО-анализа.

10.30-11.15. Презентация по теме семинара. Социальные условия здоровья: вредные привычки, питание, транспорт.

11.15-11.35. Кофе-брейк.

11.35-12.45. Обсуждение участниками семинара презентации по следующим вопросам:

Как поступить с «убедительными фактами»?

Как их можно использовать?

Насколько актуальны данные проблемы для муниципалитетов (и/или организаций) Чувашской Республики?

Насколько реально организовать работу и добиться результатов по перечисленным направлениям?

Какие программы/инициативы могут быть реализованы?

Какие сектора необходимо вовлечь в указанную работу?

12.45-13.00. Подведение итогов семинара.

Семинар 3

Цель: формирование на муниципальном уровне межведомственного сотрудничества (межсекторального партнерства) по вопросам охраны и укрепления здоровья.

Задачи:

1. Ознакомить с основными положениями стратегии устойчивого развития.

2. Обосновать необходимость межсекторального сотрудничества при решении социальных задач в области здравоохранения на основе положительного российского и международного опыта.

3. Провести анализ факторов, способствующих успешному сотрудничеству на уровне муниципалитета с оценкой их эффективности и возможности практического использования.

4. Отработать практические навыки межведомственного взаимодействия на примере разработки концептуальной модели устойчивого развития муниципалитета.

Ожидаемый результат: усвоение основных положений стратегии устойчивого развития, проекта «Здоровые города». Формирование навыков межведомственного взаимодействия в области охраны здоровья.

Повестка дня семинара

Обсуждение повестки дня семинара.

9.00–9.30. Обзор предыдущих семинаров, ответы на вопросы.

9.30–10.00. Презентация по теме семинара. Стратегия устойчивого развития, проект «Здоровые города».

10.00–10.40. Обсуждение участниками семинара следующих тем:

Условия для устойчивого развития муниципалитета?

Потенциально возможные негативные и позитивные факторы, влияющие на внедрение стратегии устойчивого развития, проекта «Здоровые города» в конкретном муниципалитете.

10.40-11.00. Работа в малых группах. Построение концептуальной модели устойчивого развития муниципалитета. Презентация каждой группой разработанной модели устойчивого развития муниципалитета

11.00–11.20. Кофе-брейк.

11.20–11.50. Презентация по теме семинара. Принципы успешного сотрудничества.

11.50–12.15. Обсуждение участниками семинара следующих вопросов:

Каковы факторы, способствующие развитию успешного сотрудничества в вашем муниципалитете?

Что необходимо внедрить или усовершенствовать?

12.15–12.45. Деловая игра «Умеем ли мы вести переговоры?»

12.45–13.00. Подведение итогов дня.

Семинар 4

Цель: вовлечение муниципалитетов в реализацию проекта «Здоровые города, районы, поселки», основные подходы к составлению профиля здоровья города (района, поселка).

Задачи:

1. Раскрыть концепцию, обозначить ключевые аспекты проекта «Здоровые города, районы, поселки».
2. Обсудить и апробировать на практике методологию «Построение схемы развития проекта».
3. Представить концептуальную модель «Профиля здоровья» муниципалитета.
4. Ознакомить с методологией подготовки «Профиля здоровья» муниципалитета.

Ожидаемый результат: приобретение теоретических знаний и практических навыков организации деятельности проекта «Здоровые города, районы, поселки», подготовки «Профиля здоровья» муниципалитета.

Повестка дня семинара

9.00-9.30. Обзор предыдущего семинара, ответы на вопросы. Обсуждение и согласование целей и задач настоящего семинара.

9.30-10.00. Презентация по теме семинара: «Проект «Здоровые города, районы, поселки».

10.00-10.40. Работа в малых группах. Обсуждение темы: «ключевые аспекты проекта «Здоровые города, районы, поселки».

Построение возможной организационной структуры и схемы развития проекта в муниципалитете.

10.40-11.20. Презентация каждой группой организационной структуры, схемы развития проекта в муниципалитете.

11.20-11.30. Кофе-брейк.

11.30-12.00. Презентация по теме семинара: «Профиль здоровья» муниципалитета.

12.00-12.40. Работа в малых группах: обсуждение темы «Основные факторы, оказывающие влияние на состояние здоровья населения в муниципалитете»

Заполнение рабочей таблицы индикаторов здоровья населения с учетом сильных и слабых сторон в конкретном муниципалитете.

Составление местной карты ресурсов. Деловая игра.

12.40-12.50. Подведение итогов дня.

Семинар 5

Цель: вовлечение муниципалитетов в реализацию проекта «Здоровые города, районы, поселки».

Задачи:

1. Раскрыть концепцию, обозначить ключевые аспекты плана развития здоровья муниципалитета с основными направлениями развития проекта «Здоровые города, районы, поселки».

2. Ознакомить с методологией подготовки плана развития здоровья муниципалитета.

3. Дать представление о модели плана развития здоровья муниципалитета.

Ожидаемый результат: приобретение теоретических знаний и практических навыков подготовки плана развития здоровья муниципалитета.

Повестка дня семинара

9.00-9.30. Обзор предыдущего семинара, ответы на вопросы, обсуждение и согласование целей и задач настоящего семинара.

9.30-10.00. Презентация по теме семинара «План развития здоровья муниципалитета» (часть I).

10.00-10.40. Работа в малых группах: обсуждение темы «Ключевые аспекты плана развития здоровья муниципалитета».

10.40-11.00. Презентация каждой группой модели желаемого будущего муниципалитета с определением приоритетов в развитии здоровья жителей.

11.00-11.15. Кофе-брейк.

11.15-11.45. Презентация по теме семинара «План развития здоровья муниципалитета» (часть II).

11.45-12.45. Работа в малых группах: обсуждение темы «Составные части плана развития здоровья муниципалитета».

Заполнение рабочей таблицы «Составление плана мероприятий по подготовке плана развития здоровья муниципалитета». Деловая игра.

12.45-12.55. Подведение итогов дня.

Семинар 6

Цель: вовлечение населения в реализацию политики развития здоровья и качества жизни.

Задачи:

1. Дать определение понятия «участие населения»

2. Охарактеризовать «инструментальный набор» (приемы и методы), который помогает достичь высокой степени участия населения.

Ожидаемый результат: приобретение теоретических знаний о приемах и методах привлечения населения к участию в реализации политики развития здоровья и качества жизни.

Повестка дня

9.00-9.30. Обзор предыдущих семинаров, ответы на вопросы. Обсуждение целей и задач настоящего семинара

9.30-10.00. Презентация по теме «Участие населения - фундаментальный принцип новой общественной политики отношения к здоровью».

10.00-10.40. Работа в малых группах. Обсуждение темы: «Формы участия населения». Построение «колеса» участия населения для муниципалитета

10.40-11.20. Презентация каждой группой темы «Колесо» участия населения».

11.20-11.30. Кофе-брейк

11.30-12.00. Презентация по теме «Приемы и методы вовлечения населения».

12.00-12.40. Работа в малых группах: составление местной карты ресурсов муниципалитета.

12.40-12.50. Подведение итогов дня.

5. Постановление Главы администрации города Новочебоксарск

О создании межведомственного профилактического совета

Для обеспечения эффективного межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья населения, практической реализации современной модели первичной медико-санитарной помощи, внедрения программ обучения навыкам здорового образа жизни в соответствии с п. 3 Указа Президента Чувашской Республики от 25.02.2003 года № 14 «О дополнительных мерах по развитию семейной медицины в Чувашской Республике»

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Создать межведомственный профилактический совет в составе:

| Фамилия, имя, отчество | Место работы, должность |
|------------------------|--|
| Кочетов В. И. | зам. главы администрации по социальным вопросам, председатель Совета; |
| Жвакин В. В. | начальник управления здравоохранения, физической культуры и спорта администрации г. Новочебоксарска, зам. председателя Совета; |
| Перевалова М. В. | главный специалист отдела культуры и по делам молодежи администрации г. Новочебоксарска, секретарь Совета; |
| Матвеев В. П. | начальник управления образования администрации г. Новочебоксарска, член Совета; |
| Степанов В. С. | начальник управления социальной защиты населения, член Совета; |
| Колыванова Н. В. | начальник отдела информационной политики и информатизации администрации г. Новочебоксарска, член Совета; |
| Меженникова В. И. | председатель территориального объединения самоуправления, член Совета; |
| Ширшов А. Ю. | начальник отдела экологической безопасности администрации г. Новочебоксарска, член Совета; |
| Луговская Н. Ф. | начальник Территориального управления Роспотребнадзора в г. Новочебоксарске, член Совета; |
| Запалов Е. А. | зам. начальника отдела экономического развития администрации г. Новочебоксарска, член Совета; |
| Любавин М. М. | зам. начальника управления здравоохранения, физической культуры и спорта администрации г. Новочебоксарска, член Совета; |
| Дмитриева З. Ф. | зав. медико-педагогическим отделением муниципального учреждения здравоохранения «Новочебоксарский врачбно-физкультурный диспансер»; член Совета; |
| Мещанинова В. П. | главный внештатный специалист управления здравоохранения, физической культуры и спорта по организации сестринского дела; |
| Михайлов Ю. Н. | главный специалист правового отдела администрации г. Новочебоксарска; |
| Кочетова А. И. | координатор проекта «Здоровые города» по г. Новочебоксарску, член Совета. |

2. Утвердить положение о межведомственном профилактическом совете г. Новочебоксарска Чувашской Республики.
3. Контроль за исполнением возложить на зам. главы администрации по социальным вопросам Кочетова В. И.

Глава администрации
г. Новочебоксарска
Чувашской Республики

В. В. Андреев

Положение о Межведомственной команде (профилактическом Совете) администрации города Чебоксары

1. Общие положения

1.1. Межведомственная команда (профилактический Совет) администрации города Чебоксары (далее – Совет) создана во исполнение Указа Президента Чувашской Республики «О дополнительных мерах по развитию семейной медицины» от 25 февраля 2003 г. № 14, стратегического плана «Реструктуризация системы предоставления медицинской помощи населению Чувашской Республики на 2003-2010 годы» (утвержден постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 апреля 2003 г. № 95), для практической реализации современной модели организации первичной медико-санитарной помощи населению и внедрения программ обучения населения навыкам здорового образа жизни.

1.2. Работа Совета осуществляется на основе межведомственного взаимодействия отраслей и ведомств, наделенных полномочиями и ответственностью в различных аспектах охраны здоровья населения: образования, здравоохранения, физической культуры и спорта, экологии, санитарно-эпидемиологического надзора, культуры, социальной защиты, по работе с молодежью. В пределах своей компетенции Совет активно взаимодействует с общественными организациями, средствами массовой информации, органами внутренних дел.

1.3. Совет создается постановлением главы администрации города Чебоксары.

1.4. Совет в своей работе руководствуется Конституцией Российской Федерации и Конституцией Чувашской Республики, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации и Чувашской Республики, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и Чувашской Республики, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Чувашской Республики, постановлениями и распоряжениями главы администрации г. Чебоксары, настоящим Положением.

2. Основные цели, задачи и функции Совета

2.1. Основной целью организации Совета является реализация согласованной политики развития индивидуального и общественного здоровья и повышения качества жизни, основанной на стратегии Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех в 21 столетии» и стратегии устойчивого развития.

2.2. Основными задачами Совета являются:

2.2.1. Обеспечение эффективного межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья населения, практической реализации современной модели

первичной медико-санитарной помощи, внедрения программ обучения навыкам здорового образа жизни.

2.2.2. Объединение интеллектуальных и материальных ресурсов для разработки и практической реализации программ/инициатив, в том числе для целевых групп населения, по обеспечению здоровой среды обитания, обучению навыкам здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактике заболеваний и основных факторов риска, социальной адаптации и активному долголетию.

2.3. Для решения поставленных задач Совет выполняет следующие функции:

2.3.1. Анализ состояния здоровья населения города Чебоксары и основных факторов, оказывающих на него влияние (экологическая обстановка, уровень социально-экономического развития, питание и водоснабжение, условия труда, безопасность движения, поведенческие факторы и т. д.)

2.3.2. Проведение социологических опросов и исследований общественного мнения об отношении к здоровью, выявление актуальных проблем, оказывающих наиболее значимое влияние на состояние индивидуального и общественного здоровья.

2.3.3. Формирование и ведение профиля здоровья города Чебоксары с ежегодным анализом положительных и негативных изменений, внесением корректирующих дополнений по всем аспектам деятельности муниципалитета, влияющим на здоровье населения.

2.3.4. Разработка и реализация планов мероприятий по выполнению программ/инициатив, направленных на коррекцию неблагоприятных факторов среды обитания и отрицательных поведенческих навыков.

2.3.5. Проведение комплексной информационно-образовательной кампании среди населения по основным проблемам состояния и охраны здоровья населения, планируемым структурным преобразованиям в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

2.3.6. Подготовка и распространение информационных материалов, печатных изданий, методических пособий по вопросам охраны здоровья, здорового образа жизни, профилактики заболеваний.

2.3.7. Организация тематических встреч, семинаров, конференций по актуальным проблемам охраны здоровья и здорового образа жизни для целевых групп населения, организаторов информационно-образовательных кампаний, общественных движений.

2.3.8. Изучение опыта и сотрудничество с межведомственными профилактическими советами других районов и городов республики, российскими и международными организациями, общественными движениями в области укрепления здоровья и межведомственного взаимодействия по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению, участие в международных и российских конференциях, симпозиумах и выставках.

2.3.9. Взаимодействие со средствами массовой информации в целях предоставления информации об охране и укреплении здоровья, здоровом образе жизни, формировании общественного мнения в поддержку современной модели первичной медико-санитарной помощи, информационного сопровождения деятельности Совета.

2.3.10. Взаимодействие в реализации конкретных программ/инициатив с другими отделами администрации, структурными подразделениями государственных органов исполнительной власти (отделы внутренних дел, инспекция по охране труда и т. д.), предприятиями, организациями и учреждениями всех форм собственности, религиозными и общественными движениями.

3. Права и обязанности Совета

3.1. Вносить предложения о совершенствовании государственной политики развития индивидуального и общественного здоровья и повышении качества жизни населения.

3.2. Получать по вопросам, отнесенным к компетенции Совета, от государственных органов исполнительной власти (Министерство здравоохранения, Министерство образования, Министерство физической культуры и спорта, Министерство социальной политики Чувашской Республики, Государственная служба санитарно-эпидемиологического надзора, Государственный комитет по делам молодежи Чувашской Республики и др.), предприятий, организаций, учреждений всех форм собственности необходимые сведения для подготовки рекомендаций и предложений, а также содействие и организационно-методическую помощь в реализации программ/инициатив по охране и укреплению здоровья населения.

3.3. Привлекать к участию в работе Совета по отдельным проблемам охраны и укрепления здоровья необходимых специалистов.

4. Порядок работы Совета

4.1. Руководителем Совета является первый заместитель главы администрации города.

4.2. В состав Совета входят представители управлений здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, культуры, отдела по социальной защите населения, комитета по делам молодежи и центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Чебоксары.

4.3. Заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

4.4. Решения Совета принимаются простым большинством голосов путем открытого голосования и действительны при участии в заседании не менее 50% его списочного состава. Решения оформляются протоколами заседаний.

4.5. Каждый член Совета имеет право одного голоса.

4.6. Протоколы заседаний и документация Совета ведутся секретарем. Протоколы заседаний оформляются в шести экземплярах для администрации города Чебоксары, Министерства здравоохранения Чувашской Республики, Министерства образования Чувашской Республики, Министерства физической культуры и спорта Чувашской Республики, Министерства социальной политики Чувашской Республики и для Совета.

5. Прекращение деятельности Совета

5.1. Деятельность Совета прекращается на основании постановления главы администрации города Чебоксары.

5.2. При прекращении деятельности Совета протоколы заседаний, материалы и документация по деятельности Совета сдаются в архив администрации города Чебоксары.

6. Анкета

1. **Возраст** 18-30, 31-50, 51-60, 61 и старше.
2. **Пол:** муж., жен.
3. **Местожительство** (район, город).
4. **Образование:** начальное, среднее, среднее специальное, незаконченное высшее, высшее.
5. **Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?**
 - отличное;
 - хорошее;
 - удовлетворительное;
 - плохое.
6. **Что для Вас имеет большую ценность в жизни?**
 - здоровье,
 - материальное благополучие,
 - удовлетворение основных физиологических потребностей (питание, отдых и т. д.),
 - хорошая работа, удачная профессиональная карьера,
 - другие (указать какие).
7. **От чего, на Ваш взгляд, в первую очередь зависит здоровье (расставить места – 1, 2, 3 и т. д.)?**
 - от государства;
 - окружающей среды (состояние воды, атмосферного воздуха, почвы и т. д.);
 - образа жизни (питание, вредные привычки, режим дня и т. д.);
 - системы здравоохранения;
 - другие факторы (указать какие).
8. **Кто, по Вашему мнению, в первую очередь несет ответственность за здоровье?**
 - сам человек;
 - государство;
 - медицинские работники.
9. **Что выгоднее для здоровья?**
 - лечение;
 - профилактика.
10. **Какие вопросы, связанные со здоровьем, интересуют Вас в первую очередь?**
 - питание;
 - физическая активность;
 - кровяное давление;
 - курение;
 - избыточная масса тела;
 - алкоголизм, наркомания.
11. **Какие заболевания, на Ваш взгляд, наиболее часто встречаются в Вашем регионе?**
 - болезни сердечно-сосудистой системы;
 - болезни органов дыхания;
 - болезни желудочно-кишечного тракта;
 - злокачественные новообразования;
 - эндокринные заболевания (сахарный диабет, болезни щитовидной железы);

- алкоголизм;
 - наркомания;
 - венерические заболевания;
 - туберкулез.
- 12. Как Вы оцениваете свое питание?**
- очень хорошее;
 - нормальное;
 - плохое.
- 13. Известно ли Вам, что значит «здоровое питание»?**
- да;
 - нет.
- 14. Какие, по Вашему мнению, причины нарушения питания населения в Вашем регионе?**
- недостаточная культура питания;
 - низкий уровень знаний населения о здоровом питании;
 - низкая покупательная способность населения;
 - низкое качество пищевых продуктов;
- 15. Из каких источников Вы получаете информацию о проблемах здоровья?**
- телевидение;
 - радио;
 - пресса;
 - медицинские работники.
- 16. Из каких источников Вы хотели бы получить информацию о здоровье?**
- телевидение;
 - радио;
 - пресса;
 - медицинские работники.
- 17. Что Вы считаете необходимым делать для сохранения или улучшения своего здоровья?**
- следовать рекомендациям здорового питания;
 - следить за массой тела;
 - физическая активность в свободное время;
 - отказ от вредных привычек (курение, потребление алкоголя и т. д.);
 - полноценный отдых,
 - своевременное обращение за медицинской помощью и регулярное посещение врача.
- 18. Что, по Вашему мнению, необходимо в первую очередь предпринять органам управления для улучшения здоровья населения Вашего региона**
- улучшить качество воды;
 - улучшить качество атмосферного воздуха;
 - создать условия и обеспечить доступность занятий спортом (строительство спортивных комплексов, площадок, секций);
 - обеспечить доступность медицинской помощи.

7. Анализ результатов социологического опроса населения Чувашской Республики

В Чувашской Республике в 2003 году в рамках проекта ВОЗ/CIDA «Политика и управление в здравоохранении РФ» проведен социологический опрос населения об отношении к своему здоровью в целях определения основных приоритетов и проблем в области охраны здоровья для последующей выработки эффективных управленческих решений и определения тактики широкомасштабных профилактических программ.

Анкеты всех территорий обработаны программным методом, подготовлены результаты полученных данных в разрезе муниципальных образований и в целом по республике.

Выборочная совокупность в целом по республике составила 7113 человек в возрасте 18 лет и старше. Респонденты были сгруппированы по полу, возрасту, уровню образования. Состав респондентов в основном отражал общую структуру населения республики. Основная часть опрошенных – лица трудоспособного возраста (46,3%), имеющие среднее специальное образование (47,6%).

Таблица 7.1

Основные группы респондентов, %

| Группы респондентов | Доля, % |
|---------------------|---------|
| Пол | |
| Мужчина | 31,9 |
| Женщина | 65,4 |
| Возраст, лет | |
| 18-30 | 28,6 |
| 31-50 | 46,3 |
| 51-60 | 15,1 |
| 60 и старше | 8,5 |
| Образование | |
| Начальное | 8,8 |
| Среднее | 17,8 |
| Среднее специальное | 47,6 |
| Неоконченное высшее | 4,2 |
| Высшее | 17,2 |

Вопросы относились преимущественно к интересующим респондентов темам о здоровье и профилактике заболеваний, к их жизненным ценностям, отношению к мерам поддержания и укрепления здоровья, оценке состояния здоровья населения своей территории и факторов, влияющих на него.

Проведенный опрос показал, что подавляющее большинство опрошенных (55,5%) оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 5,5% - «отличное», 27,4 - «хорошее», 10,4% - «плохое» (табл. 7.2). Группы респондентов по месту проживания (город, село) достаточно сходны по оценке состояния своего здоровья.

В ходе исследования важно было определить основные жизненные ценности опрашиваемых. Для 84% опрошенных главную ценность в жизни имеет здоровье, материальное благополучие важно как цель в жизни для 17,8% респондентов, хо-

рошая работа и удачная профессиональная карьера – для 11,8, удовлетворение основных физиологических потребностей (питание и т. д.) – для 6%.

Таблица 7.2

Оценка состояния своего здоровья городскими и сельскими жителями, %

| Жители | Отлично | Хорошо | Удовлетворительно | Плохо |
|-----------|---------|--------|-------------------|-------|
| Городские | 3,4 | 32,8 | 53,5 | 10,4 |
| Сельские | 6,6 | 32,2 | 50,0 | 11,2 |

Очевидно, для групп населения по различному состоянию здоровья главные жизненные ценности смещаются. При хорошем здоровье – это хорошая работа и удачная профессиональная карьера. Для лиц с плохим здоровьем работа и карьера теряют всякое значение.

В настоящее время, как доказано социально-гигиеническими исследованиями, здоровье определяется прежде всего условиями и образом жизни, от которых зависит 50-55% заболеваний, особенно хронических неэпидемических. На 20-25% здоровье обусловлено экологическими факторами (состоянием окружающей среды), на 15-20 - наследственностью и только на 10% - состоянием медицинской помощи.

Как показало исследование, уровень информированности населения о факторах, оказывающих влияние на здоровье, достаточно высок.

По мнению 87,4% респондентов, ответственность за свое здоровье несет сам человек. Большинство опрошенных (79,7%) считают, что для здоровья выгоднее профилактика, чем лечение.

На вопрос «От чего, на Ваш взгляд, в первую очередь зависит здоровье», около половины опрошенных (46,4%) на первое место поставили образ жизни. 28,3% респондентов считают, что здоровье в первую очередь зависит от состояния окружающей среды, 14,5 - от государства и лишь 6,3% - от системы здравоохранения. На втором месте (28,3%) состояние окружающей среды, 20,0 – образ жизни, 7,3% – систему здравоохранения. На третье место (21,7%) систему здравоохранения, 16,3 – государство, 8,8 – образ жизни, 7,5% - условия жизни.

Таким образом, большая часть населения считает, что здоровье определяется прежде всего условиями жизни.

Всем участникам социологического опроса был задан вопрос «Какие заболевания, по Вашему мнению, наиболее часто встречаются в Вашем регионе?». По мнению опрошенных, наиболее распространены в республике болезни сердечно-сосудистой системы (48,8%), алкоголизм (36,9%), болезни органов дыхания (17,4%) и желудочно-кишечного тракта (16,%).

В вопросах, интересующих респондентов, проявляются отдельные признаки неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения. В первую очередь, опрошенных интересует питание: 47,7% отметили значимость вопросов питания для их здоровья. Столь же совпадают представления о значимости для здоровья физической активности (33,2%) и контроля за уровнем артериального давления (18,3%). Характерно, что это действительно самые распространенные факторы, определяющие здоровье и нездоровье, о них больше всего говорят и пишут. 82% опрошенных имеют представление о том, что значит «здоровое питание».

Большую часть населения интересуют также вопросы об избыточной массе тела (10,2%), вреде алкоголя, наркотиков (10,2%) и курения (7,9%).

Подробнее изучалась проблема питания. Очевидна неудовлетворенность режимом и качеством питания в настоящих условиях, так как 30% опрошенных на вопрос «Что необходимо сделать для сохранения или улучшения своего здоровья?», ответили, что наряду со своевременным обращением за медицинской помощью необходимо следовать рекомендациям здорового питания. При этом 80,5% опрошенных считают свое питание нормальным и лишь 11,3 - плохим. Следовательно, неудовлетворенность отмечается даже при нормальном питании.

Среди причин нарушения питания 43,1% респондентов отметили низкую покупательную способность населения, 30 - низкий уровень знаний о здоровом питании, 20,2 - низкое качество пищевых продуктов и 18,4% - недостаточную культуру питания как важнейший компонент здорового образа жизни.

Такое отношение к вопросам питания и связанные с этим представления о его влиянии на здоровье свидетельствуют о возможности ведения профилактической работы с близкими по содержанию методами работы в отношении широких слоев населения. Охваченные опросом меры профилактики вполне доступны, их ценность осознается населением, лишь небольшие группы нуждаются в дополнительном разъяснении вопросов питания. С учетом этого периодически нужно пополнять информацию о здоровом питании и ее источники должны быть доступны.

В проведенном опросе исследовалось представление населения о здоровом образе жизни, в частности, что необходимо делать самим, чтобы сохранить и улучшить свое здоровье, и что необходимо предпринять органам управления для улучшения здоровья населения.

Таблица 7.3

Представление населения о здоровом образе жизни, %

| Что необходимо сделать для сохранения или улучшения своего здоровья? | | Что необходимо в первую очередь предпринять органам управления для улучшения здоровья населения? | |
|---|------|--|------|
| Своевременное обращение за медицинской помощью и регулярное посещение врача | 34,4 | Обеспечить доступность медицинской помощи | 51,9 |
| Следовать рекомендациям здорового питания | 30,1 | Создать условия и обеспечить доступность занятий спортом | 32,1 |
| Физическая активность | 25,5 | Улучшить качество воды | 26,7 |
| Отказ от вредных привычек | 23,9 | Улучшить качество атмосферного воздуха | 20,3 |
| Полноценный отдых | 21,3 | | |
| Следить за массой тела | 11,3 | | |

Достаточно высокий процент респондентов считает необходимым для сохранения и укрепления своего здоровья своевременное обращение за медицинской помощью и регулярное посещение врача, а со стороны органов управления – обеспечение доступности медицинской помощи (34,4 и 52% опрошенных соответственно) (табл. 7.3).

Значение физической активности в общем представлении о здоровом образе жизни очевидно. 25,5% респондентов убеждены в необходимости физической активности и, по мнению 32%, органам управления, в первую очередь, необходимо создать условия и обеспечить доступность занятий спортом.

С отказом от вредных привычек (курение, алкоголь, наркомания и др.) связывают представление о здоровом образе жизни 23,9% опрошенных.

Очевидно, в разных возрастных группах и группах, отличающихся по состоянию здоровья, есть особенности в представлениях о том, как вести здоровый образ жизни. Для людей с хорошим здоровьем – это, прежде всего, следовать рекомендациям здорового питания, быть физически активными, не курить, не злоупотреблять алкоголем, следить за своей массой тела. Для людей с плохим здоровьем – главное регулярно посещать врача, а также следовать рекомендациям здорового питания.

В рамках исследования было проведено сопоставление желаемых источников информации о здоровье и действительности, т. е. того, что имеет место и из каких источников хотело бы население получать информацию о здоровье. В частности, 52,9% респондентов желают получать информацию о здоровье от медицинских работников. В действительности лишь 36,8% опрошенных на вопрос Получаете ли Вы ее ответили утвердительно (табл. 7.4). Основная часть опрошенного населения получает информацию о здоровье из других источников информации.

Таблица 7.4

Источники информации о здоровье, %

| | Из каких источников Вы получаете информацию о здоровье | Из каких источников Вы хотели бы получать информацию о здоровье |
|-----------------------|--|---|
| Медицинские работники | 36,8 | 52,9 |
| Телевидение | 52,7 | 40,2 |
| Радио | 16,6 | 14,8 |
| Пресса | 27,6 | 22,0 |

Эти характеристики здоровья крайне важны для определения тактики широкомасштабных профилактических программ, рассчитанных на все население. При более глубоком анализе, очевидно, будет выявлено, что представления о здоровом образе жизни, жизненных ценностях и интерес к отдельным сведениям о здоровье зависят от состояния здоровья опрашиваемых. В нашем случае 55,5% лиц отражали среднее для всех опрошенных состояние. Поэтому после таких общих ознакомительных опросов желательно провести более специфические по своему содержанию обследования однородных групп населения с последующей проработкой мер сохранения и укрепления здоровья.

Анализ материалов исследования позволяет выделить характеристики, знание которых необходимо в конкретных условиях для повышения доступности и действенности профилактической помощи, разработки программ сохранения и укрепления различных групп населения.

8. Конкретные практические инициативы, реализованные в муниципалитетах

Алатырский район

21.03.06 проведен кустовой семинар – совещание членов межведомственных команд (далее – МВК) г. Алатыря, Шумерли, Алатырского, Порецкого и Шумерлинского районов.

Повестка дня:

1. Положение о региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».
2. Подготовка к участию в работе конференции «Здоровые города, районы, поселки».
3. Обсуждение рабочих вариантов «Профилей здоровья» г. Алатырь и Шумерлинского района.

5 апреля 2005 года состоялось заседание МВК, на котором рассматривался вопрос о реализации Указа Президента Чувашской Республики от 18 июня 2004 года № 65 «О Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004 – 2010 годы».

Одним из важных направлений деятельности МВК стала подготовка информационной брошюры «Здоровый профиль Алатырского района».

Политика по созданию и развитию здорового сообщества реализуется по многим направлениям: открытие офисов врача общей практики (в районе их 7), реконструкция детской больницы (данная работа была завершена в конце 2005 года), начата работа по выполнению программы обеспечения населения качественной питьевой водой.

Приоритетной задачей работы МВК в 2006 году определено развитие молодежного движения и увеличения сторонников здорового образа жизни среди жителей района.

В целях духовного просвещения населения в с. Стемасы работниками сельского Дома культуры проведен «Час размышления». Представлен материал об иконописце А. Рублеве, выставлены на просмотр репродукции его икон, состоялся показ фильма «Древнерусская живопись» о творениях мастеров прошлого.

В с. Ичиксы для желающих больше узнать о духовном воспитании создан детский клуб «Подрастайка». Его лекторами являются учителя, священник, работники учреждений культуры. На первом заседании перед ребятами выступил отец Максим, священник церкви Покрова Божьей Матери.

Аликовский район

Организован семинар с заместителями директоров общеобразовательных школ по воспитательной работе на тему «Формирование здорового образа жизни». В библиотеках открыты выставки книг, учебно-методических пособий, журналов по проблемам формирования здорового образа жизни. Проведены профилактические рейды выявления безнадзорных несовершеннолетних, трудновоспитуемых подростков, с ними проведена профилактическая работа.

Состоялись финальные игры «Зарница», «Орленок», районные спортивно-оздоровительный фестиваль школьников «Президентские состязания», соревнования среди учащихся по футболу, фестиваль «Спортивная семья». Организована игра-соревнование «Малышиада» для детей дошкольного возраста (6 лет). Организо-

ван радиационный цикл - «Здоровье - наше богатство». Много внимания уделяется озеленению населенных пунктов и созданию парков для отдыха населения.

В целях воспитания чувства милосердия, внимания к окружающим, содействуя утверждению в обществе идей доброты и красоты, активизации работы детских и молодежных объединений, общеобразовательные школы района активно включились в акцию «Весенняя неделя Добра» (организованы «круглые столы» на тему «Что значит быть Человеком?», утренники «Чтобы радость людям дарить, надо добрым и вежливым быть», классные часы на темы: «Что такое добро и зло?», «Вежливость всему начало», беседа-диалог с элементами ситуативного практикума «Право и мораль», диспут «Что такое милосердие?», анкетирование «Добрый ли ты человек?»). Организовано праздничное выступление в Доме ветеранов, оказана помощь вдовам, участникам войны, труженикам тыла и престарелым в хозяйственных работах.

Батыревский район

В Батыревском районе реализуется комплексный План спортивно-массовых и физкультурно-оздоровительных мероприятий. Проведены реконструкция и ремонт, благоустройство спортивных площадок при школах, предприятиях, учреждениях и по месту жительства. Проведено более 70 массовых районных спортивных соревнований с охватом более 7 тысяч жителей района. В целях формирования среди населения приоритета ценностей здорового образа жизни на страницах районной газеты «Авангард», в передачах местного радиовещания регулярно освещаются физкультурно-массовые мероприятия. На всех спортивно-массовых мероприятиях используются агитационные плакаты, призывающие к занятиям физкультурой и спортом.

В районе реализуются мероприятия комплексной программы усиления борьбы с преступностью, предотвращения вредного воздействия пестицидов на здоровье населения и окружающую природную среду, концепции в области здорового питания населения, целевой программы здоровья работающего населения.

Разработан план мероприятий по борьбе с табакокурением, особенно среди молодежи, предусматривающий проведение разъяснительных лекций, спортивных мероприятий, массовых акций. Начата подготовка плана мероприятий по снижению дорожно-транспортного травматизма в районе.

В рамках Указа Президента ЧР «О годе парков и садов» проведена работа по озеленению населенных пунктов и созданию парков отдыха населения.

Вурнарский район

В начале года продолжены мероприятия по развитию физической активности населения. Составлен план мероприятий в области здорового питания. Основной акцент делается на разработку Плана развития здоровья в Вурнарском районе, в котором приоритетными будут развитие физической активности, здорового питания, улучшение условий среды обитания.

По результатам обращения граждан к главе администрации в целях повышения результативности работы принято решение – главам поселений регулярно проводить приемы граждан по личным вопросам, а также информационные дни на актуальные социально значимые темы.

В целях предупреждения безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних, пропаганды здорового образа жизни, формирования за-

конопослушного поведения учащихся в период с 30 марта по 30 апреля 2006 года в учебных заведениях Вурнарского района проходил месячник правовых знаний.

Согласно разработанному и утвержденному плану мероприятий в течение месячника в школах района проведены «круглый стол» на тему «Я и закон», конкурс социальных проектов среди учащихся «Я и мой мир», семинар для классных руководителей «Семь «Я» классного коллектива». Организованы выезды в образовательные учреждения с лекторской группой, конкурс статей в районной газете «Сёңтерү сүлө» на профилактическую тематику, опрос учащихся по определению группы риска по наркотикам.

В Ново-Яхакасинской сельской модельной библиотеке, являющейся информационным, образовательным и досуговым центром села, 6 апреля проведен конкурс «Маттур асаннесем». Люди пенсионного возраста приняли участие в играх, продемонстрировали «домашнее задание», исполняли любимые песни, делились секретами домоводства. Завершился конкурс дружеским чаепитием и вручением памятных подарков.

С 2006 года началась масштабная работа по обеспечению доступным жильем молодых семей и молодых специалистов на селе.

Ибресинский район

МВК начала свою работу в 2006 году с пересмотра Положения о своей деятельности, определила основные цели, задачи и функции на текущий год. Составлен план работы на год. За 2006 год проведено два заседания, на которых рассмотрены основные принципы работы в 2006 году, вопросы разработки «Профиля здоровья».

Продолжается акция «Хочешь быть здоровым – будь им!» среди детей. В рамках этой акции велась информационная пропаганда с применением интерактивных форм общения.

Разрабатывается план мероприятий по реализации принципов здорового питания среди населения.

Канашский район

В целях усиления пропаганды здорового образа жизни, развития социально значимых инициатив молодежи, широкого привлечения к занятиям физической культурой и спортом организован активный досуг молодежи в Канашском районе.

Проведена акция «Занятость подростков – забота общая», открылась интернет-академия для детей и подростков, прошла декада «Новое поколение выбирает здоровый образ жизни», работники библиотек пропагандируют здоровый образ жизни, учащиеся МОУ «Напольнокотьякская СОШ» принимали активное участие в Межрегиональной добровольческой акции молодежи «Перемени День», прошел семинар на тему «Формирование у учащихся установок толерантного сознания», в рамках общерайонной акции «Молодежь – за здоровый образ жизни» прошел вечер вопросов и ответов «Алкоголь и наркотики – путь в никуда», час познания «Береги здоровье смолоду», Малобикшихская модельная библиотека организовала показ видеофильмов для молодежи из цикла «Право на жизнь» с последующим их обсуждением. Заведующая библиотекой Е. П. Егорова также провела беседу среди подростков о вреде алкоголя, оформила выставку-предупреждение «Не навреди здоровью».

Заведующая Заднеяндюшской библиотекой С. В. Дмитриева начала декаду с представления выставки-вопроса «Сам себе враг?», для подростков провела урок

здоровья «Курить - здоровью вредить», среди женщин села интересно прошел вечер-мнение «Алкоголизм – болезнь заразная». В плане декады также час информации «Наркомания – не сладостное занятие» с участием медработников, который пройдет на школьной линейке, и семейный вечер «С детства дружим со спортом». В Новочелкасинской библиотеке прошла дискуссия возле выставки «Родник здоровья».

В целях профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних 5 февраля в районном Доме культуры с. Шихазаны была организована встреча учащихся с артистами Чувашского молодёжного театра имени Михаила Сеспеля и просмотр спектакля «Семья Вурдалака», приуроченная к акции «Молодёжь против наркотиков».

В январе прошел Фестиваль спорта инвалидов. Спортсмены с различными ограничениями здоровья соревновались в точности метания дротиков дартс, играли в шашки, шахматы, настольный теннис, а также пробовали себя на беговой дорожке легкоатлетического манежа.

Козловский район

В первом квартале 2006 года в районе проводились следующие мероприятия:

- благоустройство территорий, работа с населением по месту жительства, активизация деятельности местного сообщества (через активизацию деятельности территориальных органов самоуправления, товариществ собственников жилья и пр.);
- пропаганда здорового образа жизни, привлечение населения к участию в физкультурно-оздоровительных мероприятиях;
- в рамках дней защиты от экологической опасности под девизом «Экология – Безопасность - Жизнь»
- обеспечение здоровой и безопасной трудовой, производственной сферы, развитие культуры производства.

16 марта 2006 года прошло очередное заседание МВК. Члены совета рассмотрели вопросы о состоянии здоровья населения Козловского района по итогам 2005 года и задачах на 2006 год, о туберкулезе и задачах по его снижению. Члены МВК отметили положительные результаты работы по улучшению здоровья населения района: снижение показателя первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы за последние три года в 2,5 раза. Организованы следующие мероприятия: введен во всех общеобразовательных учреждениях третий дополнительный урок физической культуры; проведена ежегодная районная олимпиада по физической культуре среди учащихся старших классов; в общеобразовательных учреждениях ежедневная утренняя гимнастика; лечебная физкультура в центре реабилитации для несовершеннолетних детей в д. Осинкино; в Центре реабилитации для несовершеннолетних туристический кружок для подростков и их семей «Тропы здоровья».

Снижены общая и первичная заболеваемость и распространенность травм и отравлениями на 13 и 13,7% соответственно, а также смертности населения от несчастных случаев, травм и отравлений на 5% в результате целенаправленных межведомственных мероприятий (установка «лежачих полицейских» в наиболее опасных местах, проведение образовательных бесед, классных часов, выставок рисунков на тему «Правила дорожного движения» с детьми и подростками, обеспечение здоровой и безопасной трудовой, производственной среды т. д.).

Комсомольский район

Проведено обследование материально-бытовых условий пожилых граждан. По его результатам за счет средств республиканского бюджета малообеспеченные, остро нуждающиеся пожилые граждане получили единовременную материальную помощь. В Комсомольской центральной районной больнице организованы декады открытых дверей по обслуживанию лиц пожилого возраста. Значительную помощь в быту одиноким пожилым людям оказывают «тимуровские команды».

Реализуется Программа профилактики асоциальных явлений в подростковой и молодежной среде «Здоровое поколение». 18 марта в Старочелны-Сюрбеевском сельском Доме культуры проведен молодежный вечер "Долой дурные привычки!" под девизом "Призадумайся... Испугайся... Ужаснись... И не пробуй никогда!". Организованы книжная выставка, цикл бесед с молодежью.

23 февраля в рамках месячника массовых спортивно-оздоровительных мероприятий организован День здоровья под девизом "Лыжня зовет". Вместе с родителями на лыжню вышли и дети.

В целях развития и популяризации видов спорта, вовлечения широких слоев населения к систематическим занятиям физической культурой и спортом, выявления сильнейших в апреле стартовала Спартакиада Комсомольского района среди сельских поселений.

Красноармейский район

В честь Всемирного дня здоровья в центре образования организован цикл лекций для учащихся 10-11 классов по профилактике табакокурения и употребления алкоголя.

В рамках акции «Милиция и дети» состоялись целевые посещения школ района группами, в составы которых входят врачи, специалисты отдела образования, инспектора РОВД.

27 марта открыт культурно-спортивный комплекс с презентацией, парадом спортсменов, участием ветеранов-спортсменов. Реализуется программа «Доступное и комфортное жилье». Рабочая группа из 5 человек провела инвентаризацию существующего жилья.

6 февраля в Центре образования был проведен День милосердия под девизом «Стараясь о счастье других, мы находим свое счастье».

В терапевтическом отделении МУЗ «Красноармейская ЦРБ» начала работать школа «Активное долголетие». 25 января состоялось первое занятие «Как питаться пожилым людям?»

Красночетайский район

В первом квартале 2006 года состоялось 2 заседания МВК, на которых проанализировано состояние здоровья населения района в 2005 году и основные факторы, оказывающие на него влияние, вопросы по доработке профиля здоровья и его презентации.

Продолжена работа над «Профилем здоровья», презентация которого планируется во втором квартале 2006 года.

В районе организованы мероприятия в рамках Всемирного дня здоровья, ежегодной акции по борьбе с туберкулезом «Белая ромашка», недели экологического просвещения для учащихся школ района, акции по выявлению безнадзорных детей, проживающих в неблагополучных семьях и требующих защиты. Состоялся

конкурс детских и молодежных общественных организаций «Моя инициатива», V районный детский фестиваль фольклора «Перепелочка».

В целях привлечения внимания населения к проблемам экологии, воспитания у молодого поколения любви к родной природе и чувства ответственности за будущее в Доме детского и юношеского творчества прошел районный конкурс экологических агитбригад.

Мариинско-Посадский район

2 марта 2006 года состоялось первое заседание МВК в обновленном составе. Постановлением главы района № 18 от 17.01.2006 года утвержден новый состав районного МВК, куда включены представители системы здравоохранения, учреждений среднего профессионального образования, сельского хозяйства, отдела социальной защиты населения, отдела образования и молодежной политики, РОВД, территориального органа по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, информационного отдела, специалист по физической культуре и спорту, главный редактор районной газеты «Наше слово», депутат районного собрания.

Кураторы ознакомили членов МВК с основными политическими документами по здоровью и качеству жизни, были высказаны предложения по наиболее эффективной организации межсекторальной работы в области охраны и укрепления здоровья населения. На заседании поставлена задача до конца II квартала разработать и презентовать «Профиль здоровья» района, определены ответственные по каждому разделу документа. Рассмотрен проект плана работы на 2006 год. Основными направлениями работы МВК определены мероприятия по противодействию незаконному обороту наркотиков, профилактике производственного травматизма и реализации принципов здорового питания.

По результатам обсуждения решено имеющиеся межведомственные комиссии по борьбе с социально значимыми заболеваниями (туберкулез, ВИЧ и др.) объединить в составе МВК для устранения дублирования функций.

Организована работа школы духовного просвещения «Добрыня» с руководителями учреждений культуры города, основными направлениями работы определены темы: «Через творчество к гармонии», «Крепкое здоровье – результат сильного духа и чистых помыслов».

В рамках месячника по спортивно-массовой работе и патриотическому воспитанию глава Шоршелского сельского поселения разработал 34-часовую программу проведения «уроков главы» с учащимися 8-9 классов Шоршелской школы. На данных уроках большое внимание уделяется духовному просвещению детей, чтению, здоровому образу жизни, необходимости заниматься полезным делом в свободное время. «Уроки главы» в Шоршелской школе, проведенные в форме беседы, вызвали большой интерес учащихся.

С 1 марта стартовал районный конкурс художественного творчества "Духовность третьего тысячелетия. Чувашия милосердная". В конкурсе принимают участие медицинские работники, работники учреждений социального обслуживания, а также детские и молодежные творческие студии, центры, школы, воскресные школы, средние учебные заведения.

Моргаушский район

В январе 2006 года постановлением главы администрации утверждены новый состав, положение и план работы районной МВК на 2006 год.

В первом квартале 2006 года состоялось 2 заседания МВК, на которых рассмотрены вопросы о ходе выполнения районных целевых программ по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению и сахарному диабету. Разработан буклет «Шаг вперед» (дополнение к «Профилю здоровья»), представивший реализацию в Моргаушском районе целей и задач, обозначенных в проекте «Здоровые города, районы, поселки».

В районе продолжается активная межведомственная работа. Утверждена районная целевая программа «Комплексные меры профилактики правонарушений в Моргаушском районе до 2008 года». В районе, затем в сельских поселениях стартовал межведомственный молодежный форум «Духовность, молодость, успех». Объявлены районные конкурсы на лучшую трудовую династию, лучшую семью 2006 года. В конкурсе детских и молодежных общественных организаций и объединений приняли участие 18 общеобразовательных учреждений района, которые представили 19 проектов по актуальным проблемам: экологическая безопасность, пропаганда здорового образа жизни и т. д. Среди школьников состоялся районный конкурс компьютерных презентаций «Мой родной край». В районе прошли мероприятия в рамках Всемирного дня здоровья, ежегодной акции по борьбе с туберкулезом «Белая ромашка».

Порецкий район

21 марта 2006 года организован кустовой семинар – совещание членов МВК г. Алатыря, Шумерли, Алатырского, Порецкого и Шумерлинского районов

Повестка дня:

1. Положение о региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».
2. Подготовка к участию в работе конференции «Здоровые города, районы, поселки».
3. Обсуждение рабочих вариантов «Профилей здоровья» г. Алатырь и Шумерлинского района.

Провели презентацию «Профиля здоровья Порецкого района» в районном Дворце культуры. Присутствовали представители Министерства здравоохранения и социальной политики Чувашской Республики, а также руководители предприятий и организаций Порецкого района, главы сельских поселений, жители района.

В фойе и зрительном зале была организована видеодемонстрация профиля.

Перед собравшимися с приветственной речью выступили глава района Юрий Скрипилин, главный врач МУЗ «Порецкая ЦРБ» Елена Галкина, заведующая районным отделом образования и молодежной политики Галина Малофеева, начальник отдела социальной защиты населения и здравоохранения райадминистрации Лидия Макарова.

В ходе презентации состоялся большой концерт с участием лучших самодеятельных коллективов района. В фойе Дворца были организованы многочисленные литературные и дегустационные выставки, приготовлены угощения для участников. В завершении презентации единогласно была принята резолюция об активном участии в реализации проекта «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики.

В целях создания условий для духовно-нравственного развития личности членами МВК было решено восстановить в школах района факультативные занятия по православию после разработки совместной программы действий районного отдела образования и церковных приходов; в больнице проводить разъяснительные

беседы с молодежью о вреде прерывания беременности; восстановить Троицкий собор и его колокольню (первый взнос сделал отец Иероним, настоятель Алатырского мужского монастыря, его примеру последовал предприниматель В. Егоров).

Урмарский район

Проведены мероприятия информационно-интеллектуального, спортивно-оздоровительного и профилактического характера: «Уроки здоровья», «круглые столы», викторины, спортивные соревнования, беседы, встречи с врачами, психологами и т. д. В центральной районной модельной библиотеке состоялось первое занятие «Православной школы для взрослых». Занятия будут проводиться ежемесячно.

Традиционно районный совет женщин проводит выездные заседания под девизом «Как живешь, глубинка?». Состоялся концерт коллектива художественной самодеятельности в Арабосинском Доме ветеранов и Центре социальной реабилитации несовершеннолетних детей.

Ежемесячно организуются профилактические рейды по выявлению безнадзорных несовершеннолетних, проживающих в неблагополучных семьях, заседания в общеобразовательных учреждениях района с приглашением родителей и детей из неблагополучных семей, посещение семей совместно с учителями и главами сельских поселений района.

Проведена акция по восстановлению нарушенных территорий, очистке от мусора и благоустройству, защите рек и озер.

Цивильский район

На основании принятого «Профиля здоровья» разработан план «Здоровое и устойчивое развитие Цивильского района».

В рамках указанного плана принят план спортивно-массовых, культурных и физкультурно-оздоровительных мероприятий на 2006 г. для детей и молодежи. Проведен семинар психологов и социальных педагогов на тему «Работа с детьми «группы риска», организован конкурс агитационных и сценических программ формирования здорового образа жизни среди учреждений образования и в УИН «За здоровый образ жизни». В учреждениях культуры и образования стали традиционными тематические дискотеки. Проведен чемпионат по боксу «Бокс против наркотиков», большой интерес вызвал районный конкурс рисунков и плакатов «Я выбираю жизнь».

Жители района активно участвуют в озеленении населенных пунктов и созданию парков отдыха населения.

Чебоксарский район

В образовательных и клубных учреждениях района проведены родительские собрания с участием работников здравоохранения и сотрудников правоохранительных органов, совещания, обучающие семинары с педагогическими и клубными работниками по организации профилактики злоупотребления психоактивными веществами и алкоголем в образовательных и клубных учреждениях, а также формированию здорового образа жизни подростков и молодежи. Организованы различные культурно-массовые мероприятия (тематические молодежные дискотеки, КВН, театрализованные представления, дискуссионные клубы, викторины, «брейн-ринги», круглые столы, конкурсы плакатов, рисунков, рефератов, сочинений и

т. д.). В целях антиалкогольной пропаганды активно использовались возможности средств массовой информации. На местном радио и в газете «Таван ен» освещались проблемы наркомании и алкоголизма. Организована выставка рисунков и плакатов «Я выбираю жизнь». В рамках акции «Молодежь за здоровый образ жизни» во всех сельских администрациях были проведены рейды, во всех населенных пунктах и школах района определены наиболее опытные работники культуры и учителя, в обязанности которых входит работа по профилактике наркомании среди детей и подростков. В ходе акции в учреждениях культуры и школах района прочитано 35 лекций, проведено 75 профилактических бесед, обследовано 67 мест массового отдыха молодежи (преимущественно дискотек). Проведен конкурс сочинений среди учащихся общеобразовательных школ под девизом «Нет наркотикам!». В библиотеках района организованы книжные выставки о вреде курения табака, последствиях алкоголизма и наркомании.

Открыты 4 физкультурно-оздоровительных клуба: военно-патриотический клуб «Феникс» на базе Синьяльской школы, спортивный клуб на базе Тренькасинской школы, клуб «Здоровья» и хоккейный клуб «Феникс» в п. Кугеси. В основном клубы работают на общественных началах.

Разработаны и доведены до руководителей библиотек и клубов района рекомендации и предложения по организации Консультативно-методических центров по профилактике наркомании и алкоголизма среди детей и подростков.

Шемуршинский район

В Послании к Госсовету и народу Чувашии Президент ЧР Н. В. Федоров отметил: «Я могу назвать село Шемурша самым ухоженным райцентром Чувашии». В 2006 году глава Шемуршинского сельского поселения обратился ко всем жителям района с таким письмом: «Уважаемые граждане Шемуршинского сельского поселения, администрация сельского поселения не настроена на составление протоколов, но обращается с настоятельной просьбой навести порядок перед своим хозяйством, на территории многоквартирных домов, у себя в огороде. Просьба не выбрасывать на улицу, в переулки, в овраги старую посуду, твердые бытовые отходы, высохшие кустарники, деревья. Все, что горит, желателен сжигать в безопасном месте или в личном хозяйстве в качестве дров, топлива. В 2006 году на эти моменты администрация будет обращать первостепенное внимание, достигнутый уровень благоустройства снижать не намерены». Данное письмо доведено до всех индивидуальных хозяйств, до всех квартиросъемщиков. Для поощрения аккуратных домовладельцев сельским поселением предусмотрены меры морального и материального стимулирования.

Проведен Единый день профилактики правонарушений. 10 групп профилактики правонарушений, руководителями которых являются заместители глав администраций районов и начальники управлений и отделов, выехали в населенные пункты района. В состав групп входят руководители предприятий, организаций и учреждений, работники милиции и больницы. Проведена районная акция «Подросток и семья» по выявлению безнадзорных детей, проживающих в неблагополучных семьях. В общеобразовательных учреждениях района прошли конкурсы рисунков, сочинений, анкетирование среди несовершеннолетних, спортивные мероприятия, классные часы.

К Всемирному дню здоровья на базе МОУ «Карабай-Шемуршинская СОШ» прошли третьи игры соревнования «Малышиада», в которых участвовали команды детей и воспитателей трех детских садов.

В деревне Старые Чукалы открылась седьмая по счету модельная библиотека в районе, обладающая обширными информационными ресурсами.

В МДОУ «Детский сад «Ромашка» прошел экологический утренник, в котором приняли участие все дети: с младшей до подготовительной группы. Ребята говорили о культуре поведения на природе. Дошколята из старшей группы объясняли малышам, что нужно сделать для того, чтобы окружающая нас природа сохранилась в первозданном виде.

Отделом образования, молодежной политики и культуры администрации Шемуршинского района разработан проект «Туристический провинциальный оазис» с блоком «Туристическое подворье». Проект рассчитан на гостей, путешественников, посетителей.

В рамках проекта «Дни доброго сердца» детская организация «Играй-город» Шемуршинской средней общеобразовательной школы 10 февраля посетила Дом ветеранов. Дети встретились с пожилыми людьми, вручили им небольшие подарки, показали концертную программу.

Шумерлинский район

21 марта 2006 года проведен кустовой семинар–совещание членов МВК г. Алатыря, Шумерля, Алатырского, Порецкого и Шумерлинского районов.

Членами МВК подготовлен к тиражу районный «Профиль здоровья».

31 марта 2006 года в администрации Шумерлинского района прошло очередное заседание районной школы активистов «Лидер». В заседании приняли участие 17 лидеров детских и молодежных организаций. Молодежь интересовалась проектом–аукционом «Мое село завтра». Было предложено изобразить графически тему «Мое село - каким я его хочу видеть в будущем». Ребята разработали свои проекты, в которых отразили представления о своей малой Родине, и основной план мероприятий «Как сделать так, чтобы окружающий мир был чище и привлекательнее».

Всемирный день здоровья прошел под девизом «Работать на благо здоровья – наше общее дело». В рамках этого дня в МУЗ «Шумерлинская центральная больница» проведен ряд мероприятий: врачебная конференция «Духовно-нравственные проблемы современности», лекции на тему «Здоровый образ жизни», кустовой семинар по организации дополнительной иммунизации населения, организованы целевые выезды в район с целью осмотра инвалидов и участников Великой Отечественной войны, вдов и диспансерных больных.

В рамках республиканского конкурса детских и молодежных общественных организаций «Моя инициатива» в марте лидерами общественных организаций школ разработаны проекты для реализации в Весеннюю Неделю Добра: «Люди Земли, думайте и творите добро!»; «Экологическая проблема моего посёлка и возможные пути их решения»; «Природа – наш дом, и в ней мы живем»; «Украсим школу своими руками»; «Здоровый образ жизни»; «Мы – за чистое и здоровое село!» и т. д. Начался подготовительный этап реализации проектов, а именно проведение социологических исследований и опросов населения.

Активную роль в вопросах планирования и реализации указанных мероприятий играет молодежная организация «Содружество молодежи».

Организована пресс-конференция «Алкоголь – похититель рассудка». В роли корреспондентов выступили ученики 8 класса. По ходу конференции дети получили ответы на многие интересующие вопросы. Выступили представители средств массовой информации (СМИ).

Ядринский район

Разработана районная целевая программа «Молодежь Ядринского района: 2003-2005 годы», включающая разделы: формирование здорового образа жизни, развитие физкультурно-оздоровительного движения среди молодежи, развитие молодежного, детского и семейного отдыха. Расширилась сеть спортивных клубов и секций. Проведено 45 спортивно-оздоровительных мероприятий по 14 видам спорта с охватом 4950 человек. Стали традицией проведение районных соревнований и участие в республиканских спортивных мероприятиях.

В районе ежегодно проводится акция «Ядринцы - за здоровый образ жизни». Создана рабочая группа из 9 человек, которая организует встречи с учащимися школ, с их родителями, молодежью района в учреждениях культуры. В центральной районной библиотеке открыли выставку «Итоги здоровой жизни», «Путь к благополучию через духовность и здоровый образ жизни», провели семинар-тренинг «Молодые лидеры».

Создана Ядринская районная молодежная общественная организация «Районный союз молодежи», имеющая свой Устав, флаг, значок и членский билет.

Яльчикский район

В 2006 году центральная и детская библиотеки Яльчикского района провели ряд мероприятий для духовно-нравственного развития личности, особенно для подрастающего поколения: театральные праздники «Рождество, Рождество, счастье землю замело» и видеопросмотр с обсуждением «Добрая и красивая сказка», среди взрослых пользователей библиотеки проведена деловая беседа «Библиотека - центр формирования нравственно-правового сознания читателей» и «круглый стол» «Красота, добро и вечность», оформлена книжная выставка-викторина «Рождество Христово», на которой пользователи могли найти ответы на вопросы нравственно-духовном развитии.

В рамках Всемирного дня здоровья во всех медицинских учреждениях объявлен день открытых дверей.

Для решения проблем семейной жизни в клубе Малотаябинского сельского поселения Яльчикского района проведен вечер «Одинокая бродит гармонь» для людей, не имеющих семьи.

В целях организации работы по дальнейшему благоустройству района стартовали конкурсы на «Лучший двор», «Лучший дом», «Лучший подъезд», «Лучший колодец», на лучшую застройку и благоустройство сельского поселения Яльчикского района.

Янтиковский район

В январе 2006 года постановлением главы администрации Янтиковского района утверждены новый состав, положение и план работы районного МВК на 2006 год. В I квартале состоялось заседание МВК, на котором проведен анализ состояния здоровья населения за 2005 год, рассмотрены вопросы влияния экологиче-

ской обстановки и качества теплоснабжения на здоровье населения района. Заслушан отчет главы Яншихово-Норвашского поселения о работе МВК.

Продолжается работа над «Профилем здоровья», презентация которого планируется во II квартале 2006 года.

В районе прошли мероприятия в рамках Всемирного дня здоровья, ежегодной акции по борьбе с туберкулезом «Белая ромашка».

Объявлен конкурс детских и молодежных общественных организаций «Моя инициатива», месячник оборонно-спортивной и массовой работы.

В целях сокращения числа дорожно-транспортных происшествий с участием детей с 20-26 февраля в районе проходила «Неделя безопасности». Организаторы - сотрудники ГИБДД и отдел образования – в ходе викторин и конкурсов проверили знания учащихся местных школ правил дорожного движения.

г. Алатырь

21 марта 2006 года проведен кустовой семинар – совещание членов МВК г. Алатыря, Шумерля, Алатырского, Порецкого и Шумерлинского районов

По инициативе ветерана педагогического труда, заслуженного учителя Чувашской Республики и Российской Федерации А. А. Чернова началось возрождение сквера у обелиска павшим в годы Великой Отечественной войны. Предполагаются благоустройство, посадка деревьев и кустарников, создание видовых площадок и малых архитектурных форм.

Отделом социальной защиты населения города Алатыря реализуются мероприятия по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности и улучшения положения инвалидов. Всего в городе около 200 объектов социально-бытового и культурно-массового назначения, из них 18 оборудовано для доступа, а именно выполнены требования, учитывающие потребности инвалидов и других маломобильных групп.

По просьбе сотрудников городского Центра реабилитации несовершеннолетних организована встреча воспитанников со священнослужителем. Было решено и в дальнейшем систематически проводить такие встречи, как с воспитанниками, так и с их родителями. В рамках марафона «Именем детства, во имя детства» Центру оказана материальная помощь. Во Всемирный день здоровья психологами и врачом-наркологом был организован «круглый стол» «Чем опасен алкоголь и никотин?», в котором приняли участие подростки и педагоги.

29 марта главным врачом Алатырского врачебно-физкультурного диспансера проведен урок здоровья для учащихся. Анонимное анкетирование показало, что 33% учащихся оценивают свое здоровье как хорошее, 36 - как удовлетворительное, 31% - как плохое. Занимаются спортом – 39%, делают утреннюю зарядку – 28, бывают на свежем воздухе менее 2 часов – 34, а 33,3% подростков имеют вредные привычки.

Администрация г. Алатыря направила пакет документов в Министерство градостроительства и развития общественной инфраструктуры Чувашской Республики для участия в республиканском конкурсе «Самый благоустроенный город Чувашской Республики за 2005 год».

Проведен День профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. В рамках дня профилактики прошел информационный день «Права и обязанности несовершеннолетних в свете законодательных актов».

В Алатыре развивается детское общественное движение. Из 8 школ в 6 функционируют детские общественные организации. В двух школах действуют творческие объединения и клубы с программной деятельностью. В Доме детского творчества работает Совет лидеров детских школьных общественных организаций «Крылья». Ежегодно в городе проводятся фестивали детских общественных объединений, на которых подводятся итоги участия в различных городских конкурсах.

В этом году члены детских общественных организаций включились в акцию «Родному городу добрые дела». Акция призвана воспитать умение самостоятельного поиска полезных дел для общества, помочь распространению передового опыта по работе общественных организаций.

г. Канаш

15 марта 2006 г. проведена презентация и принят «Профиль здоровья» на научно-практической конференции «К благополучию через духовность и здоровый образ жизни». С докладами выступили директора училищ, представитель духовенства, заведующий городским отделом здравоохранения и куратор МВК. Приняты политические обязательства органов местного самоуправления по включению в работу по реализации движения «Здоровые города/районы/поселки» и резолюция о реализации ключевых позиций программ оздоровления населения, особенно молодежи.

В целях улучшения санитарного и экологического состояния города распоряжением главы администрации города в апреле объявлен месячник по благоустройству, озеленению и санитарной очистке города.

С 1 марта проводится акция «Мир красотой спасется». В рамках акции среди учащихся школ города объявлены конкурсы сочинений «Красивый поступок», рисунков «Живет повсюду красота», а также конкурс на лучшую отремонтированную библиотечную книгу «Красивым людям – красивые книги». В библиотеке оформлена выставка-галерея «Красота, дарующая радость», на которой представлены книги, репродукции картин.

В целях повышения правовой грамотности несовершеннолетних и развития у них творческого потенциала в Доме детского творчества г. Канаша был проведен День профилактики для детей с девиантным поведением. С несовершеннолетними детьми были проведены психологический тренинг и релаксация, состоялась экскурсия по кружкам Дома детского творчества. Дети пробовали свои силы в разных видах деятельности: рисовали, пели, танцевали, участвовали в спортивных играх, мастерили сувениры.

Состоялась очередная встреча клубов ветеранов «Надежда», на которой участниками были разработаны мероприятия по Году духовного просвещения. На встрече клубовцы решили активизировать работу по патриотическому воспитанию школьников; принимать самое активное участие в общественной жизни города, его благоустройстве.

г. Новочебоксарск

Организован семинар «Городская коммуникативная площадка по проблемам внедрения современных технологий воспитания в массовую практику образовательных учреждений». В семинаре приняли участие сотрудники прокуратуры г. Новочебоксарска, представители образовательных учреждений, психологи и социальные педагоги. Участники семинара провели анализ состояния подростковой

преступности за 2005 г. и "Мозговой штурм" по теме «Портрет подростка г. Новочебоксарска».

21 марта 2006 г. в Новочебоксарском городском центре реабилитации для несовершеннолетних состоялся городской «круглый стол» по теме «Жестокое обращение с детьми». В работе «круглого стола» приняли участие все секторы общества и выработали рекомендации по вопросу предотвращения жестокого обращения с детьми: «Детство без слез».

В рамках акции «Молодежь за здоровый образ жизни» и Всемирного дня здоровья в Новочебоксарске стартовал марафон здоровья. 7 апреля организован семинар-практикум "Здоровый город - здоровое поколение» по вопросам профилактики алкоголизма, наркомании, болезней, передающихся половым путем, СПИД; прошли тренинги: «Мое отношение к ВИЧ/СПИДу», «Через призму бутылки», «Влияние алкоголя на нашу жизнь», «Безопасное поведение», начала работу передвижная выставка информационного материала "Ваш выбор - здоровье!" по профилактике поведенческих болезней (алкоголь, табакокурение, наркомания, СПИД). Молодежь профессиональных училищ приняла участие в акции «За здоровое будущее», во время которой прошла мультимедийная презентация и демонстрация экспонатов анатомического музея «К чему приводит злоупотребление ПАВ?». В профессиональном училище № 15 г. Новочебоксарска началась реализация международного проекта ХОУП "Полезная практика - реальная альтернатива" по профилактике ВИЧ/СПИДа в молодежной среде. В профессиональном училище № 9 состоялся 4-дневный семинар-тренинг по подготовке волонтеров из числа учащихся для работы по пропаганде здорового образа жизни и профилактике ВИЧ/СПИДа в молодежной среде.

г. Чебоксары

В течение I квартала 2006 года проведен анализ итогов работы за 2005 год, отправлена электронная версия заявки на аккредитацию города Чебоксары в сети ВОЗ «Здоровые города в 4 фазе (2003-2008 гг.)».

Составлен план работы, намечены основные мероприятия согласно ключевым направлениям 4 фазы ВОЗ «Здоровые города» на 2006 год.

Члены межведомственного профилактического Совета г. Чебоксары участвовали в обучающих семинарах проекта «Здоровые города» в Чебоксарах 29-31 марта 2006 года.

Проведено совещание МКВ города 28 марта 2006 года на тему «Подготовка к мониторингу г. Чебоксары представителем ЕРБ ВОЗ «Здоровые города» Кони Петерсон и координатором Российской национальной сети «Здоровые города, районы и поселки» Ю. Е. Абросимовой 19 апреля 2006 года».

Подготовлены методические материалы, тематическая литература для всех членов МКВ города.

г. Шумерля

21 марта 2006 года проведен кустовой семинар – совещание членов МКВ г. Алатыря, Шумерля, Алатырского, Порецкого и Шумерлинского районов

13 апреля в администрации города прошли публичные слушания по проекту Генерального плана города Шумерля. Одна из основных задач, которая решается в Генеральном плане, – это улучшение экологического состояния. Градостроительное развитие территории включает в себя градостроительное планирование, за-

стройку, благоустройство города, развитие его инженерной, транспортной и социальной инфраструктур, рациональное природопользование, сохранение объектов историко-культурного наследия, охрану окружающей природной среды.

В библиотеке им. Маяковского в городе Шумерля каждую субботу проводятся библейские чтения для взрослых и детей.

Ребята из детского общественного объединения «Мы» продолжают работу по реализации проекта «Мы в ответе за тех, кого приручили». Размещены «ящики доверия», в которых все желающие могут оставить свои предложения и мнения по данному проекту. Вся полученную информацию члены детского общественного объединения «Мы» будут рассматривать, и учитывать при реализации проекта.

День здоровья (7 апреля) в детском саду «Сказка» прошел под девизом «Движение - жизнь». На физкультурном празднике дети играли в спортивные народные чувашские игры. Для родителей был организован мастер-класс «Разные виды массажа»

В ГОВД организована работа «телефона доверия», по которому граждане могут сообщать о нарушениях их законных требований сотрудникам правоохранительных органов.

В январе в городе был дан старт месячнику оборонно-массовой и спортивной работы. Мероприятия месячника включали три блока: спортивный, оборонно-массовый, творческий. Центром организации проведения мероприятий стал Дом детского творчества.

9. «Профиль здоровья» Козловского района





Формирование новой общественной политики отношения к здоровью, развитие движения за здоровый образ жизни сегодня является приоритетной задачей государственной политики.

Но здоровье, развитие района зависит не только от деятельности властей. В большей степени это зависит от усилий всех, кто живет и работает в нем. И если мы действительно хотим, чтобы наш район был здоровым, красивым, удобным и безопасным, мы сможем достичь этого, объединив наши усилия.

Проект «Здоровые города» для нас очень актуален. Реализуя этот проект, мы сделаем все возможное, ведь здоровье населения - это залог дальнейшего развития и процветания района.

*Глава администрации
Козловского района*

И. Г. Майоров

Содержание

I. Социально-экономическое положение района

1. Промышленность.
2. Жилищное строительство.
3. Малое предпринимательство.
4. Потребительский рынок.
5. Занятость населения и развитие рынка труда.

II. Состояние окружающей среды

1. Воздушный бассейн.
2. Водные ресурсы.
3. Земельные ресурсы.
4. Особо охраняемые территории.

III. Здоровье

1. Демографическая ситуация.
2. Мнения жителей.
3. здравоохранение.
4. Социальная поддержка населения.
5. Образование.
6. Физическая культура и спорт.
7. Культура.

IV.Участие жителей в управлении и развитии района

V. Перспективы развития района

Социально-экономическое положение района

Промышленность

Ведущим сектором экономики города является промышленность - основной источник формирования доходной части бюджета. Промышленность Козловского района включает в себя 9 предприятий, из них 3 – крупных и социально значимых для экономики города. Благодаря реализации конкурентных и эффективных преимуществ секторов экономики за последние пять лет объем промышленной продукции вырос с 66,1 млн в 1999 г. до 166 млн. р. в 2003 г.

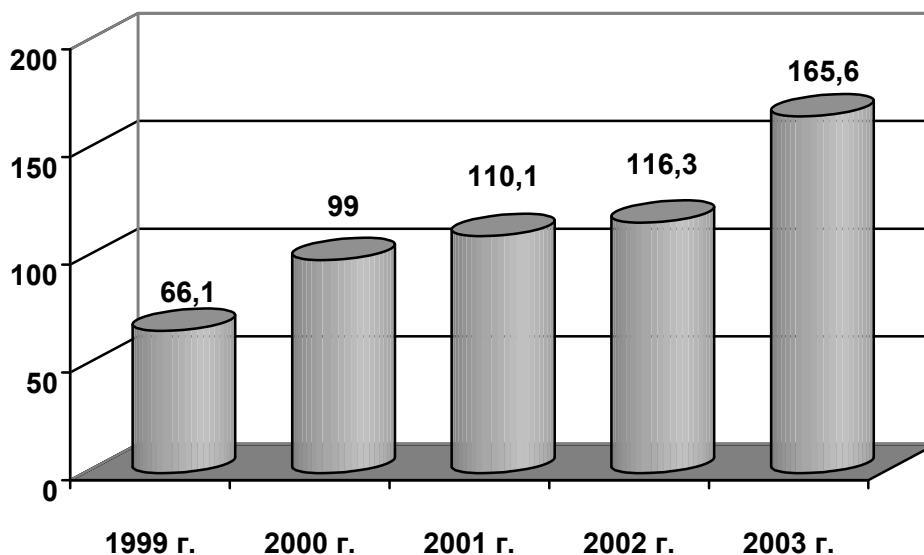
Темп роста объема промышленной продукции в 2003 г. составил в действующих ценах 142,7 % к 2002 году. Прирост физического объема производства достигнут путем повышения конкурентоспособности экономики, обеспечения роста производительности труда путем внедрения передовых технологий, повышения оплаты труда в соответствии с ростом производительности труда и т. д.

В табл. 9.1 приведены показатели объема промышленной продукции.

Таблица 9.1

| | 1999 г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Объем промышленной продукции, млн р. | 66,1 | 99,0 | 110,1 | 116,3 | 165,6 |

Объем промышленной продукции

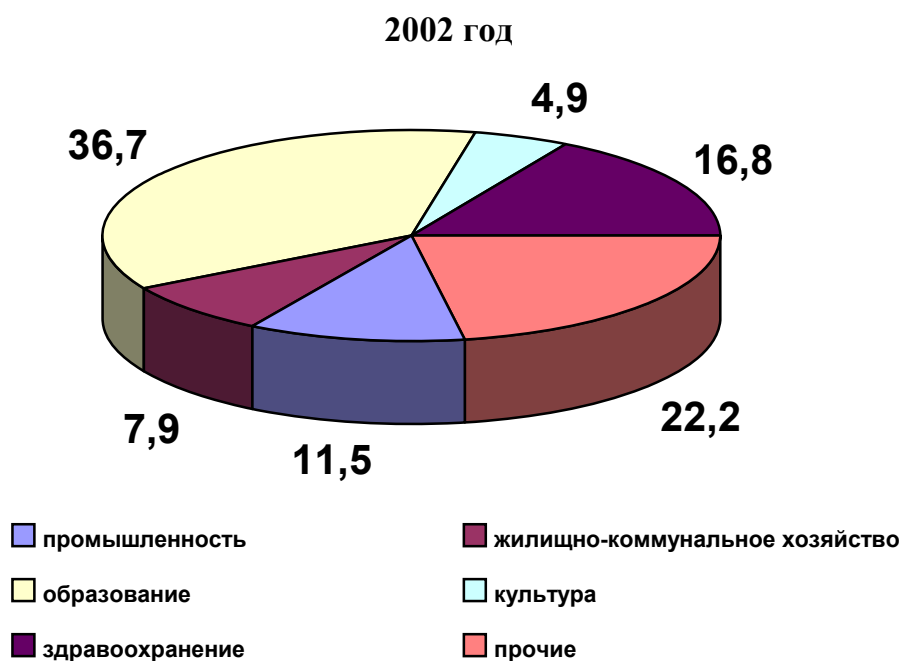




**Адресная инвестиционная программа в разрезе отраслей
за счет средств районного бюджета**

2003 год





Жилищное строительство

В 2003 году в районе за счет всех источников финансирования было запланировано ввести не менее 10400 кв. м жилья, в том числе по программе социального жилья сдать 24-кв. жилой дом- 550 кв. м (программа 2002 г.) и 712 кв. м в 60-кв. жилом доме (ул. Герцена, 12).



Общее количество средств на жилищное строительство с учетом средств населения должно составить 41000,0 тыс. р.

Таблица 9.2

| | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|---------------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| Введено социального жилья | 700 кв. м | 800 кв. м | 461,47 кв. м | 1395 кв. м. |
| Лимит | 3420 тыс. р. | 3450 тыс. р. | 4235,0 тыс. р. | 4849,0 тыс. р. |
| Инд. жилье | 5500 кв. м | 9949 кв. м | 10423 кв. м | 5045 кв. м |
| Кол-во домов | 56 | 138 | 144 | 63 |



По республиканской целевой программе «Социальное развитие села ЧР 2003-2010 гг.» в Козловском районе необходимо построить 20 жилых домов с лимитом 2709,0 тыс. р. На данный момент финансовые средства полностью освоены, ввод жилья был запланирован на декабрь 2003 г. Многие уже завершают строительство своих домов. Общий ввод жилья, построенного за счет субсидий, составляет 1538 кв. метров.

По программе строительства социального жилья с использованием субсидий в 2003 г. необходимо освоить финансовые средства в объеме 3662,0 тыс. р. - освоено в полном объеме. Выделен ипотечный кредит в объеме 3142,0 тыс. р. - освоено 4545,0 тыс. руб., из них 3008,0 тыс. р. получили по ипотечному кредиту 16 семей, 1537,0 тыс. р. - 11 семей по программе «Молодая семья» (табл. 9.3).

Таблица 9.3

Ипотечное льготное кредитование 2001-2003 гг.

| Год | Лимит, тыс. р. | Освоено, тыс. р. | Кол-во семей | % |
|-------|----------------|------------------------------------|--------------|-------|
| 2001 | 902 | 1102,957 | 6 | 122,3 |
| 2002 | 2000 | 1917 | 16 | 95,9 |
| 2003 | 3142 | 4545 В т. ч. молодая семья 1537 | 16/11 | 144,6 |
| Всего | 6044 | 7564,96 | | 125 |

**Информация (на 01. 01. 2004 г.)
о ходе строительства школы № 2 г. Козловка,
Козловских очистных сооружений в Козловском районе**

Таблица 9.4

| Наименование объекта | Лимит финансирования на 2003 год, тыс. р. | Профинансировано, тыс. р. | Доля, % к годовому лимиту финансирования | Выполнено СМР В I, II, III кв. 2003 г. | |
|--------------------------------|---|---------------------------|--|--|----------------------|
| | | | | тыс. р. | Доля, % к плану года |
| Козловские очистные сооружения | 3500,0 | 3500,0 | 100 | 3500 | 100 |
| Школа № 2 | 3110,0 | 3110,0 | 100 | 3110 | 100 |

Образование

В Козловском районе по программе «Развитие образования Чувашской Республики» было начато строительство новых зданий школ взамен аварийных и ветхих в г. Козловка (школа № 2) и д. Тюрлема.

В 2001 г. введен первый пусковой комплекс Тюрлеминской СОШ.

В настоящее время продолжается строительство школы № 2 в г. Козловка, завершено строительство мастерских и спортивного зала Тюрлеминской школы.

Заказчиком–застройщиком по строительству школы № 2 и Тюрлеминской СОШ является ГУП «РУКС», генеральным подрядчиком - ОАО «Стройтрест № 4».

Канализация

Строительство Козловских канализационных очистных сооружений производительностью 2700 м³ в сутки начато в 1992 году. С начала строительства профинансировано 12,87 млн р. Из-за несвоевременного финансирования строительство затянулось. На данный момент заказчиком-застройщиком является ГУП «Жилтехстрой», генеральным подрядчиком - ООО «Нерон».

Рабочая комиссия 26 сентября провела пробный пуск оборудования. Необходимо завершить строительство Козловских канализационных очистных сооружений в 2004 году. Для этого необходимо примерно 20,0 млн р.

Газификация

За 1981-2002 гг. в Козловском районе проложено 207,5 кмгазопровода, построены две газораспределительные станции «Кугеевская» и «Козловская», 19 газораспределительных пунктов, в т. ч. за последние 5 лет проложено газопроводов 66,5 км, что составляет 32%.

Газифицировано 4972 жилых дома и квартиры, в т. ч. в сельской местности 1263, что составляет 28%, в городе - 3709, или 87%. Проложены газопроводы и подведен газ к 13 населенным пунктам, полностью газифицировано 9 населенных пунктов сельской местности. В настоящее время газификацией охвачено 19 населенных пунктов.

Согласно постановлению Кабинета Министров от 25.12.2002 г. № 334 в Козловском районе на 2003 г. планировалось построить и ввести в эксплуатацию 61,9 км

распределительных газопроводов и газифицировать 820 жилых домов и квартир с предусмотренным лимитом 48,8 млн р., в т. ч. республиканский бюджет - 26,7 млн р.

За 12 месяцев 2003 г. введено в эксплуатацию 66,1 км газопроводов (100,1 % от плана), газифицирован 841 жилой дом и квартиры в домах (102,5 % от плана) с освоением 24709,1 тыс. р. капитальных вложений, профинансировано 26689,0 тыс. р.

Составлен график сдачи объектов, который согласован с Министерством строительства Чувашской Республики.

В соответствии с постановлением Кабинета Министров от 19.05.2003 г. № 108 «Об утверждении дополнительных объемов работ по газификации населенных пунктов ЧР на 2003 год» утвержден перечень объектов газификации, входящих в дополнительные объемы работ на 2003 г. (Распоряжение Кабинета Министров ЧР от 18.06.03 № 196-Р), выделено 59963,69 тыс. р., в т. ч. на строительство переходящих объектов - 16109,0 тыс., на новое строительство - 38767,34 тыс. На все объекты (38 населенных пунктов) разработана проектно-сметная документация.

Сегодня с населением района проводится разъяснительная работа по газификации населенных пунктов и индивидуальных жилых домов. Во всех населенных пунктах района проведен сход граждан, на котором они были ознакомлены с данным Указом. Представлены списки желающих газифицировать индивидуальные жилые дома из 51 населенного пункта, всего по району 2672 семьи, в т. ч. в сельской местности – 2577, в Козловке - 95 семей. Из них желающих получить льготный кредит - 1995 семей. На 2003 год представлены списки в Сбербанк на 750 семей. На сегодня в Сбербанк за получением льготного кредита обратилось более 200 человек – оформляются документы (отсутствие проектно-сметной документации и поручителей). Получили кредит 50 человек.

Для ускорения газификации населенных пунктов руководители сельскохозяйственных предприятий, главы сельских администраций и население всячески оказывают помощь подрядным организациям по строительству и вводу газопроводов (предоставление жилья, транспорта, питание и организация работ).

На все объекты разработана проектно-сметная документация, имеются заключения экспертиз, которые переданы в Минстрой ЧР. Ведется работа по определению подрядных организаций на 2004 г., разработан график ввода объектов и жилых домов по месяцам.

Дополнительно проводится разъяснительная работа по получению населением льготного кредита на газификацию индивидуальных жилых домов. Разъяснения даются через местную газету «Знамя», радио, а также проводятся встречи с населением района, прием граждан.

Усилено требование к подрядным организациям по вводу газовых сетей, получивших финансовые средства, а также по возмещению расходов населению на строительство газораспределительных сетей.

Главам сельских администраций даны указания о недопустимости сбора денежных средств с населения на строительство газовых распределительных сетей.

Автомобильные дороги

Общая протяженность автомобильных дорог, расположенных на территории района, составляет 243 км, из них федерального значения – 42, республиканского - 91,2, муниципальных - 34,98 км.

В 2003 году введено 1,14 км автомобильной дороги Марпосад-Волга-Октябрьское-Козловка-Осинкино – с лимитом 2950 тыс. р., а также 1,5 км автомобильной дороги Волга-Масловка-Альменево – с освоением 4500 тыс. р.

Малое предпринимательство

В социально-экономической политике района особое внимание уделяется развитию малого предпринимательства как одному из главных факторов достижения экономической независимости людей в рыночных условиях.

В рамках реализации Указа Президента Чувашской Республики от 03.03.2002 г. № 19 «Об ускоренном развитии малого предпринимательства в Чувашской Республике» было принято и утверждено постановление главы администрации Козловского района № 175 от 02 апреля 2003 г. «Об ускоренном развитии малого предпринимательства в Козловском районе». Этим постановлением определены необходимые действия администрации района, ее отделов по поддержке и развитию малого предпринимательства.

По состоянию на 1 января 2004 г. в районе зарегистрировано 396 физических лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью. Из общего числа предпринимателей 48 % осуществляют торгово-закупочную деятельность, 39% занимаются ведением крестьянско-фермерского хозяйства. Количество предпринимателей, ведущих крестьянско-фермерское хозяйство, с начала года увеличилось на 33 человека.

В целях совершенствования внешней среды развития малого предпринимательства при администрации района действует координационный Совет по поддержке и развитию малого предпринимательства. При помощи администрации района образовано представительство Министерства юстиции Чувашской Республики по содействию развития предпринимательства по организации собственного дела по принципу «одно окно». Создан единый реестр субъектов малого предпринимательства. В районе действует на сегодняшний день 51 малое предприятие. Субъектами малого предпринимательства ежегодно открывается от 5 до 10 торговых точек. В настоящий момент завершаются отделочные работы и в ближайшее время будет введен новый торговый комплекс взамен устаревших торговых киосков.

Потребительский рынок

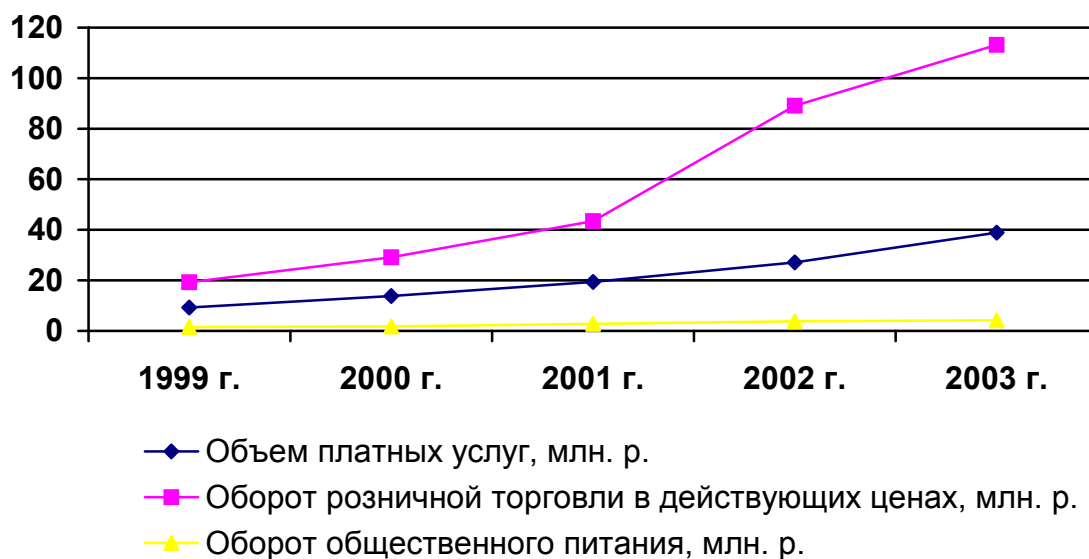
В Козловском районе реализуется Программа развития и улучшения качества потребительских услуг в Чувашской Республике на 2003-2005 гг., направленная на стабилизацию, дальнейшее развитие и совершенствование отрасли торговли, общественного питания и платных услуг; наиболее полное удовлетворение потребностей населения; укрепление и развитие предпринимательской деятельности на потребительском рынке; поддержку и развитие социально значимых торговых и бытовых услуг; обеспечение защиты прав потребителя на потребительском рынке.

Темпы роста объема розничного товарооборота в Козловском районе последние два года остаются стабильно высокими, что свидетельствует о росте реальных доходов населения района. Его величина составила 142,7 % в действующих ценах к соответствующему периоду прошлого года.

До недавнего времени население района большую часть товаров покупало за пределами района (в г. Казани, г. Чебоксары) или у заезжих коммерсантов из-за скудности ассортимента товаров на местном рынке. Но в последние годы потребительский рынок района намного расширился (табл. 9.5).

Таблица 9.5

| | 1999 г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Объем платных услуг, млн. р. | 9,28 | 13,8 | 19,4 | 27,1 | 38,9 |
| Оборот розничной торговли в действующих ценах, млн. р. | 19,2 | 29,1 | 43,4 | 89,1 | 113,2 |
| Оборот общественного питания, млн. р. | 1,5 | 1,75 | 2,75 | 3,8 | 4,2 |



Занятость населения и развитие рынка труда

В последние годы сокращается численность безработных. В 2003 г. в ГУ «Козловский центр занятости населения» по вопросу трудоустройства и за консультацией обратилось 1225 человек, из них поставлено на учет как ищущие работу 959 человек. В 2003 г. трудоустроено 685 человек, что на 21 % больше по сравнению с уровнем прошлого года. 407 - подростки от 14 до 18 лет, 278 человек – безработные граждане. Из числа трудоустроенных: 49% - женщины, 31 - молодежь в возрасте 16-29 лет, 1 - инвалиды, 0,05 - выпускники.

Увеличению численности занятых и сокращению численности безработных способствовали структурные изменения в экономике района, развитие бизнеса и предпринимательства.

Таблица 9.6

| | 1999 г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Число лиц, состоящих на учете в службе занятости на конец года, чел. | 274 | 200 | 215 | 287 | 265 |
| Из них имеет статус безработного, чел. | 274 | 200 | 215 | 287 | 265 |

Состояние окружающей среды

Экологическое воспитание населения – одна из главнейших задач социальной политики

Экологическое воспитание подрастающего поколения начинается с дошкольного учреждения и продолжается в школьные годы. На территории города Козловка 2 дошкольных учреждения имеют экологическое направление, во многих школах района функционируют школьные лесничества, а в одной сельской школе – Байгуловской СОШ создана и действует более 10 лет молодежная экологическая организация «Хунав». Опыт работы по экологическому воспитанию подрастающего поколения, материалы по изучению природы Козловского района, другая природоохранная информация по району размещена в изданном в 2003 г. в 1 выпуске «Экологического вестника Козловского района Чувашской Республики».



Воздушный бассейн

Динамика выбросов основных загрязняющих веществ
по Козловскому району, тыс. т/год

| Исследуемые ингредиенты | 1999 г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Всего | 0,208 | 0,354 | 0,399 | 0,258 | 0,309 |
| Твердые | 0,028 | 0,091 | 0,147 | 0,049 | 0,099 |
| Газообразные и жидкие | 0,179 | 0,263 | 0,252 | 0,209 | 0,211 |
| Диоксид серы | 0,014 | 0,011 | 0,018 | 0,007 | 0,015 |
| Оксид углерода | 0,113 | 0,209 | 0,169 | 0,147 | 0,137 |
| Диоксид азота | 0,038 | 0,031 | 0,039 | 0,029 | 0,133 |
| Углеводороды без ЛОС | - | - | 0,004 | 0,002 | 0,001 |
| Летучие органические соединения | 0,013 | 0,012 | 0,021 | 0,023 | 0,025 |

Водные ресурсы

Ежегодно из рек Волга и Аниш забирается 3,34 млн. м³ воды, а из подземных источников 1,4 млн. м³ и сбрасывается в природные водные объекты 2,67 млн. м³. В городе Козловка идет к завершению строительство новых биологических очистных сооружений, после чего качество сбрасываемой воды в р. Беловоложка намного улучшится.

Земельные ресурсы

На территории Козловского района имеется санкционированная свалка ТБО на расстоянии 8 км от города. Общая площадь свалки 2 га, срок действия до 2010 года.

В городе Козловка:

- разработана и утверждена генеральная схема санитарной очистки города;
- внедрена и действует система сбора и передачи на утилизацию отработанных люминесцентных ламп от учреждений образования, здравоохранения, культуры, спорта и правоохранительных органов.

Особо охраняемые природные территории

На территории Козловского района созданы и действуют 4 объекта особо охраняемых природных территорий. 3 государственных заказника республиканского значения:

- «Аттиковский остепненный склон» (255,5 га);
- «Ковыльная степь» (38,2 га);
- «Карамышевский» (65,8 га).

Памятник природы республиканского значения «Склон Чарду» занимает 109,44 га.

Основные объекты охраны – редкие и исчезающие виды степных растений с большим видовым разнообразием, значительно удаленные к северу от степной зоны.

Родники

Ежегодно на территории района проводятся работы по очистке, ремонту и благоустройству родников как на бюджетные средства, так и на средства спонсоров.

Благоустройство

Ежегодно на территории района проводятся весенние и осенние месячники по благоустройству, санитарной очистке и озеленению населенных мест, проводятся экологические субботники по уборке территорий.

Здоровье

Медико-демографическая ситуация в районе

Заболеваемость и смертность

Современная демографическая ситуация в Козловском районе, как и в целом по России, характеризуется тенденцией к снижению рождаемости и повышению смертности (табл. 9.7). Стойкое снижение рождаемости отмечается с 1994 г. (10,2). В 2003 г. этот показатель составил 8,0. Низкая рождаемость определяется массовым распространением малодетности, повышением экономической активности женщин, ухудшением социальных условий (табл. 9.8).



В связи со старением населения района смертность повысилась и составила в 2003 г. – 20,1 (табл. 9.9). В структуре общей смертности на первом месте болезни органов кровообращения, на втором – травмы и отравления, на третьем – онкозаболевания. В структуре смертности трудоспособного возраста на первом месте – травмы и отравления, на втором – болезни органов кровообращения, на третьем – онкозаболевания.

Таблица 9.7

Численность населения района

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Численность | 26800 | 26400 | 26100 | 26058 | 25559 |

Таблица 9.8

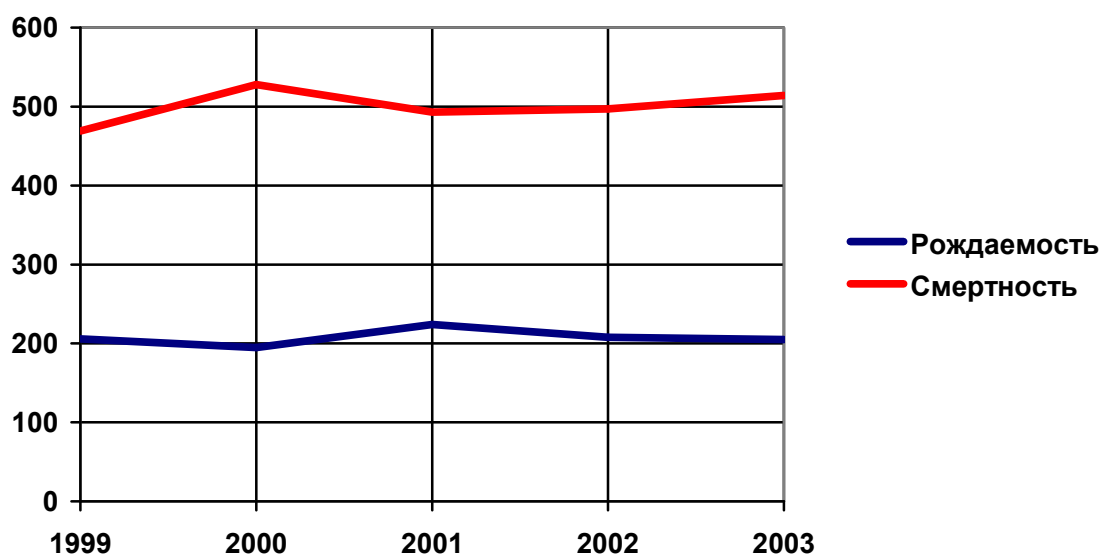
Рождаемость

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| Абс. значение | 206 | 195 | 224 | 208 | 205 |
| На 1000 нас. | 7,7 | 7,4 | 8,6 | 8,0 | 8,0 |

Таблица 9.9

Смертность

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| Абс. значение | 469 | 528 | 493 | 497 | 514 |
| на 1000 нас. | 17,5 | 20,0 | 18,9 | 19,0 | 20,1 |



Заболеваемость основными нозологическими формами

Ниже приводятся данные о числе больных основными группами болезней (вновь выявленные случаи) (табл. 9.10-9.14). Абсолютные показатели дают возможность представить и проанализировать показатели заболеваемости населения и оценить масштабы проблемы раннего выявления сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, определить уровень программы вторичной профилактики.

Таблица 9.10

Заболеваемость болезнями сердечно-сосудистой системы

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Абс. значение | 5947 | 4659 | 3797 | 5052 | 5555 |
| На 1000 нас. | 221,9 | 176,5 | 145,5 | 198,1 | 217,3 |

Таблица 9.11

Заболеваемость злокачественными новообразованиями

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Абс. значение | 48 | 62 | 55 | 57 | 39 |
| На 1000 нас. | 180,9 | 234,7 | 211,3 | 222,3 | 156,5 |

Таблица 9.12

Заболеваемость туберкулезом

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Абс. значение | 12 | 12 | 15 | 10 | 23 |
| На 1000 нас. | 44,9 | 44,7 | 56,6 | 38,4 | 89,1 |

Таблица 9.13

Заболеваемость алкоголизмом.

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Абс. значение | 41 | 58 | 71 | 71 | 57 |
| На 1000 нас. | 153,0 | 216,4 | 267,9 | 273,1 | 218,8 |

Заболеваемость сифилисом.

| Год | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|-------|------|------|------|------|
| Абс. значение | 36 | 18 | 18 | 22 | 23 |
| На 1000 нас. | 135,3 | 67,2 | 69,0 | 84,4 | 90,0 |

Мнения жителей

Отвечая на вопрос «Считаете ли вы себя здоровым», 4% жителей оценили свое здоровье как «отличное», 14,6 - «хорошее», 14,6 - «удовлетворительное», 17,4% - не считают себя здоровыми.

Кто в первую очередь несет ответственность за здоровье?

- сам человек – 30%
- государство – 20%
- медицинские работники – 50%

Как вы оцениваете свое питание?

- хорошее – 11,0%
- нормальное – 72,6%
- плохое 16,4%

Что вы считаете необходимым делать для сохранения и улучшения своего здоровья?

- следовать рекомендациям здорового питания – 21%
- следить за массой тела – 9,3%
- быть физически активным в свободное время – 5,3%
- иметь полноценный отдых – 7%
- своевременно обращаться за медицинской помощью – 53,6%

Что необходимо предпринять органам управления для улучшения здоровья населения?

- улучшить качество воды – 10%
- улучшить качество атмосферного воздуха – 3,3%
- создавать условия и обеспечить доступность занятий спортом – 19,6%
- обеспечить доступность медицинской помощи – 67%

Социальная поддержка населения

С особой заботой в районе относятся к малозащищенным слоям населения - детям, старикам, многодетным семьям. В районе проживают более 8 тысяч пенсионеров, 161 инвалид и участник войны, 65 вдов погибших воинов, 1227 инвалидов по общему заболеванию, около 5 тысяч ветеранов труда, 3 тыс. человек получают ежемесячные пособия на детей, 1,6 тысяч – субсидию на твердое топливо. Адресная помощь оказывается многодетным, неполным и неблагополучным семьям, а также семьям с детьми-инвалидами. Всего в районе 314 многодетных, 363 неполных семей, 304 одиноких матерей, 89 семей с детьми-инвалидами. Ежегодно отдел социальной защиты населения выступает главным разработчиком районной программы «Семья», а также принимает активное участие в выполнении республиканских социальных программ «Старшее поколение», «О социальной поддержке инвалидов в Чувашской Республике», «Дети Чувашии».

В районе действует Центр социального обслуживания населения. Его главной задачей на сегодняшний день является социально-бытовая помощь одиноким престарелым гражданам и инвалидам. Вся помощь носит адресный характер и почти во всех случаях, кроме экстренных, оказывается только после обследования материально-бытовых условий жизни семей, конкретных лиц, обратившихся с просьбой. Проводятся рейды по изучению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны, инвалидов и малообеспеченных семей. Им оказывается материальная помощь. По результатам обследований 2 отделениями социальной помощи на дому взято на надомное обслуживание 95 одиноких пожилых граждан, 77 социальных работников на договорной основе оказывают пожилым людям спектр услуг, предусмотренных Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». В структуре Центра социального обслуживания населения функционируют 3 дома ветеранов, где в среднем ежемесячно 58 пожилых граждан получают комплекс социально-бытовых услуг.

Оказанием социальной, правовой, медико-психологической, педагогической помощи детям и их родителям, оказавшимся в сложных жизненных ситуациях, занимается МСУ «Центр реабилитации несовершеннолетних детей». По состоянию на 1 января 2004 г. в Центре реабилитации на социальном патронаже состоят 187 семей, в них – 412 детей. Социальную реабилитацию в условиях стационарного отделения прошли 140 воспитанников из 103 семей. Специалисты Центра систематически обследуют неблагополучные семьи, участвуют в профилактической работе. Охват социально неблагополучных семей составил 55% в условиях стационара. При Центре во время школьных каникул функционирует оздоровительный лагерь. В лагере созданы все условия для полноценного отдыха. Особое внимание уделяется физическому воспитанию: имеются тренажерный зал, комната психологической разгрузки, хорошо оборудованная спортивная площадка. Еще 128 детей из категории многодетных, неполных, малообеспеченных семей, семей, воспитывающих детей-сирот и детей из группы «социального риска» во время каникул отдохнули и укрепили здоровье в детских оздоровительных лагерях.

Нуждающиеся в санаторном оздоровлении получают путевки в оздоровительные центры и санатории. За истекшие 3 года поправили свое здоровье 182 человека.

Инвалиды являются самой незащищенной частью населения и нуждаются в особой заботе. Направлено на МСЭК в 2003 г. 606 человек (в 2002 г. – 641); из них первичные – 189 (в 2002 г. – 241), повторные – 417 (в 2002 г. – 400). Признаны ин-

валидами 556 человек (в 2002 г. – 595), из них первично 159 человек (в 2002 г. – 211). В целях обеспечения дополнительных гарантий инвалидам в реализации ими права на труд осуществляется квотирование рабочих мест. На 26 предприятиях района заквотировано 46 мест для инвалидов, трудоустроено 46 инвалидов. Трудоустроенные инвалиды получили серьезную психологическую поддержку, возможность расширить свое участие в общественной жизни. За последние 3 года 23 инвалида получили автомашины «Ока».



В целях повышения профессионального мастерства работников социальной сферы, развития их творческой инициативы и новаторства, привлечения общественного внимания к проблемам граждан пожилого возраста и инвалидов в районе и республике проходят конкурсы профессионального мастерства «Лучший социальный работник» и «Лучший дом для ветеранов». Еметкинский дом ветеранов на протяжении 3 лет занимает призовые места в своей номинации на республиканском конкурсе.

Цели и задачи в сфере социальной поддержки населения – экономическая помощь малообеспеченным категориям населения, обеспечение минимальных социальных стандартов и расширение спектра оказываемых социальных услуг.

**Основные показатели социальной помощи населению
Козловского района за 2001–2003 гг.**

| Пособия, тыс. р. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Ежемесячное на ребенка количество получателей сумма всего | 3139 3790,9 | 3045 4410,1 | 2921 4195,6 |
| По беременности и родам количество получателей сумма всего | 34 23,3 | 44 50,9 | 57 73,4 |
| По уходу за ребенком до 1,5 лет количество получателей сумма всего | 26 98,5 | 42 295,9 | 108 351,6 |
| Субсидии на жилищно-коммунальные услуги количество получателей сумма всего | 2090 1754,0 | 1325 3008,0 | 1616 5518,9 |
| Денежная компенсация в возмещении вреда участникам аварии на ЧАЭС количество получателей сумма всего | 2 24,0 | 2 33,5 | 3 52,1 |

Образование

В районе 19 образовательных учреждений (12 средних и 7 основных), ЦДЮТ, ДЮСШ и 6 ДОУ, в них обучаются и воспитываются 4138 детей. В учебных заведениях регулярно проводятся месячники и декады здоровья, включающие уроки здоровья, тематические классные часы и радиопередачи, спортивные состязания и интеллектуальные игры.

В 6 школах введен третий дополнительный час физической культуры. Из 23 учителей физвоспитания 17 имеют высшее образование по специальности и 14 аттестованы на I и II квалификационные категории, 2 преподавателя награждены значком «Отличник народного просвещения», 2 – значком «Почетный работник образования».

Все 9 средних сельских общеобразовательных школ имеют спортивные залы, только в 2003 г. сдан в эксплуатацию спортивный зал в Тюрлеминской СОШ и капитально отремонтированы спортивные залы Карамышевской и Янгильдинской СОШ; в 14 школах есть спортивные городки. В этом году в школы района поступило спортивное оборудование на 120,5 тыс. р.

31 января т. г. впервые проведена районная олимпиада по физической культуре среди учащихся 9-11 классов. Призеры готовятся к республиканской олимпиаде.

В школах проводятся ежедневная утренняя гимнастика, на уроках – физкультурная пауза, во время удлиненных перемен – подвижные игры. Комплексы физических упражнений регулярно обновляются. Ежегодно в мае во всех школах проводятся малые олимпийские игры, ежемесячно – «Дни здоровья». С 20 октября

по 20 ноября 2003 г. проведен месячник «Приоритет современному обществу физкультурно-оздоровительной деятельности».

В прошлом учебном году учитель физвоспитания Андреево-Базарской СОШ Г. П. Соколов принял участие в районном профессиональном конкурсе «Учитель года».

Работа по формированию здорового образа жизни, профилактике и укреплению здоровья проводится и в дошкольных образовательных учреждениях. В ДОУ созданы условия, содействующие сохранению и укреплению физического и психического здоровья воспитанников средствами физической культуры. Ежедневная утренняя гимнастика, занятия по физической культуре 3 раза в неделю, подвижные игры на прогулке, дни здоровья, спортивные мероприятия, экскурсии входят в режим пребывания детей в ДОУ. Внедрены программы «Старт», «Здравствуй!» Эффективной формой работы с семьей являются занятия в семейных клубах «Гармония», «Здоровье», организованные в детских садах «Радуга», «Звездочка». В «Звездочке» разработана программа «Будь здоров, малыш!». 3 февраля прошли первые районные игры-соревнования «Мальшиада» среди ДОУ. Ежегодно ДОУ принимают участие в районном и республиканском конкурсах «За здоровьем – в детский сад». Козловская СОШ № 3, Солдыбаевская и Карамышевская СОШ работают по реализации образовательных программ «Здоровый образ жизни!»

В школах района организованы медицинские лектории для школьников и родителей с участием врачей-специалистов.

В ДЮСШ на отделении легкой атлетики занимаются 363 учащихся, подготовлено 156 спортсменов массовых разрядов. Работают секции футбола, гиревого спорта, каратэ, самбо. Секция футбола состоит из 6 групп, где азы владения мячом постигают 120 учащихся, в трех группах секции гиревого спорта занимаются 33, спортивные нормы из них выполнили 19; 4 спортсмена выполнили норму I разряда.

В 6 группах секции каратэ-до занимаются 104 школьника, 14 выполнили спортивные разряды, в секциях спортивных игр - 34 человека, все имеют спортивные разряды. Всего в 46 группах занимаются 727 человек, из которых выполнили нормы спортивных разрядов 311, 4 спортсмена имеют I разряд.

В текущем году в ДЮСШ работают 9 штатных тренеров, в течение года открыты филиалы по легкой атлетике в Тюрлеминской, Карачевской, Карамышевской СОШ, филиалы по каратэ - в Еметкинской, Солдыбаевской, Тюрлеминской СОШ. Команда ДЮСШ с начала учебного года совершила 27 выездов на различные соревнования, занимая третье, четвертое места среди сельских районов на чемпионате и первенстве республики по легкой атлетике. Футбольная команда выезжала на зональное первенство «Кожаный мяч» в г. Йошкар-Оле, где заняла третье место, также приняла участие в первенстве России по футболу в г. Уфа, где из 16 команд заняла шестое место.

Прошли районные соревнования по волейболу, шахматам, шашкам и лыжным гонкам, в которых приняли активное участие работники отдела образования во главе с начальником РОО.

Физическая культура и спорт

В 38 коллективах физической культуры предприятий, организаций и учреждений Козловского района проводятся регулярные занятия физической культурой и спортом. Рабочие и служащие принимают активное участие в спортивных соревнованиях, акциях по пропаганде здорового образа жизни. 19 школ, ДЮСШ РОО предоставляют спортивные залы для тренировок по различным видам спорта.



Более 3 тысяч человек регулярно занимаются физкультурой и спортом, в районе 85 спортивных сооружений, в том числе:

- спортивных залов – 13;
- стрелковых тиров – 7;
- футбольных полей – 20;
- хоккейных коробок – 3;
- теннисный корт – 1;
- плоскостных сооружений – 41;

Штатными физкультурными работниками являются 35 человек. Ежегодно более 500 спортсменов получают разряды.

Наиболее популярными видами спорта являются легкая атлетика, волейбол, футбол, гири, дзюдо, каратэ-до, спортивное троеборье, шахматы, шашки и др.

Большую роль в формировании здорового образа жизни в районе играют ДЮСШ, спортивный клуб «Витязь», «Левша», клуб любителей физической культуры и спорта «Голиаф», общество рыболовов и охотников, учреждение ЮЛ-34/5. Создан Козловский районный совет филиала ФСО «Урожай».

В районе приняты программы развития физической культуры и спорта на 2003-2006 гг. и развития туризма на 2002-2006 гг.

К пристани г. Козловка стали причаливать туристические и пассажирские теплоходы, которым предоставлена «зеленая стоянка» с экскурсией в Дом-музей Н. И. Лобачевского и к экспозиции павшим воинам. Организованы экскурсионные маршруты на теплоходе Козловка - остров Свяжск, на автобусе Козловка - Раифский монастырь.

Традиционными в районе стали праздник «Акатуй», День физкультурника, День ВМФ (заплыв через Волгу), День города, Спартакиада муниципальных образований и коллективов физической культуры предприятий, организаций и учреждений, чемпионаты и кубки района по футболу, волейболу, поднятию гири, военно-спортивные игры «Зарница» и «Орленок», легкоатлетические пробеги.

Район гордится своими спортсменами и тренерами, чемпионами мира, среди них:

Кириллов С. А., мастер спорта международного класса (МСМК) по поднятию гири, заслуженный тренер РФ;

Чернов Б. С., чемпион мира по поднятию гири среди ветеранов;

47 мастеров спорта и МСМК;

Заслуженные тренеры Чувашской Республики:

Иванов В. Д., зимний полиатлон;

Краснов И. Н., поднятие гири;

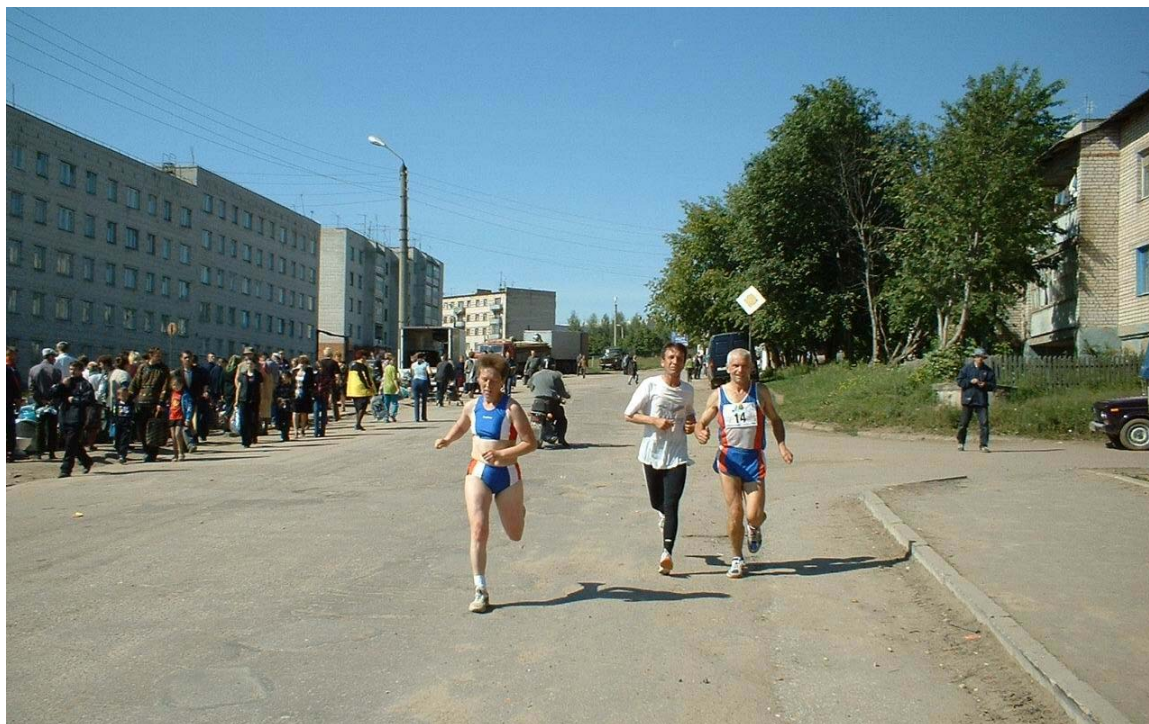
Родионов Н. М., заслуженный работник физической культуры и спорта Чувашской Республики, заслуженный тренер РФ, легкая атлетика.

6 судей по спорту республиканской категории (РФ).

Участники Олимпийских игр:

Столяров Б. В. (г. Мельбурн, 1956 г. легкая атлетика, 6 место 110 м с/б);

Пашкова Н. Н. (участница 26 Олимпийских игр по горному велосипедному спорту).



Культура

Город Козловка расположен на великой русской реке Волге на границе трех республик: Чувашской, Марий Эл, Татарстана. Но не только Волга и местоположение создают благоприятные экономические условия для развития. В 10 км проходит железная дорога Москва–Казань через станцию Тюрлема, имеющая важнейшее значение для города. Через территорию района проходит автомобильная дорога федерального значения.

Город Козловка знаменит тем, что здесь жил и творил великий математик с мировым именем, ректор Казанского университета Николай Иванович Лобачевский. В городе открыт районный историко-краеведческий Дом–музей Н. И. Лобачевского. Здание является памятником архитектуры 19 века. Музей располагает 10 залами и занимает 460 м².



За годы существования музей собрал большой краеведческий материал. В своих фондах имеет изобразительные, вещевые, письменные, археологические, естественно-исторические экспонаты, фотодокументы, фономатериалы.

В нашем районе функционируют 1 районный, 1 совхозный, 15 школьных музеев, есть мини–музей в 3 домах ветеранов, 2 библиотеках, в режиме «библиотека–музей» работает Андреево–Базарский сельский филиал.

В Козловке сосредоточены основные учреждения культуры: Центральная и детская районная библиотеки, включающие в себя 21 филиал, районный культурно-досуговый центр, 15 домов культуры, 15 сельских клубов, 1 Дом фольклора и Дом ремесла.

В районе функционируют 4 коллектива художественной самодеятельности, которые имеют звание «народный», концертные организации:

- народный хор районного культурно–досугового центра;
- народный женский вокальный ансамбль «Русская песня» районного культурно–досугового центра;
- народный фольклорный ансамбль «Эткер» Шименеевского Дома культуры;
- народный драматический театр Дятлинского сельского Дома культуры;
- духовой оркестр детской музыкальной школы;
- семейный ансамбль Федоровых.

В городе действуют детская музыкальная школа «Козловская», детская художественная школа «Козловская» и детская музыкальная школа «Волга» в с. Карамышево, в которых обучаются 440 детей.



Разработана Программа развития туризма в Козловском районе на 2001-2005 гг. У Козловской пристани стали чаще останавливаться туристические теплоходы пассажирской транзитной линии Москва–Астрахань. Во время стоянки туристам предлагается интереснейшая автобусная экскурсия по городу Козловка с осмотром его уникальных достопримечательностей, городской пляж для отдыха, культурно–развлекательные программы, работы мастеров художественного народного промысла и др.

В районе работают три модельные библиотеки: Центральная районная (август 2003 г.), Тюрлеминская сельская (август 2003 г.), Янгильдинская сельская (март 2004 г.).

Библиотеки сегодня – это еще и доступ в Интернет.

Участие жителей в управлении и развитии района

Администрация Козловского района заинтересована в налаживании тесного сотрудничества с жителями района и поддерживает развитие взаимодействия.

В соответствии со статьей 15 Закона Чувашской Республики «Об организации местного самоуправления в Чувашской Республике» и статьями 16 и 17 Устава Козловского района Собрание депутатов Козловского района является представительным органом местного самоуправления Козловского района, обладающим правом представлять интересы населения, принимать от его имени решения, действующие на территории района.

Собрание депутатов Козловского района состоит из главы самоуправления и 18 депутатов, избираемых населением на основе всеобщего, равного и прямого избирательного права при тайном голосовании сроком на 4 года.

Образовано пять постоянных комиссий Собрания депутатов Козловского района по вопросам:

- экономической деятельности, бюджету, финансам, налогам и сборам;
- социально-культурной деятельности, образованию, здравоохранению и обслуживанию населения;
- сельского хозяйства;
- промышленности и торговли;
- укреплению законности, правопорядка, развитию местного самоуправления и депутатской этики.

Качественный и количественный состав депутатов, опыт практической деятельности позволяет Собранию депутатов Козловского района вести активную работу, направленную на решение актуальных задач социально-экономического развития города и района в целом.

Постоянные комиссии Собрания депутатов рассматривают и доводят до сведения избирателей свои решения. Информацию о работе комиссий жители получают через газеты, радио, сайт администрации Козловского района.

Глава администрации Козловского района, его заместители, депутаты районного Собрания ежемесячно организуют прием граждан по личным вопросам, выезжают в трудовые коллективы, населенные пункты района для встреч с избирателями. Жители Козловского района через своих представителей в составе Собрания депутатов активно участвуют в выявлении и обсуждении с городскими, районными властями проблем, волнующих козловчан.

В районе работает 11 Советов общественности. В городской администрации успешно функционируют общественные комиссии, открыты пункты милиции на поселковой стороне и в городе, 73 горожанина возглавляют домовые и уличные комитеты, 67 человек работают старостами в населенных пунктах и помогают местным администрациям в налаживании быта, общественного порядка, инфраструктуры.

Общественные организации взаимодействуют с администрацией, Собранием депутатов Козловского района и в процессе подготовки годовых, перспективных планов, во время различных районных мероприятий.

Перспективы развития района

В январе 2002 г. Козловским районным Собранием депутатов была принята программа социально-экономического развития Козловского района на 2003-2006 гг.

Программа разработана в целях решения вопросов социально-экономического развития Козловского района, создания условий для укрепления бюджетного потенциала на основе комплекса мер по дальнейшему развитию промышленных предприятий и аграрного сектора.

Экономическая политика будет направлена на последовательное повышение уровня жизни населения, достижение устойчивых темпов экономического роста, осуществление прогрессивных структурных сдвигов в экономике, обеспечение благоприятного инвестиционного и предпринимательского климата, финансовой стабильности и повышения эффективности функционирования бюджетной системы.

В сфере природопользования и охраны окружающей среды – реализация мероприятий, направленных на снижение факторов, ухудшающих экологическую обстановку в городе.

Основной целью «Программы социально-экономического развития Козловского района на 2004-2006 гг.» является повышение качества жизни населения, создание достойной среды проживания, необходимых условий труда, быта и отдыха, безопасность, качество работы муниципальных учреждений.

Цели и задачи

органов местного самоуправления по дальнейшему развитию социальной сферы и экономики района на период до 2006 года

Социальная сфера

В образовании – дальнейшее развитие системы образования, заключающееся в системе реструктуризации в рамках федеральных и республиканских программ.

В здравоохранении – повышение качества оказания медицинской помощи населению, реорганизация круглосуточных стационаров на стационары дневного пребывания, дальнейшее развитие общеврачебной практики.

В области физической культуры и спорта – развитие массовости физической культуры и спорта, укрепление материально-технической базы спортивных сооружений.

В сфере культуры и искусства – сохранение и развитие культурного потенциала района, поддержка разнообразных направлений и жанров искусства и народного творчества.

В сфере социальной защиты населения – материальная помощь малообеспеченным категориям населения, обеспечение максимальных социальных стандартов и расширение спектра социальных услуг.

В обеспечении занятости населения и рынка труда – содействие занятости населения, смягчение социальных последствий безработицы.

Экономика

В сфере жилищного строительства – обеспечение доступности улучшения жилищных условий для широких слоев населения.

В промышленности – содействие оживлению и расширению промышленного потенциала района.

В сфере охраны окружающей среды – реализация мероприятий, направленных на снижение факторов, ухудшающих экологическую обстановку в районе.

Долгосрочная стратегия устойчивого развития будет способствовать стабилизации и последующему повышению уровня и качества жизни населения района.

**10. Перечень информационных материалов
для организации встречи кураторов межведомственных команд
с главами администраций районов и городов Чувашской Республики**

1. О Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы: Указ Президента Чувашской Республики от 18.06.2004 г. № 65.
2. Об организации движения «Чувашия – здоровый регион»: Указ Президента Чувашской Республики от 19.02.2004 г. № 15.
3. О Стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003-2010 годы: Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.04. 2003 г. № 95.
4. Здоровье-21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
5. Повестка дня на XXI век (принята конференцией ООН по окружающей среде и развитию), Рио-де-Жанейро, 3-14 июня 1992 г.
6. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты.



11. Резолюция участников конференции

«Здоровые города, районы, поселки»

(вопросы поддержки и координации деятельности муниципальных образований в сфере развития здоровья граждан, здорового образа жизни, массовой физической культуры и экологии)

Принята 17 мая 2005 года, город Чебоксары

Мы, участники конференции – представители муниципальных образований Чувашской Республики, утверждаем, что главной общенациональной идеей современной России является развитие физического, психического и духовного здоровья каждого гражданина независимо от возраста, пола, профессии, национальной принадлежности, вероисповедания, материального положения и социального статуса.

Именно индивидуальное здоровье, как состояние физической, психической и духовной свободы и гармонии повседневной жизни деятельности человека, является основным критерием качества его жизни и главным средством развития всех сфер жизни российского общества.

Мы убеждены, что только при реализации концепции и технологии конструктивного взаимодействия общественности и власти возможно осуществление стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье 21, или здоровье для всех в 21 веке» и Программы «Повестка дня на 21 век» как в Чебоксарах, так и во всех районах и городах Чувашской Республики.

Основным механизмом решения задач «Здоровье для всех» и «Здоровье – каждому» и разработки целостной комплексной программы оздоровления населения является процесс постоянного отбора и интегрирования эффективных проектов, а главным средством – системная поддержка и координация деятельности общественных организаций медицинского, экологического, оздоровительного и других направлений. Мы констатируем, что деятельность движения «Здоровые города» является существенным фактором социального партнерства, пропаганды здорового образа жизни и оздоровления жителей столицы и городской среды.

В целях дальнейшей консолидации усилий муниципальных образований Чувашской Республики в сфере развития физического, психического, духовного здоровья граждан, формирования здорового образа жизни и экологической культуры жителей столицы участники конференции «Здоровые города, районы, поселки» принимают следующие рекомендации органам государственной власти Чувашской Республики:

- В целях координации деятельности муниципальных образований Чувашской Республики и реализации программы социального партнерства органов власти и гражданского общества в области охраны и укрепления здоровья населения республики:
 - создать координационный Совет глав муниципальных образований Чувашской Республики по вопросам развития региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»;
 - создать рабочую группу по развитию региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» в составе:
 - Лисенкова И. Ю. – заместитель министра здравоохранения Чувашской Республики, председатель;
 - Марков Д. С. – начальник Управления здравоохранения администрации г. Чебоксары;
 - Зайцева О. Ю. – депутат Государственного Совета Чувашской Республики;
 - Богданова Т. Г. – исполнительный директор АНО «Дирекция Проекта «Реформа здравоохранения».
- Поддержать предложения о создании в Чувашской Республике региональной сети здоровых городов с координационным центром в столице республики – городе Чебоксары. Работу сети строить на основе концепции и технологии программы ВОЗ «Здоровые города».

Участники конференции обращаются с просьбой ко всем средствам массовой информации максимально распространить информацию о конференции и ее результатах.



12. Резолюция

Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики

город Чебоксары
Чувашская Республика

18.04.2006

1. Утвердить Положение о региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики (приложение 1).
2. Утвердить Состав Исполнительного комитета региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики (приложение 2).
3. Считать основными направлениями развития региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики ключевые аспекты IV фазы Европейской сети Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города»:
 - здоровое городское планирование;
 - физическая активность;
 - активное долголетие.

Глава администрации
Алатырского района
Блащенко А. И.

Глава администрации
Урмарского района
Кириллов В. Н.

Глава администрации
Аликовского района
Платонов А. И.

Глава администрации
Цивильского района
Евдокимов Н. В.

Глава администрации
Батыревского района
Глухов Н. И.

Глава администрации
Чебоксарского района
Князев А. П.

Глава администрации
Вурнарского района
Кузьмин А. И.

Глава администрации
Шемуршинского района
Фадеев В. П.

Глава администрации
Ибресинского района
Петров А. И.

Глава администрации
Шумерлинского района
Мурашкин В. А.

Глава администрации
Канашского района
Антонов С. В.

Глава администрации
Козловского района
Майоров И. Г.

Глава администрации
Комсомольского района
Волков Г. Ф.

Глава администрации
Красноармейского района
Николаев С. А.

Глава администрации
Красночетайского района
Криков А. И.

Глава администрации
Мариинско-Посадского района
Шумов А. А.

Глава администрации
Моргаушского района
Иванов Ю. А.

Глава администрации
Порецкого района
Скрипилин Ю. А.

Глава администрации
Ядринского района
Яранский Е. М.

Глава администрации
Яльчикского района
Миллин Н. П.

Глава администрации
Янтиковского района
Иванов Н. И.

Глава администрации
г. Алатырь
Марискин М. В.

Глава администрации
г. Канаш
Полукарова В. И.

Глава администрации
г. Новочебоксарск
Андреев В. В.

Глава администрации
г. Чебоксары
Емельянов Н. И.

Глава администрации
г. Шумерля
Садырга В. М.

Положение о региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики

Общие положения

Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» организована в целях содействия формированию и реализации муниципальной политики развития общественного здоровья в районах и городах Чувашской Республики, основанной на стратегиях ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке» и ООН «Устойчивое развитие».

Решение о необходимости организации сети «Здоровые города, районы, поселки» принято на конференции «Реализация проекта «Здоровые города, районы, поселки в Чувашской Республике» 17 мая 2005 года, организованной по инициативе администрации города Чебоксары. Поддержано главами администраций городов Канаш, Новочебоксарск, Аликовского, Вурнарского, Ибресинского, Канашского, Комсомольского, Красночетайского, Мариинско-Посадского, Моргаушского, Поречского, Урмарского, Цивильского, Чебоксарского, Шемуршинского, Шумерлинского, Яльчикского, Янтиковского районов.

Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» объединяет муниципальные образования Чувашской Республики, членство в региональной сети является добровольным. Региональная сеть «Здоровые города, районы, поселки» берет на себя обязательства работать и вносить свой вклад в развитие национальной российской и европейской сетей ВОЗ «Здоровые города», региональной сетью выполняются критерии членства в национальной российской сети.

Целью создания региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» являются формирование долговременной муниципальной политики, ориентированной на развитие здоровья населения города/района на основе эффективного межсекторального партнерства, и расширение участия местных сообществ в деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

Принципы работы региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»:

понимание здоровья как целостного комплекса физических, психологических, социальных и духовных характеристик;

«нацеленность на здоровье» всех программ, утверждаемых администрациями городов/районов; оценка практических мероприятий по реализации указанных программ с точки зрения влияния на здоровье населения;

сочетание административной государственной поддержки с местными инициативами сообщества, инициативных групп граждан, общественных организаций;

межведомственный подход к вопросам охраны и укрепления здоровья, вовлечение всех секторов, ответственных за поддержание и укрепление здоровья населения;

использование инновационных технологий и подходов к сохранению и укреплению здоровья населения;

широкое использование наиболее успешного российского и международного опыта.

Задачи региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»:

формирование политической приверженности стратегиям «Здоровье для всех в 21 веке» и устойчивого развития со стороны местных администраций районов и городов;

достижение взаимопонимания и эффективного взаимодействия различных секторов общества в разработке стратегических целей в области охраны и укрепления здоровья на региональном и муниципальном уровнях;

мобилизация имеющихся ресурсов района/города республики в целях развития здоровья населения конкретного сообщества в контексте единой региональной стратегии;

практическая реализация на уровне сообществ различных программ/инициатив, направленных на коррекцию тех или иных детерминант здоровья населения;

создание организационных механизмов, стимулирующих участие населения в решении проблем, связанных со здоровьем;

поощрение неординарных решений, популяризация достижений, экспериментов с современными организационными механизмами и программами;

взаимодействие муниципалитетов между собой, обмен практическим опытом решения проблем в области охраны и укрепления здоровья, реализация совместных программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья населения, взаимная поддержка, сотрудничество;

сотрудничество с национальной российской сетью «Здоровые города, районы, поселки», международными организациями и структурами в области охраны и укрепления здоровья.

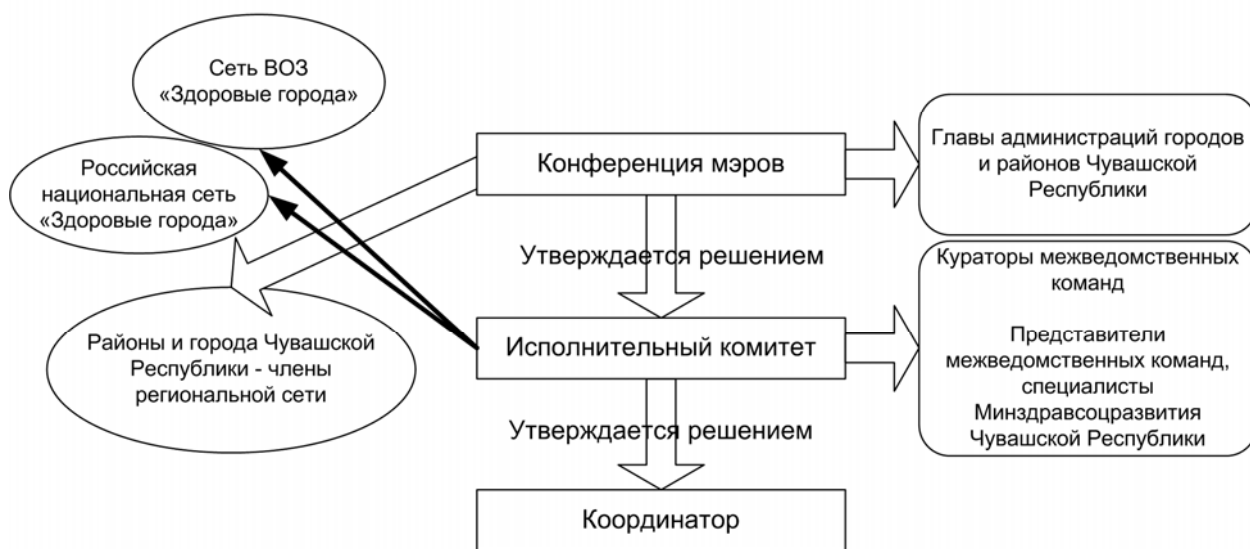
Организационная структура региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»

Заявка на членство в региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»

Муниципалитеты становятся членами региональной сети на основании подаваемой на имя исполнительного комитета региональной сети заявки, подписанной главой местного самоуправления города/района. Заявка должна содержать сведения о соответствии критериям участия в региональной сети как основы для сотрудничества и взаимодействия в области охраны и укрепления здоровья населения Чувашской Республики (см. прил.).

Организационная структура

Организационная структура региональной сети
«Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики



Конференция мэров

Возглавляет региональную сеть «Здоровые города, районы, поселки».

Конференция мэров состоит из глав администраций районов (городов) Чувашской Республики – членов региональной сети «Здоровые города, районы, поселки». Руководит работой Конференции мэров председатель, который выбирается из состава глав администраций районов и городов, присутствующих на заседании.

Конференция мэров заседает 1 раз в год и считается состоявшейся в случае присутствия не менее 70% глав администраций районов и городов – членов региональной сети «Здоровые города, районы, поселки». В случае необходимости может быть организовано внеочередное заседание Конференции мэров. Решения Конференции мэров принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании Конференции глав администраций районов и городов путем открытого голосования и оформляются протоколами.

Основными функциями Конференции мэров являются:
определение стратегических направлений развития сети;
утверждение плана работы региональной сети;
утверждение состава Исполнительного комитета;
утверждение отчетов о работе Исполнительного комитета и Координатора региональной сети.

Исполнительный комитет

Утверждается Конференцией мэров региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» и состоит из председателя и членов – кураторов и представителей межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья населения районов и городов Чувашской Республики. Исполнительный комитет заседает 1 раз в квартал, в рамках своей деятельности для профессионального решения поставленных задач может привлекать специалистов-консультантов, в том числе представителей высших учебных заведений, научно-исследовательских институтов, институтов последиplomного образования и др.

Основными функциями Исполнительного комитета являются:

- разработка и представление на рассмотрение членов региональной сети стратегии развития региональной сети, средне- и краткосрочных планов мероприятий по ее реализации;
- координация мероприятий по реализации стратегии развития внутри региональной сети;
- организация ежегодных заседаний Конференции мэров с участием глав администраций районов и городов Чувашской Республики для обсуждения итогов и принятия планов работы сети;
- организация совещаний региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» по актуальным вопросам деятельности сети;
- консультативная помощь в практической реализации мероприятий программ/инициатив по охране и укреплению здоровья;
- информационная поддержка деятельности сети, взаимодействие с органами исполнительной власти, аналогичными российскими и международными движениями и проектами по вопросам организации работы сети, обмену опытом, организации совещаний и деловых встреч;
- организация целевой подготовки членов межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья районов и городов Чувашской Республики, специалистов местных администраций, инициативных групп граждан, общественных организаций по вопросам здорового образа жизни, охраны и укрепления здоровья;
- разработка пособий и методических рекомендаций по вопросам организации работы региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».

Координатор

Утверждается решением Исполнительного комитета региональной сети «Здоровые города, районы, поселки», является членом Исполнительного комитета. Основными функциями Координатора являются:

- техническое и информационное обеспечение работы Исполнительного комитета с привлечением необходимых специалистов, экспертов, созданием тематических рабочих групп;
- взаимодействие с координаторами проектов «Здоровые города, районы, поселки» городов и районов Чувашской Республики, с кураторами и членами межведомственных команд по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья, координация их работы;
- взаимодействие с координаторами российской национальной и европейской сетей ВОЗ «Здоровые города» в целях обеспечения сотрудничества;
- участие в российских и международных конференциях, семинарах, организуемых в рамках работы российской национальной и региональной европейской сетей ВОЗ «Здоровые города»;
- подготовка отчета о работе региональной сети «Здоровые города, районы, поселки».

Права и обязанности членов региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»

Члены региональной сети имеют право:

участвовать во всех мероприятиях, реализуемых в рамках региональной сети;
участвовать в совещаниях региональной, национальной сетей «Здоровые города, районы, поселки»;

адаптировать инициативы российской и/или европейской сети ВОЗ «Здоровые города» к условиям муниципалитета;

распространять ресурсы национальной российской и европейской сети ВОЗ «Здоровые города» в муниципалитете.

Члены региональной сети обязаны:

осуществлять информационное взаимодействие с другими муниципалитетами региональной сети и обмен опытом о развитии проекта «Здоровые города» и реализации различных программ/инициатив в области охраны и укрепления здоровья населения;

стремиться к достижению критериев членства в региональной сети;

вкладывать ресурсы (кадровые, финансовые) в развитие региональной сети;

выступать связующим звеном между российской национальной сетью и городом/районом региональной сети;

предоставлять возможность проведения совещаний региональной сети, заседаний Конференции мэров в муниципалитете;

оказывать содействие учреждениям, министерствам и ведомствам, общественным организациям в проведении различных мероприятий, направленных на укрепление и развитие здоровья населения.

Приложения

Приложение 1

Критерии членства городов/районов в региональной сети Чувашской Республики «Здоровые города, районы, поселки»

| Ключевые моменты | Базовые (минимальные) критерии | Оптимальные критерии |
|--|--|---|
| 1. Принятие обязательства в отношении принципов и стратегии развития | <ul style="list-style-type: none"> • Администрация города/района принимает обязательство внедрять стратегию ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке» • Резолюция городского/районного Собрания депутатов | <ul style="list-style-type: none"> • Резолюция городского/районного Собрания депутатов • Согласие с основными положениями Афинской Декларации по «Здоровым городам» |
| 2. Создание инфраструктуры | <ul style="list-style-type: none"> • Наличие межведомственной команды по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья • Наличие координатора проекта «Здоровые города, районы, поселки» или другого ответственного лица. • Выделение кадровых, интеллектуальных, финансовых и других ресурсов для развития проекта «Здоровые города, районы, поселки» | <ul style="list-style-type: none"> • Освобожденный координатор |
| 3. Мероприятия в рамках проекта «Здоровые города, районы, поселки» и результаты работы | <ul style="list-style-type: none"> • «Профиль здоровья» • Конкретные практические мероприятия в рамках развития проекта «Здоровые города, районы, поселки» • Подготовка ежегодного отчёта для региональной сети о деятельности проекта «Здоровые города, районы, поселки» | <ul style="list-style-type: none"> • Реализация мероприятий в области охраны здоровья в соответствии с требованиями 4-й фазы проекта европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровые города» • Систематический мониторинг и оценка деятельности проекта «Здоровые города, районы, поселки» • Официальный ежегодный отчёт о работе проекта «Здоровые города, районы, поселки» |
| 4. Участие в работе региональной сети | <ul style="list-style-type: none"> • Участие в совещаниях региональной сети Чувашской Республики «Здоровые города, районы, поселки» • Наличие адреса электронной почты • Наличие баннера на web-сайте администрации района/города об участии в работе региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» | <ul style="list-style-type: none"> • Город/район региональной сети посещает совещания национальной российской сети «Здоровые города», готовится присоединиться к ней |

**Состав Исполнительного комитета
региональной сети «Здоровые города, районы, поселки»
Чувашской Республики**

| | | |
|--------------------------|------------------|--|
| Председатель комитета | Зайцева О. Ю. | Депутат Государственного Совета Чувашской Республики, генеральный директор МУП «Страховая больничная касса г. Новочебоксарск» |
| Члены комитета | Лисенкова И. Ю. | Зам. министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |
| | Марков Д. С. | Начальник Управления здравоохранения и социальной политики г. Чебоксары |
| | Богданова Т. Г. | Исполнительный директор, консультант проекта ВОЗ/CIDA «Политика и управление в здравоохранении РФ», директор ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, координатор региональной сети «Здоровые города, районы, поселки» Чувашской Республики |
| | Николаев Н. С. | Начальник отдела стратегического планирования и развития здравоохранения и социальной сферы Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |
| | Чепурной М. А. | Начальник управления развития медицинской и социальной помощи населению Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |
| | Цыпленкова Е. Г. | Пресс-секретарь Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |
| | Зинетулина Н. Х. | Главный специалист отдела стратегического планирования и развития здравоохранения и социальной сферы Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |
| | Матвеев Д. А. | Директор ГУЗ «Центр реализации программ и проектов» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики |

- Винокур Т. Ю. Зам. главного врача ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики
- Бариева В. Э. Зам. директора ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики
- Ананьева С. И. Зам. директора ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики
- Долгова С. И. Начальник отдела медицинской статистики ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, руководитель Ресурсного центра оздоровительных технологий
- Емельянова Е. А. Врач-диетолог ГУЗ «Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики

Учебное издание

Лисенкова Ирина Юрьевна
Богданова Татьяна Геннадьевна

**Здоровье и улучшение качества жизни
на уровне муниципальных образований
(региональный аспект)**

Практическое пособие

Подписано в печать 01.05.2007. Формат 60×84/16. Бумага писчая.
Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 9,47. Уч.-изд. л. 14,0. Тираж 100 экз. Заказ № 10.

ГУЗ «Институт усовершенствования врачей»
428003, г. Чебоксары, Красная площадь, 3

Отпечатано ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»
428003, г. Чебоксары, Красная площадь, 1