

**На правах рукописи**

**АМЛАЕВ КАРЭН РОБЕРТОВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ  
РЕАЛИЗАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ  
ПО ОХРАНЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Москва, 2010 год**

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, профессор

Муравьева Валентина Николаевна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

Алексеева Вера Михайловна

доктор медицинских наук, профессор

Какорина Екатерина Петровна

доктор медицинских наук, профессор

Злобин Александр Николаевич

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

Защита состоится \_\_\_\_ 2010г. в \_\_ час. на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава" (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава») по адресу: 127254, г.Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук

К.Г.Пучков

## Общая характеристика работы

**Актуальность исследования** обусловлена неблагоприятными тенденциями в демографическом статусе, который выражается, в том числе и в высоком уровне смертности населения Российской Федерации от предотвратимых причин, и обусловлен многими причинами, среди которых рост экономической напряженности, экологического и санитарно-эпидемиологического неблагополучия, резкое снижение объема профилактических мер по охране здоровья населения создают угрозу национальной безопасности России (Щепин О.П., 2001, 2004). Поэтому на фоне неблагоприятных тенденций социального и экономического развития страны проблемы сохранения здоровья приобретают особую значимость.

В современных условиях систему охраны здоровья населения принято рассматривать как совокупность лечебных, оздоровительно-рекреационных, санитарно-гигиенических, экономических, технологических, организационных и правовых мероприятий, в осуществлении которых участвуют не только лечебно-профилактические, фармацевтические и санаторно-курортные учреждения, медико-производственные объекты, но и государственные органы, профсоюзные и общественные организации, трудовые коллективы производственных объединений (Стародубов В. И. Соболева Н. П., Лукашев А. М., 2003).

Ситуация осложняется еще и тем, что в современных социально-экономических условиях остается нерешенным целый ряд проблем в области реформирования здравоохранения страны.

Необходимость реформирования ключевых сфер жизнедеятельности россиян стала очевидна для всех секторов общества, что нашло свое подтверждение в создании приоритетных национальных проектов «Здоровье», «Качественное образование», «Доступное и комфортное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса». Бесспорно, социальная политика государства в настоящее время максимально ориентирована на решение ключевых для рядового гражданина проблем и, в первую очередь, на создание условий для значительного улучшения здоровья россиян, демографической ситуации в России в целом, однако, усилий только федеральных властей для достижения поставленных целей явно недостаточно.

В этой связи особую актуальность (в свете проводимой административной реформы) приобретают действия в области охраны и развития здоровья, осуществляемые на муниципальном уровне. Преимущества такого подхода заключаются в том, что он опирается на ясное понимание

проблем конкретного муниципального образования, имеет более высокие возможности для гибкой коррекции технологии, эффективную «обратную связь» и использует местный «социальный капитал», то есть в его создании принимают участие все сектора местного сообщества.

Отдельные попытки реализации политики здоровья на местном уровне в виде различных программ и проектов делались и ранее, но, если в Западной Европе опыт реализации подобного подхода имеется, то, по нашим данным, в муниципальных образованиях на территории России не реализован в полном объеме цельный, интегрированный, многоэтапный, научно-обоснованный, межсекторальный проект в области охраны здоровья населения.

Таким образом, **целью настоящего исследования** является научное обоснование и разработка организационно-методологических подходов к реализации проектов по охране и укреплению здоровья населения на муниципальном уровне на основе межсекторального сотрудничества.

Для реализации цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать содержание и итоги программ и проектов по улучшению здоровья населения и степень вовлеченности отдельных субъектов межсекторального сотрудничества при их реализации на муниципальном уровне;

2. Разработать организационно – функциональную модель, обеспечивающую межсекторальное взаимодействие при реализации мероприятий по охране здоровья на муниципальном уровне;

3. Провести оценку жизнедеятельности городского муниципального образования с позиции охраны здоровья граждан за период 1996-2007гг. (на примере города Ставрополя);

4. Провести социологическое исследование качества жизни населения города Ставрополя;

5. Разработать и внедрить индикаторы (критерии) оценки жизнедеятельности городского муниципального образования с позиции охраны здоровья граждан;

6. Разработать план охраны и укрепления здоровья населения городского муниципального образования на основе межсекторального взаимодействия.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что впервые:  
- обоснованы методологические подходы к организации процесса разработки и реализации муниципальной политики охраны и укрепления здо-

ровья населения в конкретных условиях города Ставрополя на основе межсекторального взаимодействия;

- разработана организационная структура, планирующая и реализующая муниципальную политику здоровья городского населения на основе межсекторального сотрудничества;

- разработан и принят для всех секторов городского сообщества комплекс индикаторов оценки жизнедеятельности города и качества жизни населения, который включает в себя критерии оценки всех социально-экономических, экологических, медицинских, демографических факторов, оказывающих влияние на здоровье населения;

- разработан Профиль здоровья города Ставрополя, включающий в себя, как данные официальной статистики, так и результаты социологических исследований качества жизни городского населения на основе европейских подходов, что позволяет проводить сравнение, как с другими российскими городами, так и с европейскими партнерами;

- разработан механизм создания Стратегического Плана охраны и укрепления здоровья городского населения с использованием разработанных и обеспечивающих, технологию выполнения последовательных и обязательных этапов его реализации.

**Научно-практическая значимость** работы состоит в том, что:

- результаты настоящего исследования позволили определить приоритетные направления развития муниципального здравоохранения, обеспечивающие возможность снижения социальных, медицинских и экономических последствий в системе охраны здоровья населения;

- создание в Ставрополе межсекторальной организационной структуры, формирование комплексных горизонтальных и вертикальных функциональных связей, способствует более эффективному сотрудничеству в сфере охраны и укрепления здоровья населения;

- разработанный на основе межсекторального сотрудничества «Профиль здоровья», включает информацию о качестве жизни и жизнедеятельности города с точки зрения влияния на здоровье негативных социальных факторов на основе многолетних наблюдений, и является базой для научной разработки Стратегического Плана развития охраны и укрепления здоровья населения;

- разработан Стратегический план развития охраны и укрепления здоровья населения, который представляет комплекс Программ в различных сферах жизнедеятельности и определяет программу взаимодействий для всех сек-

торов сообщества, чья деятельность прямо или опосредованно оказывает влияние на здоровье жителей города;

- разработанные в ходе настоящего исследования мероприятия направлены на совершенствование охраны здоровья городского населения, окружающей среды, усиление мер по профилактике заболеваний, разработку приоритетных программ и перспективных проектов по повышению эффективности медико-социальной помощи на муниципальном уровне;

- в ходе исследования апробированы подходы, описанные в глобальных стратегиях «Здоровье для всех в 21 веке», «Местная повестка -21» и международного проекта «Здоровые города», что позволило адаптировать реализацию глобальных стратегий применительно к конкретному российскому городу и накопить информационную базу, востребованную другими российскими городами, занимающимися реализацией стратегий здоровья.

#### **Апробация результатов исследования.**

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на: региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики и лечения артериальной гипертензии и мозгового инсульта» (Ставрополь, март, 2002г.); краевой научно-практической конференции «Информация как важнейший ресурс развития региона» (Ставрополь, апрель, 2002г.); межрегиональной конференции «Физиологические проблемы адаптации» (Ставрополь, март, 2003г.); межрегиональной конференции «Здоровые города»: план действий сегодня. Партнерство бизнеса, личности и власти» (Ставрополь, июнь, 2004г.); всероссийской конференции «Крупные города и адресная социальная помощь» (Ставрополь, июнь, 2005г.); совещании координаторов Российской национальной сети международного проекта «Здоровые города» (Москва, октябрь, 2005г.); всероссийской конференции «Здоровые города»: роль межсекторального сотрудничества в вопросах охраны и развития здоровья населения (Ставрополь, июнь, 2006г.); международной конференции по проекту «Здоровые города» (Турку (Финляндия), октябрь, 2006г.); V всероссийском конгрессе «Профессия и здоровье» (Москва, ноябрь, 2006г.); международных конференциях «Здоровые города» (Ренн, Франция, 2007г.; Загреб, Хорватия, 2008г.).

**Внедрение.** Результаты исследования использованы при подготовке программ, утвержденных Думой г. Ставрополя: «Программы профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2004-2006 годы»; «Программы совершенствования и развития оказания медицинской помощи населению города Ставрополя на 2002-2005 годы, с перспективой по 2010 год»; «Программы развития образования в городе Ставрополе на 2004-2008 годы»; «Программы сохранения и развития культуры города Ставрополя на 2004 – 2008 годы»; «Программы «Реабилитация людей с ог-

раниченными возможностями в городе Ставрополе» на 2006-2010 годы»; «Программы развития массовой физической культуры и спорта в городе Ставрополе на 2006-2008 годы»; «Программы «Социальная поддержка населения города Ставрополя» на 2006-2010 годы»; «Программы «Молодежь – будущее города Ставрополя» на 2006-2008 годы»; «Программы «Семейная политика в городе Ставрополе» на 2006-2008 годы»; «Программы «Безопасный Ставрополь» на 2007- 2010 годы»; «Программы «Независимость» на 2007 -2010 годы», а также при подготовке ключевых документов: Профиля здоровья города Ставрополя (2006), Профиля здоровья пожилых (2007), Стратегического плана охраны и развития здоровья населения города Ставрополя (2008).

Результаты исследования получили внедрение на региональном уровне в следующих нормативных документах:

- Постановлениях Главы города Ставрополя: №5602 от 19.11.04 года «О Бюро Проекта «Здоровые города» и рабочих группах Проекта «Здоровые города»; № 5034 от 20.10.2004 «О Координационном комитете Проекта «Здоровые города» в городе Ставрополе; №2514 от 04.06.2004 года «О проведении межрегиональной научно-практической конференции «Здоровый город: план действий сегодня. Партнерство бизнеса, личности и власти»; №1132 от 17.04. 2006 года «О проведении межрегиональной конференции «Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения»; №4176 от 18.12.2006 года «О Координационном комитете Проекта «Здоровые города» в городе Ставрополе.
- Решении Думы города Ставрополя №151 от 11 ноября 2005 года «Об участии города Ставрополя в IV фазе 2003-2007 годы программы ВОЗ «Здоровые города» в Европе: цели и необходимые условия».

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Межсекторальный подход в разработке и реализации муниципальной политики охраны и укрепления здоровья населения, который оценивается с помощью индикаторов, характеризующих жизнедеятельность города, качество жизни, социально-экономическую, экологическую и медицинскую и демографическую ситуации.

2. Организационно – функциональная модель, обеспечивающая межсекторальное взаимодействие при реализации мероприятий по охране здоровья на муниципальном уровне.

3. Результаты оценки жизнедеятельности городского муниципально-образованного образования с позиции охраны здоровья граждан за период 1996-

2007гг. (на примере города Ставрополя).

4. План развития охраны и укрепления здоровья населения городского муниципального образования на основе межсекторального взаимодействия.

По материалам диссертационного исследования опубликовано 62 работы, в том числе 12 в журналах, рекомендованных ВАК, монографий - 5, 8 - учебно-методических пособий и методических рекомендаций.

#### **Структура и объем диссертационной работы**

Диссертация изложена на 282 страницах основного текста, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций; библиографического указателя, включающего 311 источников, в т. ч. 189 отечественных и 133 зарубежных авторов, 4 приложений. Работа иллюстрирована 46 таблицами, 11 рисунками и 15 схемами.

#### **Содержание работы.**

Во **введении** обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, изложена научная новизна, научно-практическая значимость работы, представлены основные положения, выносимые на защиту, перечислены места, где проводилась апробация и внедрение.

В **первой главе** «Проблемы и тенденции общественного здоровья и современные подходы к их решению» представлен обзор литературы и научных исследований, отражающих состояние проблемы ухудшения и подходы к охране общественного здоровья. Выявлено, что как зарубежные, так и отечественные исследователи подчеркивают необходимость проведения разработок, ориентированных на получение разносторонней информации о системе взаимодействия объективных условий и субъективных факторов, детерминирующих состояние здоровья и образ жизни населения. Важным представляется использование потенциала муниципалитетов для осуществления стратегии здоровья. К сожалению, при анализе литературы нам не встретилось работ об эффективной полномасштабной деятельности в России с учетом вышеизложенных принципов. Зачастую в регионах осуществляются ведомственные программы и проекты, а если они и являются межведомственными, то количество ключевых партнеров ограничено, а участие населения в их реализации возможно, лишь как получателя социальных услуг.

Во **второй главе** дана характеристика базы исследования, изложены методика и организация исследования.



В ходе исследования были использованы методы: статистический; аналитический, социологический, экспертных оценок; системного анализа; метод организационного эксперимента и прогнозирования (табл. 1).

Исследование проводилось на базах: МУЗ «Городской центр медицинской профилактики», управления здравоохранения, управления общественных связей комитета информационной политики и аналитической работы администрации города и комитетов Думы г. Ставрополя по всем секторам городского хозяйства.

Объектом исследования было население г. Ставрополя. Источниками информации были отчетные формы федерального статистического наблюдения и ведомственной социальной статистики по всем секторам городского хозяйства, включая данные опроса населения и результаты реализации 19 программ проекта «Здоровые города» за 2000 - 2007 гг.

Для изучения качества жизни (Проект «Мнение») методом простого случайного отбора было опрошено 1000 человек. Опрос проводился методом поквартирного анкетирования жителей с использованием Осфолдского опросника (Норвегия) по качеству жизни состоящего из 30 вопросов.

Для формирования межсекторальных рабочих групп и поиска компетентных специалистов в области медицинской профилактики и общественного здоровья был реализован проект «Выявление специалистов в области медицинской профилактики». Выборка составила 1700 человек из 3255 медицинских работников г. Ставрополя.

В рамках реализации проекта «Некурящий класс» было опрошено в 2002-2003 годах (до и через 2 года после его завершения) 281 человек.

Для изучения эффективности различных подходов к медицинской профилактике социально-значимых заболеваний был реализован проект «Интегрированная система профилактики ВИЧ в молодежной среде», в рамках которого было проанкетировано 294 респондента.

Для изучения эффективности межсекторальных подходов в охране здоровья работающего населения нами был реализован проект «Здоровье на рабочем месте». В качестве объекта был выбран завод ОАО «Аналог», на котором сплошным методом было опрошено 208 человек.

Таблица 1

## Этапы, материалы и методы исследования

Содержание задачи исследования	Единица наблюдения	База исследования и источники информации	Объемы наблюдения	Методы исследования
<b>I. этап</b>				
Сбор информации для первичного наполнения ИСООЗ. Итоги реализации проектов в области охраны здоровья. Уточнение функциональных связей между структурными элементами ИСООЗ	Проекты в области охраны здоровья	Мероприятия проектов в области охраны здоровья и их результаты	Проекты в области охраны здоровья - 11	статистический, аналитический; социологический, экспертных оценок, системного анализа
Выявление специалистов в области медицинской профилактики	врачи, средний медицинский персонал	анкетирование медицинского персонала в 20 ЛПУ города Ставрополя	912 врачей, 788 средних медицинских работников	социологический, экспертных оценок
<b>II этап.</b>				
Создание межсекторальных рабочих групп по ключевым направлениям проекта «Здоровые города». Разработка межсекторальных планов работы	межсекторальные группы экспертов;	Публикации ВОЗ по реализации 4 Фазы проекта «Здоровые города», «мозговые штурмы экспертов».	4 межсекторальные группы экспертов - 42 человека	аналитический, экспертных оценок, системного анализа, прогнозирования
Реализация основных мероприятий межсекторальных планов работы, в том числе создание «Профиля здоровья пожилых граждан г. Ставрополя»	жители Ставрополя старше 50 лет планы работы	анкетирование жителей; данные отчетных форм федерального статистического наблюдения и ведомственной социальной статистики по всем секторам городского хозяйства	970 жителей Ставрополя старше 50 лет	социологический; экспертный
«Акция по профилактике начала употребления табака» («Некурящий класс»)	школьники 7-х классов школ города	тестирование на аппарате микроСО, анкетирование участников акции	15 классов - 457 человек	экспертных оценок, аналитический
«Интегрированная система профилактики ВИЧ в молодежной среде»	студенты ставропольских ВУЗов 18-20 лет	анкетирование	327 студентов	социологический, экспертных оценок, аналитический
«Фестиваль здоровья»	жители Ставрополя	заявки и отчеты учреждений, организаций, предприятий, оценки экспертов	121 учреждение (предприятие) - 78 тысяч человек	метод организационного эксперимента, экспертных оценок.
«Здоровье на рабочем месте»	работники промышленного предприятия	результаты анкетирования и клинического обследования работников АОТ «Аналог», ре-	269 человек	статистический, социологический, аналитический; экспертных оценок, сис-

		зультаты санитарно-гигиенического мониторинга предприятия		темного анализа, метод организационного эксперимента
Акция «Стоп, гипертония»	жители Ставрополя	результаты измерения артериального давления	11 тысяч 562 человека	статистический, социологический, аналитический; экспертных оценок, метод организационного эксперимента
<b>III этап.</b>				
«Изучение качества жизни населения в Ставрополе» (Проект «Мнение»)	жители Ставрополя	поквартирное анкетирование жителей с использованием европейского Осфолдского опросника	1000 жителей Ставрополя старше 18 лет	социологический опрос, аналитический
<b>IV этап.</b>				
Разработка структуры Интегральной Системы Обеспечения Охраны Здоровья (ИСООЗ). Создание «Профиля здоровья города». Разработка концепции развития здорового города.	элементы структуры ИСООЗ, жители Ставрополя	Изучение детерминант здоровья и их вклада в здоровье населения муниципального образования. данные отчетных форм федерального статистического наблюдения и ведомственной социальной статистики по всем секторам городского хозяйства., а также результаты социологического опроса в СМИ	количественные данные по индикаторам жизнедеятельности города за 2002 -2007 годы результаты анкетирования 2003 жителей Ставрополя	статистический, аналитический, социологический, экспертных оценок, системного анализа, метод организационного эксперимента; прогнозирования.
<b>V этап</b>				
Определение приоритетов; Корректировка плана-графика выполнения муниципальных программ на основе ИСООЗ; Разработка проекта Стратегического Плана охраны и укрепления здоровья жителей города; Проведение внутренней и внешней оценки с использованием методики ВОЗ ART.	межсекторальные группы экспертов, предложения жителей города	«мозговые штурмы» экспертов; профиль здоровья жителей г. Ставрополя, профиль здоровья пожилых людей г. Ставрополя	11 межсекторальных групп , 119 экспертов	аналитический; экспертных оценок, метод организационного эксперимента; прогнозирования.

В городе Ставрополе на протяжении ряда лет реализуется 19 межведомственных программ и ряд массовых профилактических акций. С помощью аналитического метода проведена комплексная оценка эффективности медико-социальных программ и проектов, препятствия на пути реализации данных программ.

В **третьей главе** «Муниципальные целевые программы и проекты в области охраны здоровья населения, реализуемые на основе межсекторального партнерства (на примере г. Ставрополя)» представлен анализ содержания муниципальных целевых программ и проектов в области охраны здоровья населения.

Реализация программ и проектов в области охраны здоровья населения в городе Ставрополе начиналась с программно-целевого планирования мероприятий медико-профилактического характера в сфере улучшения здоровья детей. Первой муниципальной программой стала программа «Образование и здоровье», которая дала позитивные результаты в отношении здоровья детского населения, что послужило основанием для принятия в краевом центре метода программно-целевого планирования в социальной сфере как основного метода решения существующих проблем, и поводом для разработки ряда других программ в социальной сфере.

В г. Ставрополе к середине 2000-х годов одновременно реализовывалось 10 муниципальных целевых программ.

Как правило, большое количество муниципальных программ неизбежно вызывает дублирование мероприятий, нерациональное расходование материальных и человеческих ресурсов, трудности контроля эффективности проводимых мероприятий. Для того чтобы нивелировать перечисленные негативные явления, скоординировать существующие программы, рационально распределить финансовые, человеческие и временные ресурсы были проанализированы принятые в городе муниципальные программы. При этом учитывалось, что ряд программ являлись продолжением уже завершившихся комплексов мероприятий, решавших конкретные проблемы в социальной жизни.

Анализировались: обоснованность и актуальность создания целевой программы; использование принципов межведомственного и межсекторального сотрудничества в создании и реализации программ; реалистичность достижения целей и решения задач программы; механизм контроля и методика оценки эффективности программы; отсутствие дублирования мероприятий в различных программах; структурирование программы; объемы финан-

сирования программы и его источники; возможность решения поставленных задач с помощью запланированных мероприятий.

Выявлено, что:

- Структура практически всех программ была выдержана в соответствии с рекомендациями Правительства Ставропольского края от 02.08.2002г. №012р-1 и постановлений Правительства Российской Федерации о форме федеральных программ.

- Основанием для разработки программ в большинстве случаев являются распоряжения Главы города, а также федеральное законодательство. Поводом для создания программ являлось заключение экспертов.

- Заказчиком программ в подавляющем числе случаев выступала администрация города.

- Разработчиками программ являлись структурные подразделения администрации города, а также представители краевых и городских организаций различного типа, ВУЗов и ряда общественных организаций.

- Цели программ формулируются четко, но в то же время не являются количественно измеримыми. Например, «создание реабилитационного пространства...», «укрепление института семьи», «достижение положительной динамики здоровья..», «создание системы формирования и укрепления здоровья».

- Задачи программ в ряде случаев прописаны как цели.

- Сроки и этапы реализации программ могут быть достижимы при соответствующем финансовом обеспечении всех запланированных программных мероприятий.

- Оценки эффективности программ носят большей частью качественный характер.

- Контроль реализации программ осуществляет Дума г.Ставрополя, что повышает ответственность исполнителей программы перед заказчиком и жителями города в лице их законных представителей. Однако механизм текущего контроля на уровне исполнителей подпрограмм и ряда мероприятий программы четко не прописан.

- Финансирование программ осуществляется из разных источников: городского, регионального, федерального бюджета, внебюджетных средств. Основным источником финансирования является городской бюджет. Объем финансирования определяется ежегодно Думой г. Ставрополя при принятии бюджета. Очевидно, что комплекс планируемых мероприятий по необходимости затрат превышает возможности финансирования, что приводит к необ-

ходимости ответственному органу самостоятельно принимать оперативное решение о приоритетности финансирования тех или иных мероприятий всего комплекса. При очевидной «гибкости» в финансировании программы, это обстоятельство может приводить к неадекватному финансированию тех или иных направлений деятельности. Очевидно также, что заведомо высокая (в масштабах городского бюджета) смета программ не выполняется в полной мере, а по ряду программ не превышает 30 процентов.

Данные обстоятельства делают необходимым принятие альтернативной технологии создания, принятия и контроля муниципальных программ.

Предлагаемая технология создания и принятия муниципальных межсекторальных целевых программ.

1 этап - изучение нужд граждан по результатам опросов, подкрепление полученных данных результатами анализа официальных статистических данных, дополнительно ведомственными данными.

2 этап - создание Перспективного стратегического плана развития здоровья (социально-экономического развития) на перспективу – 5-7-10 лет (очевидно, что оптимальным сроком будет двукратный период полномочий руководства города), что позволит успеть реализовать все циклы, включая строительство социальных объектов, и провести мониторинг и оценку эффективности принятого Плана. План создается межсекторальными группами экспертов по направлениям, например, жилищно-коммунальная политика и экологическое благополучие, политика здравоохранения и общественное здоровье, политика общественной безопасности и т. д. План формулирует цели и задачи в порядке приоритетности, о чем делаются соответствующие пометки. В Плане могут быть прописаны наиболее важные мероприятия, сроки их выполнения и ответственные структуры.

3 этап – публикация Проекта Плана в СМИ и его обсуждение общественностью.

4 этап - обсуждение Плана с внесенными поправками на городском представительном Форуме (конференции, собрании и т. д.) и принятие его законодательным органом - Думой.

5 этап – принятие целевых программ в соответствии с направлениями и положениями Плана. Программа создается на основе межсекторального сотрудничества с целью решения конкретных задач, поставленных в Стратегическом Плане. Одобрение программ на Думе проводится в фиксированный промежуток времени, что позволяет депутатам оценить сочетание программ, исключить дублирование мероприятий, распределить финансовые ресурсы.

Принципы построения программ изложены соответствующих постановлениях правительства федерального и регионального уровней. Добавим лишь некоторые предложения, которые унифицируют технологию написания программ, делают их более «прозрачными», облегчают контроль исполнения и оценку эффективности.

Раздел «Перечень программных мероприятий» целесообразно структурировать следующим образом:

-Укрепление материально – технической базы создание финансовых стимулов. Этот раздел включает перечень приобретаемых материалов и оборудования, компьютерных программ, необходимых для реализации программы, а также строительство и ремонт помещений.

-Нормативно - правовая и организационная работа. Этот раздел включает мероприятия по созданию либо перепрофилированию организационных структур, необходимых для решения задач программы, а также работу по ревизии и созданию нормативных документов на муниципальном уровне в соответствии с задачами Программы. К этому же разделу относятся меры прямой финансовой поддержки отдельных категорий граждан либо специалистов занятых в реализации Программы.

-Информационно-издательская деятельность. Мероприятия данного раздела могут быть представлены публикацией материалов, необходимых для решения задач программы (например, листовок, буклетов, журналов, бюллетеней), а также размещением их в СМИ, в том числе электронных, и других носителях рекламной информации (наружная реклама).

-Учебно-методическая деятельность и работа с кадрами включает обучение персонала по заявленной тематике на местных и центральных базах, а также мероприятия по созданию методических рекомендаций и руководств в соответствии с целями программы. Раздел включает также проведение конференций, соревнований, конкурсов и других массовых мероприятий, соответствующих тематике целевой программы.

-При необходимости комплекс мероприятий узкой направленности, находящихся в русле решения задач целевой Программы, выделяется в подпрограмму и структурируется как обособленный раздел Программы.

-Исполнитель мероприятия, обозначенный первым несет ответственность за соответствующий пункт Программы, организуя его исполнение и рациональное расходование средств.

Технология организации межсекторального процесса в вопросах здоровья требует проведения («выращивания») локальных проектов, это же

положение имеется в рекомендациях ЕРБ ВОЗ. При этом необходимо выстроить горизонтальные связи между секторами, выявить лидеров-экспертов, продемонстрировать эффективность межсекторального процесса, подготовить рекомендации для различных секторов общества по проведению эффективных действий в вопросах здоровья.

В этой связи важным шагом является выявление мотивированных лидеров-экспертов в отрасли здравоохранения, призванных стать инициаторами межсекторального процесса в вопросах охраны и развития здоровья.

Вместе с тем, критерии оценки деятельности здравоохранения, как-то количество коек, их оборот, количество обращений в амбулаторно-поликлиническую сеть и другие, а также сложившаяся практика финансирования деятельности служб практического здравоохранения по количеству обращений и койко-дням не стимулируют развитие профилактической составляющей здравоохранения. Как известно, «что оценивается, то и выполняется», тем более что количественно профилактическая работа оценивается только в отношении плановых профилактических осмотров, флюорографических обследований и профилактических прививок. Таким образом, мотивация медицинского персонала на занятие медицинской профилактикой (образовательные школы для пациентов, санитарно-гигиеническое обучение, информационная работа с населением) невысока.

Серьезным препятствием развитию медицинской профилактики является дефицит подготовленных специалистов по медицинской профилактике, так как такая дисциплина отсутствует в номенклатуре медицинских специальностей. Кроме специалистов в области медицинской профилактики, заниматься медицинской профилактикой должны представители терапевтического, хирургического и других медицинских профилей. Следовательно, качество их знаний в данной области будет фактором успеха или, напротив, низкой эффективности профилактической работы.

В данном исследовании были изучены знания медицинских работников первичного звена здравоохранения в области медицинской профилактики, которые подтверждают недостаточный уровень знаний медицинского персонала в области медицинской профилактики. Возможно, это связано с относительной новизной изучаемой специальности и, соответственно, отсутствием систематизированных пособий, а также программ обучения медицинской профилактике. Отдельные монографии были изданы малыми тиражами, и большинство врачей не имеют к ним доступа. Предмет «медицинская профи-



лактика» как самостоятельная дисциплина в большинстве медицинских ВУЗов не преподается.

Подобное анкетирование позволяет диагностировать пробелы («болевые точки») в понимании медицинской профилактики как важной медицинской дисциплины. Вместе с тем, исследование показало неоднородное распределение медицинских работников по уровню знаний, от низкого уровня знаний в одних медицинских учреждениях, до высокого уровня – в других. Невысокий уровень знаний в области медицинской профилактики может быть следствием отсутствия моральной и материальной мотиваций получения и применения таких знаний, при сохраняющейся приверженности к «клиническому случаю». Вместе с тем, экономический анализ эффективности медико-профилактической кампании по отказу от курения «Брось курить и выиграй», показал высокую эффективность такой программы по сравнению с низкими затратами на ее осуществление (Камардина Т. В., 1999).

Добиться снижения распространенности курения в обществе можно лишь при комплексном осуществлении стратегий, направленных на предотвращение начала курения среди детей и подростков, на защиту некурящих от табачного дыма, а также стратегий, помогающих курящим отказаться от курения. Эффективных методов и подходов, помогающих курящим бросить курить, разработано достаточно много. В основу нашего подхода был заложен позитивный принцип, поддерживающий и стимулирующий людей в их желании отказаться от курения в форме соревнования «Некурящий класс» и последующей оценки его результативности в отдаленный период. Результаты анкетирования продемонстрировали эффективность проведения соревнования «Некурящий класс» в отношении профилактики табакокурения (табл. 2).

В настоящее время курят 1,5% школьников среди бывших участников соревнования. Количество курящих подростков среди школьников, не принимавших участия в акции, увеличилось до 22,8%.

Анализ влияния статуса курения родителей на начало курения подростками не продемонстрировал существенных различий. В то же время, анкетирование выявило тенденцию увеличения числа курящих подростков в семьях, где курит мать. В семьях бывших участников соревнования в 3% случаев курит мать. В семьях учеников, не участвовавших в проекте, - 7,4% матерей курят.

По данным опроса, проведенного нами ранее в рамках другого исследования, выявлено, что только 51,8% родителей считают табакокурение фак-

тором нездорового образа жизни, и лишь 53,2% родителей ведут беседы со своими детьми на тему здорового образа жизни.

**Таблица 2**

**Оценка эффективности соревнования «Некурящий класс»  
в 2002-2003 годах**

	Количество ответивших n=281 человек					
	Участво- вавшие 132 чел.	Не участво- вавшие 149 чел.	P <sub>1</sub> *	Участ- во- вавшие 132 чел.	Не участво- вавшие 141 чел.	P <sub>2</sub> *
	Да			Нет		
	R <sub>1</sub> ±m <sub>1</sub>	R <sub>2</sub> ±m <sub>2</sub>		R <sub>1</sub> ±m <sub>1</sub>	R <sub>2</sub> ±m <sub>2</sub>	
1. Курите ли Вы в настоящее время?	1,5±0,73	22,8±2,50	≤0,01	98,5±0,73	77,2±2,50	≤0,01
2. Если курите, то сколько сигарет в день?						
- 1-2 штуки	0,8±0,53	5,4±1,35	4±0,01	-	-	-
- до 5 штук	-	6±1,42	3,44±0,01	-	-	-
- до 10 штук	0,8±0,53	6±1,42	4,23±0,01	-	-	-
- до 20 штук	-	6±1,42	3,44±0,01	-	-	-
3. Курили ли Вы до участия в соревновании «Некурящий класс»?	5,3±1,34	12±1,94	≤0,05	94,7±1,34	88±1,94	≤0,05
4. Курят ли Ваши родители?						не дост.
-нет	-	-	-	50±2,98	49±2,98	
-мать	3±1,02	7,4±1,56	≤0,05			
-отец	39,4±2,91	38,2±2,90	не дост.			
-оба	7,6±1,58	5,4±1,35	не дост.			
5. На Ваш взгляд, нужно ли продолжать проведение соревнования «Некурящий класс»?	80,3±2,37	68,5±2,77	≤0,01	7,6±1,58	10±1,79	не дост.

Обращает на себя внимание и тот факт, что подростки, участвовавшие в соревновании, курят значительно меньшее количество сигарет в течение дня по сравнению с контрольной группой.

Проведенное исследование продемонстрировало результативность популяционного подхода с использованием соревновательных форм и позитивного подкрепления в отношении профилактики табакокурения у подростков. Количество курящих школьников, через 2 года после проведения соревнования, среди участников акции значительно было меньше по сравнению с контрольной группой. Результаты проведения соревнования, анкетирования школьников и литературные данные указывают на важную роль семьи в формировании здорового образа жизни и отношения к табакокурению.

Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний среди приоритетов Концепции развития здравоохранения РФ на период до 2010 года оказались не случайно. Демографические проблемы, распространение наркомании, алкоголизма, ВИЧ-инфекции поставили очень остро вопрос выживания нации.

Среди прочих проблем ситуация с ВИЧ инфекцией заслуживает особого внимания. Это связано с контингентом, подвергающимся высокому риску заражения – молодые люди, а ассоциированные с ВИЧ-инфекцией экономические, демографические, социальные последствия трудно переоценить. Если учесть низкий уровень рождаемости в России, высокую стоимость лечения СПИДа – до 10 тысяч долларов в год, высокий риск распространения ВИЧ, то становится понятно, насколько эта проблема актуальна для служб здравоохранения и государства в целом.

Нами было проведено исследование уровня знаний по ВИЧ/СПИД и жизненному стилю (табл. 3).

**Таблица 3**

**Результаты опроса студентов по вопросам ВИЧ/СПИДа, г. Ставрополь**

Разделы вопросника	Количество ответивших n= 294		P*
	Ответы «правильно», «знают» или «да» R±m	Ответы «не правильно», «не знают» или «нет» R±m	
«Способы инфицирования и способы диагностики ВИЧ»			
Как происходит заражение ВИЧ?	87%±1,96%	13%±1,96%	<0,01
Где можно пройти обследование на ВИЧ?	77,6%±2,43%	22,4%±2,43%	<0,01
Вы когда - либо обследовались на ВИЧ?	25%±2,52%	75%±2,52%	<0,01
«Сексуальное поведение»			
Изменили Вы свое сексуальное поведение после получения информации о ВИЧ?	57%±2,89%	43%±2,89%	<0,01
Что вы понимаете под безопасным сексуальным поведением?	80,3%±2,32%	19,7%±2,32%	<0,01
«Отношение к наркотическим веществам»			
Пробовали ли Вы наркотические вещества?	15,3%±2,10%	84,7%±2,10%	<0,01
Знаете ли Вы место, где продают наркотики?	8,5%±1,63%	91,5%±1,63%	<0,01
Есть ли среди Ваших знакомых люди, употребляющие наркотические вещества?	34%±2,76%	76%±2,76%	<0,01
«Отношение к ВИЧ-инфицированным»			
1. Вы считаете, что ВИЧ-инфицированных надо			
А. Изолировать.	35,7%±2,79%	64,3%±2,79%	<0,01
Б. Прекратить с ними любые отношения	16%±2,14%	84%±2,14%	<0,01
2. Вызывает ли у Вас ВИЧ-инфицированный?			
А. Презрение	29,3%±2,65%	70,7%±2,65%	<0,01
Б. Страх	5,1%±1,28%	94,9%±1,28%	<0,01

p - различия между количеством студентов, ответивших «правильно» и «неправильно» на вопросы, представленные в вопроснике (ошибка репрезентативности)

m- ошибка относительного показателя

Привлекает внимание тот факт, что большинство студентов знают возможные пути инфицирования ВИЧ (см. таблицу), но при этом 33,7% респондентов считают, что заразиться можно при укусе насекомых, а 27,9% респондентов считают, что можно заразиться через общие предметы быта с ВИЧ – инфицированным. Не может не беспокоить, что 22,4% респондентов не знают, где можно пройти обследование на ВИЧ, 75% респондентов никогда не обследовались на ВИЧ.

Интересно, что большинство студентов говорили бы на темы сексуальных отношений и проблемы ВИЧ с друзьями и родителями, но не с педагогами. Анализируя важность информации о ВИЧ для молодежи, мы обратили внимание на то, что 43% респондентов не изменили свое сексуальное поведение. Однако, большая часть сделала определенные выводы (стали пользоваться презервативами, стали более разборчивыми в выборе партнеров, перестали пользоваться «платным сексом»).

Интересно, что, принимая во внимание важность безопасного секса, молодежь понимает его по-разному (отказ от полового контакта; когда не боишься заразиться какой-нибудь болезнью и доверяешь своим сексуальным партнерам; секс без использования инструментов насилия, без травм; секс с использованием презерватива).

Учитывая, что использование психоактивных веществ, особенно инъекционных форм, часто увеличивает риск инфицирования ВИЧ, мы проанализировали и этот аспект. Настораживает высокая частота распространения употребления психоактивных веществ в молодежной популяции. Нельзя обойти стороной еще одну важную составляющую проблемы ВИЧ – это отношение к ВИЧ-инфицированным. Значительная часть молодежи испытывает негативные чувства к ВИЧ-инфицированным и готова на радикальные меры в их отношении (изоляция).

Полученные результаты убеждают в необходимости продолжения постоянной информационно-тренинговой работы по профилактике ВИЧ и наркомании среди молодежи. Литературные данные свидетельствуют о том, что между периодом воздействия факторов риска на индивидуума и времени развития болезни проходит много времени, большая часть этих факторов начинает действовать в подростковом возрасте. Наиболее частыми способами передачи вируса являются инъекционный и половой, в меньшей степени вертикальный, «через кровь» и т. д. В этой связи мониторироваться должны такие факторы, как время начала сексуальной жизни (abstinence), использование презервативов, сексуальное поведение (исключение «случайных связей»),

знания о ВИЧ, способах инфицирования и профилактики, а также употребления инъекционных наркотиков. Фокусными группами для информационной работы должны стать подростки 14-18 лет. Важным направлением является воспитание толерантности к ВИЧ - инфицированным. Мировой опыт, а также наш собственный показывает достаточную эффективность информационно-просветительских и тренинговых программ профилактики ВИЧ и обучения безопасному сексуальному поведению. Тем не менее, для повышения эффективности такой работы необходимо увеличение так называемой «профилактической дозы»: интенсивности, последовательности, адекватности проводимых просветительских мероприятий.

Одной из передовых технологий развития здоровья, сочетающей в себе подходы межсекторального сотрудничества и «позитивную мотивацию» в вопросах развития здоровья, может стать проведение Фестивалей здоровья. Впервые в г. Ставрополе Фестиваль был проведен в 2005 году под девизом: «Ставрополь – за здоровый город» и являлся важным элементом реализации международного проекта «Здоровые города», в котором краевой центр участвует с 1996 года. Целями и задачами Фестиваля являются: совершенствование деятельности образовательных и внешкольных учреждений города, детских дошкольных образовательных учреждений, высших и средних специальных учебных заведений города, лечебно-профилактических учреждений, предприятий и организаций по охране и укреплению здоровья горожан, пропаганде здорового образа жизни; вовлечение родителей, педагогов и учащихся образовательных учреждений, студентов и преподавателей ВУЗов и ССУЗов, некоммерческих общественных организаций, общественности города, средств массовой информации в формирование идеологии здоровья, создание в городе «моды на здоровье».

Проблема охраны и развития здоровья работающих в настоящее время стоит на повестке дня руководителей всех уровней. Это связано как с нехваткой трудовых ресурсов, так и с недостаточным качеством данных ресурсов, в первую очередь за счет низкого уровня здоровья. Старая система оказания медицинской помощи на предприятиях (цеховая служба) разрушена, а новая еще только формируется. В этой связи является верным решение о принятии федеральной целевой программы «Здоровье работающих». Аналог данной федеральной программы по укреплению здоровья на рабочем месте в городе Ставрополе на 2005-2007 годы принят Думой Ставрополя.

Администрацией города в рамках проведения традиционного конкурса на получение муниципальных грантов в перечень перспективных было

включено направление по реализации государственной политики в социально-трудовой сфере: укреплению здоровья на рабочем месте; охране труда на производстве. Победу одержал проект «Здоровье на рабочем месте», в котором равноправными партнерами были организация-заявитель (Ставропольская городская организация профсоюза работников здравоохранения), администрация города и администрация АООТ «Аналог» как ко-спонсоры проекта, МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» г. Ставрополя как организатор медицинского обеспечения проекта.

Был проведен скрининг работников для формирования группы нуждающихся в углубленном клиническом осмотре. По результатам анализа ответов работников на вопросник самооценки собственного здоровья, сделан вывод о том, что 40,7% сотрудников завода субъективно оценили состояние своего здоровья, как неудовлетворительное ( $p < 0,05$ ).

Анализ состояния здоровья работников завода «Аналог» показал, что преобладающей патологией в структуре заболеваемости является гипертоническая болезнь, на долю которой приходится 12,1%. Обращает на себя внимание, тот факт, что только 6 человек из 25 гипертоников ранее получали курсовое фармакологическое лечение по поводу данной патологии и лишь 2 человека принимали лекарственные препараты постоянно. Под курсовым фармакологическим лечением имеется в виду однократная госпитализация в стационар, где проводилась вазоактивная и антигипертензивная терапия, после госпитализации работник антигипертензивную терапию прекращал. Диагноз ВСД со склонностью к повышению АД предполагает наличие у пациента центральных вегетативных расстройств, ключевым симптомом которых является эпизодическое повышение артериального, в первую очередь, систолического давления, но не соответствующее критериям постановки диагноза гипертоническая болезнь.

Остальные пациенты пользовались эпизодически анальгетиками для купирования головной боли, не получая никакой базисной терапии. Большая часть из этих больных уже имеют осложнения гипертонической болезни в виде ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения; выраженной энцефалопатии, а у 2-х человек - в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. На 2-м месте – пациенты с ВСД – 18% , причем часть болеющих имеют также склонность к повышению АД. На 3-м месте – больные с обострениями остеохондроза 7,2%; хроническим холецисто-панкреатитом 7,2 % и миокардиодистрофиями различного генеза 6%.

Вместе с тем, у большинства работников регистрируются проявления остеохондроза в стадии ремиссии и признаки невротических расстройств.

Для лечения и профилактики перечисленных форм патологии было рекомендовано введение комплекса гимнастики на предприятии и занятия в группе ЛФК, а также создание кабинета психологической разгрузки и популяризация знаний по противодействию стрессу.

С целью профилактики обострений гипертонической болезни, а также для предупреждения развития ее осложнений у пациентов с данной патологией, предложено организовать на базе завода работу образовательной школы гипертоников совместно с городской клинической больницей №3. Это будет способствовать сокращению количества случаев временной нетрудоспособности и предупредит выход сотрудников на инвалидность.

Некоторые результаты проведенного анкетирования сотрудников по вопросам качества жизни представлены в табл. 4.

**Таблица 4**

**Результаты анкетирования работников предприятия по Осфолдскому опроснику оценки качества жизни**

Значимые результаты анкетирования по вопроснику о качестве жизни	Женщины (n = 146 чел.) Процент посчитан к общему количеству		P*	Мужчины и женщины (n= 123 чел.) Процент посчитан к общему количеству		P*
	1939- 1964 года рождения 85 человек R±m	1965 - 1987 годов рождения 61 человек R±m		Женщины 1965 - 1987 г. рождения –61 человек R±m	Мужчины 62чел R±m	
Признаки депрессии регистрируются	13,6%±2,78	14,4%±2,9		17,1%±3,39	12,2±2,95	<0,05
Курят	11,6%±2,65	15,7±3,01	<0,05	18,7±3,51	26,8±3,99	<0,05
Низкая физическая активность отмечается	25,3%±3,6	19,2%±3,26	<0,05	22,8%±3,78	26,8%±3,95	
Состояние опьянения (1 раз в месяц и чаще испытывают)	17,8%±3,16	22,6%±3,46	<0,05	26,8%±3,99	26,3%±4,1	
Шум на рабочем месте испытывают	24,7%±3,57	27,4%±3,69		32,5%±4,22	25,2%±3,91	<0,05
Воздействию химических веществ подвергаются	30,8%±3,82	24,0%±3,53	<0,05	28,4%±4,07	26,8%±3,99	
Местными жителями являются	14,4%±2,9	10,3%±2,52	<0,05	12,2%±2,95	26,0%±3,95	<0,05
Одинокими (вдовцы разведенные, холостые) являются	24,7%±2,57	19,2%±2,35	<0,05	22,8%±3,78	15,4%±3,25	

*p\* - ошибка репрезентативности, m - ошибка относительного показателя*

Обращает на себя внимание достоверно значимый высокий уровень признаков депрессии у молодых женщин по сравнению с другими группами, а также высокую степень распространенности курения в этой же группе. Среди прочих социально-демографических факторов отмечается высокий процент приезжих и одиноких работников.

Результаты проведенных исследований легли в основу индивидуальных программ оздоровления для каждого работника и общей программы социально-гигиенических и медицинских мероприятий на предприятии.

Данная технология получила признание, как коллектива предприятия, так и администрации города и рекомендована к внедрению на предприятиях города в рамках муниципальной программы «Здоровье на рабочем месте». Преимуществом данного проекта является комплексность, включающая следующие компоненты: санитарно-гигиенический, клинический, оценку качества жизни, реабилитационные и мероприятия по охране труда.

Администрация города Ставрополя и управление здравоохранение внедряют и пропагандируют в Ставрополе образовательные школы для пациентов с 2001 года. За 4 года в них было обучено более 10 тысяч пациентов, страдающих артериальной гипертонией, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, заболеваниями суставов, сахарным диабетом и другими заболеваниями. Большая работа проводится с целью привлечения в образовательные школы трудоспособного населения. Мы ставили целью, изучение медико-экономической эффективности работы образовательных школ для пациентов с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией в городе Ставрополе и апробирование в краевом центре новой формы медико-профилактической работы – массовой акции «Стоп, гипертония» с целью привлечения внимания населения к проблеме артериальной гипертонии.

Была проанализирована медико-экономическая эффективность работы образовательных школ для пациентов с бронхиальной астмой, стоящих на учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Ставрополя - 1731 человек. Госпитализированные больные с бронхиальной астмой составили в 2005 году 5,8 % от общего количества больных. Обучено в школе для больных бронхиальной астмой – 266 человек, что составляет 15,37% от общего числа больных бронхиальной астмой.

Аналогичный анализ был проведен в отношении артериальной гипертензии. На учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях города состоит 18719 человек с артериальной гипертонией. Обучено в школах гипертоника – 782 человека, что составляет 4,2% от общего числа лиц, стоящих на



учете в поликлиниках города с артериальной гипертензией. Пациенты для обучения в образовательных школах направлялись участковыми терапевтами, но заинтересованность пациентов в обучении была невысокой, что выразилось в небольшом количестве слушателей.

При этом проводилась оценка:

- медицинской эффективности – качества и степени достижения положительного результата той или иной методики, технологии лечения, профилактики, диагностики и реабилитации;

- экономической эффективности – получение максимума возможных благ от имеющихся ограниченных ресурсов, то есть оптимизация затрат на медицинское обслуживание, рациональное использование средств в здравоохранении.

При анализе работы образовательных школ использовалось понятие условного экономического эффекта, которое выражается в денежном эквиваленте, полученном в результате применения новых методик лечения, диагностики, профилактики, направленных на улучшение показателей здоровья населения по артериальной гипертензии и бронхиальной астме.

Получая условный экономический эффект, на первом этапе амбулаторно–поликлиническое учреждение самостоятельно перераспределяет финансовые средства внутри учреждения с учетом изменения нагрузки между медицинским персоналом; на втором - производится обобщение экономической эффективности работы учреждений здравоохранения от внедрения в практику образовательных школ на муниципальном уровне и с учетом условного экономического эффекта принимается решения по координации работы школ в целом по городу и их финансового обеспечения.

Снижение уровня госпитализации больных, прошедших курс обучения в школах, позволяет рассматривать вопрос о частичном перепрофилировании коек терапевтического профиля и направлять высвобождающиеся средства на внедрение эффективных методов лечения в стационарах (табл. 5).

Условный экономический эффект от работы образовательных школ был рассчитан по формуле:

$$Эу = Эу ст. + Эу ссмп + Эу пос. + Эу дн.ст. + Эу тр.п., \text{ где}$$

*Эу* - условный экономический эффект от работы образовательных школ;

*Эу ст.* - условный экономический эффект от снижения уровня госпитализации в стационар среди прошедших обучение;

*Эу ссмп* - условный экономический эффект от снижения обращаемости в станцию скорой медицинской помощи среди прошедших обучение;

*Эу пос.* - условный экономический эффект от снижения обращаемости пациентов, прошедших обучение к врачу поликлиники;

*Эу дн.ст.* - условный экономический эффект от внедрения стационаро – замещающих технологий для данной категории больных (дневные стационары);

*Эу тр.п.* - условный экономический эффект от снижения трудопотерь среди трудоспособных пациентов, прошедших обучение.

**Таблица 5**

**Медико-экономическая эффективность работы школ для больных с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией**

	Снижение количества госпитализаций	Снижение числа вызовов скорой помощи	Снижение длительности 1 случая временной нетрудоспособности	Снижение обращаемости в АПУ
<b>Школы для больных с бронхиальной астмой</b>				
Медицинский эффект	37%	30%	14%	38,7%
Условный экономический эффект	165,7 тыс. руб.	181,2 тыс. руб.	809,0 тыс.руб.	32,9 тыс. руб.
<b>Школы для больных с артериальной гипертензией</b>				
Медицинский эффект	12%	40%	17%	21%
Условный экономический эффект	288,6 тыс. руб.	1203,3 тыс. руб.	237,0 тыс. руб.	29,6 тыс. руб.

Таким образом, общий экономический эффект от работы школы для больных бронхиальной астмой составил 1188,8 тыс. руб, для больных АГ – 1758,5 руб. при этом на 37% снизилось количество госпитализаций больных бронхиальной астмой, на 12% - больных АГ.

Анализ работы программ по профилактике артериальной гипертензии выявил определенные трудности. Основными проблемами являются: недостаточная подготовка врачей первичного звена в области формирования здорового образа жизни; незаинтересованность врачей первичного звена в профилактической работе из-за отсутствия финансирования данной работы в ЛПУ и не использования нефинансовых способов мотивации медиков; недостаточное внимание к вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни в программах охраны здоровья; перекос приоритетов развития здравоохранения с недостаточным финансовым обеспечением медицинской профилактики; отсутствие согласованных действий со службами медико-социальной экспертизы; безразличием пациентов к собственному здоровью, что выражается в нездоровом образе жизни, их низкой комплаентности; низкой доступности качественных антигипертензивных препаратов.

Учитывая высокую эффективность образовательных школ для пациентов и низкую их посещаемость по предложению МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» администрация г. Ставрополя провела во Всемирный день здоровья массовую акцию «Стоп, гипертония».

Измерение артериального давления на 130 пунктах города проводили врачи ЛПУ города и наиболее подготовленные клинические ординаторы Ставропольской государственной медицинской академии. Одновременно с измерением артериального давления раздавались памятки с информацией об артериальной гипертензии и факторах риска неинфекционных заболеваний, а лицам с повышенным артериальным давлением раздавались приглашения на занятия в школах гипертоников.

В результате исследования было выявлено, повышенное АД было зарегистрировано у 16% (1850) лиц, измеривших его. Впервые узнали о том, что у них высокое АД, 427 человек (3,69% лиц, измеривших АД или 23,1% от лиц с высоким АД во время измерения). Эти граждане получили приглашения в школы больных АГ по месту жительства или по месту работы.

Таким образом, медико-экономическая эффективность школ для пациентов достаточно высока, что диктует необходимость разработки механизмов популяризации данной формы медицинской профилактики, ее финансирования, а также согласования общих подходов решения проблемы со службой медико-социальной экспертизы. Необходимо внедрять инновационные подходы популяризации медицинских знаний, повышения доступности медико-профилактических услуг для лиц трудоспособного возраста. Одним из таких подходов может являться акция «Стоп, гипертония». Для повышения эффективности работы образовательных школ целесообразно организовывать их на крупных предприятиях и учреждениях.

Исследования, проведенные в последние годы, обнаружили прямую зависимость здоровья населения от социально-экономических условий, демографической и экологической ситуации. Установлена достоверная связь между уровнем бедности и состоянием здоровья детей; зависимость уровня общей заболеваемости населения от степени загрязнения атмосферного воздуха и от других факторов. Так, курение табака, наркомания, недостаточное питание, неблагополучие в состоянии окружающей среды, условиях труда и техники безопасности – все это важные причины ухудшения здоровья населения. В связи с этим, для формулирования политики здоровья и принятия обоснованных решений в отношении воздействия на факторы, оказывающие влияние на состояние здоровья, недостаточно оперировать данными офици-

альной статистики. Анализ ситуации необходимо проводить с учетом социологических данных (результатов анкетирования), что позволяет максимально учитывать нужды населения.

В рамках реализации Проекта «Здоровые города» в Ставрополе и подготовки городского Профиля здоровья был проведен социологический опрос населения г. Ставрополя по проблемам здоровья и (табл. 6).

**Таблица 6**

**Оценка респондентов собственного здоровья в зависимости от уровня доходов (в %)**

Свое здоровье оценивают как	Группы респондентов по уровню доходов					Итого
	Нам часто не хватает средств даже на самое необходимое	На все самое необходимое денег хватает, но мы не можем покупать дорогие вещи длительного пользования (технику, мебель и т.д.) даже в кредит	Мы можем себе позволить покупать дорогие вещи длительного пользования, но только в кредит и не все сразу	Мы можем покупать дорогие вещи длительного пользования (такие, как технику, мебель), но не можем себе позволить покупку квартиры, дорогие автомобили, путешествия	Мы практически не испытываем финансовых ограничений	
отличное	2,8	8,6	10,2	15,4	23,1	9,6
достаточно хорошее	8,4	46,3	53,2	53,1	15,4	43,6
нехорошее и не плохое	75,7	36,7	36,6	26,9	46,2	40,6
достаточно плохое	12,1	7,0		4,6	15,4	5,5
очень плохое	1,0	1,3				0,7
всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оценке здоровья населения в нашем исследовании предусматривалась самооценка здоровья респондентов, которая лишь косвенно отражает реальное состояние здоровья. Однако на самооценку влияет и мнение специалистов-медиков. Уровень собственного здоровья, как хорошее и отличное оценивают более половины ставропольцев - 53,8 %, что при высокой распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний с одной стороны является парадоксальным, а с другой стороны подтверждает факт влияния на здоровье структурных показателей социально – экономического неравенства. Это коррелирует с результатами зарубежных исследований.

При этом отмечено, что структурные факторы (род занятий, уровень дохода, место проживания) воздействуют на состояние здоровья значительно сильнее, чем образ жизни (курение, употребление алкоголя, занятие физкультурой и спортом, масса тела). Наложение всей совокупности факторов неко-

торые авторы интерпретируют как косвенный “вклад” структурных условий через поведение (Назарова И. Б., 2003).

15,2% респондентов постоянно испытывают состояние стресса, что, как известно, является фактором риска гипертонической болезни. Ответы респондентов свидетельствуют о высокой распространенности гиподинамии. Так по нашим данным не занимаются физической активностью 22,7% горожан, в то время как по данным российских исследований 1998 года эта цифра не превышала 11%. Свой досуг 37,7% жителей проводят сидя у телевизора. Вероятно, это связано с ростом доступности «благ цивилизации» (автомобилей, видео и т. д.) и снижением доступности спортивных объектов, большинство из которых являются платными.

Вне зависимости от пола и возраста регулярно курят 33,8% совершеннолетних жителей краевого центра, что меньше чем в среднем по России. В то же время среди подростков отмечается рост числа курильщиков и в первую очередь среди девушек. В Ставрополе за период 2002-2004 года он составил 2%, что в сравнении с российскими данными является хорошим результатом и в значительной степени опосредован проведением соответствующей профилактической работы, в частности акции «Некурящий класс».

В Ставрополе реже 3-х раз в неделю употребляют фрукты всего 28,3% респондентов, что с учетом трат на питание большей части суммарного дохода семьи, является неплохим показателем и объясняется тем, что город находится в южном регионе, а значительная часть населения питается фруктами и овощами, произведенными на приусадебных участках.

Распространенность алкоголизма в регионе высока, так ежедневное опьянение сопровождает 5,4% жителей краевого центра.

По мнению ставропольцев, среди негативно влияющих на здоровье факторов особая роль принадлежит загрязнению воздуха и шуму. Сырость и сквозняки беспокоят 22% горожан и в основном лиц пенсионного возраста, а загрязненный воздух и шум являются причиной для беспокойства 43,5% и 56,9% респондентов соответственно во всех возрастных группах.

Блок вопросов, посвященных материальному достатку респондентов, выявил низкий уровень доходов респондентов всех возрастов. Делая такой вывод, мы исходили из того, что по европейским стандартам семья считается бедной, если тратит на питание более трети своего дохода. Хотя более половины своего дохода тратят на питание 87,9% респондентов, свой материальный достаток, как очень низкий оценивают только 13,7% наших горожан. Это свидетельствует о том, что «уровень материальных притязаний» боль-

шинства ставропольцев не высок. Анализ ответов респондентов в зависимости от уровня доходов свидетельствует о том, что свое здоровье, как плохое оценивают 12,1% людей с очень низким доходом, и лишь 5,5% респондентов с высоким доходом. В то же время, отличным считают свое здоровье лишь 2,8% «бедных» и 9,6% «богатых». Это входит в противоречие с российскими исследованиями 1998 года (Назарова И. Б., 2003), которые не обнаружили зависимость между уровнем доходов и субъективными оценками собственного здоровья(12).

Рейтинг доверия населения социальным институтам можно представить в виде следующего ранжированного ряда: система здравоохранения (57,7%); система образования (54,1%); СМИ (48,7%); милиция (35,8%).

Все остальные социальные институты имеют рейтинг доверия в диапазоне от 24,9% до 32,9%.

Кроме того, можно констатировать что, большая часть населения относит себя к здоровым. Наименее критично рассматривают свое здоровье мужчины и молодежь. Здоровыми себя ощущают люди с доходом 3000-5000 рублей. Большинство жителей города из числа мужчин занимаются физическими упражнениями. Эти данные могут служить дополнительным подтверждением того, что спорт – это преимущественно мужское увлечение. На вопросы об отношении к алкоголю и курению большинство опрошенных дали социально одобряемые ответы: опрошенные говорили об отрицательном отношении к этим пагубным пристрастиям. Проводимые мероприятия по снижению таких социальных болезней как алкоголизм и наркомания оценивается как неэффективные. Для ставропольчан самым любимым местом отдыха является дом. В тройку лидеров вошли также городские парки отдыха и отдых за городом. Так, привязанность к дому растет с количеством прожитых лет, также увеличивается и склонность отдыхать на дачах. В целом отношение к рекреациям города Ставрополя удовлетворительное. Положительное отношение обнаружено у некоторых групп респондентов – ставропольчан старше 60 лет, студенчества и жителей района Биофабрики. Качество мест отдыха оценивается удовлетворительно. Следует отметить, что чаще всего среди практически всех категорий населения встречается ответ о необходимости озеленения, и жители города высказали готовность участвовать в субботниках по уборке и озеленению города, созданию и благоустройстве парков, скверов и детских площадок.

В целом уровень организации медицинской помощи оценивается как удовлетворительный. Основные нарекания к здравоохранению связаны с ка-

чеством. Доступность и качество местных продуктов питания оценены как удовлетворительные. Самый высокий уровень недовольства обнаружен среди респондентов старше 60 лет.

**В главе 4** «Организационно – функциональная модель, обеспечивающая межсекторальное взаимодействие при реализации мероприятий по охране здоровья на муниципальном уровне» рассмотрены подходы построения организационной структуры межсекторального сотрудничества в рамках проекта «Здоровые города».

В качестве основы использовалась структура городской службы медицинской профилактики. Контролирующую и руководящую функцию осуществляет администрация города через комитет социальной политики и управление здравоохранения администрации города. Дума города Ставрополя также осуществляет контролируемую функцию в части реализации мероприятий целевых медико-профилактических программ, в том числе рациональное расходование средств.

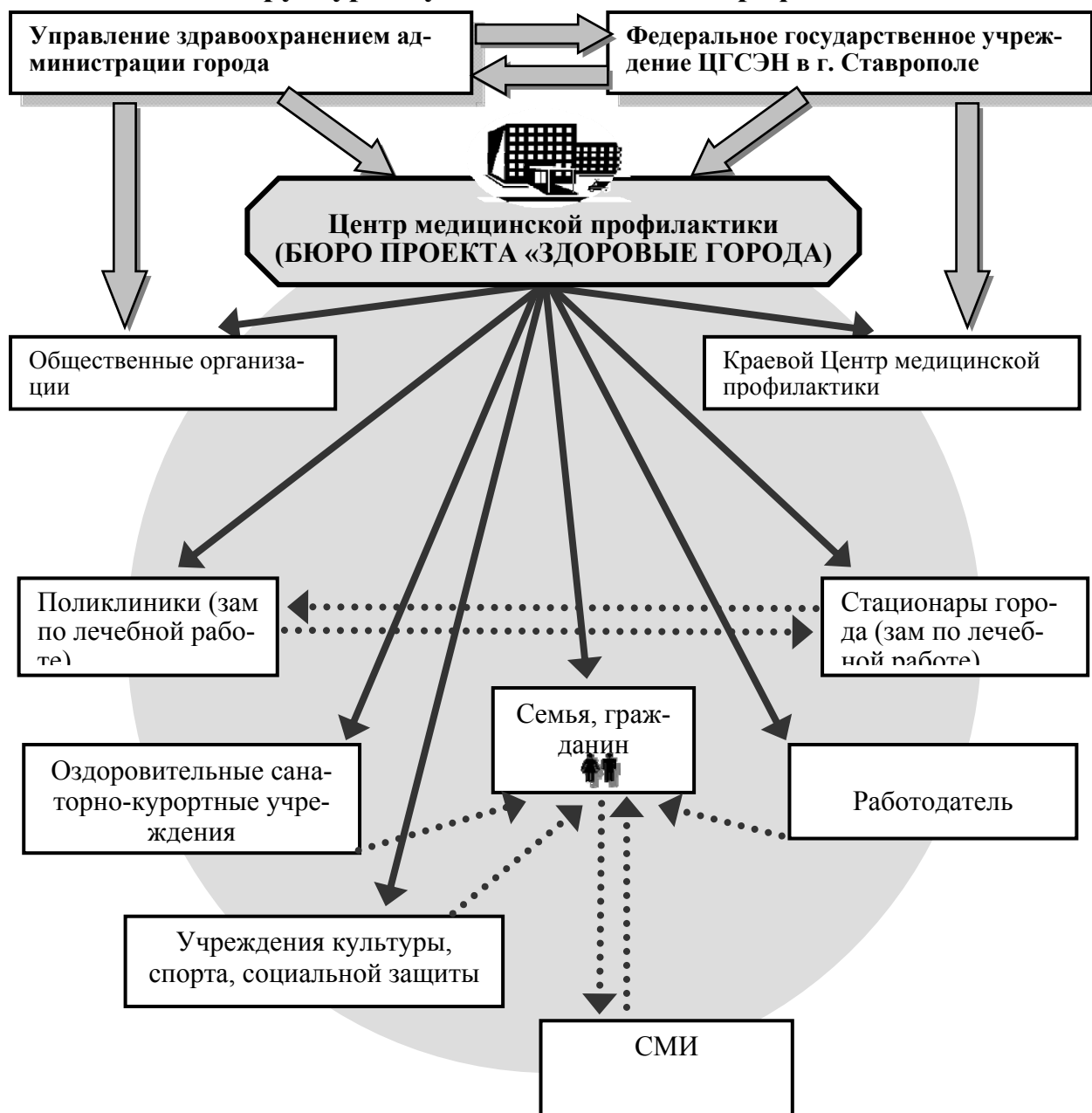
Координирующую функцию осуществляет МУЗ «Городской центр медицинской профилактики», одновременно непосредственно реализующий меры профилактического характера. Центр медицинской профилактики имеет в своем составе руководителя – главного врача, профилактическое отделение, редакционно-издательское отделение, хозрасчетное консультативно-оздоровительное отделение. Методическое руководство центром осуществляет ГУЗ «Краевой центр физкультуры и спортивной медицины» в составе, которого имеется краевой центр медицинской профилактики без образования юридического лица. Партнеры МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» представлены на схеме 1:

При создании организационной структуры проекта «Здоровые города» учитывался опыт работы организационной структуры медицинской профилактики г. Ставрополя и рекомендации ВОЗ.

Руководящий орган проекта – комитет управления (осуществляющий функции стратегического планирования, управления, координации и контроля. Председателем комитета управления является глава города, заместителями – заместитель главы города по социальным проблемам и заместитель председателя Думы г. Ставрополя. Членами комитета управления – представители структурных подразделений администрации, депутаты городской Думы, представители общественных организаций, ученые, журналисты. В компетенцию комитета управления входят вопросы утверждения рабочего плана, ключевых документов, утверждение координатора Проек-

та, руководителей рабочих групп, а также принятие решений об участии в различных Фазах Проекта и локальных программах.

**Схема 1. Структура службы медицинской профилактики**



Бюро Проекта – руководящий и координирующий орган, осуществляющий свою деятельность, в рамках утвержденной комитетом управления деятельности. В его состав входят: координатор, члены бюро, а также руководители рабочих групп. Важную часть работы бюро составляет подготовка всех ключевых документов Проекта, методическая проработка направлений деятельности, взаимодействие с городами - партнерами и ВОЗ, руководство рабочими группами.

Рабочие группы по направлениям жизнедеятельности города включают в себя специалистов в данной или смежных областях. Например,



группа по формированию жилищно-коммунальной политики города и экологическому благополучию включает представителей комитета городского хозяйства, управления транспорта и связи, МУП «Горзеленстрой», ПО «Парки культуры и отдыха», управления архитектуры, экологического колледжа, санитарных комиссий, жилищного управления. Такой качественный состав членов рабочих групп позволяет «препарировать» проблему и находить комплексные пути ее решения, а также устанавливать членам рабочих групп тесные горизонтальные связи. Важным направлением деятельности рабочих групп является разработка индикаторов жизнедеятельности города и сбор данных по принятым индикаторам.

Рабочие группы по ключевым направлениям 4 Фазы проекта «Здоровые города» созданы для планирования и реализации текущей деятельности по основным направлениям, рекомендованным ЕРБ ВОЗ. Такими направлениями являются «Здоровое городское планирование», «Оценка воздействия на здоровье», «Здоровое долголетие», «Физическая активность». В состав групп входят специалисты, работающие по данному направлению и смежных ведомств, имеющие достаточный опыт и уровень знаний в соответствующей области, а также компетентные принимать решения от имени своих ведомств. Например, в состав группы «Здоровое городское планирование» входят представители кафедры гигиены, эпидемиологии Ставропольской государственной медицинской академии, ГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ставропольском крае в городе Ставрополе», комитета городского хозяйства отдельного батальон ДПС ГИБДД ГУВД Ставропольского края, Союза архитекторов Ставропольского края, комитета градостроительства администрации города, управления архитектуры администрации города Ставрополя, газеты «Ставропольская правда», Ставропольской городской организации Всероссийского общества инвалидов. Состав группы отражает важность и масштабность решаемых ее проблем, требующих участия, как исполнительной, так и законодательной ветвей власти, а также представителей уязвимых групп населения, для которых здоровое городское планирование является ключевой насущной задачей.

В процессе анализа выявлена схожесть структуры медицинской профилактики города с городской структурой межсекторального сотрудничества в вопросах здоровья. Данная схожесть делает необходимой рассмотрение вопроса сочетания функций городского центра медицинской профилактики и бюро Проекта «Здоровые города».

**Глава 5** «Жизнедеятельность городского муниципального образования с позиции охраны здоровья граждан».

Важным стратегическим документом проекта «Здоровые города» является Профиль здоровья города, являющийся промежуточным результатом деятельности межсекторальных рабочих групп. Помимо отработки технологии межсекторального сотрудничества и формирования горизонтальных связей, обучения экспертов в различных областях жизнедеятельности города основным принципам общественного здоровья, документ представляет подробную и разностороннюю информационную базу, отражающую основные тенденции жизни города, резюмирующую итоги деятельности сообщества по укреплению общественного здоровья. Будучи издан, данный документ представляет собой основу для разработки стратегических документов по охране и укреплению здоровья населения. Ниже представлены основные разделы Профиля здоровья Ставрополя, отражающего жизнедеятельность города за период 2000-2007 годов.

Ставрополь – административный центр Ставропольского края, в городе проживают более тринадцати процентов населения края. Если наблюдать демографическую ситуацию в течение последнего десятилетия, как положительный фактор следует отметить, что краевого центра не коснулся характерный для большинства территорий процесс депопуляции населения. Средний возраст жителей города составляет 36,8 лет, в том числе мужчин – 34,3, женщин – 38,8 лет.

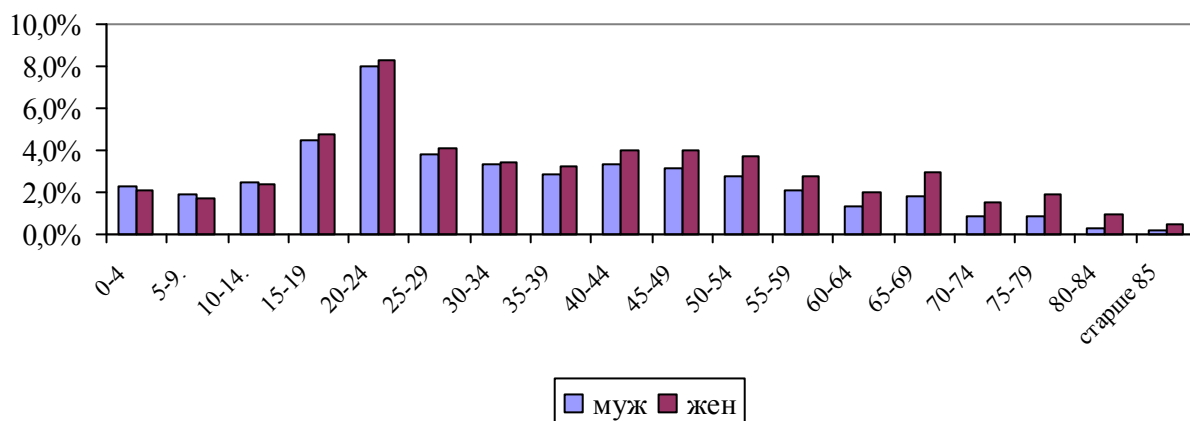
Очевидно, что численность населения в городе Ставрополе, в последние годы имеет тенденцию к росту. Кроме того, среди населения значительна доля граждан в возрастной группе 20-24 года, как среди мужского населения, так и среди женского (рис. 1).

Национальный состав населения города разнообразен, что обусловлено его месторасположением в соседстве с республиками Северного Кавказа и государствами Закавказья.

Русские, как коренное население, составляют 88,7% всего населения краевого центра. Вторая по численности национальность – армяне, численность которых составляет 4,3% в общей численности жителей города, причем с 1989 года численность их выросла в 2,1 раза. Третья по численности национальность – украинцы, составляет 1,6% численности населения города, за межпереписной период численность украинцев снизилась на 28,7%.

**Рисунок 1**

**Структура населения по полу и возрасту (% от всего населения)**



Среди национальностей, численность которых значительно возросла за межпереписной период, преобладают народы соседних с краем республик: чеченцы (рост численности в 2,5 раза), даргинцы (в 2,1 раза), черкесы (в 1,9 раза), а также грузины (в 1,9 раза) и туркмены (в 1,8 раза). Более чем в 2 раза снизилась численность евреев, в 1,7 раза – калмыков, в 2,8 раза – узбеков.

Основными факторами демографического развития, определяющими динамику численности населения, его возрастно-половую структуру, являются рождаемость, смертность и миграция.

Общая тенденция динамики смертности населения Ставрополя характеризуется сверхсмертностью людей трудоспособного возраста. В 2005 году смертность населения в трудоспособном возрасте увеличилась среди обоих полов на 1,5%, а среди мужчин на 2,7%. Смертность мужчин трудоспособного возраста превысила смертность женщин этого же возраста более чем в 4 раза, и в 2-4 раза выше аналогичного показателя в развитых странах. Доля умерших преждевременно составляет 25% от общего числа, т.е. каждый 4-ый умирает в трудоспособном возрасте (из них 80% составляют мужчины).

Ведущее место в структуре смертности занимают болезни органов кровообращения (62,4%), значительно реже в Ставрополе население умирает от новообразований (14,6%) и травм и отравлений (11,2%,) (табл. 7).

Основные тенденции в процессах воспроизводства населения определяют неблагоприятные изменения в соотношении поколений населения в возрасте моложе и старше трудоспособного в пользу последних и, как следствие, рост демографической нагрузки на трудоспособное население.

Таблица 7

## Показатели и структура смертности населения

Классы причин	2005		2006		2007	
	на 100 тыс. нас.	доля (%)	на 100 тыс.нас.	доля (%)	на 100 тыс.нас.	доля (%)
Болезни системы кровообращения	768,89	62,4	737,0	61,34	698,5	60,1
Новообразования	179,72	14,6	173,7	14,5	185,6	15,98
Травмы и отравления	138,44	11,2	147,2	12,3	139,5	12,0
Болезни органов пищеварения	58,41	4,7	60,8	5,1	59,7	5,1
Болезни органов дыхания	25,84	2,1	24,8	2,1	24,7	2,1
Инфекционные и паразитические болезни	16,57	1,3	9,76	0,8	11,39	0,98
Другие (доля менее 1 %)	44,37	3,7	737,0	61,34	698,5	60,1

К 2007 году средняя продолжительность жизни возросла до 70,2 лет (что выше, чем в крае-69,4 и РФ-65,3), в том числе у мужчин до 63,7 (край - 63,8, РФ-59), женщин до 75,8 лет (край - 75,1, РФ-71,6).

Позитивные медико-демографические тенденции, наметившиеся в 2007 году, продолжили своё развитие в 2008 году, и по – прежнему опережают показатели края, ЮФО, РФ. Однако значения указанных показателей не достигли доперестроечного уровня и демографическая ситуация остается напряженной. Рождаемость пока еще не обеспечивает простое воспроизводство населения города. Хотя впервые в 2008 году зарегистрирован естественный прирост населения (+0,7‰) за счёт роста рождаемости, снижения общей смертности населения на 4,2%, уменьшения количества умерших в трудоспособном возрасте на 2%, снижения количества умерших детей на 11% и смертей в перинатальном периоде на 25,5%. Следует отметить, что показатель рождаемости в городе традиционно выше краевого: 12,42 на 1000 населения (краевой показатель-11,26, РФ-10,2), кроме того, в сравнении с 3-мя предыдущими годами он резко возрос - более чем на 15%.

Одним из источников, наряду с ростом рождаемости, увеличения численности населения служит приток мигрантов из других регионов России и ближнего зарубежья. В 2005г. миграционный прирост населения Ставропольского края составил 4,1 тыс. человек (с учётом оценки объёмов неконтролируемой миграции). По данным, зарегистрированным паспортно-визовыми службами МВД, в 2005г. переселились в край на постоянное жительство 20,9 тыс. человек, в т.ч. 18,3 тыс. (87,6%) переехали из других субъектов Российской Федерации, 2,4 тыс. переселились из государств ближнего зарубежья (бывших республик Союза ССР). Основными регионами, из которых прибывают мигранты в край, являются: Чеченская республика, респуб-

лика Дагестан, Карачаево-Черкесская республика, Кабардино-Балкарская республика, республика Северная Осетия - Алания, республика Калмыкия.

Анализ миграционных процессов за последние 3 года характеризуется устойчивой тенденцией к превышению количества прибывших в Ставропольский край мигрантов над убывшими за пределы края. Так в период с 2003 года по 2007 год для постоянного проживания в край из других субъектов Российской Федерации прибыло 67,2 тыс. человек, а убыло за пределы края 59,7 тыс. человек. Миграционный прирост населения края в 2005 году лишь на 35 % компенсировал его естественные потери.

Заболеваемость городского населения в 2007 году имела тенденцию к снижению (снизилась на 6%,) по-прежнему в городе она почти на 30% превышает показатели территорий края (табл. 8).

**Таблица 8**

**Показатели и структура заболеваемости населения**

Классы причин	2005		2006		2007	
	на 100 тыс. нас.	доля (%)	на 100 тыс. нас.	доля (%)	на 100 тыс.нас.	доля (%)
Болезни системы кровообращения	18 354,4	19,7	19 910,5	18,8	19 773,7	19,9
Новообразования	3434,4	3,7	5544,6	5,2	3922,5	3,9
Травмы и отравления	10 178,3	8,6	93444,5	6,5	10 410,6	7,8
Болезни органов пищеварения	7 841,9	6,7	8014,4	6,1	8 843,4	7,2
Болезни органов дыхания	34 146,6	13,8	32 949,4	12,6	37 010,7	15,1
Инфекционные и паразитические болезни	3 382,5	2,4	6108,9	4,4	2288,9	1,3
Другие	18 354,4	19,7	19 910,5	18,8	19 773,7	19,9

В структуре заболеваемости взрослого населения лидирующие позиции принадлежат заболеваниям системы кровообращения (19%), на 2-м месте - заболевания органов дыхания (14,6%), на 3-м – мочеполовой системы (9,6%), затем- костно-мышечной системы (8%), травмы и отравления (7,5%), болезни органов пищеварения (7%).

Растет заболеваемость злокачественными новообразованиями (+4%)(в крае – снижение), сахарным диабетом(+0,6%) при снижении на 19% впервые выявленного диабета и уменьшении на 4% - диспансерной группы данной категории больных, что свидетельствует о снижении доступности данного вида специализированной помощи.

Впервые в 2007 году зарегистрировано снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения на 1,5% за счёт хронических форм ИБС (на 4%), цереброваскулярных болезней (на 8%), при росте АГ на 8%, что

свидетельствует об успешной профилактической работе с больными АГ, позволившей снизить количество осложнений данного заболевания.

Анализ заболеваемости социально значимыми заболеваниями свидетельствует о том, что ситуация по туберкулёзу складывается благоприятно (показатель заболеваемости туберкулезом в городе в 2 раза ниже, чем в среднем по России). Ежегодно разрабатывается межведомственный план мероприятий по предотвращению распространения туберкулёза, проводятся массовые акции по флюорообследованию населения, туберкулинодиагностике у детей, лабораторной и бактериологической диагностике. Отслеживается судьба каждого ребёнка с виражом, каждого выявленного больного. Регулярно проводятся обучающие семинары для специалистов первичного звена здравоохранения. Вопросы, связанные с выявлением данного заболевания, заслушиваются на медицинских советах, совещаниях и семинарах. Функционируют городские Центры микроскопии в 6 и 1-й поликлиниках города.

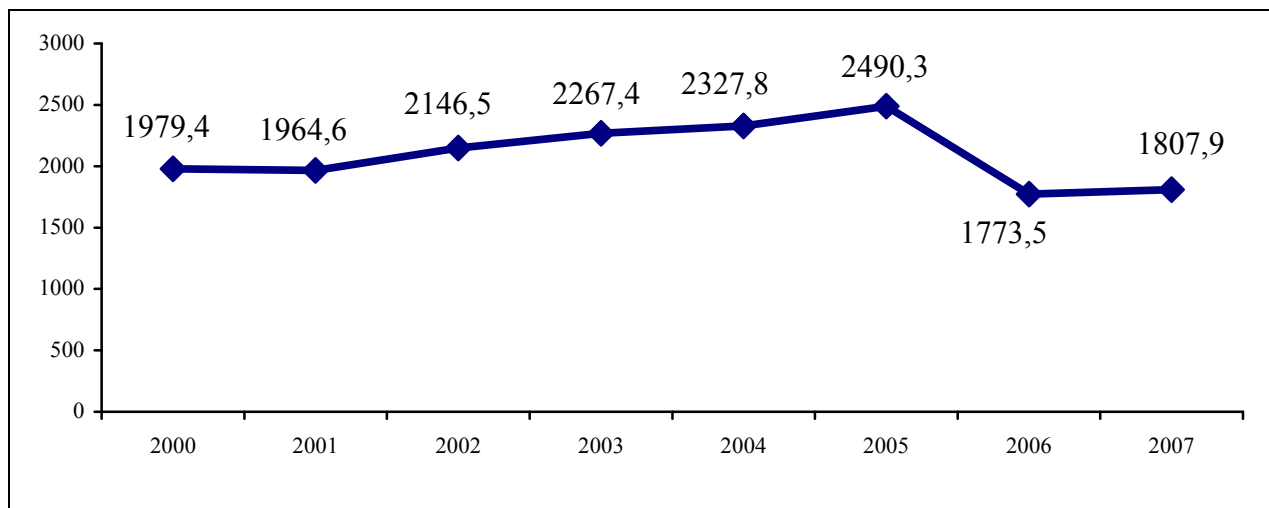
Среди группы других социально-значимых заболеваний необходимо отметить снижение уровня психических расстройств и расстройств поведения на 33%, показателей заболеваемости населения болезнями, передаваемыми половым путём, злокачественными новообразованиями, алкоголизмом и наркоманией (на 1%). Не изменяется уровень показателя заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией.

На первом месте по распространенности находятся заболевания органов дыхания- 54,7% у детей и 40,7% у подростков. Второе место у детей занимают травмы, а у подростков болезни глаз – 8,0% и 9,4% соответственно. Третье место по заболеваемости у детей принадлежит заболеваниям глаз, а у подростков патологии органов пищеварения. Опыт работы администрации города Ставрополя показывает, что ожидать устойчивого улучшения жизни можно, лишь согласовав действия всего общества. А для эффективности нужен действенный инструмент социально-экономической стратегии

В 2007 году заболеваемость детского населения (0-14 лет) выросла на 15%, в том числе впервые выявленная на 2% (3359,3 на 1000 и 2641,5 на 1000 соответственно). Прирост общей заболеваемости произошел за счет заболеваний органов дыхания, травм и отравлений, заболеваний нервной системы, глаза, органов пищеварения, мочеполовой, эндокринной, костно-мышечной систем, врожденных аномалий и пороков развития, заболеваний кроветворных органов и новообразований (рис. 2).

**Рисунок 2**

## Число зарегистрированных заболеваний детей на 1000 детского населения



Заболеваемость детей (15-17 лет) в 2007 году (2281,5 на 1000) также увеличилась на 4,5% по сравнению с 2006 годом (2180,3 на 1000). Прирост общей заболеваемости подростков произошел за счет заболеваний глаз, костно-мышечной, мочеполовой, эндокринных систем, травм и отравлений, заболеваний системы кровообращения, кроветворных органов, врожденных аномалий и пороков развития.

Атмосфера взаимной поддержки важна человеку и дома и на работе; она способна помочь поправиться после болезни, преодолеть депрессию, справиться с хроническими заболеваниями. Жизнь становится полноценнее. Отсутствие интегрирующих социальных связей ведет к изоляции отдельных людей или небольших групп по признакам экономического положения, возраста и национальности; в результате эти люди как бы исключаются из общества, что может подрывать здоровье.

«Медицинская модель» здоровья, опирающаяся на индивидуальные особенности человека и лечение болезней, доминировала большую часть XX века. Но сегодня она вытесняется «социальной моделью», согласно которой здоровье является результатом целого ряда социально-экономических, культурных и внешне средовых факторов; зависит от качества жилищных условий, наличия работы, от социального окружения. При подготовке планов внимание уделяется главным образом физическим аспектам городского развития, в то время как цели этих планов по существу относятся к категории социальных. И это определяет значимость «политики» городского планирования для здоровья во всех странах Европы.

Важно обращать внимание на такие явления в жизни города, как физическое и психическое здоровье населения, экономические возможности, про-

блемы окружающей среды, жилищные условия, общественная безопасность, забота о детях, условия досуга, образование, школы, алкоголизм, курение, наркомания, транспорт, искусство и культура, питание, муниципальные службы, городская планировка и др.

Очевидно, что достижение вышеперечисленных целей оздоровления окружающей среды требует совместных действий со стороны целого ряда организаций и учреждений, отвечающих не только за вопросы охраны здоровья и окружающей среды, но и за все виды деятельности, которые воздействуя на окружающую среду, могут отражаться на здоровье человека. Таким образом, сотрудничество и консультации между различными секторами являются необходимым условием принятия рациональных решений.

Необходимо не только уменьшать загрязнение окружающей среды, улучшать условия жизни населения, принимать меры по озеленению и чистоте на улицах города и прочее, важно, например, уже сейчас воспитывать молодежь в духе понимания важнейших экологических проблем и прививать ей любовь и уважение к человеку, городу, планете, на которой мы все живем.

Особенностью проекта «Здоровые города» является его динамичность и адекватность современным проблемам здоровья. Это демонстрируется фазностью работы с учетом приоритетов, определяемых с учетом актуальности возникающих задач.

Оценивается эффективность реализации проекта с помощью индикаторов, которые характеризуют различные разделы жизнедеятельности городского муниципального образования с позиции охраны здоровья граждан: демографическая ситуация (5); состояние здоровья (12); кадровые ресурсы здравоохранения (5); программы улучшения здоровья и их финансирование (6); развитие профилактического направления в здравоохранении (6); улучшение условий среды обитания (3); повышение уровня образования (10); улучшение состояния здоровья детей (3); предоставление возможностей для культурного развития (4); развитие физической культуры и спорта (12); улучшение ситуации с занятостью населения (6); население города Ставрополя (3); развитие промышленности (4); жилищное строительство (4); развитие инфраструктуры города (2); потребительский рынок (3); доходы городского бюджета (3); участие жителей в формировании городской политики по улучшению здоровья (12); Общественная активность населения (5); информированность населения об основных решениях, планах, мероприятиях городской администрации (2); Обеспечение безопасности жителей (11);

В результате исследования был разработан Стратегический план охра-



ны и укрепления здоровья населения городского муниципального образования на основе межсекторального взаимодействия, который включает четырнадцать разделов.

I. Укрепление системы здравоохранения,

II. Усиление контроля за выполнением законодательства в части ограничения продажи торговыми предприятиями пива, табачных изделий и алкогольной продукции несовершеннолетним,

III. Усиление социальной поддержки слаботзащищенных категорий граждан,

IV. Развитие физической культуры и спорта,

V. Улучшение питания населения,

VI. Повышение уровня образования,

VII. Предоставление возможностей для культурного развития,

VIII. Улучшение ситуации с занятостью населения,

IX. Развитие строительного комплекса,

X. Обеспечение безопасности жителей,

XI. Оздоровление окружающей среды,

XII. Профилактика инфекций, переносчиками которых являются животные,

XIII. Профилактические мероприятия по недопущению распространения птичьего гриппа в городе Ставрополе,

XIV. Улучшение транспортной инфраструктуры.

Для подтверждения необходимости реализации отдельных направлений Стратегического Плана было изучено мнение жителей города в отношении оценки своего здоровья: 59,2% респондентов считают себя здоровыми, 40,8% признались, что не считают себя таковыми (рис. 3). Более оптимистичны в оценке своего здоровья были мужчины. При этом уровень оптимизма при ответе на этот вопрос изменяется обратно пропорционально возрасту. Интересно, что среди лиц с высоким уровнем дохода (свыше 5000 рублей) большинство респондентов (70,5%) имеет склонность говорить о крепком здоровье.

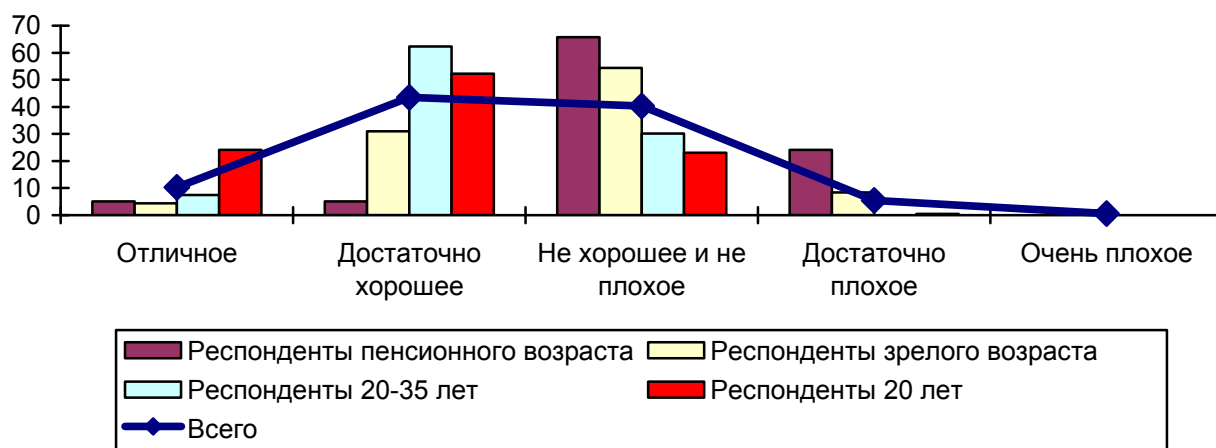
Меры по поддержке слаботзащищенных категорий граждан жители города оценивают следующим образом: 33,5 % опрошенных многодетных семей отметили, что благодаря использованию мер социальной поддержки остается больше денежных средств, которые можно потратить на текущие расходы; 33,4% семей только благодаря мерам поддержки сводят «концы с кон-

цами». Для 33,1 % многодетных семей использование мер социальной поддержки никак не отражается на их благосостоянии.

Лишь 50% ставропольцев могут с гордостью сказать, что они никогда не курили. Количество курящих женщин растет с каждым годом. Анкетирование выявило, что 27,5% жителей курят ежедневно, 12,3%- курят время от времени, 9,4%- отказались от курения. Осуждают эту привычку подавляющее большинство жителей города Ставрополя - 91,7%.

**Рисунок 3**

**Субъективная оценка собственного здоровья жителями Ставрополя (%)**



Интересно, что 52,5% опрошенных горожан признались, что занимаются физической активностью 3 и более часов в неделю, а 50,0% детей школьного возраста активно занимаются физической культурой и спортом.

Мнение жителей города относительно возможностей культурного развития в городе Ставрополе было следующим. Количество и качество учреждений культуры удовлетворяют спрос ставропольцев на занятия творчеством: 61,6% жителей Ставрополя считают, что в краевом центре созданы условия для полноценной культурной жизни, а 76,0% респондентов моложе 20 лет больше других категорий населения удовлетворены качеством и количеством предлагаемых услуг.

Пятая часть жителей краевого центра недовольны качеством коммунальных условий своего жилья.

Самыми требовательными потребителями коммунальных услуг, по результатам социологического опроса 2005 года, оказались респонденты пенсионного возраста.

Лишь 12,1% жителей Ставрополя тратят на питание менее половины доходов, 54,1%- около половины доходов, 33,8% более половины доходов.

48,0% ставропольцев считают жизнь в Ставрополе вполне безопасной, 41,0% недостаточно безопасной, 11,0% горожан затруднились оценить безопасность жизни в городе.

В отношении оценки окружающей среды мнение жителей города распределилось следующим образом. Качество воздуха как удовлетворительное оценили 50,8% ставропольцев, 38,4% ответивших на вопрос склоняются к мысли о низком качестве воздуха. Оптимистически настроенные респонденты (их было 7,4%) отметили хорошее качество воздуха. Затруднились ответить 3,4% опрошенных.

В отношении качества воды: 57,0% населения краевого центра заметили, что качество воды удовлетворительное, недовольны качеством воды 28,7% респондентов. Хорошо оценивают безопасность и чистоту питьевой воды 9,9%. Затруднились ответить на этот вопрос 13,3% опрошенных.

Реализация программ и проектов с области охраны здоровья населения на основе межсекторального взаимодействия положительно влияет на здоровье и жизнедеятельность населения. Так, за период с 2000 по 2007 год показатель младенческой смертности уменьшился с 11,7 до 4,9 на тысячу родившихся. Заболеваемость туберкулезом сократилась на 16,6%. Заболеваемость сифилисом сократилась на 76,7%. Регистрируемый показатель заболеваемости ВИЧ в Ставрополе в 3,4 раза ниже, чем в среднем по Южному федеральному округу. Достигнут высокий уровень охвата детского населения профилактическими прививками - 99,9%. За период с 2002 по 2005 годы в городе была построена 41 спортивная площадка. Обеспечение населения йодсодержащими продуктами возросло в 2,5 раза. В 7 образовательных учреждениях города была внедрена технология биологической обратной связи. Опыт ее применения свидетельствует о положительном результате в укреплении здоровья детей. Количество безработных сократилось на 0,2%. Ставрополь – лидер по вводу жилой площади в расчете на тысячу жителей в городах Ставропольского края. Количество ДТП, в которых пострадали люди, сократилось в 2,06 раза. Количество беспризорных детей в городе сократилось на 20 %. В 2005 году полностью завершена телефонизация квартир и домовладений инвалидов и участников войны. В настоящий момент в Ставрополе нет ни одного ветерана, не имеющего домашнего телефона.

### **Выводы**

1. Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что достижение позитивных результатов в отношении здоровья невозможно без одновременных однонаправленных изменений в

смежных со здравоохранением областях, в изменении отношения населения к своему здоровью. Параллельные позитивные однонаправленные изменения социальных детерминант приводят к синергетическому эффекту в отношении здоровья жителей.

2. Опыт проведенной работы демонстрирует важность использования ресурса международных и национальных проектов в отношении здоровья. Имеющиеся апробированные технологии позволяют минимизировать возможные негативные эффекты. Большое значение имеют локальные пилотные проекты, которые позволяют создать эффективную медико-профилактическую технологию, подготовить команду и обобщить полученный опыт в виде методических рекомендаций. Осуществляемые на территории Ставрополя международные проекты «Здоровые города», «Брось курить и выиграй», «Некурящий класс», местные пилотные проекты «Фестиваль здоровья», «Здоровье на рабочем месте» продемонстрировали свою эффективность при минимальных финансовых затратах. Помимо конкретных медико-социальных эффектов данные проекты выполняют функцию поиска и объединения организаций различных форм собственности, отдельных граждан, заинтересованных в решении конкретной проблемы, что увеличивает возможности межсекторального сотрудничества.

3. Очевидно, что значимые эффекты в демографической ситуации, здоровье жителей регистрируются через достаточно большой период времени, после начала реализации целевых программ и проектов, что делает актуальными другие формы оценки, например, процессные. Подобные технологии позволяют в более короткий срок оценить промежуточные итоги программ, эффективность управленческих решений и внести своевременные тактические коррективы.

4. При разработке муниципальных программ помимо актуальности проблемы важно учитывать возможность достижения цели в определенный период времени с использованием имеющихся ресурсов. Задачи, которые необходимо решить, должны иметь конкретные измеряемые результаты. Кроме того, учитывая, что сфера охраны и укрепления здоровья лежит шире сферы воздействия отрасли здравоохранения, необходимо создавать межсекторальные организационные структуры, объединяя кадровые, материальные и другие ресурсы, что требует дальнейшего углубленного изучения.

5. Большое значение в деятельности по развитию здоровья населения имеют взаимоотношения с общественностью, как с точки зрения

информирования жителей о проблемах, способах их решения, адвокации какой-либо деятельности, так и с позиций вовлечения граждан в процесс принятия решений и делегирования им полномочий по их реализации. Систематическая деятельность по информированию с использованием различных источников информации (печать, электронные СМИ, Интернет, работа с группами граждан) приводят к изменению мировоззрения, отношения к собственному здоровью, а включение в показатели работы руководителя данных о здоровье сотрудников объективно приводят к позитивным переменам в этой сфере.

6. Процесс вовлечения населения в активную деятельность по охране и развитию здоровья невозможен без обеспечения его (населения) объективной своевременной информацией о состоянии различных социальных детерминант на территории проживания. С этой целью с определенной периодичностью должен публиковаться Профиль здоровья города или другой документ, являющийся базовым для принятия решений в отношении политики здоровья, а также инструментом «открытого мониторинга» эффективности принятых решений.

7. Важной составляющей процесса изучения нужд являются также социологические опросы населения, что позволяет сделать оценку более точной за счет исключения средних (суммирующих) показателей. Это дает возможность изучить ситуацию в отношении различных групп жителей и, в первую очередь, социально уязвимых. Так, в Ставрополе 59,2% респондентов считают себя здоровыми. Более оптимистичны в оценке своего здоровья были мужчины. При этом уровень оптимизма при ответе на этот вопрос изменяется обратно пропорционально возрасту. Мнение жителей города относительно возможностей культурного развития было следующим: количество и качество учреждений культуры удовлетворяют спрос ставропольцев на занятия творчеством: 61,6% жителей Ставрополя считают, что в краевом центре созданы условия для полноценной культурной жизни, а 76,0% респондентов моложе 20 лет больше других категорий населения удовлетворены качеством и количеством предлагаемых услуг. В отношении оценки окружающей среды мнение жителей города распределилось следующим образом: качество воздуха как удовлетворительное оценили 50,8%, качество воды - 57,0% населения краевого центра. В целом, 48,0% ставропольцев считают жизнь в Ставрополе вполне безопасной, 41,0% недостаточно безопасной, 11,0% горожан затруднились оценить безопасность жизни в городе.

8. Механизмы реализации муниципальной политики по охране и

укреплению здоровья населения методологически должны строиться на анализе динамики количественных данных в течение определенного временного периода по принятым индикаторам (критериям) оценки жизнедеятельности города. Выбранные индикаторы после соответствующего широкого обсуждения и принятия должны стать константами, что позволяет объективизировать изменения в той или иной сфере, а также осуществлять сравнения во времени и с другими территориями.

9. Реализация программ и проектов с области охраны здоровья населения на основе межсекторального взаимодействия положительно влияет на здоровье и жизнедеятельность населения. Так, за период с 2000 по 2007 год показатель младенческой смертности уменьшился с 11,7 до 4,9 на тысячу родившихся. Заболеваемость туберкулезом сократилась на 16,6%. Заболеваемость сифилисом сократилась на 76,7%. Регистрируемый показатель заболеваемости ВИЧ в Ставрополе в 3,4 раза ниже, чем в среднем по Южному федеральному округу. Достигнут высокий уровень охвата детского населения профилактическими прививками - 99,9%.

10. Стратегический план охраны и укрепления здоровья населения городского муниципального образования на основе межсекторального взаимодействия, направлен на достижение высокого уровня показателей здоровья, общедоступности медицинской помощи; взаимной поддержки жителей, развитие самосознания и участие в жизни города; удовлетворение основных нужд всех людей города, таких как пища, вода, жилье; достаточного уровня дохода, безопасности, расширение возможностей и контактов, обмена информацией; стабилизации экономической системы, а также на повышение интереса жителей к историческому и культурному прошлому и активное участие жителей в жизни города.

### **Практические рекомендации**

- Необходимо следовать принципу приоритетности в реализации системных мероприятий по охране здоровья населения на муниципальном уровне, что обеспечивает возможность снижения негативных социальных, медицинских и экономических последствий в системе общественного здоровья.
- Для обеспечения эффективного сотрудничества в сфере охраны и укрепления здоровья населения в муниципальных образованиях необходимо создать межсекторальные организационные структуры с формированием комплексных горизонтальных и вертикальных функциональных связей.

- Базовым учреждением для создания организационной структуры межсекторального сотрудничества может стать центр медицинской профилактики, уже имеющий опыт проведения медицинской профилактики и межведомственного сотрудничества в масштабах города. Тем не менее, проведение данной работы, требует пересмотра штатного расписания данных центров, с целью включения в него специалистов немедицинского профиля. Существенным является также создание в муниципальных администрациях секторов работающих по проекту «Здоровые города».

- Эффективность стратегии в отношении охраны и развития здоровья будет тем выше, чем большее количество населения, экспертов, профессионалов примет участие в ее обсуждении и принятии. Процесс осуществления «навязанной сверху деятельности» в этом случае заменяется реализацией осознанной стратегии, в разработке которой принял участие тот или иной профессионал, житель города. Процесс создания и принятия Городского Плана охраны и развития здоровья населения Ставрополя проходит несколько этапов. Во-первых: анализ Профиля здоровья города; во-вторых: формулирование основных проблем и анализ возможностей их решения рабочими межсекторальными группами; в-четвертых: публикацией Плана в печати и получение обратной связи от жителей в виде конкретных предложений; в-пятых: анализ поправок и принятие Плана комитетом управление после широкого обсуждения; в-шестых: публикация конечного варианта Плана в печати. В рамках Плана составляется конкретный план создания межсекторальных муниципальных программ или внесения корректив в уже принятые программы.

- В качестве основы для научной разработки Стратегических Планов развития охраны и укрепления здоровья населения, разработанных на основе межсекторального сотрудничества, в муниципальных образованиях необходимо создавать документ «Профиль здоровья», содержащий всеобъемлющую информацию о качестве жизни и жизнедеятельности города с точки зрения влияния на здоровье.

- Разработанные на основе межсекторального сотрудничества в ходе настоящего исследования Стратегический План охраны и укрепления здоровья населения, а также программные мероприятия и локальные проекты, направленные на его реализацию, должны войти в повседневную практику работы всех секторов сообщества на муниципальном уровне.

- Апробированные и адаптированные применительно к конкретному российскому городу в ходе исследования подходы, описанные в гло-

бальных стратегиях «Здоровье для всех в 21 веке», «Местная повестка -21» и международного проекта «Здоровые города», позволили накопить информационную базу, которая может быть использована другими российскими городами, занимающимися реализацией стратегий здоровья, особенно в период воплощения приоритетных национальных проектов.

#### **РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В ИЗДАНИЯХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК**

1.Амлаев К.Р. Оценка уровня знаний в области медицинской профилактики /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2005. - № 4. - С. 30-32.

2.Амлаев К.Р. Роль информационно-пропагандистской деятельности в интегрированной системе медицинской профилактики ВИЧ-инфекции /К.Р. Амлаев //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2005. - № 6. - С. 26-28.

3.Амлаев К.Р. Профилактика табакокурения у подростков: некоторые итоги /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Т.Н. Трегубова и др. //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2006. - № 1. - С. 39-41.

4.Амлаев К.Р. Проект «Здоровье на рабочем месте». Модель социального партнерства в оздоровлении трудового /К.Р. Амлаев, Р.К. Шахраманова, В.О. Францева и др. //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2006. - № 3. - С. 20-22.

5. Амлаев К.Р. Перспективные технологии развития здоровья. Фестиваль здоровья в Ставрополе /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, В.О. Францева и др. //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2006. - № 4. - С. 30-33.

6.Амлаев К.Р. Диспансеризация работников бюджетной сферы как важное звено создания социальной модели здоровья /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева и др. //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2006. - № 6. - С. 43-46.

7.Амлаев К.Р. Опыт организации межсекторального сотрудничества в вопросах здоровья /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Р.К. Шахраманова //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2007. - № 1. - С. 3-10.

8.Амлаев К.Р. Проблемы табакокурения в России и меры по ограничению потребления табака (обзор) /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева //Вестн. Ставропольского гос. ун-та. - 2007. - № 48. - С. 238-244.

9.Амлаев К.Р. Межсекторальная технология охраны и укрепления здоровья работающего населения /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева //Вестн. Ставропольского гос. ун-та. - 2007. - № 48. - С.244-249.

10. Амлаев К.Р. Изучение качества жизни жителей как базис для разработки стратегии здоровья /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Ю.Е. Абросимова //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2007. - № 3. - С. 35-38.

11. Амлаев К.Р. Медико-экономическая эффективность работы школ здоровья //К.Р. Амлаев, Е. В. Иванова, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.П. Шалина //Врач.- 2007.- №7.-С.76-78.

12. Амлаев К. Р. Качество и доступность медицинской помощи в условиях реализации национального проекта «Здоровье» //К.Р. Амлаев, К.А. Муравьев, Е. П. Шалина //Врач.- 2008.- №1.-С.82-84.

#### **СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

13. Амлаев К.Р. Основные направления профилактической деятельности учреждений здравоохранения г. Ставрополя /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева //Актуал. вопр. профилактики и лечения артериальной гипертензии и мозгового инсульта: материалы и тез. региональной науч.-практ. конф., 12 март. 2002 г. – Ставрополь: Орфей, 2002. - С. 2-4.



14. Амлаев К.Р. Роль информационно-пропагандистской деятельности в интегрированной системе медицинской профилактики и формирования у населения города Ставрополя здорового образа жизни /К.Р. Амлаев //Информация как важнейший ресурс развития региона: материалы краев. науч.-практ. конф., 25 апр. 2002. – Ставрополь: Орфей, 2002. - С. 8-10.
15. Амлаев К.Р. Основные направления профилактики наркотизма среди подростков – школьников г. Ставрополя /В.О. Францева, К.Р. Амлаев, С.В. Сула //Физиологические проблемы адаптации: материалы межрегиональной конф., 21-22 апр. 2003 г. – Ставрополь, 2003. - С. 124-125.
16. Амлаев К.Р. Программа профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2004-2006 годы /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев. – Ставрополь: Орфей, 2003. - 42с.
17. Амлаев К.Р. Что нужно знать больному ожирением о своем заболевании? Метод. пособие для врачей /К.Р. Амлаев, С.В. Сула. – Ставрополь: Орфей, 2003. – 72 с.
18. Амлаев К.Р. Здоровье населения города Ставрополя как приоритет городской политики. Итоги реализации проекта «Здоровый город» в краевом центре /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев //Материалы межрегиональной науч.-практ. конф., 29-30 июня 2004 г. – Ставрополь: Орфей, 2004. - С. 5-10.
19. Амлаев К.Р. Основные направления профилактики наркотизма среди школьников-подростков г. Ставрополя /К.Р. Амлаев //Материалы межрегиональной науч.-практ. конф., 29-30 июня 2004 г. – Ставрополь : Орфей, 2004. - С. 40-43.
20. Амлаев К.Р. Формы проведения медицинской профилактики в зависимости от возрастного и социального состава жителей (на примере г. Ставрополя) /Н.А. Шибков, К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева //Материалы межрегиональной науч.-практ. конф., 29-30 июня 2004. - Ставрополь, 2004. - С. 43-48.
21. Амлаев К.Р. Образовательные программы для пациентов как резерв оптимизации медико-профилактической помощи населению города Ставрополя /К.Р. Амлаев В.О. Францева, Т.Л. Кобылкина //Материалы межрегиональной науч.-практ. конф., 29-30 июня 2004 г. – Ставрополь : Орфей, 2004. - С. 48-50.
22. Амлаев К.Р. О межведомственных подходах к профилактике дорожного травматизма в городе Ставрополе. Медицинские аспекты обеспечения безопасности дорожного движения /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, В.О. Францева и др. // Сб. науч. тр. – М. : МаксПресс, 2004. - С. 34-36.
23. Амлаев К.Р. Жить не болея! Здоровье и болезни в вопросах и ответах. Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 288 с. (Серия «Будь здоров!») //К.Р. Амлаев.
24. Амлаев К.Р. Мы учим быть здоровыми /Пульс медицины №4 (17): научно-практический журнал /Издательско-полиграфическая фирма «Ставрополье», 2004. - с.22-23.
25. Амлаев К.Р. Методическое руководство по медицинской профилактике /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Т.Н. Трегубова - Ставрополь, 2004 - с. 51
26. Амлаев К.Р. Методические материалы по организации работы в учебных заведениях по профилактике употребления психоактивных веществ /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Новикова В.И. /Ставрополь, 2004. – 61 с.
27. Амлаев К.Р. Социальная безопасность в регионе: здоровье населения / В.П. Солонина, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев. - Ставрополь: Сервисшкола, 2005 – 156 с.
28. Амлаев К.Р. Итоги проведения акции «Стоп, гипертония» и анализ медико-экономической эффективности работы образовательных школ для пациентов в городе Ставрополе /К.Р. Амлаев, Е.В. Иванова, В.Н. Муравьева и др. //Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения: материалы и тез. всерос. науч.–практ. конф. Ставрополь, 27–28 июня 2006 г. - Ставрополь: Орфей, 2006. - С. 61-64.
29. Амлаев К.Р. Роль социального партнерства в оздоровлении трудового коллектива /К.Р. Амлаев, Р.К. Шахраманова, //Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения : материалы и тез. всерос. науч.–практ. конф. Ставрополь, 27–28 июня 2006 г. - Ставрополь: Орфей, 2006. - С. 81-84.

30. Амлаев К.Р. Здоровье населения: основные составляющие и принципы оценки /К.Р. Амлаев, Н.В. Шеламова // Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения. Ч. II: материалы и тез. всерос. науч.-практ. конф. Ставрополь, 27–28 июня 2006 г. - Ставрополь: Орфей, 2006. - С. 92-101.
31. Амлаев К.Р. Профиль здоровья города Ставрополя /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева и др. - Ставрополь: Полиграфсервис, 2006. – 40 с.
32. Амлаев К.Р. Профиль здоровья пожилых людей города Ставрополя /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, И.И. Ульяновченко. - Ставрополь: Полиграфсервис, 2007. - 44 с.
33. Амлаев К.Р. Здоровье населения города Ставрополя, проблемы демографии и пути решения /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Е.П. Шалина //Здоровье населения – основа процветания России: материалы Всерос. науч.-практ. конф., 14-16 февр. 2007 года. – М.: Изд-во Рос. гос. соц. ун-та, 2007. - С. 3-4.
34. Амлаев К.Р. Мониторинг некоторых аспектов реализации национального проекта «Здоровье» в городе Ставрополе /К.Р. Амлаев //Сб. науч. тр. ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. Ч. 1. – М., 2007. - С. 36-39.
35. Амлаев К.Р. Новые формы системной медико-профилактической работы /К.Р. Амлаев //Сб. науч. тр. ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, Ч. 1. – М., 2007. - С. 52-56.
36. Амлаев К.Р. Оценка воздействия на здоровье как технология межсекторального сотрудничества /К.Р. Амлаев //Сб. науч. тр. ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. Ч. 2. – М., 2007. - С. 185-188.
37. Амлаев К.Р. Проект «Здоровые города» как эффективная технология межсекторального сотрудничества в вопросах здоровья (обзор) /К.Р. Амлаев //Вестн. медицины. – Ставрополь, 2007. - № 6. - С. 5-11.
38. Амлаев К.Р. Изучение качества жизни жителей как базис для разработки стратегии здоровья /К.Р. Амлаев //Вестн. медицины. – Ставрополь, 2007. - № 6. - С. 5-11.
39. Амлаев К.Р. Здоровье на рабочем месте как фактор предотвращения преждевременной смертности и инвалидности /К.Р. Амлаев, В.О. Францева //«Профессия и здоровье»: материалы VI Всерос. конгресса, 30 октября – 1 ноября. 2007 года. – М.: Изд-во «Дельта», 2007. - С. 440-442.
40. Амлаев К.Р. Изучение качества жизни работающего населения города Ставрополя как базис для развития здоровья /К.Р. Амлаев, В.О. Францева //«Профессия и здоровье»: материалы VI Всерос. конгресса., 30 октября-1 ноября. 2007 года. – М.: Изд-во «Дельта», 2007. - С. 649-651.
41. Амлаев К.Р. Городская целевая программа профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2007-2011 годы /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев, Е.П. Шалина, К.А. Муравьев – Ставрополь, 2007.- 23 с.
42. Амлаев К.Р. Особенности реализации профилактических программ /К.Р. Амлаев, Е. Ю. Хорошилова //Наркобезопасность и наркопораженность на муниципальном уровне: обмен практическим опытом российских городов»: материалы международной научно-практической конференции, 30-31 октября 2008 года.-Ставрополь. ООО «Графика ком», 2007. – С.21-23.
43. Амлаев К.Р. Первичная профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) несовершеннолетними /К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова //Наркобезопасность и наркопораженность на муниципальном уровне: обмен практическим опытом российских городов» : материалы международной научно-практической конференции, 30-31 октября 2008 года.-Ставрополь. ООО «Графика ком», 2007. – С.23-25.
44. Amlaev Karen. Implementing the Strategic Plan for Health Promotion and Protection for the population of the city of Stavropol /Karen Amlaev //«Healthy cities»: Book of abstracts of International conference, Zagreb, 15-18 October. 2008. – P.49-50.
45. Амлаев К.Р. Доказательные рекомендации: влияние табакокурения, питания, инсоляции на здоровье ВИЧ-позитивных пациентов /К.Р. Амлаев, Н.А. Крючков //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2008. - № 5. - С. 10-15.
46. Амлаев К.Р. Политические преимущества реализации международного проекта «Здоровые города» //А.В. Курбатов //Здоровый город: российская семья - проблемы, пути ре-

- шения, перспективы: материалы межрегиональной научно практической конференции, Ставрополь, 26-27 ноября- 2008 года,- Ставрополь: ООО «Бюро новостей»,- 2008.- С. 14-16.
47. Амлаев К.Р. Факторы риска развития наркозависимости подростка//К. Р. Амлаев, Е. Ю. Хорошилова //Здоровый город: российская семья - проблемы, пути решения, перспективы: материалы межрегиональной научно практической конференции, Ставрополь, 26-27 ноября- 2008 года,- Ставрополь: ООО «Бюро новостей»,- 2008.- С. 329-331.
48. Амлаев К.Р. Проблема созависимости в семьях наркозависимых //В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова //Здоровый город: российская семья - проблемы, пути решения, перспективы: материалы межрегиональной научно практической конференции, Ставрополь, 26-27 ноября- 2008 года,- Ставрополь: ООО «Бюро новостей»,- 2008.- С. 336-338.
49. Амлаев К.Р. Комплексная оценка на здоровье различных факторов /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Ю. Е. Абросимова //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2008. - № 6. - С. 34-44.
50. Амлаев К.Р. Комплексная оценка воздействия различных факторов на здоровье населения: учебно-методическое пособие /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, И.Н. Ветрова и др. – Ставрополь: Сервисшкола, 2008. – 104 с.
51. Амлаев К.Р. Профиль физической активности города Ставрополя /К.Р. Амлаев, М.М. Бжезовская, А.Г. Козлов, Л.А. Козлова, И.А. Масленникова, О.В. Рецева и др. - Ставрополь: Полиграфсервис, 2008. - 36 с.
52. Amlaev K. HIV/AIDS perception and risk behavior among high school students in the Stavropol region of Russia //К. Amlaev, N. Kryuchkov., AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. CDC0394
53. Амлаев К.Р. До прихода врача, или Как грамотно оказать первую медицинскую помощь. Практическое руководство /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Е.П. Шалина; под общ. ред. проф. В.Н.Муравьевой. – Ставрополь: Сервисшкола, 2008. – 64 с.
54. Амлаев К.Р. Здоровое городское планирование как важный фактор укрепления здоровья населения /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Абросимова Ю.Е. //Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. - 2009. - № 1. - С. 14-23.
55. Амлаев К.Р. Наркоситуация и распространенность ВИЧ-инфекции в Российской Федерации /К.Р. Амлаев //Профилактическая медицина. - 2009. - № 3. - С. 26-30.
56. Амлаев К.Р. ВИЧ-инфекция: важно знать! Доказательное руководство /Крючков Н.А., Корнышева Е. А., Гиль А.А., К.Р. Амлаев и др. /Под редакцией Крючкова Н. А. - 2009.- 128с.
57. Амлаев К.Р. Распространенность табакокурения, алкоголизма и наркомании в молодежной среде города Ставрополя //К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова, Е.П. Шалина //«Здоровье населения и среда обитания»: материалы научно-практической конференции, Ставрополь, 16-17 сентября 2009 года,- Ставрополь: ОАО «Издательско-полиграфическая фирма «Ставрополье»,- 2009.- С.89-93.
58. Амлаев К.Р. Результаты социологического исследования сексуального поведения и уровня информированности молодежи города Ставрополя по проблеме ВИЧ/СПИДа //К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова, Е.П. Шалина //«Здоровье населения и среда обитания»: материалы научно-практической конференции, Ставрополь, 16-17 сентября 2009 года,- Ставрополь: ОАО «Издательско-полиграфическая фирма «Ставрополье»,- 2009.- С.93-97.
59. Амлаев К.Р. Живи здорово: О ВИЧ и не только... (для девушек) /К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова /Изд. Ст ГАУ «Аргус», 2009. - 23 с.
60. Амлаев К.Р. Живи здорово: О ВИЧ и не только... (для юношей) /К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова /Изд. Ст ГАУ «Аргус», 2009. - 19 с.
61. Амлаев К.Р. Профиль здоровья молодежи города Ставрополя /К.Р. Амлаев, М.М. Бжезовская, И.В. Захаров, О.В. Рецева и др. - Железноводск: Полиграфпром, 2009. - 56 с.
62. Амлаев, К.Р. Азбука волонтера: информационно-практическое пособие// К.Р. Амлаев, Е.Ю. Хорошилова//Ставрополь: Сервисшкола, 2009. – 240 с.