



ЕВРОПА

Оценка воздействия на здоровье Руководство для городов

Документ 4

Введение оценки воздействия на здоровье в Трнаве, Словакия: практический пример



Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2005 under the title Health Impact Assessment Toolkit.

© *World Health Organization 2005*

Опубликовано на английском языке Европейским Региональным Бюро Всемирной организации здравоохранения под названием «Health Impact Assessment Toolkit» (Руководство по оценке воздействия на здоровье) в 2005.

Перевод к.м.н. Ю.Е.Абросимовой
Центр поддержки проекта «Здоровые города» в России
НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением
ММА им. И.М.Сеченова
Москва, 2005
Россия 119021 Москва
Зубовский бульвар, 37/1

Translated by Yuliya E. Abrosimova, M.D., Ph.D.
Healthy Cities in Russia Supporting Centre
Institute of Public Health and Health Care Management
Moscow Medical Academy named after Sechenov
37/1, Zubovskiy boulevard
Moscow 119021 Russia

© *Центр поддержки проекта «Здоровые города» в России 2005*

Ответственность за точность перевода несет переводчик
(The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation)

Данный документ появился благодаря проекту «Развитие и поддержка интегрированных подходов к здоровью и устойчивому развитию на местном уровне в Европе» (PHASE, EC Contract SUB 02-344294). Проект выполнялся под руководством Центра «Здоровье в городах» ВОЗ и финансировался генеральной дирекцией по окружающей среде Европейской Комиссии.

Адрес для запросов публикаций в ЕРБ ВОЗ:

- | | |
|-----------------------|---|
| • <i>по эл. почте</i> | publicationrequests@euro.who.int (в отношении получения публикаций)
permissions@euro.who.int (для получения разрешения на перепечатку)
pubrights@euro.who.int (для получения разрешения на перевод) |
| • <i>по почте</i> | Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark |

Все права защищены. Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения приветствует запросы на воспроизведение и перевод публикаций, частично или целиком.

Обозначения и формы представления материала в настоящей публикации никоим образом не выражают мнения ВОЗ в отношении правового статуса любой страны, территории, города или области, в отношении их властей или их границ. Там, где название «страна или область» появляется в заголовке таблицы, это касается стран, территорий, городов и областей. Пунктирные линии на карте представляют примерные границы, окончательного соглашения по которым может быть еще не достигнуто.

Упоминание конкретных компаний или промышленных продуктов не означает, что они одобрены или рекомендуются ВОЗ по сравнению с другими похожими товарами, которые не упоминаются. Во избежание ошибок и искажений названия соответствующих продуктов пишутся с заглавных букв.

ВОЗ не может гарантировать, что информация, содержащаяся в данной публикации, полная и правильная и не может отвечать за ущерб, нанесенный в результате ее использования. Взгляды, выраженные в данной публикации, являются точкой зрения авторов и не обязательно выражают мнение или официальную политику ВОЗ.

Резюме

В документе представлен пилотный проект по оценке воздействия на здоровье (ОВЗ), который проходил в Трнаве, Словакия с марта по сентябрь 2004 в рамках проекта «Развитие и поддержка интегрированных подходов к здоровью и устойчивому развитию на местном уровне в Европе» (проект PHASE).

По ходу данного проекта был подготовлен литературный обзор, касающийся аспектов политической и административной системы на национальном и местном уровне в Словакии; были проведены три совещания в городе Трнава. Первое совещание было посвящено информированию широкого круга людей и получению политической поддержки для выполнения ОВЗ. На втором совещании проходило обучение местных сотрудников, которые затем должны были выполнять ОВЗ. На третьем совещании проводилось оценивание процесса ОВЗ. Были проведены интервью со всеми участниками (сотрудниками и руководителями администрации, вице-мэром, координатором проекта «Здоровые города» и научными сотрудниками); кроме того, они заполняли вопросник по оценке заявки и внедрения ОВЗ.

Руководящая группа по ОВЗ была создана с целью проведения в рамках пилотного проекта экспертизы по идентификации вероятного влияния на здоровье отобранной заявки, касающейся строительства в городе новой игровой площадки для детей. Работа выполнялась на основе многосекторального и межсекторального сотрудничества (с участием сотрудников различных департаментов).

Результаты оценивания показали существующие препятствия и возможности для введения ОВЗ в Трнаве. Введение ОВЗ можно было наблюдать внутри (1) исполнительной и административной составляющей и (2) среди политиков.

Что касается первой составляющей: сильной стороной было то, что сотрудники раньше уже собирали данные для выполнения экспертизы по оценке риска. Однако результаты той экспертизы почти не были распространены между департаментами (из-за отсутствия межсекторального сотрудничества по вопросам, связанным со здоровьем). Присутствовали также и противоречивые мнения: наряду с высказыванием «...больше времени и обучения потребуется для полного внедрения процесса ОВЗ», было и мнение, что в проекте удалось применить подход «узнавания в процессе выполнения».

Для выполнения ОВЗ необходимо полное понимание пользы, которую приносит этот метод. Что же касается политических аспектов, оценка показала, что политическая приверженность и поддержка очень важны при введении процесса ОВЗ. Участники выразили мнение, что при явной политической приверженности ОВЗ, – поддержка с точки зрения выделения времени и ресурсов была недостаточна. Необходимость нормативного закрепления ОВЗ высказывалась на всех семинарах, которые проходили по проекту.

В отсутствии правовой базы для ОВЗ необходимо опираться на существующие возможности, правовые акты и другие ресурсы, такие как оценка воздействия на окружающую среду.

СОДЕРЖАНИЕ

	Страница
Руководство ВОЗ по оценке воздействия на здоровье	1
Выражение признательности	1
1. Введение	2
2. Словакия	2
2.1 Политическая ситуация	2
2.2 Экономическая ситуация	5
2.3 Социальные условия	6
2.4 Профиль здоровья	6
2.5 Система здравоохранения	6
2.6 Устойчивое развитие	9
2.7 Оценка воздействия на окружающую среду	10
2.8 Стратегическая оценка окружающей среды	11
3. Процесс оценки воздействия на здоровье – материалы и методы	12
4. Результаты процесса оценки воздействия на здоровье	14
5. Возможности и препятствия процессу оценки воздействия на здоровье в Словакии	18
6. Заключение	20
Список литературы	20
Приложение 1. Заключительный отчет по оценке воздействия на здоровье строительства игровой площадки для детей в жилом массиве Хлини, Трнава, Словакия	22

Руководство ВОЗ по оценке воздействия на здоровье

Проект «Развитие и поддержка интегрированных подходов к здоровью и устойчивому развитию на местном уровне в Европе» (PHASE) финансировался генеральной дирекцией по окружающей среде Европейской Комиссии в рамках программы "Совместная работа местного сообщества по устойчивому развитию" (2003-2005). Программа ВОЗ "Здоровые города и городское управление" координировала выполнение Проекта вместе с европейскими специалистами по оценке воздействия на здоровье и координаторами национальных сетей Италии и Словакии. Проект PHASE призван способствовать включению вопросов здоровья и его социальных аспектов в устойчивое развитие путем налаживания систематического выполнения оценки воздействия на здоровье (ОВЗ). Целью Проекта была подготовка руководства по внедрению ОВЗ для использования на местном уровне. Оно состоит из пяти документов:

1. Оценка воздействия на здоровье – от теории к практике (методические основы)
2. Оценка воздействия на здоровье – обучающий курс
3. Оценка воздействия на здоровье – как это помогает принятию решений (брошюра)
- 4. Введение оценки воздействия на здоровье в Трнаве, Словакия: практический пример**
5. Введение оценки воздействия на здоровье в Болонье, Италия: практический пример

В документе представлен пилотный проект, который проходил в Трнаве, Словакия, с марта по сентябрь 2004. Данный практический пример включает также описание политической, социальной и экономической ситуации в Словакии, что позволяет более полно рассмотреть процесс введения ОВЗ в конкретном городе.

Выражение признательности

Данный документ подготовила Луиза Найлангер (Louise Nilunger), руководитель проекта, сотрудник отдела Здоровые города и городское управление ВОЗ вместе с Габриэль Гулис (Gabriel Gulis), Институт общественного здоровья Университета Южной Дании, Оденс, Дания и Ярмилой Корковой (Jarmila Korcova), Трнавский Университет, Словакия. Ингрид Ханова (Ingrid Hunava), координатор проекта Здоровые города Трнавы, Словакия, также внесла вклад в подготовку документа; кроме того, участие принимали Леа Янс Лэфонд (Leah Janns Lafond), Шукра Пилейсид (Shouka Pelaseyed), сотрудники отдела Здоровые города и городское управление ВОЗ. Консультирование и общее руководство осуществлял Агис Цурос (Agis Tsouros), региональный советник. Дэвид Бруер (David Breuer) улучшил язык и стиль документа.

1. Введение

В Европе оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) была распространена преимущественно в странах северной Европы, таких как Финляндия, Нидерланды, Швеция, Великобритания. Проект PHASE был предназначен для введения ОВЗ в странах, где он еще не проводился. Поэтому для участия в Проекте были выбраны две страны: из южной части европейского Союза (ЕС) и из новых стран ЕС. В рамках проекта разрабатывалось руководство, основанное на уже существующем опыте; планировалось, что Итальянская сеть «Здоровые города» и Ассоциация «Здоровые города» Словакии апробируют руководство; и сети показали выдающуюся способность к инновациям, способность продуцировать новые идеи для реализации на местном политическом уровне.

Так, Ассоциация «Здоровые города» Словакии работала в тесном сотрудничестве со Словацким Министерством окружающей среды и выпустила пособие по созданию местного плана действий по окружающей среде и здоровью; были, также, выполнены несколько проектов по городской мобильности. Итальянская сеть, которая объединяет несколько самых больших городов страны (включая Рим и Милан), характеризуется сильным политическим руководством. Итальянская сеть сейчас сосредоточена на подготовке профилей и планов здоровья. Сеть поддерживает местных специалистов и политиков, выпуская практические руководства. В данном документе описан процесс введения ОВЗ в Трнаве, Словакия. Для более глубокого понимания процесса представлены также политическая и социально-экономическая ситуация в стране. Было также выполнен анализ возможностей и препятствий в процесс проведения ОВЗ. Такой же документ был подготовлен в качестве практического примера по Италии.

2. Словакия

Введение процесса ОВЗ на местном уровне требует знаний политических, социальных и экономических условий в стране. Здоровье и благополучие людей зависит от многих экологических, социальных, экономических, а также индивидуальных факторов. Чтобы улучшить состояние здоровья населения и снизить распространенность болезней, национальные и местные правительства сталкиваются с необходимостью налаживания многосекторального процесса принятия решений. Государственная политика играет жизненно важную роль в формировании благоприятной для здоровья социальной и политической среды. Здоровье людей, живущих в больших и малых городах, в очень большой степени определяется условиями жизни и работы, качеством физической и социально-экономической среды, качеством и доступностью систем социального и медицинского обслуживания. Факты и данные, представленные в разделах 2.1-2.5, были подобраны из документа «Профиль системы здравоохранения Словакии в переходном периоде» (1).

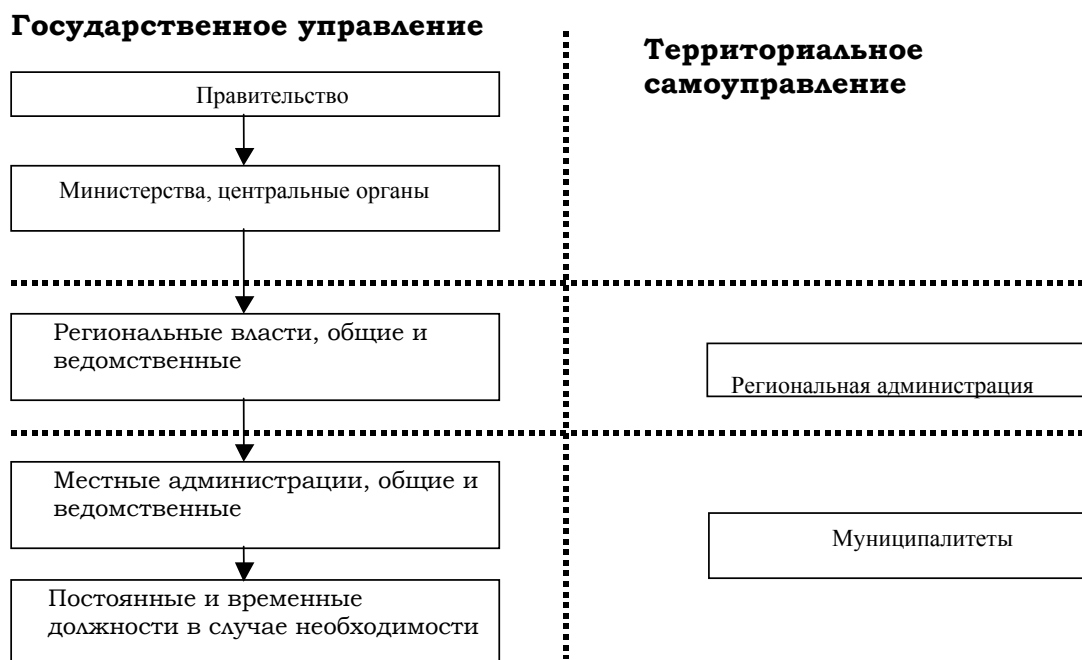
2.1 Политическая ситуация

Словакия как независимое государство была создана 1 января 1993. В соответствии с Конституцией – это унитарное государство с однопалатным парламентом (Национальный Совет Словацкой республики), в котором заседают 150 членов, выбираемых на пропорциональной основе в отдельных населенных пунктах (2). С 1 мая 2004 Словакия член ЕС.

Согласно Конституции власть в стране разделена на законодательную, исполнительную и судебную. С самого начала Конституция гарантировала определенную автономию местному самоуправлению (муниципалитетам); в 2001 были внесены поправки, которые усиливали автономию местных администраций второго уровня. Административно-территориальное деление Словакии включает 8 регионов и 2891 муниципалитет. Государственное управление организовано на трех уровнях: национальном, региональном и муниципальном. Каждый уровень имеет выборных членов, делегированные полномочия и ответственность. Некоторые полномочия находятся в совместном ведении государства и самоуправления. Выборные представители на всех трех уровнях, а также мэры муниципалитетов и главы местного самоуправления на уровне более высокой территориальной единицы избираются всеобщим, равным, прямым, тайным голосованием на четыре года.

Государственное управление и территориальное самоуправление в Словакии регулировалось на основании модели разделения форм власти с 1990 (государственное управление – территориальное самоуправление). С 1 января 2004 государственное управление действовало главным образом в центре. Центральная власть участвовала в формировании органов власти на региональном уровне. Государственное административно–территориальное деление (число и границы регионов) совпадают с единицами территориального самоуправления более высокого уровня (симметричное образование). В случае необходимости, государственные региональные власти могут образовывать дополнительные органы и посты власти в регионах. Уровни местных администраций самоуправления (муниципалитеты и более высокий уровень территориальных образований) не имеют ни преимущественных отношений, ни субординации (3). На рис.1 показана организацию государственного управления по состоянию на 1 января 2004.

Рисунок 1. Организация государственного управления в Словакии по состоянию на 1 января 2004



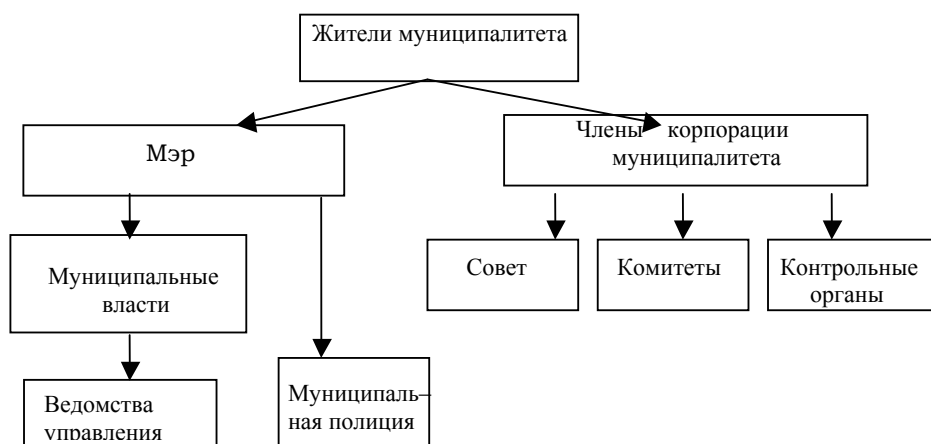
После 1 января 2004 организация местного государственного управления изменилась. Это было связано с передачей более 400 функций из области государственного управления – муниципалитетам и территориальным единицам более высокого уровня; цель – повысить качество и эффективность государственного управления. Объединенные региональные и районные власти были упразднены, а система органов ведомственного управления с прямым подчинением министерствам напротив была расширена. Предыдущая модель децентрализованного управления действовала в Словакии в 1990-1996. В стране, за исключением городов Братислава и Кошице, принята модель одноуровневого муниципального самоуправления. В Братиславе и Кошице двухуровневое самоуправление: магистрат (город) и муниципальные округа. Распределение обязанностей, прав и ответственности оговариваются Актом столичного города Словацкой Республики для Братиславы и Актом города Кошице, а также законодательными актами обоих городов (3). На рисунке 2 приведена модель организации местного самоуправления.

Муниципалитеты являются юридическими субъектами: владеют имуществом, имеют бюджет и финансовую независимость, могут заниматься бизнесом и собирать местные налоги и пошлины; они могут также принимать участие в международном, внешнем и внутреннем сотрудничестве.

Самоуправление осуществляется выборными людьми, за которых голосуют жители, местный референдум и общественное собрание. В рамках своих полномочий муниципалитеты выпускают распоряжения и постановления, обеспечивают работу самоуправления (исходные функции). В некоторых вопросах, по которым установлено преимущественно государственное управление, функции осуществляются совместно. Это касается регистрации кампаний, нормативов по строительству, системы образования; данные функции осуществляются от имени государства, которое несет ответственность за качество служб и финансирование.

Исходные полномочия (функции самоуправления) касаются вопросов: местные дороги, общественный транспорт, общественные места, зеленые насаждения, уборка территории, защита природы и окружающей среды, водоснабжение и канализация, удаление отходов, территориальное планирование, местное развитие, жилье, дошкольные и школьные учреждения, социальные службы, система медицинской помощи, некоторые больницы, развитие культуры, заверение документов, некоторые уголовные нарушения, местная полиция, сбор местных налогов и пошлин, участие в региональных планах.

Рисунок 2. Организация местного самоуправления



Муниципалитетам разрешается заниматься бизнесом и становиться собственниками коммерческих предприятий. Муниципалитеты выполняют свои функции различными путями: независимо, в сотрудничестве с другими муниципалитетами (общие муниципальные власти, кооперация муниципалитетов), кооперацией с бизнесом и частным сектором. Муниципалитеты организуют совместные предприятия (такие, как фирмы по сбору и удалению отходов, по водоснабжению и техническому обслуживанию). Чтобы выполнить свои обязательства, муниципалитеты образуют бюджетные и паевые организации, и/или вносят капитал (имущество, фонды) в некоммерческие организации. Они могут организовывать партнерства. Указанные полномочия были делегированы муниципалитетам в два этапа (1990–1991 и 2002–2004); в будущем этот процесс будет продолжен.

2.2 Экономическая ситуация

С января 1993, когда была организована Словацкая республика, продолжался период сложной трансформации экономики от плановой и централизованной к рыночной. В 1994–1998 реформы замедлились; и хотя экономический рост и другие основные показатели неуклонно улучшались, государственный и частный долг и торговый дефицит стремительно росли, приватизация, сопровождаемая коррупционными проблемами, развивалась урывками. Ежегодный прирост валового национального продукта (ВНП), составлявший в 1995 6,5%, снизился в 1999 до 1,3%. Большая часть этого роста, однако, быть связана с высокими государственными расходами и обширными заимствованиями, а не с экономической активностью. В 2002 ВНП вырос до 4,4%.

Ожидалось, что экономический рост в 2003 составит 3,9% и в 2004 превысит 4%. Инфляция потребительских цен снизилась с 26% в 1993 до 3,3% в 2002; однако выросла вновь в 2003 до 8,5% вслед за либерализацией цен на коммунальные услуги. На общую тенденцию инфляции в 2002 существенно повлияло нежелание правительства продолжить долгосрочную программу либерализации цен в связи с наступлением предвыборного периода. После этого в 2003 правительство уменьшило дотации до запланированного уровня для выравнивания своего бездействия в 2002. Это направление вероятно сменится на противоположное к 2005, и инфляция снизится до 5% (4).

После экономической стабилизации в 1999 и 2000, в 2002 был зарегистрирован дефицит платежного баланса в размере 8,2% ВНП, против 3,7% в 2000; эти цифры вышли на второе место по уровню дефицита в истории Словакии (в 2001 это было 8,8%). Однако, за первые 10 месяцев 2003 торговый дефицит страны снизился на более, чем 80% по сравнению с 2002, и в течение нескольких месяцев впервые за несколько лет регистрировался положительный торговый баланс. В 2001 торговый дефицит Словакии составлял 2,1 миллионов долларов США, рост внешнего долга 13,2 миллиардов долларов США к концу 2002, что составляло около 53% ВНП. Внешние инвестиции в Словацкую экономику резко возросли. Правительство открыло двери для иностранных инвесторов и ввело конкурсные поощрительные схемы, включая плоскую шкалу подоходного налога для корпораций и физических лиц. Совокупные внешние прямые инвестиции увеличились в пять раз с начала 2000, и были активно поддержаны поступлениями от широкой приватизации. По состоянию на 2002, иностранные инвестиции в расчете на душу населения составили 1800 долларов США в год (4). Уровень безработицы к концу 2004 составил 13,1% (5).

Словакия член ЕС, Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирной торговой организации и Организации Северо-Атлантического договора (НАТО).

2.3 Социальные условия

Большинство населения страны – словаки (85,8%), за ними следуют венгры (9,7%), которые сосредоточены в южных и восточных регионах страны. Второй самой большой этнической группой являются цыгане (480 000–520 000, около 10%). Среди других национальностей – чехи, румыны, украинцы, немцы и поляки (5).

Словакия – сельскохозяйственная страна; 45% населения живет в деревнях, численностью менее 5000 жителей и 14% – в деревнях, численностью менее 1000 жителей. Общая численность населения по состоянию на май 2001 составляла 5,4 миллионов человек. Самые большие города – Братислава (428 000), Кошице (236 000), Престов (93 000), Нитра (88 000), Зилина (87 000) и Банска Быстрица (83 000) (5).

Статьи 33 и 34 Словацкой конституции (6) касаются прав национальных меньшинств и этнических групп. Однако, это слабая правовая база для поддержания этих прав. В свете внимания к популяции цыган, в 1999 правительство опубликовало резолюцию по государственной стратегии решения проблем цыганского национального меньшинства и приняло меры для ее внедрения. Стратегия поручала различным органам власти разработку мер по следующим направлениям: права человека и права людей, принадлежащих к национальным меньшинствам; образование и обучение; язык и культура; работа и безработица; жилье, социальный сектор, медицинская помощь. Эта стратегия была обновлена в 2004 (7).

2.4 Профиль здоровья

Словакия имела более высокие показатели здоровья, чем большинство стран Центральной и Восточной Европы, но ниже, чем в странах Западной Европы. Например, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин выросла с 74,3 лет в 1980 до 77,8 лет в 2002 и для мужчин с 66,8 лет в 1980 до 69,9 в 2002 (8). Общий показатель рождаемости на 1000 человек снизился; естественный прирост остается положительным, однако показатель фертильности упал ниже уровня, достаточного для восстановления естественной убыли населения. Неинфекционные заболевания относятся к числу главных проблемы здоровья в Словакии, связанных среди прочего и с нездоровым образом жизни (включая низкую физическую активность, нездоровое питание, курение, неумение справляться со стрессом). Главными причинами смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, на которые приходится более половины всех смертей. Этот показатель вдвое выше, чем средняя по ЕС, с негативной тенденцией с 1990. Злокачественные новообразования являются другой серьезной проблемой, частота которых выше, чем в странах ЕС. Хотя детская и материнская смертность были значительно снижены, частота их все еще выше, чем в странах ЕС. Инфекционные заболевания хорошо контролируются в Словакии, и уровень иммунизации был очень высоким многие годы(1).

2.5 Система здравоохранения

Существующая система здравоохранения быстро распадалась по сравнению с социалистическим прошлым. Интегрированная трехуровневая иерархическая структура, состоящая из местных, районных и региональных медицинских учреждений, была упразднена. Система оказания медицинской помощи образует смесь децентрализованных и централизованных структур.

Министерство здравоохранения (высший уровень государственной исполнительной власти) имеет широкий спектр полномочий по развитию политики и подготовке проектов законов по медицинской помощи и охране здоровья; кроме того, расширенные полномочия по обеспечению медицинской помощи, особенно в отношении государственных стационаров. Министерство также возглавляет планирование, регуляцию и организацию обеспечения медицинской помощи. Политический документ под названием Программная Декларация Правительства Словацкой Республики освещает направления развития сектора здравоохранения. Этот документ определяет цели и приоритеты правительства, включая медицинскую помощь, на последующие четыре года. В документе отражены обязательства Министерства здравоохранения по проведению полномасштабной реформы системы оказания медицинской помощи в ближайшем будущем.

На рис. 3 показана организационная модель системы оказания медицинской помощи в Словакии (1).

В соответствии с Постановлением № 416/2001 некоторые полномочия и ответственность перенесены с государственного уровня на местное самоуправление территориальной администрации – муниципалитеты и органы территориального управления более высокого уровня. Таким образом, с января 2002 муниципальный уровень имеет право:

- создавать амбулаторные центры, включая центры первичной помощи и амбулаторные отделения в службах социальной помощи;
- создавать специализированные амбулаторные службы, поликлиники, больницы первого типа больницы с поликлиниками первого типа;
- создавать агентства по уходу на дому;
- участвовать в программах укрепления здоровья;
- утверждать часы работы негосударственных медицинских учреждений.

Автономия организаций и управлений здравоохранения более высокого территориального уровня управления была усилена; они:

- организуют поликлиники и больницы с поликлиниками второго типа;
- ведут регистр учреждений здравоохранения;
- выдают лицензии для оказания медицинской помощи в различных негосударственных учреждениях (таких, как агентства по уходу на дому; поликлиники, больницы с поликлиниками первого и второго типа, психиатрические больницы и т.д.)
- рассматривают жалобы на решения руководителей здравоохранения;
- распределяют зоны обслуживания учреждениями здравоохранения;
- организуют и ведут работу высших сестринских школ; и
- участвуют в программах укрепления здоровья.

С 1 января 2004 государственные районные учреждения были закрыты и должности районных врачей и фармацевтов упразднены. Их обязанности были переданы врачам и фармацевтам территориальных образований более высокого уровня. Функции бывших государственных региональных и районных гигиенистов были переданы полностью в 36

Figure 3. Organization of the health care system in Slovakia

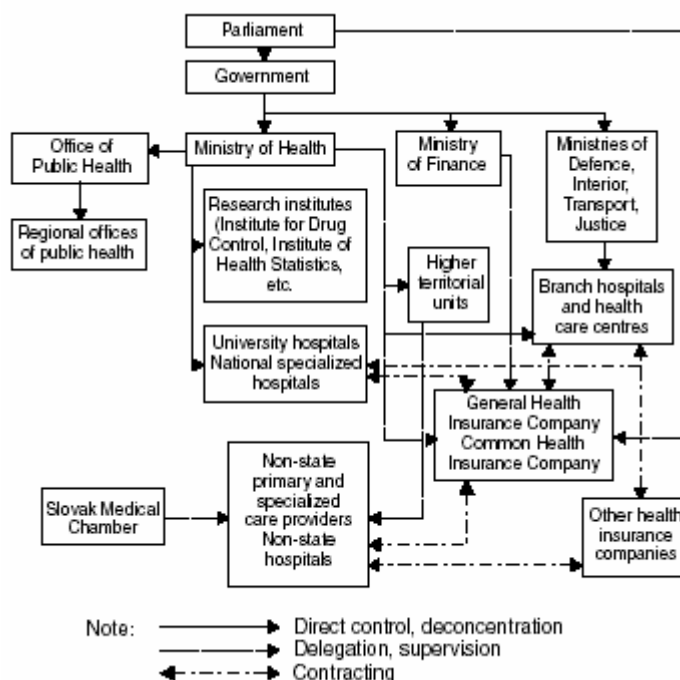


Рисунок 3. Организационная модель системы оказания медицинской помощи в Словакии

	Парламент (Parliament)			
	Правительство (Government)			
Комитет по общественному здоровью (Office of public health)	Министерство здравоохранения (Ministry of Health)	Министерство финансов (Ministry of Finance)	Министерство обороны, внутренних дел, транспорта, юстиции (Ministry of Defense, Interior, Transport, Justice)	
Региональные комитеты по общественному здоровью (Regional offices of public health)	НИИ: по контролю наркотиков, по статистике здоровья и т.д. (Research institutes: Institute for Drug Control, Institute of Health Statistics, etc)	Территориальные образования более высокого уровня (Higher territorial units)	Отраслевые больницы и медицинские центры (Branch hospitals and health care centers)	
	Клинические больницы Национальные специализированные больницы (University hospitals, National specialized hospitals)		Главная медицинская страховая компания Медицинская страховая компания (General health insurance company, Common health insurance company)	
Словацкая медицинская палата (Slovak Medical Chamber)	Негосударственные учреждения здравоохранения для оказания первичной и специализированной помощи Негосударственные больницы (Non-state primary and specialized care providers, Non-state hospitals)		Другие медицинские страховые компании (Other health ins. Com.)	
	Прямой контроль, децентрализация (Direct control, deconcentration) Делегирование, контроль (Delegation, supervision) Подрядчики (Contracting)			

комитетов по общественному здоровью, которые обеспечивают государственное управление по вопросам общественного здоровья. Для решения всех необходимых задач и контроля обеспечения медицинской помощью и лекарствами на территории региона, были введены должности врачей и фармацевтов в органы территориального управления более высокого уровня. Последующие постановления № 118/2002 и 138/2003 определили конкретные полномочия муниципалитетов и органов территориального управления более высокого уровня. В законе, поступившем в парламент в 2004, целый ряд обязанности врачей и фармацевтов органов территориального управления были переданы в Службу по надзору за системой медицинской помощи (1).

В 1991 правительство приняло Национальную программу по укреплению здоровья; парламент утвердил ее в январе 1992. Программа обновлялась в 1995 и 1999, в том числе и по 31 проекту, которые входили в Программу. Главная цель программы – укрепление здоровья и предупреждение болезней с учетом детерминант здоровья и использованием многосекторальной политики и межведомственных мероприятий. Детерминанты здоровья связаны с образом жизни (табак, алкоголь, наркотики, питание и физическая активность), социальными и экономическими факторами, влияющими на здоровье (включая неравенство в здоровье), экологическими факторами (питьевая вода, качество воздуха, здоровье на рабочем месте, радиационная обстановка) и наследственными факторами (генетический мониторинг). Цель проектов в рамках Национальной программы по укреплению здоровья на 2000–2010 – улучшить состояние здоровья популяции и снизить неравенство в здоровье. Приоритеты программы следующие:

- оптимизация управления здравоохранением, включая использование ОВЗ, с обсуждением промежуточных результатов на конференции в 2005;
- подготовка кадров;
- обеспечение здоровья семьи;
- улучшение качества жизни;
- снижение неблагоприятного воздействия; и
- привлечение к участию в программе представителей сектора здравоохранения, особенно работающих в первичной медицинской помощи.

Программа внедряется через различные проекты ВОЗ, такие как «Здоровые школы», «Здоровье на рабочем месте», «Здоровые больницы» и «Здоровые города». Другие программы связаны с мониторингом сердечно-сосудистых заболеваний и их причин, с физической активностью населения, со здоровым питанием, с Национальной программой и планом действий по окружающей среде и здоровью.

2.6 Устойчивое развитие

Политические изменения после 1989 привели к фундаментальным экономическим и социальным изменениям, включая разработку подходов устойчивого развития в Словакии. Для охраны окружающей среды было создано соответствующее министерство; для осуществления надзора за выделением участков и строительством; для проведения геологических изысканий; для обеспечения системы сбора информации и мониторинга окружающей среды. Государственные исполнительные органы создали агентства для решения местных проблем окружающей среды. Министерство окружающей среды является главным контролирующим органом, который определяет стратегии сотрудничества с другими исполнительными и законодательными органами. Структура

включает Министерство окружающей среды (с 8 региональными и 46 районными отделениями защиты окружающей среды), Инспекцию по окружающей среде (4 комитета по стране), Словацкое агентство по окружающей среде (10 комитетов по стране) и 10 других специализированных организаций (9). Муниципалитеты управляют своими собственными отделами по защите окружающей среды. Значительный успех был достигнут в защите окружающей среды: были выпущены 752 нормативных документа различного юридического статуса. Они включают обновленные законы по качеству атмосферного воздуха, воды, по защите лесов и управлению отходами.

Национальная стратегия устойчивого развития Словацкой Республики была подготовлена в рамках проекта по развитию возможностей для устойчивого развития в Словацкой Республике в 1999–2000 при финансовой поддержке Программы развития ООН и поручительстве Министерства окружающей среды страны; национальная стратегия утверждена резолюцией правительства № 978/2001 (10). Она основана на принципах совместной деятельности (вовлечения и участия), прозрачности и повсеместности (подход снизу–доверху). Стратегия определила устойчивое развитие как целевой подход, долгосрочный (непрерывный) и всеобъемлющий, как синергичный процесс, влияющий на условия и все аспекты жизни (культурный, социальный, экономический, экологический и институциональный) на всех уровнях (местный, национальный, региональный и глобальный). Кроме того, устойчивое развитие ориентировалось на функциональную модель сообщества (местного, регионального, национального и международного) и качественное удовлетворение потребностей людей – биологических, материальных, духовных и социальных, – при этом избегая или значительно снижая неблагоприятные влияния, которые угрожают, повреждают или разрушают условия и уклад жизни. Устойчивое развитие не перегружает используемые земельные участки, умеренно использует ресурсы и защищает культурное и природное наследие.

В рамках того же проекта по развитию возможностей для устойчивого развития в Словацкой Республике в 1999–2000 была выполнена небольшая программа (на основе полученного гранта) с целью инициации деятельности по Местной Повестке 21. Это дало возможность поддержать деятельность муниципалитетов и неправительственных организаций по устойчивому развитию на местном уровне.

В октябре 2000 правительство утвердило версию обновленного Национальной программы и плана действий по окружающей среде и здоровью (НЕНАР II). Цель программы – обеспечить здоровье населения в долгосрочном плане в 21 веке, используя принципы устойчивого развития. Ключевые направления программы: безопасность пищевых продуктов, почва, качество воздуха, питьевой воды, улучшение условий рабочей среды, медицинская помощь в организациях, жилье, службы по окружающей среде и здоровью, участие населения и неправительственных организаций в образовании и обучении по окружающей среде и здоровью (11). Эта программа (НЕНАР II) создается в сотрудничестве с многими партнерами, включая специалистов и технических экспертов, национальные, региональные и местные власти и неправительственные организации.

2.7 Оценка риска окружающей среде

Статья 44 Словацкой Конституции 1992 (6) говорит о праве на защиту окружающей среды и культурное наследие.

1. Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду.
2. Каждый обязан защищать и улучшать окружающую среду и культурное наследие.

3. Никто не должен ставить под угрозу или наносить ущерб окружающей среде и культурному наследию, нарушая существующие законодательные нормы.
4. Государство заботится о рациональном использовании природных ресурсов, экологическом балансе, защите окружающей среды.

Статья 45 гласит, что «каждый имеет право на своевременную и полную информацию о состоянии окружающей среды, на сведения о причинах и последствиях существующих условий».

Кроме того, в Статье 3.2 Административного Кодекса по правовым процедурам (the Administrative Law Procedure Act) ясно определено, что административные органы должны работать в тесном сотрудничестве с жителями и организациями, обеспечивая им возможность защищать свои права и интересы. Также Статья 35 Основного Права (the Basic Rights) гарантирует право на здоровую и благоприятную среду.

До 1994 не было официальных требований по оценке воздействия на окружающую среду, хотя проводился экологический анализ и с 1976 существовали требования разрешать подобные оценки воздействия на окружающую среду. Это применялось в основном к планированию землепользования и строительству.

После отделения от Чешской Республики, Словакия 29 апреля 1994 приняла собственный Акт по оценке воздействия на окружающую среду (№ 127/1994), дополненный Актом Национального Совета по этому же вопросу (№ 391/2000) (12). Акт Словакии полностью соответствует требованиям Директивы ЕС. Дополненный Акт призван обеспечить выполнение требований Директивы ЕС и определенных положений Конвенции Эспо 1991 (Финляндия) по оценке воздействия на окружающую среду в межнациональном контексте (Конвенция Эспо ратифицирована Словакией).

В Акте по оценке воздействия на окружающую среду ясно подчеркивается, что в процессе должны участвовать специалисты и общественность. Это обеспечивает своевременное рассмотрение потенциального влияния предлагаемых мероприятий и стратегий – до выдачи разрешения на внедрение.

Министерство окружающей среды, национальный и региональные Комитеты Агентства по охране окружающей среды, Инспекция по окружающей среде и Институт гидрометеорологии являются ключевыми организациями в мониторинге окружающей среды и организации платежей (включая оценку воздействия на окружающую среду). Власти гарантируют разрешение на проведение оценки; другие ведомства, включая Министерство экономики, здравоохранения, внутренних дел, транспорта, почтовой связи и телекоммуникаций, управления почвой, строительства и регионального развития, образования, обороны и сельского хозяйства, – участвуют вместе с региональными и местными властями в скоординированном процессе оценки воздействия на окружающую среду. Для проведения оценки воздействия на окружающую среду отраслевых стратегий, политик и программ необходимо получить разрешение национального Словацкого правительства.

2.8 Стратегическая оценка по окружающей среде

Акт по оценке воздействия на окружающую среду обеспечивает полноценный подход к стратегической оценке по окружающей среде. Он требует оценки потенциального влияния разрабатываемых политик и законодательных актов на окружающую среду.

Статья 35 краткое описание порядка действий по оценке окружающей среды, который обязателен для предлагаемых стратегий развития в области энергопотребления, ископаемых, промышленности, транспорта, сельского хозяйства, лесов, водоснабжения, управления отходами и туризма. Кроме того, в Акте предусматривается документация по пространственному планированию для региональных и местных поселений в отдельных областях, а также по любым нормативным актам, которые могут неблагоприятно повлиять на окружающую среду.

Хотя рабочие версии руководств были подготовлены для проведения стратегической оценки по окружающей среде в отношении стратегий развития (13) и территориальных (пространственных) планов (14), они не были утверждены или выпущены, но остались в материалах Министерства окружающей среды и могут неофициально обсуждаться.

Между октябрем 2000 и мартом 2001 на добровольных началах была выполнена стратегическая оценка по окружающей среде в отношении версии плана землепользования Братиславы (15). Целью было сделать процесс подготовки и обсуждения плана более демократичным; повысить качество плана и улучшить отношение к нему, а также вовлечь жителей, с тем, чтобы попытаться учесть их предложения и проверить возможность внедрения принципов, о которых говорилось выше. Центр по оценке воздействия на окружающую среду, Факультет сельского хозяйства Словацкого университета технологий и Факультет естественных наук Комениусского Университета в Братиславе участвовали в этом. Стратегическая оценка по окружающей среде выполнялась как практическое исследование. В целом она помогает уйти от простого описания существующего состояния окружающей среды к определению действительного влияния той или иной деятельности на окружающую среду.

3. Процесс оценки воздействия на здоровье: материалы и методы

Проект по введению процесса ОВЗ координировался менеджером со стороны ВОЗ вместе с координатором ассоциации «Здоровые города» Словакии, координатором проекта «Здоровые города» в Трнаве и научными сотрудниками из Трнавского Университета. Проект по введению процесса ОВЗ проходил с марта по сентябрь 2004. Для представления и организации процесса ОВЗ было разработано руководство, включающее описание методических основ ОВЗ, технические аспекты процесса оценки (от стадии отбора до оценивания результатов) и практические рекомендации по внедрению. Руководство было переведено на словацкий язык и использовалось местными сотрудниками на протяжении всего проекта в Трнаве.

Прежде всего были изучены имеющиеся в литературе сведения по политическим и административным аспектам на национальном и местном уровнях в Словакии. Понимание политического процесса является краеугольным камнем внедрения ОВЗ, т.к. необходимо на ранних стадиях политического процесса принятия решений организовать оценку заявок, поданных разными заинтересованными группами. Поэтому во второй части данного документа описываются политические и административные процессы в Словакии.

После того, как политический процесс в целом был очерчен, запланировали и провели три совещания по ОВЗ в Трнаве, Словакия. Первое совещание по введению ОВЗ имело целью привлечь к обсуждению широкую аудиторию. Перед совещанием представители

Трнавского Университета встречались с мэром Трнавы, чтобы рассказать о проекте и об ОВЗ. Затем те же специалисты выступили с сообщением по ОВЗ перед комитетом управления «Здоровые города», в состав которого входили вице-мэр, руководители департаментов городской администрации, выборные члены городского совета и специалисты общественного здоровья. Совещание прошло в форме 1,5 дневного семинара, целью которого было повышение осведомленности по ОВЗ, получение политической поддержки и проведения базового обучения по детерминантам здоровья и методам ОВЗ в целом. Политики, сотрудники администрации, ученые – всего 41 человек, – посетили первый обучающий семинар, включая людей из других городов ассоциации «Здоровые города» Словакии.

Была организована пресс-конференция, в которой участвовали представители пяти различных СМИ: Словацкое национальное радио, Словацкое национальное пресс-агентство, две местных газеты и местное ТВ. Журналисты национального радио и местного ТВ взяли интервью у выступавших на совещании; эти интервью затем появились в эфире. Представители другого СМИ – главной национальной еженедельной газеты здоровья *Zdravotnicke Noviny* работали вместе с участниками на протяжении всего семинара и также брали интервью о проекте.

Второе совещание было посвящено более глубокому знакомству с ОВЗ для 29 местных специалистов, которые должны были затем выполнять ОВЗ. Внешние эксперты провели обучение по процессу ОВЗ вместе с учеными из Трнавского Университета.

Следующим шагом (после второго совещания) было выполнение ОВЗ. В этом процессе участвовали специалисты местной администрации вместе с учеными Трнавского Университета и местным координатором проекта «Здоровые города». Была создана руководящая группа в составе пяти человек (из трех департаментов городской администрации и местного института общественного здоровья), на которых и была возложена ответственность за проведение ОВЗ. Руководящая группа начала свою работу с подготовки к процессу отбора заявок, и прежде, чем отобрать конкретную заявку для выполнения ОВЗ, члены группы приняли участие в специальном обучающем занятии. Затем была выработан общий план выполнения ОВЗ, и наконец экспертиза конкретной заявки по строительству игровой площадки для детей в жилом районе. Эта заявка была отобрана с учетом времени, которое имелось в рамках проекта, и, кроме того, она не была слишком сложной (учитывая пилотный характер проекта). На этапе подготовки отчета были проанализированы потенциальные негативные и позитивные влияния на здоровье (приложение 1).

Третье совещание, целью которого было оценивание процесса ОВЗ, прошло в сентябре. Оценивание было разделено на две части: интервьюирование в рамках группового обсуждения и заполнение оценочных форм. Все участники были вовлечены в обе части процесса оценивания: сотрудники исполнительной власти, руководители, вице-мэр, координатор проекта «Здоровые города», ученые.

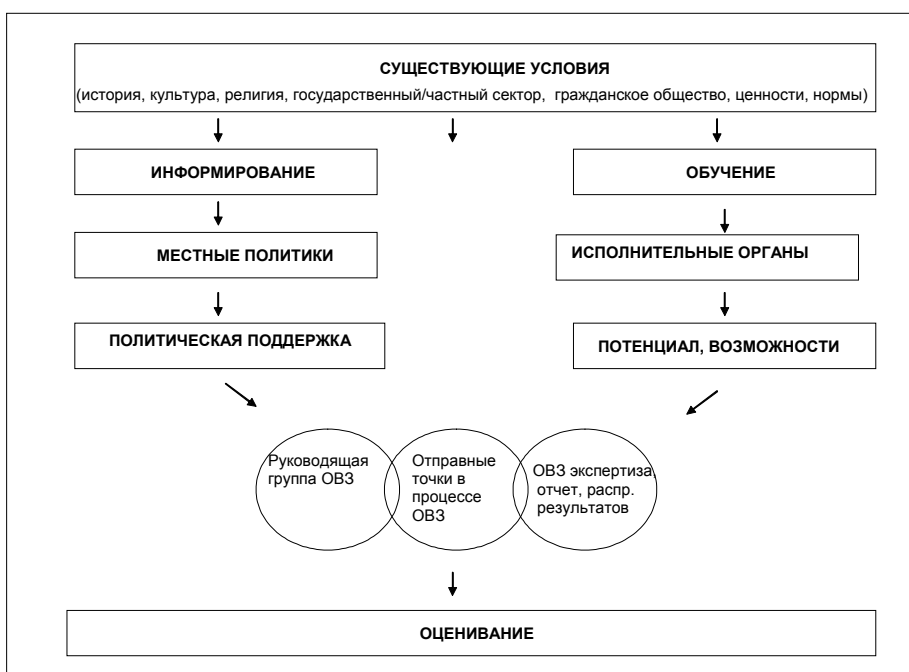
Вначале прошло двухчасовое интервью в форме полуструктурированной групповой дискуссии. На всем протяжении совещания обеспечивался перевод с английского на словацкий и наоборот, который выполняли два специалиста из Трнавского Университета. Они не были официальными переводчиками, но их технические навыки были более важны, чем официальный статус переводчиков. Интервью было записано и позже переведено на английский.

Затем, после интервью, во второй части совещания, участники заполнили индивидуальные оценочные формы по процессу ОВЗ. В форме было 67 вопросов, касающихся мнения и знаний участников по (1) процессу ОВЗ, по (2) возможности применения ОВЗ в местных условиях, а также по (3) использованию и пониманию руководства по ОВЗ. В данном документе анализируются (1) и (2) вопросы; результаты (3) были использованы для улучшения руководства по ОВЗ .

4. Результаты процесса оценки воздействия на здоровье

Результаты процесса ОВЗ были рассмотрены под углом зрения внедрения самого процесса ОВЗ (рисунок 4). При введении ОВЗ всегда будет существовать конкретный контекст, т.е. страна, город и люди, которые там живут, находятся в определенных политических, экономических и социальных условиях. Как исходные условия, так и текущая ситуация всегда будут оказывать влияние на новый процесс. На рисунке 4 представлены две составляющих при введении ОВЗ: политическая и административная (исполнительская). Информирование и донесение сути ОВЗ до политиков проводилось различными путями, которые, как ожидается, приводят к политическим обязательствам (к заинтересованности, приверженности) и поддержке. Административная или исполнительная составляющая – это сотрудники, обученные ОВЗ, т.к. они выполняют экспертизу ОВЗ. Обучение сотрудников вносит вклад в развитие потенциала, увеличивает возможности. И та и другая составляющие влияют на каждый шаг процесса ОВЗ: создание руководящей группы, нахождение отправных точек ОВЗ, проведение экспертизы ОВЗ, подготовку отчета и распространение результатов. Когда перечисленные шаги пройдены и процесс ОВЗ введен, – он должен быть оценен, т.к. необходимо извлечь уроки, чтобы улучшить этот процесс. На рисунке 4 представлены стадии пилотного процесса ОВЗ в Трнаве, которые и были проанализированы.

Рис. 4. Введение ОВЗ на местном уровне



Текущие условия

Во второй части данного документа подробно излагается текущая ситуация в Словакии. Ранее (в предыдущей части) были описаны исходные экономические, политические и социальные аспекты существующей ситуации; однако в условиях продолжающегося переходного периода происходят и текущие изменения, касающиеся социальных, экономических и экологических детерминант здоровья, а также изменений в исполнительной и законодательной власти, связанных с перераспределением функций между государственным и местным уровнем (децентрализация). Это создает хорошие возможности для введения новых методов работы, но, тем не менее, требуется время и силы, чтобы ввести и внедрить новые подходы в процесс принятия решений.

Информирование по ОВЗ для получения политической поддержки

В марте 2004 в Трнаве в качестве начального шага по введению ОВЗ было проведено совещание с целью повышения информированности и осведомленности по ОВЗ. Политики, сотрудники администрации, ученые участвовали в совещании, которое проходило в трех подгруппах. Эксперты (внутренние и внешние) рассказывали о составных частях ОВЗ, о ее применимости к местным условиям, о пользе и ограничениях ОВЗ. В задачи входило, также, представление практических примеров, с тем, чтобы показать участникам, что несколько стран, организаций и институтов вводят ОВЗ.

Впоследствии при оценивании процесса ОВЗ было выявлено, что все участники единодушно считают этот шаг невероятно важным. Короткое информационное совещание для политиков, повышающее их осведомленность, является самым верным способом информирования политиков. Политики также высказались в пользу данного способа информирования, как очень полезного для понимания процесса и дальнейшей поддержки. Политики значительно способствовали процессу ОВЗ, однако они не были уверены, должен ли процесс ОВЗ быть самостоятельным или включенным в оценку воздействия на окружающую среду.

Сотрудники администрации констатировали, что процесс ОВЗ, как и любой другой такого рода, начинается с политического обязательства, которое означает, что от них в дальнейшем требуется только проводить этот процесс в жизнь, если имеется достаточная поддержка. Существует различие между политическим обязательством и поддержкой. Иногда даже при наличии обязательства выполнять ОВЗ, может не быть достаточной поддержки. В данном конкретном случае было достаточно и приверженности, и поддержки для пилотного проекта по ОВЗ; но сотрудники выразили сомнение по поводу процесса ОВЗ в долгосрочном аспекте, т.к. это требует времени, подготовленных специалистов и ресурсов. Сотрудники сказали, что ОВЗ было бы легче выполнять при условии полной институционализации.

Ценности ОВЗ также обсуждались в рамках интервью с участниками; многие сотрудники администрации высказали мнение, что прозрачность процесса и совместное участие в процессе (вовлечение) были недостаточными. Словакия стала независимой с 1993; в стране закреплено всеобщее, равное и прямое избирательное право; выборы проходят каждые четыре года. Т.е. с политической точки зрения демократические процессы необходимы. Процесс ОВЗ требует, чтобы политическая и административная повестка дня были открыты для каждого, т.к. влияние на здоровье тех или иных предложений (заявок) необходимо оценивать на ранних стадиях политического управления. Необходимо также (и это требуется процессом ОВЗ), чтобы рассматриваемые заявки были открыты для широкой аудитории, т.к. многочисленные заинтересованные лица (как внутри администрации, так и вне ее) должны работать вместе по оценке. Сотрудники администрации выразили мнение, что прозрачность процесса и совместное решение

вопросов (вовлечение) – недостаточны внутри администрации, и это осложняет выполнение полноценной ОВЗ. Необходимо учитывать однако, что традиций информирования заинтересованных лиц за пределами существующего департамента не было, и даже если сейчас они развиваются – потребуется некоторое время, чтобы ситуация полностью изменилась. Так считают сотрудники администрации.

Как политики, так и сотрудники администрации указали на другой важный аспект в отношении внедрения ОВЗ: это то, каким образом возникает необходимость проведения ОВЗ в отношении той или иной заявки. Пока нет официальных стандартных путей введения ОВЗ, хотя стандартные методы для выполнения оценки воздействия на окружающую среду существуют. Чтобы выполнить оценку воздействия на окружающую среду на местном уровне, местные власти должны получить разрешение от национального министерства. Это означает, что даже если выполнять ОВЗ в рамках проведения оценки воздействия на окружающую среду, (и таким образом ОВЗ будет институционализирована), это не всегда будет использоваться на местном уровне.

Обучение сотрудников для расширения возможностей

Второе совещание было посвящено исполнительной составляющей процесса ОВЗ – сотрудникам администрации, которым необходимо более глубокое обучение по ОВЗ. До начала проекта ни у кого из участников не было знаний по ОВЗ, они не проходили обучения. У половины участников были некоторые знания по детерминантам здоровья, по взаимосвязям детерминант с политикой и состоянием здоровья. Многие поработали с оценкой воздействия на окружающую среду, что помогло пониманию концепции ОВЗ. Однако, при последующем оценивании оказалось, что целиком концепцию ОВЗ участники поняли после введения процесса ОВЗ в рамках проекта.

Сотрудники обратили внимание на тот факт, что обучения в рамках проекта было недостаточно (проведение двух совещаний), требовалось больше, особенно больше практических занятий. Участники имели ввиду, что трудно понять, как начать процесс ОВЗ. Они решительно предложили расширить и обучение, и набор документов, включить в программу подготовку по практическому внедрению, а не только теорию. Участники выразили мнение, что применить существующие знания на практике – трудно. То, что понятно и кажется обоснованным на бумаге, – не так легко осуществить в жизни. Процесс ОВЗ требует времени; важно наличие серьезной политической воли и поддержки для выполнения ОВЗ. Чтобы справиться с этими трудностями, участники высказали потребность в поддержке от коллег и политиков.

Руководящая группа

Следующим шагом после проведения двух совещаний было создание руководящей группы. В нее вошли пять человек из разных департаментов, которые взяли на себя ответственность за выполнение ОВЗ, включая и реализацию пилотного проекта в целом. Группа начала работу с обучения и подготовки к обору заявок. Перед участниками стояла задача разобраться в том, как соотносятся этапы процесса ОВЗ.

Процесс ОВЗ основан на межсекторальном и многосекторальном сотрудничестве. Это ключевой фактор для ОВЗ, т.к. многие организации, институты, общественность и правительство оценивают вклад в здоровье. Это новый подход для многих людей; такое сотрудничество недостаточно развивается, возможно потому, что люди не привыкли работать таким образом. Однако в процессе выполнения ОВЗ руководители и сотрудники разных департаментов работали вместе, что требовало координации и опять-таки прозрачности. По мнению всех участников – это получилось, хотя и потребовало много времени и ресурсов. Но при этом они обратили внимание, что это был всего лишь

пилотный проект, что нет официально закрепленного и систематического требования для выполнения ОВЗ в обычных условиях.

Отправные точки (начальные действия)

Очень важно найти наилучшие из возможных отправных точек для начала работы по ОВЗ. С этой точки зрения представляется очень полезным (1) «очерчивание» политического процесса (т.е. схематическое отображение того, как это происходит на практике) и (2) сбор информации о других «оценках воздействия», которые уже внедряются. Начало и внедрение нового процесса – это в большой степени испытание, т.к. требуются знания, приверженность, поддержка, время и средства. В пилотном проекте в Трнаве все эти отправные точки были задействованы во время введения ОВЗ. Участники ясно определили, что внедрение или придание большего значения аспектам здоровья в ходе оценки воздействия на окружающую среду, которая уже была в Словакии введена – представляется лучшим вариантом. Они также объяснили, что ОВЗ не может быть введена в отсутствие соответствующего закона. Для Словакии это кажется наилучшей отправной точкой.

Проведение экспертизы, подготовка отчета и распространение ОВЗ

Литературное обзор показал, что различные оценки выполняются в Трнаве, но не систематически. Это означает, что они выполняются без соблюдения процедуры отбора и выработки целевой схемы, без подготовки отчетов, без мониторинга и оценки. Последующее оценивание показало, что отчеты и информация не доводятся до сведения других департаментов, институты не доводят информацию до правительства. По материалам проведенных оценок не готовятся отчеты, а значит и не распространяются. Сотрудничество между департаментами слабое.

В рамках пилотного проекта процесс ОВЗ рассматривался в целом. В него входят отбор и разработка общего плана, экспертиза, подготовка отчета, распространение, мониторинг и оценка. Сотрудники администрации начали свою работу с обучения и подготовки к отбору заявок, чтобы лучше понять ОВЗ процесс. Они отобрали заявку, которая затем подлежала ОВЗ в рамках проекта; заявка, касающаяся того, строить или нет детскую игровую площадку в городе, была отобрана, основываясь на времени, которым располагал пилотный проект, и потому это не была сложная заявка. Сотрудники выполнили разработку общего плана и экспертизу, и это вошло в отчет (приложение 1).

Политики решительно сосредоточились на вопросах поддержки процесса (устойчивости) и мониторинге, на анализе и оценке долгосрочных и краткосрочных результатов. Это касается и этического использования данных. Участники указали, что собирается много хороших данных, но этот процесс никак не координируется; информация о наличии данных не доводится до других департаментов, и сотрудники не знают об их существовании. Некоторые участники говорили о том, что даже имея данные, они не всегда знали, что с ними делать. Таким образом, имеется недостаток знаний и навыков по общим вопросам, по планированию здоровья и мониторингу влияния на состояние здоровья. Несмотря на имеющиеся популяционные данные, – трудно разобраться с данными по уязвимым группам населения, по различным типам влияния; трудно получить надежные статистические данные (устойчивость, валидность). Тем не менее, эти вопросы решаются, хотя участники и отметили, что потребуется время.

ОВЗ требует рассмотрения равенства в здоровье, что означает необходимость принимать во внимание здоровье уязвимых, неблагополучных и маргинальных групп населения. Анализ влияния на здоровье популяции в целом не обязательно покажет влияние на различные группы сообщества. Те или иные направления политики по-разному влияют на

здоровье, но этого можно не увидеть при анализе популяции в целом. В Трнаве участники осознали это, и политики уделяют вопросам равенства большое внимание. Но оценка показала, что, несмотря на твердые намерения потребовать рассмотрение уязвимых групп в сообществе, – отсутствуют традиции сбора данных по уязвимым группам. Таким образом, данные, характеризующие разные группы населения, фактически редко используются.

Оценивание

Несмотря ни на что, по мнению участников – проект был успешным; это касается межсекторального характера работы, что оказалось вполне возможным, для этого есть необходимые данные, хотя они не координируются официально. Участники указали, что успеху проекта помогло руководство со стороны ВОЗ; вряд ли результаты были такими же без участия ВОЗовских партнеров. И, наконец, участники выразили сомнение в возможности дальнейшего внедрения ОВЗ в случае, если ОВЗ не будет полностью институциональной (т.е.необходим закон).

5. Возможности и препятствия в процессе выполнения ОВЗ в Словакии

Рассмотрение возможностей и препятствий для ОВЗ дает возможность лучше понять перспективы введения ОВЗ в Словакии. Возможности – это факторы, которые помогут введению ОВЗ, препятствия – это то, что мешает.

Возможности и препятствия можно разделить на четыре категории: наличие данных; политические моменты и политика; институциональные; и ресурсы (табл.1). Приведенные препятствия и возможности ни в коем случае не являются исчерпывающими, но дают представление об общей ситуации в каждой стране.

Таблица 1. Возможности и препятствия в отношении введения ОВЗ в Словакии

Категории	Возможности	Препятствия
Данные	<p>В городах национальной сети, которые разрабатывают профиль здоровья, имеются местные данные по детерминантам здоровья</p> <p>Необходимые данные имеются также благодаря системе сбора и мониторинга информации в соответствии с Национальным планом по окружающей среде и здоровью при поддержке ВОЗ и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЕСД)</p>	<p>Хотя элементы ОВЗ (экспертиза рисков) выполняются в плановом порядке, распространение конкретных практических примеров ОВЗ в отношении местных заявок отсутствует</p> <p>Данные, собранные одним департаментом или институтом редко доводятся до других департаментов</p> <p>Отсутствует информация о взаимосвязи между данными по детерминантам здоровья и данными по состоянию здоровья</p>

Категории	Возможности	Препятствия
<p>Политические аспекты и текущая политика</p>	<p>Идет процесс фундаментальных реформ в таких областях как государственное управление, образование и социальные службы</p> <p>Постепенно передаются полномочия с государственного на местный уровень</p> <p>Имеется местная политическая поддержка для ОВЗ, которая представляется инструментом для улучшения процесса принятия решений, сотрудничества между местным и национальным уровнями</p> <p>Существует национальная нормативная база по оценке воздействия на окружающую среду и по защите здоровья, что позволяет оценивать вклад в здоровье</p> <p>На Европейской конференции министров транспорта – Словакия подписала резолюцию 2003/1 по оценке и принятию решений для интегрированной политики по транспорту и окружающей среде</p> <p>В национальной программе по укреплению здоровья часто упоминается ОВЗ; в государственной политике здоровья также упоминается ОВЗ; эти документы не являются законом, но, тем не менее, они одобрены правительством</p>	<p>Отсутствует политическая платформа для ОВЗ</p> <p>Передача полномочий входит в противоречие с отсутствием возможностей и специальных знаний; люди перегружены другими обязанностями</p> <p>Осведомленность об ОВЗ различается на местном и национальном уровне</p> <p>Существующая нормативная база не охватывает все составляющие полной оценки, включая отбор и общий план оценки</p> <p>Общественное здоровье не на должной высоте на политической повестке дня. Здоровье и общественное здоровье часто воспринимается как синоним медицинской помощи</p> <p>Министерством окружающей среды (национальный уровень) принято официальное решение проводить оценку воздействия на окружающую среду</p>
<p>Институциональный</p>	<p>Институты реорганизуются и правовые инструменты регулярно улучшаются (исправляются)</p> <p>По вопросам политики на уровне научных исследований используется стратегическая оценка окружающей среды</p> <p>В Коменiusском Университете в Братиславе существует Центр по оценке воздействия на окружающую среду</p> <p>Существует научный опыт межгосударственных консультаций по стратегической оценке окружающей среды</p>	<p>Нет реальной поддержки для развития методологии и возможностей для ОВЗ на местном уровне</p> <p>Отсутствует межсекторальное взаимодействие</p>

Категории	Возможности	Препятствия
Ресурсы	<p>Финансирование м.б. получено из источников ЕС</p> <p>Национальная сеть «Здоровые города» предоставляет дополнительные возможности: обмен информацией позволяет уменьшить расходы, провести совместное обучение городов, подготовить переводы для использования международного опыта и т.д.</p>	<p>Отсутствие доступа к существующим данным по экспертизе ОВЗ</p> <p>Отсутствие возможностей для обучения и необходимой литературы в Словакии</p> <p>Ограничения в ресурсах ограничивает работу по ОВЗ</p>

6. Заключение

Введение ОВЗ в процесс принятия решений можно рассматривать как инновационный процесс (16). С этой точки зрения в нем присутствуют три ключевых элемента: каналы коммуникации, время и социальная система. Основные выводы данного пилотного проекта по введению ОВЗ в Трнаве можно рассмотреть через призму этих трех элементов.

Обучающие занятия и совещания по оцениванию были использованы как каналы коммуникации в пилотном исследовании. Участники пилотного проекта в Трнаве полностью одобрили выбор этих каналов. Время является ключевым элементом введения нового процесса, такого как ОВЗ. Участники несколько раз подчеркивали, что нужно больше времени и больше обучающих занятий. Однако, представляется, что роль социальной системы оказывается наиболее важной в условиях Словакии. Запрос на нормативное обеспечение ОВЗ звучал на каждом совещании вне зависимости от положения, которое занимал интервьюируемый (сотрудник администрации). В отсутствие нормативной базы для ОВЗ, необходимо развивать существующие возможности, правовое обеспечение и ресурсы для других типов оценки (оценка воздействия на окружающую среду) и охраны здоровья. Существует также потребность в непрерывном повышении информированности и осведомленности по вопросу ОВЗ для политиков с целью улучшения прозрачности в процессе принятия решений.

Ссылки

1. Hlavacka S, Wagner R, Riesberg A. *Health care systems in transition – Slovakia 2004*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf>, accessed 18 March 2005).
1. [Law No. 221/1996 on territorial and administrative subdivision of the Slovak Republic.] Bratislava, Elektornicka zbierka zakonov [Electronic collection of Slovak legislation], 2005 (<http://www.zbierka.sk/cd-gold.asp>, accessed 22 March 2005).
2. *The Slovak Republic*. Bratislava, Government of Slovakia, 2005 (http://www.government.gov.sk/decentralizacia/dokumenty/vniznansky_en.rtf, accessed 18 March 2005).

3. *County profile: Slovakia*. Seattle, Politinfo.com (http://us.politinfo.com/Information/Country_Profiles/country_profile_124.html, accessed 18 March 2005).
4. *Registered unemployment (as of the last day of the month)*. Bratislava, Statistical Office of the Slovak Republic, 2005 (<http://www.statistics.sk/webdata/english/tab/une/une05.htm>, accessed 18 March 2005).
5. *Constitution of the Slovak Republic*. Bratislava, Slovakia.org, 2005 (<http://www.slovakia.org/sk-constitution.htm>, accessed 18 March 2005).
6. *Basic positions of Slovak government's Roma communities integration policy*. Bratislava, Government of Slovakia, 2005 (http://www.government.gov.sk/romovia/basic_information.php, accessed 18 March 2005).
7. *European health for all database (HFA-DB) [database online]*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 18 March 2005).
8. Ministry of Environment, Slovakia [web site]. Bratislava, Ministry of Environment, Slovakia (<http://www.enviro.gov.sk/minis>, accessed 18 March 2005).
9. *[Government resolution 978/2001]* ([http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FD469E36D45DE905C1256AE30043278F/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FD469E36D45DE905C1256AE30043278F/$FILE/Zdroj.html), accessed 18 March 2005).
10. *National Environmental Health Action Plan of the Slovak Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/EHP/SVK.pdf>, accessed 18 March 2005).
11. *[Act of the National Council of the Slovak Republic of 29 April 1994 on Environmental Impact Assessment and its update 391/2000]*. Bratislava, Ministry of Environment, 2005 (<http://www.enviro.gov.sk/minis>, accessed 18 March 2005).
12. Kozová M et al. *Strategické environmentálne hodnotenie (SEA) ako jeden z nástrojov environmentálnej politiky a stratégie trvalo udržateľného rozvoja, 1.,2.,3 cast a prílohová cast [Strategic environmental assessment (SEA) as one of the instruments of environmental policy and strategy of sustainable development implementation. Parts 1, 2 and 3 and Annexes]*. Bratislava, Environmental Impact Assessment Centre at KKE PRIF UK, Ministry of Environment, 1996.
13. Krumpolcová M, Krumpolec MV. *Upresnenie metodických postupov pre environmentálne hodnotenie územnoplánovacej dokumentácie v zmysle §35 Zákona NR SR c. 127/1994 Z.z. o posudzovaní vplyvov na ZP pre sídlenný útvar [Precision of methodological procedures for environmental assessment of planning documentation for settlements in accordance with §35 of the Environmental Impact Assessment Act No. 127/1994]*. Bratislava, Ministry of Environment, 1998.
14. Dalal-Clayton B, Sadler B. *Strategic environmental assessment (SEA): a sourcebook and reference guide on international experience. Final pre-publication draft, 13 October 2004*. (<http://www.iied.org/spa/sea.html>, accessed 18 March 2005).
15. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. Fifth ed. New York, Free Press, 2003.

Приложение 1.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ ПО ОЦЕНКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ СТРОИТЕЛЬСТВА ДЕТСКОЙ ИГРОВОЙ ПЛОЩАДКИ В ЖИЛОМ МАССИВЕ Хлини, Трнава, Словакия

Содержание

1. Заявка проекта
2. Описание текущей ситуации
 - а. Состояние здоровья сообщества
 - б. Детерминанты здоровья в сообществе
 - в. Уязвимые группы населения
 - г. Описание ситуации в случае не внедрения проекта
3. Влияние проекта
 - а. Как повлияют вносимые изменения на людей
 - б. Оценка степени влияния
4. Конечные результаты
5. Влияние на равенство в здоровье
 - а. Кто выиграет от внедрения проекта
 - б. Кто потеряет от внедрения проекта
6. Рекомендации по максимизации пользы и минимизации вреда
7. Мониторинг и оценка

1. Заявка проекта

В августе 2003 жители района Хлини в Трнаве обратились с просьбой построить игровую площадку и футбольное поле на свободном участке земли в массиве Хлини. Город принял решение удовлетворить просьбу и выделить средства на строительство игровой площадки, включая зону отдыха. Исходные проектные документы по строительству площадки были подготовлены и представлены в июне 2004. Рассматриваемый проект согласуется с районным планом развития Трнава 2000.

Предлагаемый проект касается как игровой площадки, так и зоны отдыха: на участке площадью 24м x 13м предполагается разместить multifunctional игровую площадку, с 3-х метровым забором и скамейками; внутри будет игровая площадка для детей до 12 лет и центральная зона отдыха. Кроме того, в связи с этими двумя зонами будут реконструированы пешеходная дорожка, новые зеленые участки, освещение и места парковки.

Общая стоимость проекта около 18 300 евро, в зависимости от используемых материалов; окончательная техническая документация еще не представлена.

2. Описание текущей ситуации

Описанная территория в настоящее время используется для отдыха людей и парковки автомобилей. Зона отдыха и место парковки автомобилей не разделены.

Дети играют в том же месте, куда подъезжают и паркуются автомобили, – несомненно неблагоприятное сочетание. Подъезжающие и отъезжающие автомобили отрицательно сказываются на безопасности играющих детей, т.к. возникает вероятность несчастных случаев, и кроме того, дети дышат выхлопными газами. В свою очередь, – играющие дети могут повредить припаркованные автомобили.

Зона отдыха выглядит неопрятно: старый инвентарь, зеленых участков недостаточно, они плохого качества и не выполняют гигиеническую, микроклиматическую и эстетическую функции; травяное покрытие не приспособлено для игр и поэтому вытаптывается, становится некачественным и не может защитить от пыли.

Автомобили часто паркуются на зеленых участках, которые для этого не приспособлены.

а) Состояние здоровья сообщества

Необходимые данные о состоянии здоровья на уровне города отсутствуют, поэтому мы не можем оценить состояние здоровья людей, живущих в данном сообществе. Мы можем использовать только имеющиеся демографические данные. В районе Хлини города Трнава живут 985 человек (476 мужчин и 509 женщин): 257 (129 мужчин и 128 женщин) 0–14 лет, 712 (344 мужчин и 368 женщин) 15–59 лет и 16 жителей 60 лет и старше. То есть, население относительно молодое. Средний возраст мужчин 28,0 лет, женщин – 27,8. Можно предположить, что состояние здоровья людей соответствует их возрасту. На основании данных по Трнавскому району в целом, можно говорить о повышенной заболеваемости гриппом. К счастью, нет проблем с другими инфекционными заболеваниями. Оценить состояние здоровья в жилом массиве Хлини, основываясь на существующих данных, – очень трудно.

б) Детерминанты здоровья в сообществе

Основные детерминанты здоровья сообщества перечислены ниже.

Избыточный вес. Чрезмерная полнота – один из наиболее распространенных факторов риска для многих болезней цивилизации, таких как атеросклероз, сердечно–сосудистые и косно–мышечные заболевания (чаще всего заболевания суставов). Наиболее частая причина избыточного веса – нездоровые привычки проведения свободного времени, сидячий образ жизни, недостаток физической активности и неправильное питание. Одним из путей измерения риска атеросклероза и сердечно–сосудистых заболеваний является измерение уровня холестерина в крови. Уровень холестерина у 11- и 17-летних детей измерялся в 2002 в рамках национального проекта по первичной профилактике атеросклероза у детей.

Оказалось, что 24% девочек и 23% мальчиков 11 лет и 18,5% девочек и 9% мальчиков 17 лет имели повышенный уровень холестерина в крови. По данным опросов около 5% детей в обеих возрастных группах имели опасный уровень повышения массы тела.

Травмы. Травмы входят в число основных причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности. Проект изучил эпидемиологическую характеристику травматизма у детей. Дети 9–15 лет и 2–летние наиболее часто обращаются в службы неотложной помощи в связи с ушибами и переломами. Наиболее частые повреждения: рук (46%), ног (23%) и головы (19%). Наиболее частые причины травм – падение (45%) и столкновение с предметами, устройствами, товарами длительного пользования или с человеком (30%). Что касается среды – одна треть травм случается дома, немного меньше на дорогах и около одной пятой – во время занятий спортом. Связанные со спортом травмы можно считать одним из отрицательных последствий физической активности. Правильно и хорошо организованные игровые площадки и поля предотвращают травмы на дорогах, связанные с автотранспортом.

Наркотики. Данные исследования показывают негативные тенденции в отношении злоупотребления наркотиками. Условия жизни молодых людей в подростковом возрасте поощряют употребление наркотиков. Терпимость родителей к табаку и алкоголю также негативно влияют на молодых людей. Родители объясняют это тем, что боятся марихуаны, ЛСД или героина, и считают, что алкоголь и табак представляют меньший риск. Активное проведение свободного времени в занятиях спортом и снижение чувства потерянности в сообществе могло бы стать наилучшим способом предупреждения злоупотребления наркотиками.

Психологическая нагрузка – отдых (релаксация). Строительство предлагаемой игровой площадки принесет новые возможности для досуговой активности как для детей, так и для взрослых. Физическая активность на свежем воздухе – лучший способ активного расслабления во время отдыха.

Совместное пребывание на площадке будет способствовать формированию и развитию сообщества и уменьшению чувства потерянности; это приводит к улучшению межличностных и дружеских отношений, к снижению частоты нарушений общественного порядка. Развитие сообщества детей, молодежи и родителей (матери во время отпуска, связанного с уходом за детьми), развитие хороших межличностных отношений, чему способствует совместное использование игровой площадки, – приведет к большему использованию игровой площадки в будущем.

Свободное время. Люди часто посвящают свое свободное время ТВ и видео, растет распространение компьютерных и азартных игр. Около 20–30% студентов проводят по крайней мере 1–2 часа в день за этим. Эта малоподвижная деятельность после целого дня сидения в школе и недостаток физической активности приводят к заболеваниям опорно-двигательного аппарата. С 1993 наиболее часто в свободное время в рабочие дни молодежь слушает музыку и посещает дискотеки в выходные. Чтобы компенсировать одностороннюю деятельность – умственное напряжение в школе, на работе и дома, необходимо больше физической активности во время досуга. Вопросы о физической активности задавали также в рамках проекта по первичной профилактике атеросклероза. Около 34% 11-летних и 21% 17-летних являются членами спортивных клубов или школ танцев. Ответы респондентов представлены в таблице А1.

Данные показывают, что интерес к физической активности недостаточен, и его необходимо поддерживать. Еще один аспект вопросов физической активности был выяснен в рамках исследования по проблеме наркотиков, где изучали отношения к наркотикам и употребления наркотиков среди учащейся молодежи высшей школы в регионе Трнавы; из ответов следовало, что около 21% респондентов посвящают время физическим упражнениям ежедневно, 37% – несколько раз в неделю, 17% – один раз в неделю. Около четверти респондентов не занимаются физическими упражнениями совсем или занимаются редко.

Таблица А1. Как часто вы занимаетесь физическими упражнениями в свободное время вне школы?

	11–летние	17–летние
Каждый день	30%	15%
4–6 раз в неделю	13%	15%
2–3 раза в неделю	30%	29%
Один раз в неделю	14%	20%
Один раз в месяц	2%	7%
Реже, чем один раз в месяц	3%	5%
Никогда	6%	8%
Не занимаюсь из-за болезни	1%	2%

Таблица А2. Сколько часов вы занимаетесь физическими упражнениями вне школы?

	11–летние	17–летние
Я не занимаюсь	15%	17%
Около 30 минут	22%	20%
1 час	19%	23%
2–3 часа	23%	20%
4–6 часов	13%	11%
7 и более часов	9%	9%

в) Уязвимые группы населения

Основные уязвимые группы населения, на которых окажет влияние рассматриваемый проект строительства – группы детей и взрослых.

1. Если проект не будет внедрен, – повышенный риск травм и несчастных случаев, а также нездоровые привычки проведения досуга сохранятся, разовьются и негативно повлияют на детей.

2. Взрослые и пожилые люди, говорят, что внедрение проекта помешает им, т.к. уменьшится площадка для парковки автомобилей, и кроме того, увеличится шум.

г) Описание ситуации в случае не внедрения проекта

- Машины будут продолжать парковаться в любых местах, в том числе и на зеленых участках; отрицательное взаимодействие между возможностью здорового отдыха и парковкой машин сохранится.
- Не увеличится количества и качества зеленых участков, и, следовательно, не произойдет положительного сдвига в отношении пыли, шума и микроклимата жилого массива.
- Биоразнообразие и экологическая устойчивость в районе не улучшатся.
- Участок останется безликим, не произойдет улучшения условий проживания и укрепления социальных контактов между возрастными группами.
- Места общения людей не станут определяющими для создания красивых зеленых уголков, не будут выделены функциональные микропространства для парковки, игр или кратковременного отдыха; все это продолжит процесс деградации.
- Вероятность травм и несчастных случаев как для взрослых, так и для детей сохранится.
- Нездоровые привычки проведения досуга сохранятся; возможно продолжится нарастание частоты избыточного веса у детей, потребление наркотиков, алкоголя и табака.
- Безликость жилого района сохранится; возможен рост частоты нарушений общественного порядка.
- Загрязнение площадки, где играют дети, животными (кошками и собаками) продолжится, дети будут подвержены риску инфекций и паразитарных болезней. При этом строительство забора вокруг игровой площадки и использование мешочков для собачьих фекалий могло бы эффективно предотвратить это.
- По результатам исследования режима работы и отдыха для детей и молодежи в школах разного уровня, заключили, что дети проводят очень мало времени на воздухе; это время не компенсирует сидячий образ жизни и умственную перегрузку в школе и дома. На территории жилого массива должны быть созданы условия для отдыха и физической активности на воздухе.
- Потребности тех, кто не согласен с предлагаемыми изменениями, также должны быть удовлетворены.

3. Результаты проекта

а) Как повлияют запланированные изменения на людей?

- Неорганизованная, беспорядочная территория будет превращена в хорошо организованную; будет проведена плановая, разрешенная застройка участка.
- Неухоженные зеленые участки будут восстановлены в соответствии с проектной документацией, будет увеличено их количество и качество. Согласно документации по проекту биоразнообразие и экологическая устойчивость в районе улучшатся.
- После реконструкции качество содержания данной территории можно будет назвать хорошим; уменьшится уровень пыли в окружающей среде в данном месте.
- Повышение тенистых участков уменьшит шум, увеличит движение воздуха и улучшит температуру и влажность вокруг массива.
- Зеленые участки выполняют психосоциальную, эстетическую и образовательную роль.
- Жители всех возрастных групп почувствуют положительные изменения в отношении природной среды, увидят более окультуренную среду; можно ожидать снижение вандализма среди молодежи.
- Функциональное разграничение территории улучшит социальные отношения между разными возрастными группами, по крайней мере в свете ухода за новой площадкой.
- Уровень безопасности повысится в отношении коллективных спортивных занятий и игр в свободное время.
- Частота избыточного веса снизится, в случае повышения физической активности; у многих детей отмечается повышенный уровень холестерина.
- Снизится частота несчастных случаев – наиболее часто несчастные случаи происходят с детьми 9–15 лет (одна треть дома, немного меньше на дорогах и одна пятая на спортивных площадках).
- Ожидания по меньшей мере 50% жителей в отношении места для отдыха и физической активности сбудутся (413 жителей 0–19 лет).
- Интересы жителей, которые хотели бы использовать парки для пеших прогулок и проведения свободного времени, будут учтены.

б) Ожидаемая широта влияния

Внедрение проекта повлияет не только на людей, живущих в ближайших домах (985 жителей), но и на людей в более широком окружении (около 3 756 жителей).

Стоимость поддержания в порядке новой игровой площадки не превысит 130 евро в год, что является для бюджета города Трнавы небольшой суммой.

4. Выводы

Таблица А3. Влияние внедрения проекта

Положительное влияние	Отрицательное влияние
Переоборудование и окультуривание участка Увеличение площади зеленых участков и растительности Развитие социальных отношений Повышение безопасности во время коллективных игр Снижение избыточного веса вследствие увеличения физической активности детей Уменьшение возможности заражения инфекционными болезнями Лучшие возможности для отдыха семей с низким доходом	Проблемы парковки автомобилей не решены Возросший шум

5. Влияние на равенство в здоровье

а) Кто выиграл от внедрения проекта?

Ожидается, что от проекта выиграют те, кто настаивал, чтобы он внедрялся. Семьи с детьми – это те, кто беспокоится о сегодняшней ситуации в жилом районе. Другая польза – для всех жителей, включая тех, кто возражал против проекта, – связана с увеличением площади и качества зеленых участков, увеличения биоразнообразия и экологической стабильности, уменьшения пыли, окультуривания невозделанной общественной земли, вероятное улучшение социальных отношений, снижение безликости в жилом массиве и снижение опасности заражения инфекционными и паразитарными болезнями при играх детей в песке. Повышение дорожной безопасности, предупреждение несчастных случаев (как следствие ограждения площадки) не только для детей, но также для собственников автомобилей – еще одна польза проекта.

б) Кто потеряет при внедрении проекта?

В эту группу входят люди, чьи дети уже выросли; им не нужна игровая площадка, но отсутствие парковочного пространства – это потеря для них. Использование указанной территории для строительства игровой площадки вместо новых парковочных мест может вызвать отрицательное отношение этой группы людей. Другая группа, которая может отрицательно относиться к проекту, – это те, кто не может выносить шума и игр детей. Однако, представляется неправильным, что 5–10 недовольных жителей защищают нездоровую ситуацию с отсутствием игровой площадки и зоны для отдыха и препятствуют решению проблемы для 280 детей в возрасте до 14 лет.

6. Рекомендации по максимизации пользы и минимизации вреда

- Необходимо ухаживать за зелеными участками и держать в чистоте игровую площадку.

- Общественность должна быть вовлечена в контроль использования игровой площадки (предупреждение вандализма и т.д.).
- Предусмотреть участок для парковки в будущем развитии проекта в жилом массиве.

7. Мониторинг и оценка

Совместно с выборными членами городского совета из данного жилого массива, через год после строительства игровой площадки был проведен опрос жителей по ее использованию, об их отношении к площадке, об их предложениях по дальнейшему улучшению ситуации и решению проблем, связанных с использованием площадки.

Кроме того, вместе с организацией, ответственной за функционирование и поддержание игровой площадки, было проведено оценивание ежегодных финансовых расходов и пользы данного проекта.

Подготовлено Ингрид Хановой, координатором проекта «Здоровые города» Трнавы, Словакия, 20 августа 2004. Отчет основывается на материалах, предоставленных членами группы управления ОБЗ Трнавы.