



ЕВРОПА

СЕДЬМОЙ ФОРУМ ПО ВОПРОСАМ БУДУЩЕГО

непопулярные решения в сфере общественного здравоохранения



2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

Сант Джулианс, Мальта, 11–12 ноября 2004 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

DECISION MAKING
POLICY MAKING
PUBLIC HEALTH
CONSUMER SATISFACTION
WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPE

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

по электронной почте

publicationrequests@euro.who.int (по поводу получения копий публикаций)
permissions@euro.who.int (за разрешением на перепечатку)
pubrights@euro.who.int (за разрешением на перевод)

по почте

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

ISBN 92 890 2289 2

Составитель – Albenă Arnaudova, редактор – Elke Jakubowski.
Дизайн – Tuuli Sauren (Брюссель, Бельгия)



ЕВРОПА

СЕДЬМОЙ ФОРУМ ПО ВОПРОСАМ БУДУЩЕГО

непопулярные решения в сфере общественного здравоохранения



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Введение	1
2. Как совместить учет общественного мнения и твердую позицию в достижении поставленных целей?	3
3. Как оценить уровень требований общественности?	9
4. Как предсказать характер восприятия решения общественностью?	18
5. Как «опередить» оппозицию и сделать решение более приемлемым?	24
6. Распределение технических и политических ролей в процессе принятия непопулярных мер в сфере здравоохранения	27
7. Выводы	29



1. ВВЕДЕНИЕ

«Реализация любого принятого решения зависит от того, в какой мере оно воспринято обществом и всеми заинтересованными сторонами.»

Решения в области общественного здравоохранения нередко вызывают значительное общественное сопротивление со стороны тех людей, которые не видят в них пользы для себя. Оппозиция возникает ввиду опасения лишиться в результате предлагаемых изменений каких-либо услуг, прав или свободы выбора. Большинство яростных противников той или иной реформы – это те, кто предвидит личные или коллективные финансовые, социальные или политические убытки. Таким образом, руководители зачастую оказываются в противоречивой ситуации. С одной стороны, профессиональный опыт указывает на необходимость принятия определённого решения, поскольку оно даст положительный эффект в плане охраны здоровья. С другой стороны, они понимают, что решение может стать непопулярным и вызвать сопротивление со стороны тех или иных общественных групп. Принятие и реализация непопулярных решений – каждодневная работа руководителей высшего звена в сфере общественного здравоохранения.

Седьмой форум ВОЗ по вопросам будущего поставил перед собой задачу выявления возможных способов сделать решения в области здравоохранения более приемлемыми и популярными для общества. Работа форума была основана на представлении примеров из практики конкретных стран с последующим их открытым обсуждением и обменом опытом и идеями. Тема непопулярных решений была выбрана для повестки дня форума на основании изначально составленного перечня в плане работы Форума по вопросам будущего на период 2003–2005 гг. Кроме того, в ходе предыдущего форума, прошедшего в мае 2004 г. и посвященного проблемам кризисной коммуникации, было высказано мнение, что в процессе формирования политики следует уделять больше внимания коммуникации с населением и обеспечению его участия в принятии решений.

Форумы по вопросам будущего – это серия консультативных встреч, регулярно проводимых начиная с 2001 г. для руководителей высшего звена системы здравоохранения. Их основная цель – улучшить понимание проблем, связанных с реальной практикой принятия решений, зачастую недостаточно освещенных в научной литературе. Форумы предоставляют возможность высшим руководителям системы здравоохранения на уровне глав и ведущих специалистов основных ведомственных структур обсудить в нейтральной обстановке трудности и проблемы, возникающие в процессе формирования и реализации политики. Участники форумов обмениваются опытом по конкретным вопросам, описывают применяемые ими методические приемы и извлекают уроки на будущее. Обсуждения на форумах проводятся с соблюдением так наз. правил Чатем-Хаус¹, направленных на обеспечение анонимности всех выступлений. Это дает возможность участникам высказывать индивидуальные точки зрения, которые могут отличаться от официальной позиции представляемых ими организаций, что таким образом способствует более свободной дискуссии.

Основополагающая тема, выбранная для всех Форумов по вопросам будущего на 2003–2005 гг., – инструменты принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Этому вопросу был посвящен ряд уже прошедших форумов, в том числе форум, обсудивший проблемы использования научно-обоснованных рекомендаций в качестве инструментов принятия решений (Брюссель, июнь 2003 г.); форум по механизмам принятия решений для быстрого реагирования (Мадрид, декабрь 2003 г.), форум по вопросам кризисной коммуникации (Рейкьявик, май 2004 г.). По итогам работы каждого форума выпускается отчет. В 2005 г. будет сформулирован итоговый документ об инструментах принятия решения в сфере общественного здравоохранения и выбрана новая ключевая тема для последующих форумов.

¹ Чатем Хаус (Chatham House) – неофициальное название Королевского института международных отношений (Соединенного Королевства), где впервые применялись эти правила (*прим. переводчика*).

Данный отчет содержит в сжатом виде материалы обсуждений, прошедших в рамках Седьмого форума по вопросам будущего, который состоялся в ноябре 2004 г. в Сант Джулиансе (Мальта). За настоящим введением следуют разделы, каждый из которых посвящен отдельной проблеме, излагает ключевые положения ряда примеров из практики отдельных стран, а также приводит основное содержание дискуссий по проблеме. В заключении каждого раздела приводится изложение тех методов и приемов, которые по мнению участников, применимы ко всем странам, и отдельно – описание решений, которые могут принести пользу в одних странах, но не пригодны для других.

Раздел 1 касается того, как наилучшим образом совместить должный учет общественного мнения с сохранением твердой позиции в достижении поставленных целей в сфере здравоохранения; **раздел 2** описывает способы оценки спроса населения; **раздел 3** излагает практический опыт и различные предложения по прогнозированию реакции общественности на определенное решение; **раздел 4** аккумулирует высказанные участниками идеи о том, как повысить уровень общественной приемлемости решений в области здравоохранения; в **разделе 5** описаны вопросы популярности в свете разных ролей, которые играют руководители медико-санитарной службы и министры здравоохранения в реализации непопулярных решений в сфере общественного здравоохранения.

2. Как совместить учет общественного мнения и твердую позицию в достижении поставленных целей?

Конкретная ситуация: сокращение числа больничных коек

«Мало того, что закрытие больниц – это непопулярная мера, открытие новых больниц – вот что общество всегда приветствует.»

2.1 Проблема

В большинстве стран Западной Европы прослеживается стойкая тенденция к уменьшению числа больничных коек и, как следствие, к закрытию больниц. Обычно это является частью общей политики снижения доли стационарного лечения без прямых показаний в общем объеме помощи, с целью большего акцента на первичную и амбулаторную помощь. Кроме того, такие меры могут быть результатом стратегического плана министерства здравоохранения по адаптации к меняющимся потребностям путем изменения специализации отдельных учреждений здравоохранения. Среди прочих ключевых аргументов в пользу закрытия той или иной больницы – повышение эффективности, снижение расходов и повышение качества обслуживания.

Решение о закрытии больницы всегда имеет большое значение для местной экономики и рынка рабочей силы. Это может вызвать озабоченность местного населения и медицинских работников, которые привыкли к наличию в непосредственной близости удобного источника стационарной помощи. Подобные решения обусловлены стремлением руководителей системы здравоохранения к наилучшему обеспечению прогресса в улучшении здоровья населения. Однако одновременно им порой приходится сталкиваться с негативным отношением, неприятием и сопротивлением со стороны тех групп населения, чьи интересы данное решение непосредственно затрагивает. В результате у руководителей возникает нелегкая проблема, связанная с необходимостью адекватно отреагировать на давление общественности, но одновременно с этим – не отступать от осуществления намеченных долгосрочных планов по развитию здравоохранения. Целью данного обсуждения был обмен опытом преодоления трудностей в связи с закрытием больниц, а также обмен идеями о том, как сохранять выбранный стратегический курс, не игнорируя при этом тревоги и озабоченность, возникающие в обществе.

2.2 Примеры из практики стран

АВСТРИЯ

«Планирование в области здравоохранения – это всегда рискованное предприятие.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

В Вене было три небольших детских больницы, каждая из которых нуждалась в таком же оснащении, как и любой крупный стационар. Встала нелегкая задача объединить их функции, штат и коечные места в одной крупной централизованной больнице, а две другие – закрыть. В провинции Стирия было две типовых государственных больницы, в каждой имелось по несколько врачей-специалистов в отделениях, однако больницы не сотрудничали друг с другом, несмотря на то, что расстояние между ними было всего 20 километров. Было решено заключить соглашение между федеральным и региональными органами управления и создать единый центр.

В период с 1994 по 2003 г. в Австрии было закрыто десять больниц и общее количество коечных мест сократилось на 6000. Чаще всего это осуществлялось путем присоединения небольших больниц к отделениям крупных многопрофильных стационаров либо путем полной ликвидации таких больниц. Основными аргументами принятия подобных решений было обеспечение должного качества медицинского обслуживания, достижение экономической устойчивости, а также необходимость изменения функций тех или иных отделений. Существенным оказался демографический фактор: в условиях все большего старения населения в отдельных регионах услуги здравоохранения следовало приблизить к населению. Было очевидно, что замена определенных стационарных служб мобильными амбулаториями поможет лучше справиться с этой задачей. Таким образом, обоснованием данного решения служили как реальная возможность улучшить доступ пожилых людей к медико-санитарным услугам, так и стремление к более рациональному использованию ресурсов.

Противодействие решению – истоки и причины

- Неопределенность относительно будущего: в результате принятия решения люди, пользовавшиеся услугами данной больницы, потеряли уверенность в доступе к эквивалентной помощи в будущем и нуждались в гарантиях того, что новая служба будет хорошо работать.
- Потеря рабочих мест: неприятие решения исходило от медицинских работников, особенно от медицинских сестер, которые опасались, что внесение изменений будет означать для них потерю работы и необходимость переквалификации.
- Сопrotивление местных органов власти: наличие больницы является важным фактором для местной экономики.
- Отсутствие информации: население узнало о закрытии больницы слишком поздно, уже после того, как решение было принято.
- Уровень социально-экономической и медицинской образованности населения: этот фактор оказался как препятствием, так и благоприятным обстоятельством. Люди с высоким уровнем информированности проявляют несогласие с решением, если не видят в нем явных преимуществ, но если их убедить в том, что предлагаемые изменения будут иметь благоприятный эффект, они оказывают поддержку инновациям.

Ошибки при реализации решения

- Население не было подготовлено, и не было организовано предварительное обсуждение решения. В результате возникли группы протеста (хотя и немногочисленные), которые выступили в защиту учреждений, подлежащих закрытию. В адрес руководителей здравоохранения посыпались обвинения в том, что при наличии ранее существующих структур можно было бы предотвратить ряд смертельных исходов.
- Не было предварительной коммуникации с медицинскими работниками. Данная ситуация была особенно характерна для больниц в Вене: персоналу сообщили о решении только в день закрытия больниц. Таким образом, на несколько недель данная ситуация превратилась в чисто политический спор, который вышел далеко за рамки вопросов здравоохранения.
- Не был создан план-график реализации решения. Даже если бы две предыдущие ошибки не были допущены, всё равно не был учтён тот факт, что обществу требуется время для положительного восприятия любого изменения.
- Отсутствовала связь с планом развития региона. Данное решение не было составной частью этого плана, и поэтому население усомнилось в его оправданности в контексте развития всего региона.
- Планирование и финансирование не были сопряжены по времени. В результате, в случае изменения ранее согласованной схемы, финансирование новой схемы не представляется возможным.

Уроки на будущее

- Пройдите все этапы принятия решения. Вначале убедитесь в действительном наличии проблемы. Затем проанализируйте ситуацию, обращая особое внимание на вопросы качества оказания стационарной

Как совместить учет общественного мнения и твердую позицию в достижении поставленных целей?

помощи существующими структурами. После этого сформулируйте предложения о том, что следует сделать в будущем. И лишь затем предложите создание новой структуры.

- Продумайте шаг за шагом процедуру обнародования решения, принимая во внимание интересы всех сторон – пациентов, медицинских работников, местного руководства и, в особенности, средств массовой информации. Хуже всего, если информация будет полностью отсутствовать.
- Позаботьтесь о качественном уровне вашего сообщения. Предоставляйте информацию в понятном и простом виде, это имеет ключевое значение для того, чтобы люди согласились с вашим решением. Будьте готовы привести все имеющиеся доказательные аргументы, цифры и факты: вы должны выглядеть убедительно в глазах общественного мнения.
- Приводите доводы стратегического характера. Не бойтесь откровенно изложить мотивы для предлагаемых изменений. Каждое решение направлено на совершенствование охраны здоровья людей.
- Тщательно выбирайте слова. Например, лучше говорить о «реорганизации» больницы, чем о ее «закрытии».
- Принимайте на себя конкретные обязательства. Руководители должны показать, что они думают не только о немедленном получении эффекта, но они будут проводить постоянный мониторинг и систематическую оценку полученных результатов и при необходимости вносить структурные коррективы. Не менее важно, чтобы те руководители, которые находятся на выборных должностях, обязались завершить реализацию намеченных планов в течение срока своих полномочий.

Перспективное планирование в Австрии

- Создан и действует Федеральный совет системы здравоохранения, под эгидой которого осуществляется все планирование сектора. Совет обладает независимостью и не подвержен политическим влияниям.
- Решения, касающиеся структурного развития будут более тесно увязаны с общим финансовым планированием деятельности системы здравоохранения в каждом из регионов.
- Все последние достижения используются в качестве инструментов – например, закон о контроле качества или новый закон о телематике, который обеспечивает возможности для современной коммуникации.
- Медицинские работники и представители местных органов власти привлечены к участию в планировании и обсуждении.
- Постоянно и всемерно в фокусе всех процессов находится соблюдение конституционной гарантии всеобщего, без каких-либо исключений, доступа к услугам здравоохранения.
- Планирование, осуществление и популяризация всех последующих преобразований будут проводиться как часть более общего процесса развития, благоприятные эффекты которого будут выходить далеко за рамки сектора здравоохранения.

НИДЕРЛАНДЫ

«Невозможно закрыть больницу в один день. Куда тогда деваться пациентам?»

Решение и условия его воплощения в жизнь

Закон, разрешающий закрывать больницы по соображениям планирования, действует с 1974 г. Тем не менее он очень редко использовался, и был впервые применен спустя много лет после вступления в силу, с предоставлением существенной компенсации. Обычно практика состоит не в закрытии больниц, а в организационном слиянии их в более крупные учреждения. Это часто сочетается с реконструкцией больничных помещений или с возведением новых зданий взамен старых, причем в обновленной таким образом больнице становится меньше коечных мест. Это также порой вызывает протесты, но менее выраженные, чем при полном закрытии.

Основанием для реорганизации больниц в Нидерландах чаще всего является наличие избыточных мощностей при неудовлетворительном и продолжающемся ухудшении качества оказания помощи. Руководство на национальном уровне сочло такие меры самым простым путем решения «острых» случаев – когда налицо дефицит ключевых кадров, наличие внутрибольничных инфекций и когда больница просто не в состоянии выполнять свои функции. Другой тип закрытия больниц обусловлен более общими плановыми соображениями, и в таких случаях закрытию обычно предшествует длительный подготовительный период.

Сопrotивление – истоки и причины

- Боязнь лишиться обслуживания: местное население испытывало опасения, что ухудшится доступ к получению медицинской помощи.
- Потеря рабочих мест: и сотрудники и местные органы власти видели в решении угрозу для местного рынка труда.
- Боязнь негативного влияния на электорат: члены парламента от данного региона всегда используют факт наличия местной больницы как политический козырь, особенно если они обладают хорошими связями в своем избирательном регионе.

Уроки на будущее

- Заранее продумайте основное сообщение. Решите, какие из аргументов следует особо подчеркнуть. Идея о снижении расходов воспринимается без энтузиазма, особенно если она подаётся как основная причина решения (например, сообщить, что существующая система нерационально использует средства налогоплательщиков, поскольку содержать слишком большое количество коек и больниц очень дорого). В Нидерландах гораздо более убедительным аргументом является повышение качества обслуживания. Скажите без обиняков, что лечение, проводимое в мелких больницах, просто не может быть достаточно качественным и полноценным (хотя их персонал будет неминуемо оспаривать данный аргумент).
- Предложите компенсацию. Данная тактика облегчает проведение непопулярного решения. Какого-либо рода компенсация отвлечёт внимание местного населения на положительные стороны вносимых изменений: например, создание государством альтернативных рабочих мест в регионе или улучшение транспортного сообщения (автомобильного или железнодорожного) с местом расположения нового медицинского учреждения. Такого рода компенсации полезны также в связи с тем, что требуют межотраслевого подхода.
- Уровень общественного неприятия никогда нельзя в полной мере предвидеть до начала практического воплощения решения.
- Общественное сопротивление в большинстве случаев инициируется и организуется различными группами населения, которые могут стараться препятствовать процессу предоставления компенсаций населению затрагиваемого региона. Медицинские работники и местные органы власти несомненно будут использовать собственные каналы общения с населением для оказания на него влияния. Руководство сектора не может предотвратить или помешать таким действиям.
- Длительные и широкомасштабные общественные дебаты не всегда ведут к улучшению взаимопонимания. Их проведение требует непомерных затрат времени и не даёт гарантии того, что данное решение станет более популярным.
- Необходимо, однако, проводить фокусные обсуждения со всеми непосредственно затрагиваемыми группами. Речь идет о руководстве больницы, медицинском персонале, всех других сотрудниках, местных органах власти и представителях населения.
- Адекватная коммуникация не предотвращает сопротивления, но может снизить его накал и уровень негативных последствий.
- Оставшиеся амбулаторные учреждения не всегда продолжают действовать длительное время. Они могут служить промежуточным вариантом в качестве компенсации, но не обеспечивают надежного и устойчивого решения проблемы.

Прогноз на будущее в Нидерландах

Один из видов применяемой тактики – дать возможность неперспективной больнице самой «сойти на нет». Так бывает, когда руководство делает ставку на длительные публичные обсуждения по поводу возможного закрытия, в процессе которых многие медики-специалисты начинают покидать больницу. Однако такой вариант имеет ряд отрицательных сторон. Больница находится в неблагоприятном состоянии, и продолжающееся ухудшение ситуации в процессе длительных политических приготовлений является нежелательным. Доступ к услугам и их качество также неминуемо ухудшатся. В Нидерландах традиционно придают меньше значения планированию и в большей мере ориентируются на рыночные механизмы предоставления услуг. Это ставит руководителей здравоохранения в двусмысленную ситуацию. С одной стороны, решение о закрытии больницы чаще всего принимают исходя из финансовых соображений. С другой стороны, в результате длительного периода работы с низким качеством данная больница все равно неизбежно обанкротится. Поэтому руководство сектора разрывается между двумя противоположными мотивациями: проще всего занять позицию невмешательства и отдать ситуацию на волю рыночных механизмов, но это становится невозможным, если местные жители требуют высокого качества услуг. В условиях растущего давления со стороны общественности, государственные органы надзора за деятельностью учреждений здравоохранения (инспектораты здравоохранения) должны вмешиваться гораздо чаще, чем раньше. Поэтому более выигрышные позиции дает принятие решение о закрытии больницы по соображениям качества. Министр здравоохранения имеет все полномочия и власть осуществлять закрытие больниц, но даже ему полностью закрыть больницу достаточно сложно. Министр обычно нуждается в поддержке инспекторатов здравоохранения, которые вмешиваются со своих позиций и четко декларируют наличие проблемы качества.

2.3 Решения

Участники сформулировали ряд идей о том, как совместить прочную приверженность достижению поставленных целей в области здравоохранения и внимание к мнениям общественности. По некоторым из данных идей было достигнуто общее согласие в том, что их можно применять повсеместно, в то время как по другим – вопрос остается открытым и имеется ряд противоречивых суждений.

2.3.1. МЕТОДЫ, КОТОРЫЕ ОБЫЧНО РАБОТАЮТ

Качество как наилучший стимул для реализации решения

В некоторых странах из числа представленных на форуме качество несомненно является основным критерием принятия решения о сокращении коечной мощности или полном закрытии каких-либо отделений либо всей больницы. В других странах подобные решения всегда имеют под собой также серьезные финансовые основания. Кроме того закрытие медицинских учреждений часто проводится как часть общей государственной реформы, такой как стратегия перехода от децентрализованной системы к более ограниченному числу мощных региональных структур или как часть реформы системы здравоохранения.

В любой из подобных ситуаций выигрышным подходом является помещение проблемы качества обслуживания в центр обсуждения. Это даёт возможность руководителям системы здравоохранения выступить с сильным, простым и ясным сообщением – сказать, что предлагаемые изменения дадут возможность людям получать помощь у более квалифицированных врачей и пользоваться услугами лучшего качества. Применение таких аргументов позволит не увязнуть в дебатах, в которых оппозиционная сторона применяет исключительно эмоциональные или политические аргументы. Представление закрытия больниц как меры, связанной с вопросами качества является самым верным путём привлечь сторонников (например, врачи и другие медицинские работники с охотой обсудят свои собственные проблемы удовлетворенности работой и стандартов качества, таким образом становясь на сторону руководителей). Наконец, если основным мотивом принятия решения стал вопрос качества, можно ожидать более позитивной реакции со стороны средств массовой информации. Они чутко воспринимают новые идеи, поэтому скорее всего поддержат решение, в основе которого лежат требования к качеству, или, по крайней

мере, вряд ли напрямую отвергнут такой аргумент. Обращаясь к вопросам качества, становится проще объяснить населению необходимость данных изменений.

Важное значение имеет планирование

Реорганизацию больниц необходимо тщательным образом планировать, рассчитывая заранее все возможные последствия рассматриваемых изменений. Это поможет избежать дефицита ресурсов, необходимых для внедрения изменений, например для компенсации дополнительной нагрузки на те структуры системы здравоохранения, к которым перейдут функции ликвидированных учреждений. Планирование в государственном масштабе является вопросом политической легитимности и мандата на проведение вмешательств, направленных на повышение уровня общественного здоровья. Кроме того, наличие адекватных среднесрочных и долгосрочных планов по реализации решения позволяет ввести процесс в конкретные временные рамки, например составить календарный график реализации решения на определенный период, что облегчит проведение мониторинга и оценки практического эффекта принятых мер.

2.3.2 НЕКОТОРЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ

Сколько требуется времени?

Участники не пришли к единому мнению по вопросу о том, нужно или не нужно отводить значительное время на проведение предварительных общественных обсуждений. Примеры некоторых стран отчетливо продемонстрировали, что это приносит пользу как превентивная мера, снижающая уровень возможных протестов. С другой стороны, не всегда выгодно растягивать во времени процесс реализации решения. Можно посвятить достаточно длительный срок подготовке решения (включая общественное обсуждение). Однако, коль скоро решение принято, его следует внедрять в жизнь без колебаний и оперативно.

В какой мере следует уделять внимание средствам массовой информации?

В конце концов, это не средства массовой информации, кто принимает непопулярное решение. Его принимает министр, с легитимностью и всеми полномочиями, которые дает его пост. Следует учитывать, что в демократическом обществе средства массовой информации никогда не будут абсолютно преданными и лояльными партнёрами властей. Скорее всего они будут заведомо стоять на стороне широкой общественности. Министры не могут позволить себе тратить всё своё время на журналистов, потому что тогда это будет означать, что все права на реализацию и узаконивание решения принадлежат прессе. Установить правильный баланс между интенсивной работой со средствами массовой информации и сохранением четкого и последовательного курса на достижение поставленных целей весьма нелегко; каждый руководитель, имеющий дело с реализацией непопулярного решения, должен сам определить наиболее рациональное соотношение усилий в каждом конкретном случае.

3. Как оценить уровень требований общественности?

Конкретная ситуация: борьба против табака

3.1 Проблема

Распространенность употребления табака в странах Западной Европы снижается, однако уровень смертности, связанной с курением, остается высоким среди мужчин и продолжает расти среди женщин. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака ратифицирована и вошла в силу, что способствует активизации этой борьбы во многих странах. Конвенция содержит ключевые направления политики, направленной на предотвращение вредоносного воздействия табачного дыма. Многие европейские страны активно претворяют в жизнь национальные стратегии по борьбе против табака. Европейский региональный комитет ВОЗ принял Европейскую стратегию борьбы против табака, в ЕРБ/ВОЗ разработана база данных, содержащая исчерпывающие сведения о политике борьбы против табака в различных странах Региона.

Последние события (2005 г.) в борьбе против табака в Западной Европе связаны с запретами на курение на рабочих местах. Введение подобных жестких мер может вызвать недовольство. Тем не менее, руководители систем здравоохранения во многих странах полны решимости добиваться запрета курения также и в общественных местах. Отношение общества к такому решению напрямую связано с тем, насколько успешно оно реализуется, и поэтому данный раздел обсуждений был посвящен вопросам оценки ожиданий общества при введении такого запрета. Цель состояла в том, чтобы обменяться опытом и идеями о том, каким образом анализировать и оценивать как заранее, так и на текущей основе, уровень восприятия данного решения широкой общественностью и конкретными группами населения.

3.2 Примеры из практики стран

БЕЛЬГИЯ

«При таком разнообразии целевых групп следует предусматривать охват их всех одновременно, с использованием комплексного подхода.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

В Бельгии курение является ведущей предотвратимой причиной смерти. За период с 1977 г. законодатели ввели большое число мер, направленных на борьбу против табака. Законодательное регулирование касается самой продукции (состав, маркировка и реклама табачных изделий), торговли (использование торговых автоматов, возрастные ограничения, акцизные сборы), потребления табака (ограничение или запрет на курение в общественных местах, по месту работы или в общественном транспорте), а также вопросов профилактики (кампании, направленные против вовлечения новых людей в число курильщиков, программы по отказу от курения и введение горячих телефонных линий). Первые шаги были сделаны в 1980-х годах, когда были введены ограничения на продажу сигарет через торговые автоматы и запрещение образной рекламы табачных изделий. В 1990-х годах курение было запрещено в больницах и школах и ограничено в учреждениях сферы туризма и отдыха. В 1997 г. в Бельгии был введен полный запрет любых форм прямой и косвенной рекламы, в 2004 г. установлены возрастные ограничения. Начиная с 2006 г. табачным компаниям будет запрещено осуществлять спонсорскую поддержку проектов и мероприятий. Отношение общества к различным аспектам данного вопроса показано в таблице 1.

Мера ограничения	Курящие	Некурящие	Молодежь	Администраторы общественных заведений	Сфера туризма и отдыха	Сфера розничной торговли	Производители
Ограничения по составу (окись углерода, никотин, деготь)	0	0	0	0	0	0	-
Ограничения по составу (запрет на ингредиенты со сладким вкусом)	0	+	0	0	0	0	-
Большой размер предупреждающих надписей и изображений	-	+	0	0	0	-	-
Возрастные ограничения (не моложе 16 лет)	0	+	0	0	0	-	-
Запрещение продажи шоколадных «сигарет»	-	-	-	0	0	-	-
Запрет на рекламу	0	0	(-)	0	-	-	-
Запрет спонсорства	0	0	0	0	-	-	-
Запрет на курение в общественных местах	-	+	0	+	-	-	-
Запрет на курение в общественном транспорте	-	+	0	0	0	0	-
Запрет на курение на рабочих местах	-	+	0	0	-	-	-
Повышение цен	-	+	-	0	-	-	±

- негативное отношение; + позитивное отношение; 0 мнение отсутствует.

Таблица 1. Отношение основных заинтересованных групп к мерам по борьбе против табака в Бельгии

Возникшие трудности

- Наличие в Бельгии разветвленной структуры распределения ответственности. На федеральном уровне министр здравоохранения несёт ответственность за план действий по борьбе против табака; министр экономики отвечает за ценообразование, министр труда – за вопросы, связанные с курением на рабочих местах. Меры профилактики находятся главным образом в ведении региональных органов управления. План действий по борьбе против табака должен получить одобрение совета министров, а до этого – премьер-министра. План составлен в соответствии с директивами Европейского союза (ЕС) и рекомендациями ВОЗ. Он обсуждался на межрегиональном уровне на одном из регулярно проводимых совещаний представителей региональных министерств здравоохранения. Таким образом, в ситуации большого количества организаций и сталкивающихся интересов ключевую важность приобретает координирующая и направляющая роль национальных органов руководства системой здравоохранения.
- Противоречивость мнений: меры, направленные на борьбу против табака, имеют важное политическое значение и привлекают значительный интерес средств массовой информации. Их в равной степени встречают и с аплодисментами, и с критикой.

Ошибки, допущенные при реализации решений

- Неудачный способ или неудачное время, выбранное для оповещения о введении нового норматива: это отрицательно влияет на реакцию общественности. Например, объявление об одной из новых ограничительных мер было сделано в то время, когда общественность ещё помнила о неудачной попытке государства установить запрет на продажу шоколадных «сигарет».

Как оценить уровень требований общественности?

- Отсутствие долгосрочных всеобъемлющих и хорошо скоординированных планов: некоторые меры были применены ещё до завершения работы над национальным планом действий по борьбе против табака. При этом решение о введении ограничительной меры было воспринято с иронией, поскольку оно было оглашено в течение той же недели, когда министерство здравоохранения объявило о том, что курение марихуаны при определённых обстоятельствах не будет преследоваться.
- Отсутствие финансовых составляющих: когда органы здравоохранения пытались привлечь сторонников для поддержки предлагаемых изменений, стало очевидно, что развить такие партнерства было бы намного проще, если бы описание мер включало элементы финансового анализа и планирования.
- План действий по борьбе с табаком не включал разделов, посвященных оценке эффективности предпринимаемых мер.

Уроки, извлеченные из опыта Бельгии

- Проводите консультации на всех уровнях. Однако следует иметь в виду, что на это потребуется время.
- Установите связи с другими европейскими странами. Сведения о том, что делается в других государствах, очень важен для политиков. Обмен информацией с другими государствами (Ирландия, Швеция и Соединенное Королевство) в значительной мере помог убедить правительство в том, что необходимо стойко придерживаться намеченной линии и продолжать реализацию принятых решений. В этом отношении определенное содействие может оказать ВОЗ.
- Оцените эффективность новых правил, убедитесь в том, что они соблюдаются, и при необходимости введите коррективы. Например, при введении запрета на курение в ресторанах крайне важно помочь их администрации контролировать соблюдение данного правила. Это позволяет инспекторам осуществлять мониторинг реализации принятого решения. Это же является важным условием популярности нововведения: плохо реализованные меры вызывают общественное недовольство и ставятся под сомнение, в то время как правила, соблюдение которых тщательно контролируется, рано или поздно становятся нормой.
- Интересы различных целевых групп нередко не совпадают. В принимаемых решениях должны быть учтены такие противоречия. Один из возможных путей – повысить информированность каждой целевой группы населения.

ИРЛАНДИЯ

«Право на курение не включает в себя право наносить вред другим людям. Вводимый закон касается защиты здоровья людей на рабочих местах, а не вопросов свободы выбора.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

29 марта 2004 г. было запрещено законом курение во всех рабочих помещениях, включая предприятия сферы туризма и отдыха. В период с 1978 г. были введены жесткие законодательные меры борьбы с курением: была ограничена реклама табака, запрещена спонсорская поддержка проектов табачными компаниями, введены ограничения курения в общественных местах. Значительная работа была проведена в направлении популяризации здорового образа жизни и предоставлении услуг никотин-заместительной терапии. Были введены также жесткие фискальные меры: уровень цен на сигареты в Ирландии – на третьем месте среди стран ЕС. Органы здравоохранения желали повысить данную цену ещё выше, но столкнулись с проблемой в министерстве финансов, поскольку сигареты являются частью потребительской корзины. Запрещена продажа шоколадных «сигарет». Разработано два стратегических государственных документа: об обществе, свободном от курения (2000 г.) и о губительном воздействии пассивного курения (2003 г.). Соблюдение нового запрета было обеспечено с самого первого дня. В настоящее время около 90%

общественных заведений свободны от табачного дыма, оставшиеся 10% постепенно переходят к полному запрету курения в своих стенах.

Неприятие решения – истоки и обвинения

- Традиционно выражались протесты по поводу ущемления прав курящих и свободы выбора.
- Недовольство по поводу «назойливой опеки» со стороны государства: в протестах выражалась мысль о том, что государство не имеет право указывать гражданам, что им потреблять, а что нет, если речь идет о легальных товарах.
- Заявления о том, что достаточно обеспечить хорошую вентиляцию. Критики запрета часто прибегали к этому аргументу, однако в Ирландии такая ситуация нередко была на руку инициаторам запрета на курение, поскольку они уже имели наготове заключения специалистов, что никакая вентиляция не может устранить проблему, и часто использовали данный тезис в своих сообщениях.
- Сектор туризма и отдыха: для работы в данном секторе в Ирландии необходимо получение лицензии, поэтому уклониться от соблюдения закона невозможно. После того, как стало ясно, что настоящее постановление затрагивает весь сектор, рестораны его приняли, таким образом основной проблемой остались пивные заведения. В Дублине пивные бары имеют формальную атмосферу, для пивных за пределами Дублина характерна более непринужденная, семейная обстановка. Первые в большей мере затрагивались контрольными мерами, что дало возможность рационального диалога. Вторая группа заведений заняла резко выраженную оборонительную позицию и использовала инструменты связей с общественностью для того, чтобы дискредитировать данное решение. Практически на пустом месте появилась дотоле неизвестная ассоциация индустрии туризма и отдыха и начала проводить действия, направленные против принятого закона. Впоследствии было обнаружено, что данную группу финансировали табачные кампании

Тактика и стратегия для обеспечения успеха: ирландский вариант

- Политический консенсус: все партии достигли согласия в вопросе о том, что данные меры необходимы. Министр здравоохранения особенно интенсивно участвовал в процессе и поставил табачную проблему вопросом номер один в своей повестке дня. В результате, единственным упреком, который получили в свой адрес руководители сектора было то, что осуществление решения происходило недостаточно быстро.
- Предложенная реформа была оправдана вескими доказательствами вредоносного воздействия пассивного курения на здоровье людей.
- Информированность населения: сведения о губительном воздействии пассивного курения были опубликованы в двух государственных докладах.
- Продуманный, неоспоримый момент реализации решения: рабочие и общественные места были четко разделены. По отношению к первым запрет был направлен на охрану здоровья работников, во втором случае речь шла об изменении образа жизни и привычек.
- Последовательное аргументирование: организаторы здравоохранения непрестанно повторяли, что бар - это тоже рабочее место, до тех пор, пока приверженцам курения уже было неудобно заявлять о том, что им безразлично здоровье работающих там небольшой группы людей. Руководители системы здравоохранения не допускали ухода в сторону от основной темы во время общения с населением; они вновь и вновь повторяли, что новый закон является законом о защите здоровья работающих, а не о правах человека на курение. Они парировали жалобы на «назойливую опеку» государства, указывая на то, что очень многие люди действительно ожидают от государства активных действий по защите их здоровья и готовы подать в суд на государство на том основании, что не были в достаточной мере информированы.
- Был намечен срок в 14 месяцев на постепенный ввод в действие («обкатку») принятого норматива.
- Заранее была обеспечена консультативная и юридическая поддержка силами экспертов из США, услуги профессиональных юристов были доступны в течение всего периода.

Как оценить уровень требований общественности?

- Проведение кампании по популяризации решения: имел место огромный интерес со стороны средств массовой информации, с публикацией целых газетных разворотов и с дискуссионными программами. Отдельная кампания в прессе была посвящена вопросам оказания поддержки людям, желающим бросить курить.
- Была проведена систематическая подготовка к нейтрализации сопротивления со стороны сферы бизнеса; всё было правильно спланировано, и поэтому протесты были не слишком интенсивными.
- С самого начала были в наличии механизмы контроля за соблюдением нового закона.
- Мобилизация сил в поддержку решения: образовалась мощная коалиция неправительственных организаций, с которой органы здравоохранения заранее наладили тесные связи. Эти организации взяли на себя проведение активной работы со средствами массовой информации и приняли весьма плодотворное участие в достижении общественного консенсуса.
- В подготовительном периоде опросы общественного мнения не проводились. Было принято чисто волевое решение о том, что органы здравоохранения должны решить проблему курения на рабочих местах. Опросы были проведены только после начала реализации решения и показали, что большинство населения его поддерживает.

Уроки, извлеченные из опыта Ирландии

- Проанализируйте состояние вопроса в начале работы и подготовьте всю научную аргументацию.
- Не допускайте, чтобы ваш оппонент – сектор туризма и отдыха – перехватил инициативу в обсуждении и начал смещать его акценты; твердо придерживайтесь центральной идеи вашего сообщения.
- Будьте готовы к разнообразным правовым препятствиям.
- Профессиональная помощь специалистов по вопросам связи с общественностью может быть весьма полезной.
- Везде, где только возможно, ссылайтесь на директивы ЕС.
- Делайте исключения: например, для психиатрических больниц, или если помещение, где оказываются платные услуги, можно отнести к разряду частного жилища. Умейте проявить гибкость.
- Хорошая подготовка всегда оправдывает себя: большая часть работы была проделана заранее.
- Проведение подобных реформ в национальном масштабе дает гораздо больше шансов на успех. Решение провести всё на местном уровне может повлечь за собой большие проблемы.

МАЛЬТА

«Если вам известно, что сектор не готов к восприятию нового закона, лучше пойти на компромисс, нежели чем допустить повсеместные нарушения нового норматива. Такой компромисс, однако, возможен только в том случае, если решение в целом пользуется поддержкой широкой общественности.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

Закон о курении в общественных местах вступил в силу для помещений площадью более 60 кв. м в октябре 2004 г., а для более мелких помещений – вступит в силу в апреле 2005 г. Курение в общественных местах разрешено только в специально отведенных и отгороженных зонах, при этом четко обозначены помещения, где курение запрещено.

Государственный закон о борьбе с курением действует с 1986 г. Запрещена реклама в средствах массовой информации, на упаковках табачных изделий помещено предупреждение о вреде здоровью, торговля табаком находится под контролем, реализация сладостей в форме сигарет запрещена. Законодательство о

маркировке табачной продукции, введенное в 2004 г. накладывает дополнительные строгие ограничения.

В Мальте относительно низкий процент регулярно курящего населения – 25% (30,3% среди мужчин, и 21,3% среди женщин).

Общественное мнение

Органы здравоохранения были убеждены, что люди в целом с одобрением встретят данный закон. Начиная с 1999 г. было проведено несколько опросов общественного мнения, последний из них проведён в октябре 2004 г. (см. вставку 1). Опросы выявили значительную и растущую общественную поддержку идеи запрета курения в общественных местах. Это дало веский аргумент органам здравоохранения для внедрения нового закона.

ВСТАВКА 1.
ОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ,
ПРОВЕДЕННЫЕ В МАЛЬТЕ

- В 1999 г. был проведён телефонный опрос общественного мнения, показавший, что 76% опрошенных поддерживают идею запрета курения в общественных местах.
- В апреле 2004 г. телефонный опрос общественного мнения показал, что 83% опрошенных согласны с запретом курения в общественных местах, хотя 54% опрошенных были против запрета на дискотеках.
- В марте – мае 2004 г. был проведен газетный опрос общественного мнения, показавший, что 78–82% опрошенных поддерживают идею запрета курения в общественных местах.
- В октябре 2004 г. был проведен телефонный опрос общественного мнения, показавший, что 70% опрошенных согласны с вводимыми законодательными актами.

Протесты

Источником протестов был сектор туризма и отдыха. От представителей данной отрасли не поступало никаких мнений, пока не остался один месяц до вступления закона в силу, и тогда стали приходить жалобы на то, что новый закон приведёт к ущербу в бизнесе и к необходимости закрытия тех или иных заведений.

Тактика, гарантирующая положительное восприятие

Опираясь на явные доказательства того, что широкая общественность поддерживает решение, органы здравоохранения чувствовали себя уверенно и согласились пойти на компромисс: предоставить сектору туризма и отдыха ещё один шанс. Они были уверены, что сектор не был готов – данные анализа указывали на то, что если реализацию решения не проводить поэтапно, весь сектор будет нарушать новый закон. Было дано время на установку улучшенных систем вентиляции на объектах сектора. Решение о введении переходного периода далее оказалось непопулярным – дало толчок общественному недовольству по поводу слишком медленного внедрения нового закона. В настоящее время соблюдение закона регулярно контролируется.

Уроки из опыта Мальты

- Если вы решили организовать консультативный процесс, вовлеките в него все заинтересованные стороны. В Мальте для этой цели был создан специальный комитет, в который вошли представители практически всех сторон, затронутых обсуждаемым законом.
- Следует регулярно проводить опросы общественного мнения для выявления уровня популярности решения среди населения.

НОРВЕГИЯ

«Мы приняли решение подключиться к всемирному движению, направленному на борьбу с такой смертельно опасной эпидемией, как курение, поскольку это является моральным долгом развитых стран»

Решение и условия его воплощения в жизнь

В 2004 г. был принят закон, запрещающий курение во всех барах и ресторанах. Исключения никому не предоставлялись. Не было разрешено также устраивать отдельные залы для курящих или специально обозначенные зоны. Норвежский закон о табаке от 1975 г. был одним из первых законов в Европе, полностью запретивших рекламу табака. С 1988 г. существует запрет на курение на ряде категорий рабочих мест. В условиях растущего общественного внимания к вопросам здоровья также растет и уровень приемлемости населением строгих мер контроля. Государство постоянно наращивает объем финансирования, предпринимаемые усилия носят все более целенаправленный и стратегический характер. Государственные службы общественного здравоохранения и неправительственные организации действуют в тесном сотрудничестве друг с другом.

За последние несколько лет распространенность курения значительно снизилась. Только за период с 2002 по 2003 г этот показатель уменьшился с 29% до 26% среди взрослого населения и с 28% до 23% в возрастной группе от 16 до 24 лет (рис. 1).

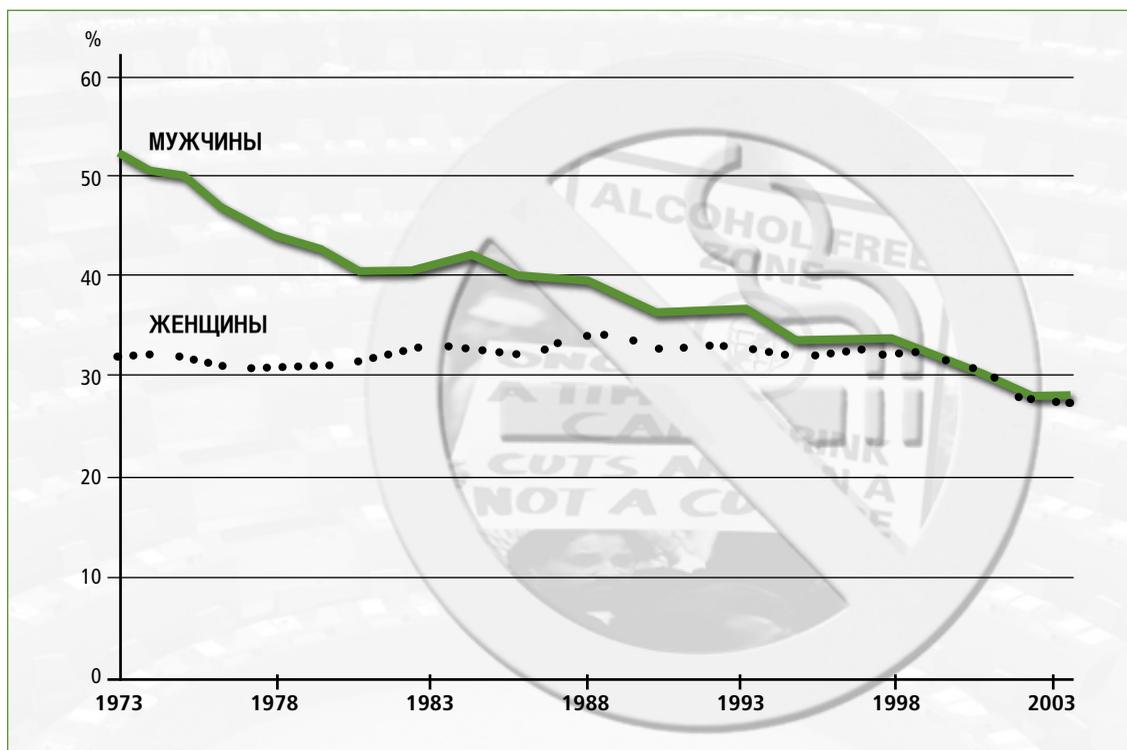


Рис. 1. Распространенность курения среди взрослого населения Норвегии, в разбивке по полу, 1973–2003 гг.

Стратегия обеспечения успеха в Норвегии

- Массивные кампании в средствах массовой информации: были организованы не только в отношении нового закона, но и в более общем плане, на тему об опасности курения для здоровья и о нечестных методах, практикуемых табачными кампаниями.
- Вмешательство не носило изолированного характера: закон был принят как часть общих усилий государства по защите здоровья граждан. Был предпринят ряд параллельных действий, подготовивших почву для более благоприятного восприятия закона: жесткая законодательная и налоговая политика; программы в поддержку людей, желающих бросить курить; специальные программы сектора образования, направленные на молодежь; постоянное распространение целенаправленной информации.
- Следует использовать все наиболее надежные источники фактических данных: опубликованные результаты научных исследований, данные ВОЗ, положения Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

3.3 Решения

Участники сформулировали ряд идей о том, как решить проблему оценки требований общественности в время реализации потенциально непопулярных решений. По некоторым из данных идей было достигнуто общее согласие в том, что их можно применять повсеместно, в то время как по другим – вопрос остается открытым и имеется ряд противоречивых суждений.

3.3.1. МЕТОДЫ, КОТОРЫЕ ОБЫЧНО РАБОТАЮТ

Реализация потенциально непопулярного решения требует непреклонной политической приверженности к достижению намеченной цели. Однако успешное решение поставленной задачи во многом также зависит от уровня общественного одобрения вводимых мер. Таким образом, адекватная оценка общественного мнения является важным подспорьем в проведении вмешательств. В этом отношении полезно также использовать опыт других стран и международного сообщества в целом. В вопросах борьбы против табака центральная роль, по мнению участников, принадлежит ВОЗ. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака является одним из самых лучших международных руководств для планирования действий на национальном уровне и для формирования общественного мнения в странах. ВОЗ оказывает влияние на общественное мнение также путем предоставления фактических данных в поддержку предлагаемых мер, что повышает их популярность.

3.3.2 НЕКОТОРЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ

Уровень внедрения?

В государствах со значительно децентрализованной административной структурой могут возникать сомнения, на каком уровне лучше вводить предлагаемые меры: в национальном масштабе либо на региональном и местном уровнях. Имеются примеры, когда наиболее решительные из региональных органов управления вводили более жесткие ограничения, по сравнению с предложенными национальным правительством. Тем не менее, идея передачи региональным властям ответственности за решение национально важной проблемы общественного здравоохранения имеет ряд недостатков.

Насколько смелые решения может принимать министр?

Участвующие в обсуждении руководители медико-санитарных служб в целом пришли к мнению, что политические фигуры, какими являются министры здравоохранения, часто сталкиваются с сопротивлением по отношению к принимаемым ими решениям, однако сам факт наличия оппозиции не всегда и не обязательно имеет негативные последствия. Напротив, проявление настойчивости в реализации решения, даже при

Как оценить уровень требований общественности?

наличии протестов, может оказаться очень выгодным для политика. Его популярность может значительно вырасти, когда общественность сможет увидеть и оценить его целеустремленность и смелость, как это имело место в Ирландии. Начать борьбу с производителями явно вредной для здоровья продукции – это выигрышная позиция для политика. Если доказательства вреда для здоровья неоспоримы, это повысит популярность политика, реализующего свои полномочия по защите здоровья людей. Однако министру следует четко определиться, в какой мере его действия должны быть жесткими. Использование барометра общественного мнения приносит пользу, но иногда может дезориентировать политика, затуманить видение проблемы – и тогда он рискует пойти на поводу общественных требований, с недопустимым ущербом для интересов общественного здравоохранения.

4. Как предсказать характер восприятия решения общественностью?

Конкретная ситуация: политика в отношении алкоголя

«Те решения, от которых люди получают материальную выгоду, услуги или информацию, обычно становятся популярными. Решения, в результате которых люди что-либо теряют либо должны платить деньги, чаще всего становятся непопулярными.»

4.1 Проблема

Европейский регион ВОЗ характеризуется наивысшим в мире уровнем потребления алкоголя на душу населения. Традиционно, с 1950-х годов, строгие противоалкогольные меры были характерны для государств Северной Европы, однако в последнее время ужесточение политики, особенно в сфере контроля за рекламой алкогольной продукции, отмечается в странах юга континента. Запретительные меры повсеместно встречают противодействие. В странах Северной Европы проходят долгие дебаты о том, как реагировать на такие новые тенденции, как агрессивный маркетинг алкогольной продукции, нацеленный на подростков и молодежь. Алкогольная промышленность извлекла опыт из ситуации с табачной промышленностью и сформировала свою собственную проактивную и инновационную стратегию снижения вреда от алкоголя с целью дискредитации усилий системы общественного здравоохранения путем использования ее же инструментов. В некоторых европейских странах в алкогольной политике преобладали прямые запретительные меры, без систематических связей с ценообразованием, лицензированием и другими инструментами. Введение таких запретов как правило вызывает недовольство населения.

На этом заседании участники представили конкретные меры по снижению вреда от потребления алкоголя и поделились идеями, как прогнозировать общественное мнение и как использовать эти прогнозы для адекватной адаптации предлагаемых мер. Особое внимание было обращено на анализ средств, к которым может прибегнуть правительство для улучшения приемлемости мер по снижению вреда от потребления алкоголя.

4.2 Примеры из практики стран

ФИНЛЯНДИЯ

«Данная ситуация отличается от проблемы табака. В отношении алкоголя сложнее предоставить доказательства вреда и риска.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

Новые меры по контролю потребления алкоголя были введены в 2004 г. Был разрешён ввоз алкоголя для собственного потребления. Был также снижен налог на алкогольную продукцию, особенно крепкие напитки, для предотвращения развития крупного нелегального рынка и контрабанды. На протяжении многих предшествующих лет в алкогольной политике Финляндии преобладали запретительные меры. С недавнего времени начался поэтапный процесс либерализации. Государство традиционно использует два инструмента – высокие цены и государственную монополию. Экономические и финансовые выгоды были поставлены над целями защиты здоровья населения. Ранее ввоз алкоголя для собственного потребления был полностью запрещён.

Новая инструкция отражает статус страны как члена ЕС. С 1 января 2004 г. в соответствии с нормативами ЕС был разрешен ввоз алкоголя для собственного потребления, а в марте 2004 г. – снижен налог на алкогольную продукцию. Эти нововведения имели немедленные последствия в связи с тем, что в ряде соседних стран, таких как Германия, Латвия, Литва и Эстония, цены на алкогольную продукцию ниже. Уровень потребления алкоголя вырос на 22% сразу же после снижения цен, но затем степень прироста уменьшилась до 10% в сравнении с данными за тот же месяц предыдущего года.

Сложность прогнозирования

Наблюдается несоответствие результатов опросов общественного мнения (рис. 2) и данных о реальном поведении потребителей. Органы здравоохранения Финляндии обнаружили значительный дисбаланс между заявлениями о позитивном отношении к политике запрещения и цифрами, свидетельствующими о росте потребления. Опросы демонстрируют, что всё большее количество людей поддерживают политику ограничений; в то же самое время характер и уровень потребления алкоголя доказывают обратное.

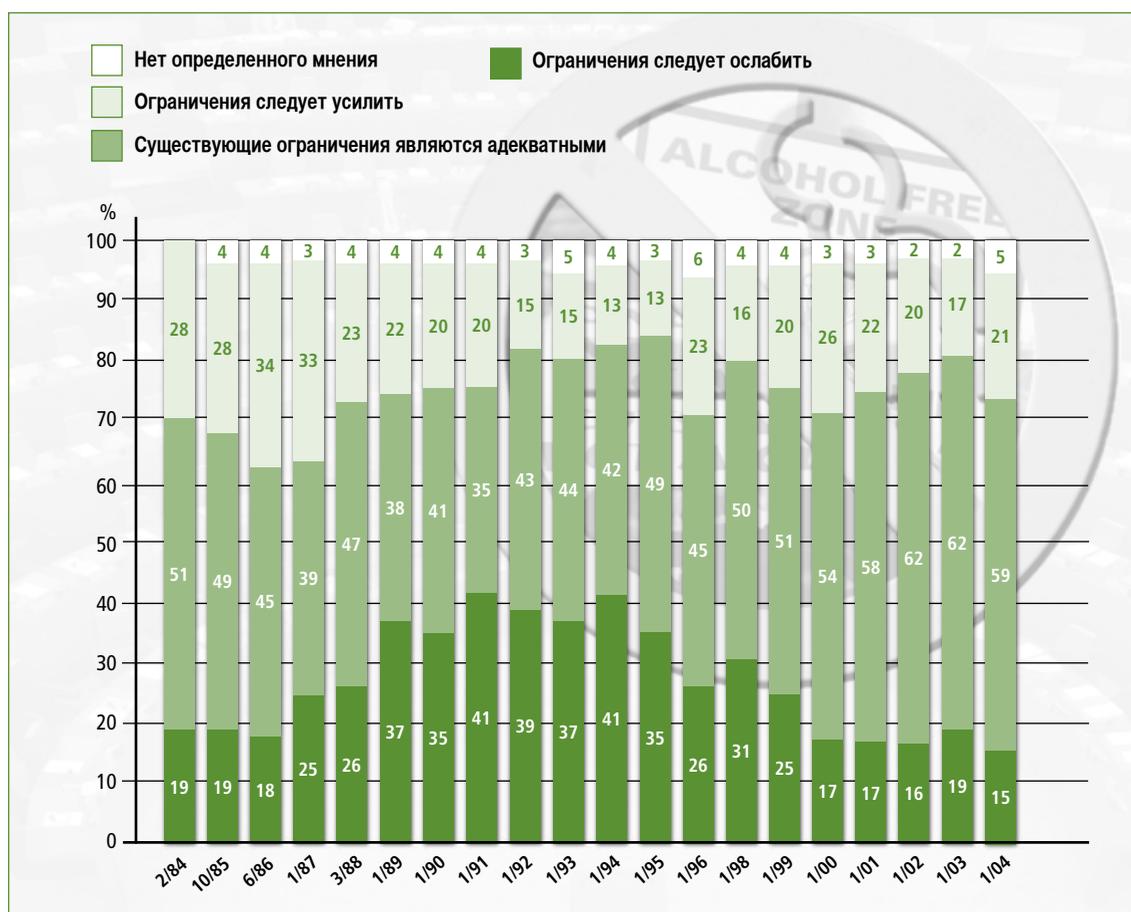


Рис. 2. Отношение общества к ограничительным мерам алкогольной политики в Финляндии, 1984–2004 гг.

Допущенная ошибка

Основной подход поставил во главу угла экономические и финансовые стимулы и цели. Таким образом, цели охраны здоровья остались на заднем плане.

Уроки, извлеченные из опыта Финляндии

- Запретительные меры всегда скрыто воспринимаются с неприятием. По данным опросов люди приветствуют политику запрещения, но при этом потребление алкоголя растет, что свидетельствует о том, что в реальности люди с удовольствием пользуются возможностями, которые предоставляет либерализация алкогольной политики. В вопросе, приводит ли к росту потребления алкоголя снижение цен на спиртные напитки, единой точки зрения пока нет. По мнению Европейской комиссии проведение подобной связи не правомерно, имеющиеся взаимосвязи весьма неоднозначны. Однако статистика стран указывают на обратное – подобная зависимость действительно существует, и потребление алкогольной продукции на самом деле возросло вслед за снятием ограничений. Таким образом, в попытках предсказать характер восприятия решения можно сделать противоречивые выводы на основании одних и тех же аргументов.
- Проведение кампаний не всегда эффективно. Опыт Финляндии свидетельствует, что власти не в состоянии предсказать, будет ли конкретное решение принято повсеместно, лишь на основании результатов единственной проведенной кампании.
- Привлечение молодёжи всегда приносит успех. В рамках программ, проводимых на базе школ, подростки самостоятельно анализировали результаты опросов и принимали участие в обсуждении государственной политики в отношении алкоголя. Вовлечение в процесс основной целевой группы дает хорошие основания надеяться на положительное восприятие данной политики.
- Привлечение работников здравоохранения представляет собой неиспользованный потенциал для повышения шансов на одобрение решения населением. В Финляндии ответственность за проведение государственной алкогольной политики возложена на Департамент семейной политики и социальных вопросов, а не на Министерство здравоохранения. Естественно ожидать, что привлечение работников здравоохранения, особенно в сфере первичной медико-санитарной помощи, к работе по популяризации ограничительных мер, позволило бы повысить уровень их приемлемости.

Наблюдение: решение может положительно восприниматься населением, но это не обязательно означает, что тем самым соблюдены интересы общественного здоровья. В Финляндии алкогольный бизнес процветает и настойчиво стремится к снятию ограничений. Он оказывает мощное давление на средства массовой информации, которые в свою очередь высказываются за либерализацию рынка алкогольной продукции.

НОРВЕГИЯ

«На определённой стадии проведения кампании дошло до того, что средства массовой информации уподобили позицию министра политике Талибана. Однако он не оказался в изоляции: как правительство, так и парламент заявили о политическом намерении снизить вредное влияние алкоголя на общество.»

Решение и условия его воплощения в жизнь

Алкогольная политика Норвегии включает следующие элементы: высокие налоги на алкогольную продукцию, государственная монополия на розничную торговлю спиртным, возрастной ценз на покупку алкоголя (не моложе 18 лет), жесткие ограничения допустимого содержания алкоголя в крови водителей автомобильного транспорта, ограничения часов работы и количества торговых точек, а также запрет на рекламу алкоголя. В Норвегии самый низкий в Европе процент лиц, употребляющих алкоголь, среди

Как предсказать характер восприятия решения общественностью?

взрослого населения. Тем не менее уровень потребления растет высокими темпами, в особенности среди молодежи. Так, например, среди девушек-подростков он повысился более, чем вдвое.

Введено большое количество различных ограничений, но их соблюдение представляет постоянные трудности.

Противодействие решению – истоки и причины

- Мощное лоббирование со стороны алкогольной индустрии, активно выступающей с заявлениями, что антиалкогольное законодательство не является эффективным средством снижения вреда от алкоголя.
- Определённое давление со стороны ЕС: введен механизм суда ЕС для принятия той или иной политики (органы здравоохранения Норвегии однако полагают, что они сами должны заниматься подобного рода социальными вопросами).
- За прошедшие 30 лет цены на алкоголь (с учетом доходов населения) снизились на 40%.
- Рост негативного отношения к властям: вопрос личных свобод всё чаще и чаще выносится на повестку дня, и население все менее толерантно относится к вмешательствам со стороны государства. Чрезграничная торговля отрицательно сказывается на отношении граждан к акцизным наценкам.
- Средства массовой информации не всегда выступают с поддержкой – во время ценовой войны с пивными заведениями средства массовой информации назвали государственные органы “пивной полицией” из-за попыток контроля цен на пиво.

Надежная тактика популяризации политики – выбрать ключевую идею и методично следовать ей на протяжении всей кампании

Основной акцент был поставлен на вопросы алкогольного вреда. Предварительный анализ показал, что вред здоровью, наносимый алкоголем, был ранее недооценен и общество не уделяло ему достаточно внимания. Министерство связало всю проводимую политику с данной темой, представив имеющиеся фактические данные как о медицинских, так и о социальных последствиях потребления алкоголя, в том числе и таких, которые нечасто упоминаются в этой связи. Такого начала никто не ожидал – например, внимание населения было обращено на то, как различные модели употребления алкоголя влияют на характер травматизма и правонарушений. Особый упор был сделан на ущерб третьим лицам. Смысл обращения был в том, что повышение уровня потребления алкоголя приводит к росту его пагубного влияния на все сферы жизни.

- Алкоголь не является обычным товаром, поэтому требуется принятие целого пакета мер.
- Необходимо постоянное отслеживание динамики общественного мнения.
- Следует использовать все типы средств массовой информации, включая интернет.

Уроки, извлеченные из опыта Норвегии

- Успеха можно достичь, только если строго придерживаться позиций общественного здоровья – вся политика должна быть направлена на снижение вреда от потребления алкоголя.
- Непосредственной целью должно быть не столько изменение поведения, сколько повышение информированности людей.
- Для распространения информации об эффективных политике[®] очень полезно проведение информационных кампаний. Тем не менее, кампании сами по себе политику заменить не могут.
- Алкогольную политику общественного здравоохранения невозможно воплотить в жизнь без поддержки населения.

4.3 Решения

Участники сформулировали ряд идей, связанных с методами предсказания того, как общественность воспримет решение. По некоторым из данных идей было достигнуто общее согласие в том, что их можно применять повсеместно, в то время как по другим – вопрос остается открытым и имеется ряд противоречивых суждений.

4.3.1 МЕТОДЫ, КОТОРЫЕ ОБЫЧНО РАБОТАЮТ

Один из возможных успешных подходов – это обсуждение проблемы в новом, непривычном ракурсе, в свете какой-либо другой проблемы, связь которой с основным предметом не всегда однозначно прослеживается. Например, в нескольких странах акцент был сделан на дорожных происшествиях и травматизме как прямых последствиях вождения в нетрезвом виде. Используя этот прием, органы здравоохранения подвергали критике рекламу, торговлю спиртными напитками и другие «слабые звенья» в борьбе против алкоголя. Другим подобным приемом является рассмотрение проблемы насилия в семье как результата употребления алкоголя. Сильным доводом является также негативное влияние на детей и особенно вред, наносимый пьющими во время беременности матерями своим еще не рожденным детям. Ещё один подход, особенно эффективный для снижения уровня потребления алкоголя среди молодежи – это проведение работы, направленной на предупреждение злоупотребления алкоголем на вечеринках в выходные дни. Такой подход скорее всего вызовет одобрительную реакцию общества.

Для успешного осуществления национальной политики по контролю за потреблением алкоголя важным фактором является максимальное использование действующих и вновь вводимых правовых инструментов ЕС. Существующее европейское законодательство не коим образом не вынуждает страны импортировать или рекламировать товары, которые вызывают явный риск для здоровья людей. Как только у государства появятся четкие доказательства наличия подобных рисков – оно может незамедлительно ввести ограничения на ввоз соответствующей продукции. В тексте новой Конституции ЕС впервые появились положения, касающиеся алкогольной проблемы. Швеция и Финляндия ожидают от Европейской комиссии действий по урегулированию ряда аспектов производства и рекламы алкогольной продукции. В будущем году ожидается завершение разработки стратегии ЕС в отношении алкоголя и вопросов здоровья. Акцент будет сделан на причиняемый вред, так как это по прогнозам составляет единственный способ повлиять на общественное мнение в странах. Если национальные политики будут использовать в своей агитационной деятельности ссылки на текущие международные процессы, это сможет способствовать более благоприятному восприятию населением ранее непопулярных запретительных мер в отношении алкоголя.

Руководителям здравоохранения следует опираться на опыт эффективного уменьшения вреда от алкоголя и снижения уровня его потребления, имеющийся в других странах. При этом, однако, следует учитывать различия в традициях и представлениях по вопросам, связанным с алкоголем, например между странами юга и севера Европы. Проводя сравнительный анализ этих различий, можно сформировать собственные эффективные подходы. В этом отношении страны рассчитывают на активную лидирующую роль ВОЗ.

4.3.2 НЕКОТОРЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ

Следует ли сектору здравоохранения вступать в сотрудничество с алкогольной индустрией? Мнения различаются, но основное впечатление таково, что здравоохранение не может вести войну сразу с целым рядом крупных направлений промышленности (помимо алкогольной – также табачная, и с недавних пор – пищевая промышленность).

Потребление алкоголя характеризуется значительными культурными различиями. В странах южной Европы предпочтение отдается винам, в то время как на севере традиционным считается употребление пива. Далее, научные данные показывают, что для взрослых людей (за исключением беременных женщин) потребление алкоголя в крайне малых дозах имеет благоприятный эффект, выраженность которого превышает степень имеющегося риска. Все это еще более запутывает картину и делает объявление войны с алкоголем крайне сложной задачей. Легко прогнозируется и вероятная непопулярность подобных мер.

Как предсказать характер восприятия решения общественностью?

Позиция общественного здравоохранения по отношению к умеренному потреблению алкоголя – неоднозначная. В отличие от ситуации с табаком, в алкогольной политике имеет существенное значение также характер употребления алкоголя: так наз. модель потребления. Нет стандартного ответа на вопрос, что такое «умеренное потребление» спиртных напитков. В этой связи необходимо активное проведение образовательных и информационных кампаний. Конечно, нельзя ожидать от них решения всей задачи. Тем более, что алкогольная индустрия также применяет подобные методы, пропагандируя лозунги “Пей с умом!” и “Пей, но не теряй чувства меры”. Вот почему некоторые страны решили прибегнуть к более жесткому подходу, с введением строгих ограничений, в то время как в ряде других – преобладает мнение, что подобная модель не будет работать в их культурном контексте.

5. Как «опередить» оппозицию и сделать решение более приемлемым?

Конкретная ситуация: частичная плата за медицинские услуги (соплатежи)

«Что это? Налог на болезнь? Вы серьезно решили брать деньги с больных людей?»

5.1 Решение

Многие европейские страны ввели официальную плату за каждый визит к врачу. Среди участников Седьмого форума по вопросам будущего лишь в Мальте нет подобной системы участия населения в расходах на здравоохранение.

Традиционный аргумент в пользу введения платы: это позволит снизить количество необоснованных обращений за медицинской помощью. Главная цель, при этом, как правило, заключается в сдерживании роста расходов на медицинское обслуживание. В большинстве стран ЕС частичная оплата медицинских услуг населением является дополнительным механизмом финансирования системы здравоохранения. При внедрении новой системы платежей органам здравоохранения следует, однако, принять меры к тому, чтобы она не оказала отрицательного влияния на востребованность медицинских услуг, имеющих ключевое значение для поддержания здоровья каждого человека и, следовательно, для здоровья населения в целом.

5.2 Необходимость учета конкретных условий

5.2.1 ДОПУЩЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ОШИБОЧНЫМИ

Принимая решение о введении платы за визит к врачу, руководители здравоохранения основываются на ряде допущений. Так, многие из них считают само собой разумеющимся, что:

- Люди хорошо информированы и откажутся только от тех обращений к врачу, которые не принесут им пользы;
- Люди четко отличают необходимую медицинскую помощь от ненужной;
- Обращаясь за медицинской помощью, люди способны принимать обоснованные решения;
- Медицинские работники или учреждения медицинского страхования не будут возражать против того, чтобы им придется собирать такие платежи;
- Финансовая выгода от внедрения системы фиксированной оплаты за визит к врачу превышает административные расходы, связанные с ее поддержанием.

5.2.2 В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ РАЗНОРОДНАЯ КАРТИНА

Когда это срабатывает?

В некоторых странах введение платы за визит к врачу оказалось очень полезным. В частности, это позволило уменьшить число обращений в учреждения неотложной помощи (в тех случаях, когда туда часто обращались пациенты с незначительными проблемами, не требующими экстренной помощи). В этой связи следует также отметить, что введение соплатежей за лекарства – это эффективный способ предупреждения злоупотребления ими (при условии, что уровень этих платежей регулируется с учетом доходов конкретных групп населения).

Каковы негативные последствия?

Данные меры в основном затрагивают людей с низким социально-экономическим статусом. Только неимущие слои населения снизят объём потребляемых услуг из-за повышения их стоимости; люди с большим достатком не поменяют свою модель потребления. Следовательно, данная мера по своей сути может нарушить соблюдение принципа справедливости, особенно в тех случаях, когда взимается одна и та же сумма с любого человека. Это несправедливо по отношению к малоимущим, потому что такая плата может составлять существенную часть дохода бедняка, и лишь незначительную часть дохода богатого человека. Люди, страдающие хроническими заболеваниями, также поставлены в невыгодное положение, так как им требуется медицинская помощь намного чаще, чем здоровым людям. Опыт некоторых стран подтверждает негативный эффект от введения платы за поступление в больницу: те, кто не был в состоянии заплатить, не могли воспользоваться стационарной помощью, что сказывалось на их здоровье. Аналогичное воздействие характерно и для профилактических услуг: объективная потребность в профилактических мерах выше всего среди более бедных групп населения, состояние здоровья которых также находится на более низком уровне; однако при введении платы за профилактические услуги именно эти группы в первую очередь вынуждены отказываться от них.

5.2.3 НЕКОТОРЫЕ ВНУТРЕННИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОЛИТИКИ

Кто принимает такие решения и почему?

В большинстве случаев в основе введения платы за оказание медицинских услуг лежат чисто финансовые соображения. Часто данное решение принимают финансовые или экономические министерства, и сектор здравоохранения не является его инициатором. Это значит, что решение будет реализовано даже при отсутствии четко выраженных преимуществ в плане улучшения здоровья населения.

Является ли такое решение популярным для самого сектора здравоохранения?

Когда решение «навязано» сектору здравоохранения извне, то его руководители и сотрудники сталкиваются с необходимостью реализации мер, инициаторами которых они не являлись. Объяснить населению, почему была принята та или иная непопулярная мера, весьма сложно, если сам не был вовлечён в ее планирование.

Куда направляют вырученные средства?

Очень сложно оправдать новые сборы или повышение существующей платы в ситуации, когда органы здравоохранения не готовы обосновать данную меру с точки зрения общественного здравоохранения: например, идут ли средства, вырученные от введения данной меры на финансирование лечебных или профилактических мероприятий? С позиций общественного здравоохранения было бы предпочтительно показать взимание платы как средство, направленное на улучшение профилактической помощи: иными словами, что такая мера может помочь государству снизить стоимость профилактических услуг или даже сделать их бесплатными. Представление ситуации в таком свете могло бы стимулировать использование населением профилактических услуг и повысить приемлемость введённых мер. Тем не менее, популярность такого подхода можно оспорить: данные опросов говорят о том, что население предпочитает, чтобы государство лучше обеспечивало полноценную лечебную помощь, нежели профилактическую.

Разумно ли это с финансовой точки зрения?

На практике административные расходы, связанные с системой оплаты за визит к врачу (например, расходы, связанные со сбором денег и определением групп населения, освобождаемых от такой оплаты), во многих случаях превышают финансовые поступления в бюджет здравоохранения. В некоторых странах увеличение бюджета имеет место, но оно крайне мало из-за высоких административных расходов, связанных с этой практикой.

Поверит ли вам население?

Министр здравоохранения одной из европейских стран ввел плату за визит к врачу под лозунгом “Это стоит всего 1 евро!” Однако при этом не было учтено, что люди скорее всего помнят о том, как была внедрена система соплатежей за стационарное лечение. Сумма, которую нужно было заплатить, на протяжении лет постоянно увеличивалась, и в подобной ситуации можно ожидать, что люди не поверят обещаниям, что введение платы – это лишь единовременная мера.

5.3 Решения и методы, которые обычно работают

5.3.1 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Решение будет восприниматься более благоприятно при введении платы одновременно с механизмом защиты наиболее уязвимых слоёв населения – таких, как малоимущие и больные с хроническими заболеваниями. В некоторых странах для людей с крайне низким уровнем дохода медицинские консультации проводятся бесплатно, а в большинстве стран введена система исключений для того, чтобы гарантировать оказание помощи больным с хроническими заболеваниями. Всё это позволяет сделать данную меру социально более приемлемой и отнимает у средств массовой информации возможность критиковать введение или повышение платы за медицинские услуги на основании того, что это подрывает принципы социальной справедливости.

5.3.2 ВОВЛЕЧЕНИЕ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сектор здравоохранения должен участвовать во звеньях процесса – принятие решения, установка защитных механизмов, разъяснение медицинских доводов и ожидаемых выгод для здоровья людей. Это может способствовать действиям, направленным на улучшение восприятия решения населением. Подобное участие требуется повсеместно для того, чтобы не допустить ситуации, когда лидирующую роль в коммуникации с населением по поводу платы за медицинские услуги берет на себя министерство финансов. Рекомендуется широкое привлечение медицинских работников: лучше, если они будут разъяснять суть решения своим пациентам вместо того, чтобы становиться на их сторону в оппозиции к данной мере.

5.3.3 ПОДГОТОВКА

Тщательная подготовка к реализации такого решения стоит затраченного времени. В одном случае (в Словении), когда было принято решение ввести плату за отпускаемые по рецепту лекарственные средства, органы здравоохранения провели обсуждение вопроса со всеми заинтересованными сторонами - врачами, фармацевтическими фирмами, группами пациентов и средствами массовой информации. Только затем новое решение было вынесено на рассмотрение в парламент.

5.3.4 ВНИМАНИЕ К ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Во многих случаях высокая стоимость услуг здравоохранения зависит от самих поставщиков. Взимание платы с пациентов как изолированная мера не сможет сдержать рост стоимости медицинской помощи, если сами ее поставщики не будут заинтересованы в повышении экономической эффективности своей деятельности. Поэтому важно акцентировать внимание на вопросах работы медицинских учреждений и страховых организаций.

6. Распределение технических и политических ролей в процессе принятия непопулярных мер в сфере здравоохранения

«Как начальник медико-санитарной службы, вы не можете открыто критиковать министра. Также и министр не должен так поступать по отношению к вам. Чем выше вы находитесь на служебной лестнице, тем более лояльным вам нужно быть по отношению к своим коллегам»

6.1 Проблема

В демократическом государстве две ключевые фигуры имеют власть и право принимать решения в области здравоохранения: политически назначенное лицо – министр здравоохранения, а также технические специалист или гражданский служащий – руководитель медико-санитарной службы. Популярность решений может зависеть от распределения ролей, функций, власти, ответственности и подотчётности между этими двумя лидерами.

6.2 Некоторые полученные уроки

Не существует универсального решения для всех проблем

В разных странах существуют различные порядки, регуляции и распределение обязанностей. Тем не менее, для всех демократических государств характерно соблюдение ряда ключевых принципов.

Любая деятельность имеет политические аспекты

Если цели в сфере здравоохранения ставятся без тщательного учета конкретных политических реалий, то вряд ли можно рассчитывать на их достижение. При принятии любого решения всем задействованным лицам следует учитывать относящиеся к нему политические факторы. Это, однако, не означает, что руководители здравоохранения утрачивают право на единоличное принятие решения, но они должны осознавать, что любое принимаемое ими решение влечёт за собой определённые политические последствия. Большинство руководителей медико-санитарных служб считают для себя важным получить политическое одобрение своих решений. Это особенно необходимо для тех стран, где эти руководители обладают главным образом исполнительной властью и отвечают за реализацию решений, принятых министром.

Полной независимости не бывает

Абсолютно чётко разграничить обязанности руководителя медико-санитарной службы и министра очень сложно, а в некоторых странах практически невозможно. Эти два лидера действуют в тесном сотрудничестве. В рационально функционирующей системе здравоохранения технический специалист обеспечивает стратегическую консультативную поддержку действиям министра, а также и сам имеет определённый набор исполнительных полномочий. В свою очередь, министр регулярно обращается за техническими рекомендациями, базируя свои политические решения на техническом знании. В некоторых государствах закон строго оговаривает нормативную роль руководителя медико-санитарной службы для гарантии того, чтобы политические соображения не влияли на техническое качество принимаемых решений. Тем не менее, в большинстве государств четкого разделения политических и технических ролей не наблюдается.

Действия в условиях кризиса

Для различных стран характерно разное распределение полномочий, власти, ответственности и подотчётности при действиях во время чрезвычайных ситуаций, например при эпидемии. В некоторых странах ответственность за коммуникацию с общественностью и средствами массовой информации с объяснением имеющихся рисков, неопределённостей и принятых решений берут на себя руководители медико-санитарной службы. В таких ситуациях они порой получают право на самостоятельные решения и принятие мер, держа министра в курсе происходящего. В других государствах, однако, именно министр является основной фигурой, и во время критических ситуаций берёт бразды правления полностью в свои руки, несмотря на неизбежные издержки, связанные с принятием политических решений без консультаций со специалистами. Наконец, возможен третий вариант, когда государство учреждает чрезвычайный совет. Возглавляемый начальником медико-санитарной службы, такой совет оказывает поддержку министру, позволяет упростить принятие политического решения и способствует более благоприятному отношению общества к предпринимаемым чрезвычайным мерам.

Арбитражная функция третьей стороны

Парламент: парламентский запрос может дать хорошие возможности для балансирования ситуации. При наличии противоречий он позволит подробно проанализировать роль и действия различных участников.

Средства массовой информации: в ряде стран государственные чиновники имеют право напрямую общаться со средствами массовой информации. Это правило, однако, применительно лишь к определенным ситуациям – когда руководитель медико-санитарной службы не учел мнения кого-либо ниже по служебному положению, или когда министр не принял во внимание совет руководителя медико-санитарной службы. В принципе, вовлечение средств массовой информации для демократической системы нормально в той мере, в какой министры подотчетны общественности, своим избирателям. Однако, открытое обсуждение подобных противоречий в средствах массовой информации происходит редко. Обычно вопросы решаются путем внутриведомственного согласования.

Региональные и местные власти, а также органы управления на наднациональном, европейском уровне также играют определённую роль

Существующая децентрализованная федеральная структура в ряде стран, равно как и все более активное формирование политики в области здравоохранения на уровне ЕС, ещё более усложняют баланс ролей и ответственности, прибавляя собственные специфические аспекты (взаимоотношения национальных и региональных, а также национальных и общеевропейских органов управления).

7. Выводы

Как сделать решения в области общественного здравоохранения более приемлемыми

«Седьмой форум по вопросам будущего показал, что при обсуждении и осуществлении непопулярных решений в области общественного здравоохранения руководители нередко сталкиваются со значительными трудностями.»

Участники пришли к общему выводу, что в данном вопросе необходимо четко различать ряд следующих важных факторов:

Теория или практика: общественная реакция на решение возникает в ходе его осуществления. Таким образом, вопрос о популяризации решений не является чисто теоретическим, а связан с действиями в реальной жизни.

Набор политических очков или польза для здоровья населения: в аспекте популярности, решения делятся на две категории – те, что направлены на решение определённой задачи здравоохранения и улучшение здоровья населения, и те, целью которых является повышение личной популярности конкретных политиков (популистские решения).

Всё население или определённые группы: возможная негативная реакция широкой публики может побудить политиков отказаться от реализации решения, от которого выиграет только определённая целевая группа (пациенты, малообеспеченные или другие уязвимые слои населения). Степень популярности зависит от того, на какие группы населения воздействует такое решение и от того, насколько активно они выражают своё мнение по этому поводу.

«Непопулярное» или «приемлемое»: популярное решение – обычно то, которое исходит из требований общественности. Напротив, непопулярное решение как правило не базируется на четко выраженных общественных пожеланиях, но принято министром и/или руководителем медико-санитарной службы, потому что они знают, что так необходимо поступить для улучшения состояния здоровья населения и повышения качества обслуживания. Таким образом, потенциально непопулярное решение не следует пытаться насильно превратить в популярное, но нужно стремиться к тому, чтобы сделать его более понятным и приемлемым.

Материальные или моральные ценности: общество ждёт от политиков объяснения того, что легло в основу принимаемого решения – ожидание материальных выгод или моральные ценности. Популярность любого решения в значительной степени зависит от ответа на этот вопрос.

Постоянные согласования или непосредственные действия: политикам даны законные полномочия принимать решения от имени и во благо людей. Они не обязаны всякий раз согласовывать свои действия с общественностью. Но с другой стороны, популярность решений во многом зависит от того, найден ли оптимальный баланс между собственно принятием решений и обеспечением их поддержки. В частности, каждому руководителю желательно знать, как часто ему следует обращаться к обществу за одобрением, по каким решениям и на какой стадии их реализации.

Все участники пришли к выводу, что при реализации непопулярного решения официальным лицам системы здравоохранения рекомендуется применять следующие подходы:

Говорите об улучшении здоровья и качества обслуживания. Улучшение здоровья является ключевой зоной приложения знаний и умений, и поэтому прежде всего необходимо объяснить, каким образом данное решение повысит уровень здоровья и качества медицинских услуг. Следует избегать аргументов, не имеющих непосредственной связи с темой здоровья и поэтому выглядящих гораздо менее убедительными в глазах общества. Например, в ситуации с закрытием больниц гораздо лучше делать акцент на повышении качества оказания медицинской помощи, чем на снижении ее стоимости.

Предложите компенсацию. Объясните людям, какие выгоды они получают взамен того, от чего им придется отказаться. Речь может идти об улучшении обслуживания по другим секторам или видам медико-санитарной помощи. Старайтесь добиться положительного восприятия предстоящих изменений за счет уравнивания плохих новостей хорошими.

Укажите на позитивные аспекты принятого решения. Объясните людям, что взамен утраченного они получают «компенсацию»: например, будут достигнуты улучшения либо других видов медицинской помощи, либо в других секторах. Постарайтесь сформировать у людей положительное отношение к предстоящим изменениям за счет сбалансированной подачи как хороших, так и плохих новостей.

Уверенно и эффективно внедряйте решение в жизнь. Если органы здравоохранения не готовы к реализации намеченных мер, следует воздержаться от их введения до того, как такая готовность не будет достигнута.

Обеспечьте полную информационную открытость. Кто принимает решение? На какие слои населения (общественные группы) оно влияет и каким образом? Есть ли среди них негативные настроения?

Избегайте одноразовых, сиюминутных решений. Разрабатывайте и предлагайте решения как часть всеобъемлющего плана или стратегии.

Большое значение имеет планирование. Перед принятием решения полезно посвятить необходимое время его подготовке и составлению полноценного плана реализации. Когда такой план будет готов, лучше всего незамедлительно приступить к его воплощению в жизнь.

Вовлеките все заинтересованные группы. Привлеките к обсуждению принимаемых мер как «пострадавшие» от решения группы населения, так и выигрывающие в результате его принятия. Разнообразьте применяемые подходы.

Не надейтесь на автоматическое одобрение со стороны средств массовой информации только потому, что решение приносит пользу для здоровья населения. Средства массовой информации не всегда занимают нейтральную или положительную позицию; они нередко представляют интересы противников вашего решения. Будьте всегда готовы к сложностям в отношениях с прессой.

Некоторая скромность не повредит. Решение воспринимается более благосклонно, когда руководители откровенно признаются о неполной предсказуемости результатов принимаемых мер и открыто заявляют о своем намерении осуществлять мониторинг и оценку этих результатов. Такой подход всегда оставляет возможность для внесения корректировок в решение в зависимости от того, как будет проходить процесс его реализации.

Будьте готовы к внезапным изменениям. Иногда настроение общественности изменяется очень быстро, и то, что ранее казалось неприятием, может превратиться в одобрение.

Будьте готовы к ухудшению ситуации и непредвиденным последствиям. Определённые общественные группы могут особенно пострадать в результате решения (например, врачи общего профиля при закрытии больницы). Руководители здравоохранения должны быть готовы справиться с незапланированными реакциями.

Оперируйте надёжными фактическими аргументами. Негативное общественное восприятие решения может быть обусловлено отсутствием объективных аргументов в его пользу. Оперирование убедительными фактами из надёжных источников поможет направить обсуждение в нужное русло и избежать противодействия в отношении планируемых мер.

Используйте опыт других стран. Может быть полезным ознакомить общественность с практикой других стран и объяснить, почему там проблема была решена по-другому. Руководители могут использовать эти сведения для улучшения восприятия решений в своей стране.

Вовлекайте медицинских работников.

Проявляйте смелость!

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

ISBN 92 890 2289 2