



Цифровая справедливость

В ближайшие несколько лет в Верхневолжье будет ликвидировано «цифровое неравенство». Почетную миссию взяла на себя национальный оператор связи «Ростелеком»

О грядущих изменениях и достигнутых результатах представителям СМИ рассказали вице-президент — директор Макрорегионального филиала «Центр» ОАО «Ростелеком» Александр Абрамков и директор тверского филиала компании Виктор Синюков.

— Мы удовлетворены деятельностью тверского филиала, — заявил в начале встречи Александр Абрамков. — В прошлом году здесь было введено в строй около 52 тыс. портов широкополосного доступа в интернет. В этом году установка портов продолжится, и мы ожидаем, что процент проникновения ШПД в домохозяйства Тверской области значительно увеличится.

«Ростелеком» уверенно идет с передовыми технологиями в глубинку, в село. По словам Виктора Синюкова, сегодня компания оказывает услуги связи по технологии «оптика в дом» во всех 36 районных центрах области. Эта технология имеет ряд преимуществ, в том числе позволяет предоставлять услугу интерактивного телевидения, которое в отличие от кабельного ТВ имеет множество уникальных функций. Например, интересный фильм или передачу можно поставить на паузу или записать, воспользоваться огромной видеотекой. Функция «Мультирум» позволит организовать просмотр интерактивного ТВ на нескольких телевизорах.

Впрочем, развивая инновационные технологии на селе, компания не может одновременно за короткий период охватить все домохозяйства и в Твери, в частности коттеджные поселки. Специалисты «Ростелекома» признают, что они заинтересованы в этом деле, но вопрос весьма затратный. Жители таких поселков могут сами обратиться к оператору связи и тогда получают конкретное коммерческое предложение.

В целом же компания «Ростелеком» успешно конкурирует с другими операторами связи Твери и региона. Она предлагает своим абонентам высокое качество связи, доступные цены, а также контакт-центр и техподдержку, которые быстро реагируют на поступающие звонки и заявки. Кроме того, компания разработала ряд пакетных предложений и акций, с помощью которых абонент существенно экономит при подключении трех основных услуг (телефон, ТВ и интернет).

Участники встречи не обошли стороной и текущий кризис в стране — безусловно, он отразился и на работе оператора связи. Но это в большей степени внутрикорпоративная проблема, абоненты фактически ничего не заметят. По мнению Александра Абрамкова, цена на услуги связи в будущем может повыситься, больше всего — на интерактивное телевидение, так как здесь много заграничного контента. Пока максимальное повышение цены по пакетам каналов составило всего 30 рублей.

Основной темой встречи стали вопросы по ликвидации так называемого цифрового неравенства. Если одни жители областного или районного центра Верхневолжья не могут представить свою жизнь без интернета, то другие даже не знают, как пользоваться смартфоном и что такое Wi-Fi. Новая программа, исполнителем которой является ОАО «Ростелеком», призвана устранить существующие проблемы.

Российские операторы связи всегда инвестировали свои средства в развитие сети, но преимущественно в крупных населенных пунктах, где спрос на услуги связи высок и по-

зволяет получить требуемую отдачу от вложений. Эта тенденция продолжится и в будущем. А в населенных пунктах, где проживают 250-500 человек, трудно ожидать инвестиционного бума в силу объективных причин — относительно невысокого объема спроса на услуги и значительных затрат на развертывание сетей. Однако там тоже проживают граждане, имеющие такие же права на доступ к информации, как и остальное население. Именно поэтому государство решило сфокусировать финансирование из резерва универсального обслуживания на предоставлении интернет-доступа в эти малонаселенные пункты.

— Программа по устранению цифрового неравенства предполагает предоставление услуги передачи данных на скорости не менее 10 Мбит/с в точках доступа, расположенных в населенных пунктах с численностью населения от 250 до 500 человек, — пояснил Александр Абрамков. — В рамках этой программы в России будет проложено более 200 тыс. км волоконно-оптических линий связи (ВОЛС). Интернет появится в порядка 13,6 тыс. населенных пунктах страны, в которых проживает около 4 млн человек. В Тверской области начиная с 2017 года мы планируем подключить 237 населенных пунктов. Безусловно, это будет значимым событием для всего региона.

Минкомсвязи России поставило амбициозные цели по развитию услуг ШПД в стране — к 2018 году проникновение интернета должно достичь 80% против 46% (по состоянию на сентябрь 2013 года).

Отметим, что при введении новой программы во всех населенных пунктах страны существующая сеть и таксофонов, и пунктов коллективного доступа (ПКД) сохранится в полном объеме. Важность и нужность их в селах и деревнях неоспорима: 2/3 местного трафика по универсальным таксофонам — это трафик по вызовам экстренных оперативных служб. Со временем они будут только модернизироваться в соответствии с допускаемой законом возможностью разного рода технических решений.

Новые точки доступа в интернет позволяют людям выходить в сеть на скорости не ниже 10 Мбит/с. Фактически государством задан национальный стандарт ШПД, чего ранее не было ни в одном нормативном акте. На такой скорости можно не только без проблем «ходить по страничкам», работать с электронной почтой, но и получить доступ к развивающемуся portalу госуслуг и другим социально важным информационным ресурсам в сети, даже смотреть видео. Возможно, создаваемая с такими параметрами сеть поможет довести ТВ-сигнал, например, с общедоступными общероссийскими телеканалами, до жителей удаленных деревень и сел.

Новый закон устанавливает ключевой параметр качества услуги — скорость, но не предписывает какой-либо конкретной технологии для организации доступа. Ее выбор будет определяться многими факторами — топологией населенного пункта, потребностью в ШПД, особенностями существующей инфраструктуры, причем не только и не столько инфраструктуры электросвязи.

По мнению представителей ОАО «Ростелеком», требование по подключению населенного пункта в 250-500 человек по ВОЛС даст мощный импульс модернизации всей отраслевой инфраструктуры в тверском регионе. Так, многие линии, которые будут проложены в рамках программы, пройдут через другие населенные пункты, что позволит либо довести интернет до них, либо поднять качество уже оказываемых сегодня услуг.

Ирина ТЮРИНА

Здравоохранение, будь человечным!

В России продолжается реформа отечественной медицины. При этом в условиях постоянного недофинансирования государство заявляет очень амбициозные гарантии. Способно ли здравоохранение в полном объеме выполнить все то, что обещано в программе государственных гарантий оказания бесплатной помощи, и особенно сейчас, в кризисный период? Не пора ли честно проанализировать наши возможности, оценить, где мы неэффективны, и измениться именно там? Возможно, это позволит сделать нашу медицинскую систему пациентоцентричной, т.е. заботящейся прежде всего о человеке с его проблемами и чаяниями, считает директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики» Лариса ПОПОВИЧ

— В Тверской области процесс оптимизации системы здравоохранения начался несколько лет назад, когда оно было полностью передано на уровень регионов. В итоге многие населенные пункты, в том числе крупные города, и не только в нашей области, остались без необходимой медпомощи. Лариса Дмитриевна, как вы относитесь к этой части реформы здравоохранения? Дайте оценку: что в ходе реализации реформы было сделано правильно, а что — нет? Имеются ли еще возможности исправить ошибки?

— Сейчас финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет трех источников — системы обязательного медицинского страхования (ОМС), федерального и регионального бюджетов. В соответствии с планом развития здравоохранения предусматривается, что в ближайшие годы доли расходов из Фонда ОМС и федеральной казны будут оставаться практически неизменными. При этом общий объем финансирования здравоохранения к 2017 году должен вырасти с 9,4% до 10,4% от бюджетных расходов страны. Показательно, что при постоянно планируемом росте бюджетных поступлений в части расходов обязательств будут расти оборону и здравоохранение. Затраты на социальные нужды, традиционно составляющие самый большой кусок бюджета, будут расти в номинальном выражении, но останутся на уровне 33% от всех государственных расходов. Так же неизменными в долевом выражении будут расходы на образование

(хотя правительство планирует увеличить их в номинальном исчислении). И только две статьи расходов должны вырасти существенно, в том числе финансирование нашего здравоохранения. Это очень отрядные планы. Но, к сожалению, эти планы станут реальностью только в том случае, если в ближайшие годы федеральный бюджет будет увеличиваться. Однако как ситуация сложится в кризис, не знает никто. А ведь рост расходов на здравоохранение планируется обеспечить за счет увеличения отчислений от регионов. Регионы из своих средств финансируют лекарственные препараты для льготных категорий и лечение социально значимых заболеваний, а также отчисляют деньги на страхование неработающего населения. Оттого, каким образом будет развиваться экономика субъектов, будет зависеть то, как они смогут выполнить поставленные перед ними задачи.

Теперь что касается Тверской области. Раньше она лидировала по показателям дефицита средств на программу государственных гарантий. Однако в последние годы, по крайней мере, в вопросах финансирования, Тверская область выглядит лучше многих других регионов и в списке дефицитных регионов уже не числится. Да и тарифы в системе ОМС в тверских ЛПУ находятся на уровне среднероссийских показателей. Но вот с обеспеченностью врачами, конечно, большая проблема. Так, в сельской местности на 100 тыс. населения приходится только 90 врачей при среднероссийских значениях обеспеченности 134 врача на 100 тыс. населения в селе. Почувствуйте разницу. В итоге многие населенные пункты региона остаются без полноценной медицинской помощи. Как следствие, уровень удовлетворенности населением медицинской помощью просто не может быть высоким.

В такой ситуации любые действия властей должны быть четко просчитаны и согласованы с населением, поскольку здравоохранение очень чувствительная сфера.

На мой взгляд, в Тверской области как раз была проблема диалога власти с общественностью. Так, построив перинатальный центр, власти при этом не сделали нормальной дороги, а значит, не обеспечили доступ к построенному и, вполне возможно, очень хорошему медицинскому учреждению. Кроме того, переведя в него основную штат врачей, они обескровили близлежащие родильные дома. В итоге люди остались недовольны.



При этом нужно учитывать, что в Тверской области очень старое население, поэтому во время реформы здравоохранения в первую очередь нужно было создавать систему мониторинга и реабилитации на дому. Это позволило бы оптимизировать расходы на стационарную помощь, изыскав внутренние резервы даже при небольшом уровне финансирования и обеспеченности врачами. Также нужно было делать упор на создание фельдшерских пунктов. Это позволило бы улучшить состояние медицинского обслуживания в регионе. Все волнения в Тверской области, на мой взгляд, возникали из-за нежелания или неумения властей решать сложные, но все-таки решаемые вопросы.

— Как, на ваш взгляд, медицина переживет кризис? Какие ключевые вопросы необходимо срочно решить?

— Во многих российских регионах сейчас идет сокращение медицинских учреждений, которое не сопровождается одновременным созданием альтернативной системы долечивания. Возможно, в этих регионах вместо желаемой экономии будут дополнительные затраты, потому что реформа должна быть продумана с самого начала и до самого конца и быть ориентирована на интересы пациента. Но там, где власти подходят к изменениям рационально, ситуация может складываться значительно лучше. Есть субъекты, например, Белгородская область, Республика Татарстан и Чувашия, в которых реформирование системы здравоохранения проходит без напряжения и социальных взрывов. Эти субъекты в нормальном режиме меняют дизайн системы предоставления медицинской помощи. Они сначала создали систему долечивания, переучили средний медицинский персонал, а сейчас начинают активную кампанию по пропаганде здорового образа жизни. Поэтому и реструктуризация там проходит безболезненно, не так, как в Москве, например.

Те регионы, которые поймут, что есть современные инструменты социально-экономического прогнозирования, будут более эффективны в условиях кризиса, чем субъекты, решаю-

щие вопросы в традиционной плоскости. Я считаю, что нам сейчас нужно задуматься о модели медицинской помощи, которую мы строим. Ведь ни в одной стране мира нет таких щедрых социальных гарантий, как в России. Везде власти обещают ровно столько, сколько могут обеспечить. Но в нашей стране гарантии и реальные ресурсы на их реализацию совсем не совпадают. Поэтому мне представляется, что для построения нормальной и, главное, прозрачной системы здравоохранения мы должны точно определиться с приоритетами и объяснить населению, кто, при каких условиях и в каком объеме получит медицинскую помощь бесплатно, а кто и при каких условиях должен будет заплатить. При чем вполне понятным, прозрачным образом и по четко установленным и контролируемым ценам. Медицина — это не та область, где можно покатать цены на рыночное регулирование, а дельцам от медицины давать возможность наживаться на беде. Люди заплатят последнее за лечение своих близких. Поэтому регулирование и контроль цен на платные медицинские услуги должен быть жесточайшим.

— Ваш институт давно занимается вопросами повышения эффективности системы здравоохранения. Какие шаги необходимо предпринять, чтобы медицина в нашей стране стала более эффективной и доступной?

— Мне кажется, что реформа системы здравоохранения должна начинаться со смены фокуса внимания. Мы всегда во всех наших реформах говорим о закупке оборудования, строительстве больниц, методах оплаты труда врачей, однако при этом забываем о пациенте. Но сейчас во всем мире здравоохранение становится все более пациентоцентричным, что означает комфортным и дружелюбным к больному, сфокусированным на его интересах. А мы в России уделяем интересам пациента слишком мало внимания, порой даже затрудняем ему доступ к помощи, усложняя систему организации записи к врачам.

Медицина — это область социальной психологии. Врач дол-

Лариса ПОПОВИЧ, директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»:
— Я считаю, что нам сейчас нужно задуматься о модели медицинской помощи, которую мы строим. Ведь ни в одной стране мира нет таких щедрых социальных гарантий, как в России.

жен быть прежде всего заинтересован в благополучии пациента, он должен, по сути, стать жителем человеческой души. На Западе оценка уровня взаимоотношений и доброжелательности врача и пациента является ведущей при анализе эффективности работы врача. Скажите, пожалуйста, в России в так называемом эффективном контракте хотя бы одного врача есть показатель «уровень вежливости»? Мы проводили исследование, в ходе которого выяснили, чем пациент, удовлетворенный медицинской помощью, отличается от неудовлетворенного. Все просто: если человек потратил разумное время на то, чтобы добраться до больницы, а врач был с ним вежлив, он остается доволен! А если ему нахамили, он в любом случае будет не удовлетворен. Я убеждена, что только создав дружелюбную и откровенно направленную на интересы пациента систему здравоохранения, мы сможем не заставить, а убедить людей ценить свое собственное здоровье.

Очень важно поднять и престиж работы врача. Сейчас наши эскулапы задерганы, перегружены и, по мнению общества, зачастую виноваты во всем. Бесконечный контроль за каждым их шагом, противоречивые регламенты и приказы вместо стимула к хорошей работе приводят к негативным результатам. Мы заставляем врачей бояться наказания. Но негативным подкреплением нельзя добиться желания работать эффективно. Устав от бесконечного давления и низких зарплат в государственном секторе, врач находит выход, уходит работать в платную клинику. А лучшие из наших специалистов уезжают за рубеж. Сейчас в мире не хватает 7,5 млн врачей. Происходит большой «крупный оборот врачей в мире» — медики из Восточной Европы едут в Западную Европу — в Израиль, а израильские врачи — в Америку. Из России медики уезжают в Восточную и Западную Европу. Кто приезжает к нам? Специалисты из Средней Азии. Освоившись здесь и слегка подучившись, и они включаются в кругооборот. С годами конкуренция за профессионалов будет только усиливаться.

Важнейшей проблемой системы здравоохранения во время кризиса является недостаточная эффективность. Сейчас все страны мира занимаются устранением так называемых зон неэффективности. Мы тоже должны включиться в этот процесс, поскольку наша система здравоохранения никак не может считаться эффективной. Конечно, она и не самая плохая. Например, в США уровень финансирования медицины составляет более 8 тыс. долларов на душу населения. В год они тратят 1,3 трлн долларов. Для сравнения: в России этот показатель почти в восемь раз меньше. При этом американские эксперты пришли к выводу, что около 700 млрд долларов в год, т.е. половина всего финансирования, теряется из-за неэффективной работы их медицинской системы.

В чем же заключается эта неэффективность? Они считают, что у них неправильно используется медицинский персонал. Многие действия, которые выполняет врач, мог бы делать средний и младший медицинский персонал. В США полагают, что в их стране делается очень много ненужных анализов и заполняется слишком много ненужных отчетов. Врачи боятся судебных исков от пациентов. Одновременно большую долю потерь медицина несет из-за того, что пациенты не выполняют назначений врача в полной мере. Скажите, разве в России проблем нерационального распределения обязанностей между врачами и медсестрами, избыточного количества бумаг, дублирования анализов и недисциплинированности пациентов не существует? В других странах свои проблемы неэффективности, многие из которых тоже близки России. Так, например, во Вьетнаме и Индии одна из главных проблем — это потеря на масштабе. Они понастроили мелких медицинских учреждений, в результате размазав средства и усилия. А вот в Израиле эту «зону неэффективности» сумели устранить, переходя к созданию крупных, практически индустриальных медицинских центров. Одновременно при этом были созданы условия для ухода на дому. Бельгия, например, практически отказалась от системы поликлинической помощи. Там делают основной упор на консультации по интернету и организацию первичной помощи в стационарах. В Италии пациентов тоже консультируют в стационарах до начала и после окончания лечения. Мне кажется, что для России опыт создания аналогичной интегрированной и концентрированной системы медицинской помощи был бы полезен.

Еще одна проблема — нерациональный выбор лекарственных терапии. Американцы и европейцы сейчас все больше переходят к персонализированной помощи, в том числе вводя элементы генетического тестирования для проведения более фокусной лекарственной терапии. России до этого далеко, но ориентироваться хотя бы на сравнительную социально-экономическую эффективность лекарственных препаратов мы все же могли бы. Однако уже многие годы при государствен-

ных закупках мы покупаем не те препараты, которые эффективнее, а те, которые дешевле.

И это плохо еще и потому, что в России в отличие от других стран не работает система возмещения стоимости лекарственных препаратов при амбулаторном лечении. Во многих странах мира, в том числе и в куда менее развитых, люди получают медикаменты по страховке бесплатно. У нас бесплатные лекарства только в стационаре. Поэтому зачастую люди, отказываясь от покупки лекарств в начале заболевания, доводят болезнь до более тяжелой формы и обращаются за лечением в стационар. В результате государство несет достаточно серьезные потери, поскольку лечение в стационаре всегда более дорогое, чем в поликлинике.

— В вашем институте сейчас разрабатываются механизмы оценки средне- и долгосрочной эффективности применения той или иной технологии, а также сравнительной социально-экономической оценки принимаемых в сфере здравоохранения решений. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.

— Мы создали значительный портфель исследований, касающийся оценок тех потерь, которые несет общество в связи с тем или иным заболеванием. Мы оцениваем, сколько бы общество выиграло, вложив деньги в лечение. Например, на недостаточной борьбе с табакокурением, алкоголизмом и наркоманией наша страна теряет ресурсы, эквивалентные двум бюджетам системы здравоохранения. Экономический ущерб от многих заболеваний определяется разными по величине потерями производительности труда, преждевременным выходом на инвалидность, сокращением продолжительности жизни. Общество несет потери из-за необходимости прежде времени выплачивать социальные пенсии и пособия в связи с ранним уходом человека из экономически активной жизни по болезни. Уровень немедицинских потерь многократно превышает затраты системы здравоохранения. Например, если вложить больше денег в раннее выявление и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата, то выигрыш общества может составить 5-6 рублей на один рубль, потраченный здравоохранением. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на каждый рубль приносит 7,5 рубля общественной выгоды. Таких проектов даже в промышленности нет. Здравоохранение — невероятно действенный экономический инструмент. Здоровый человек более энергичен и эффективен. Он формирует экономический продукт, тем самым способствуя процветанию своей страны. Нужно рассматривать затраты на медицину как на инвестиции и доказывать это, считая возврат на вложенные инвестиции. В условиях кризиса такие подходы являются крайне уместными.

Василий СТЕКЛОВ

Полную версию интервью читайте на сайте www.afanasy.biz