

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

№ 3–4 (5–6), 2016

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Журнал издается совместно с Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и Ассоциацией профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования

№ 3–4 (5–6), 2016

Тема номера:

Приоритеты развития российского здравоохранения в 2017–2018 гг.

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Самара)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Набережные Челны)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.

Вестник ВШОУЗ

Scientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:
<http://orgzdrav.vshouz.ru>

Подписной индекс

80375 (каталог Агентства «Роспечать»);

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

115035, г. Москва,

ул. Садовническая, д. 9, стр. 4

Телефон: (495) 921-39-07

www.geotar.ru

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 01.12.2016.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 9,5.

Отпечатано в ППП «Типография "Наука"»:

121009, г. Москва, Шубинский пер., д. 6

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОТ РЕДАКЦИИ**
ГЛАВНОЕ
- 6 Президент РФ В.В. Путин о здравоохранении (из ежегодного Послания Федеральному Собранию)
АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
- 8 Улумбекова Г.Э.
Государственные расходы на здравоохранение в 2017 г., или что надо делать отрасли в ситуации ограниченных финансовых ресурсов
- 18 Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В., Мокляченко А.В.
Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы
ОБРАЗОВАНИЕ
- 34 «Нас учили лечить. А управление медицинской организацией – это другой вид профессиональной деятельности...»
- 37 Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З.
Непрерывное медицинское образование в России: что уже сделано и пути развития
- 50 Борисов Д.А.
О концепции непрерывного медицинского образования, изложенной в проекте приказа Минздрава России о дополнительном профессиональном образовании врачей
- 54 Проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» (подготовлен Минздравом России 29.01.2016)
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
- 64 Нигматулина Дж., Беккер Ч.
Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода? Перинатальные центры России
- 83 Нигматулин Б.И.
Лидер: победы и поражения. Экономика и управление Германии в период Второй мировой войны
ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНА И ГЧП
- 123 Алексеева Н.С.
Неучтенные риски предпринимательства в здравоохранении России
НАБОЛЕЛО
- 129 Ушакова Г.А.
Память о ваших добрых делах имеет цену только в этой стране...
ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- 132 Нигматулин Р.И.
Этнос, народ, история
СТАРОСТИ
- 144 Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Закирова Л.А.
К 90-летию создания Союза педиатров России

CONTENT

- 4 **EDITORIAL**
ABOVE ALL
- 6 The President V.V. Putin about healthcare system (from the annual president's address to the Federal Assembly)
ACTUALLY TODAY
- 8 Ulumbekova G.E.
Public health expenditure in 2017, or what should we do in healthcare system during the situation of limited financial resources
- 18 Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V., Moklyachenko A.V.
Indicators of children's and teenagers' health in the Russia and resources of the pediatric service
EDUCATION
- 34 "We were taught to treat. But hospital's management is another professional activity..."
- 37 Ulumbekova G.E., Balkizov Z.Z.
Continuing medical education in Russia: what is already made and what are the path of development
- 50 Borisov D.A.
Conception of continuing medical education set out in the order's draft of the Russian Healthcare Ministry about additional professional medical education
- 54 The project of the law of the Russian Healthcare Ministry "The procedure and terms for development of the medical professionals' and pharmacists' knowledge and skills through training on additional professional programs in educational and scientific organizations" (prepared by Healthcare Ministry of the Russian Federation dated 29.01.2016)
EFFECTIVE MANAGEMENT
- 64 Nigmatulina D., Becker C.
Is high-tech care in a middle-income country worth it? Perinatal centers in Russia
- 83 Nigmatulin B.I.
Leader: victories and defeats. The German economy and administration during World War II
PRIVATE MEDICINE AND PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP
- 123 Alekseeva N.S.
Unperceived risks of activities in Russian healthcare business
BECAME PAINFUL
- 129 Ushakova G.A.
The memory of your kind actions has really value only in this country...
BEYOND HEALTHCARE
- 132 Nigmatulin R.I.
Ethnos, nation, history
OLD TIMES
- 144 Albitskiy V.Yu., Sher S.A., Zakirova L.A.
To the 90 anniversary of founding of the Society of Pediatricians of Russia

Дорогие коллеги!

Главный редактор
Гузель Эрнстовна
Улумбекова,
 доктор медицинских
 наук, руководитель
 Высшей школы
 организации
 и управления
 здравоохранением
 (ВШОУЗ), председатель
 правления Ассоциации
 медицинских
 обществ по качеству
 медицинской помощи
 и медицинского
 образования
 (АСМОК)

От всей души поздравляем вас с Новым годом! Здоровья и благополучия вам в 2017 году!

В этом сдвоенном номере журнала мы предлагаем 3 основные темы: бюджет и эффективное развитие российского здравоохранения на 2017–2018 гг., здоровье детей и подростков, а также развитие непрерывного медицинского образования в стране.

Главный шаг на пути к повышению эффективности – это правильно расставить приоритеты. В **Послании Президента РФ В.В. Путина** Федеральному Собранию на 2017 г., выдержки из которого открывают этот номер журнала, обозначены следующие важнейшие направления для развития здравоохранения: обеспечить доступность первичного звена и лекарств, повысить квалификацию кадров, внедрить информационные технологии и обеспечить санитарной авиацией труднодоступные районы. Ответ – за организаторами здравоохранения, которые должны реализовать эти приоритеты в конкретные действия и результаты.

А это будет непросто. В 2017 г. государственное финансирование отрасли в текущих ценах по сравнению с 2016 г. возрастет **на 6%**. Однако с учетом прогнозируемой инфляции эти расходы останутся почти **на прежнем уровне**. Более подробно об этом – в статье **«Государственные расходы на здравоохранение в 2017 г., или что надо делать отрасли в ситуации ограниченных финансовых ресурсов»**. Это заставляет нас – организаторов здравоохранения задаться вопросом: «А есть ли в российском здравоохранении резервы повышения эффективности?». Иными словами, можем ли мы, имея тот же объем ограниченных ресурсов, добиться лучших результатов? Ответ – **да**. Для этого необходимо правильно определить главные статьи расходов и бережливо использовать ресурсы. В промышленном производстве давно занимаются научной организацией труда, снижают брак в работе, внедряют передовые управленческие технологии. Но этому будущих врачей **НЕ** учат на студенческой скамье и этому **НЕ** научиться, занимаясь только лечением больных. Управление – это другой вид профессиональной деятельности. О том, где можно научиться эффективному управлению – в интервью с *Г.Э. Улумбековой*.

Второй теме посвящена статья специалистов ВШОУЗ **«Показатели здоровья детей и подростков в РФ и мощности педиатрической службы»**. В ней проанализировано состояние здоровья детей и подростков в динамике с 1990 г. и выявлено явное несоответствие ресурсов и мощностей педиатрической службы потокам детей и подростков, нуждающихся в медицинской и профилактической помощи. Из приведенных в статье данных однозначно следует, что еще одним важным приоритетом в расходовании средств российского здравоохранения должно стать сохранение здоровья детей.

Еще одна интересная экономическая статья – **«Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода?»** – подготовлена профессором Университета Дьюка (США) *Чарльзом Беккером* и специалистом Лондонской школы экономики *Джамилей Нигматулиной* – об эффективности перинатальных центров в РФ. Из нее следует, что благодаря этим центрам мы ежегодно спасаем 263 жизни младенцев с экстремально низкой массой тела (всего в РФ умирает 1,9 млн граждан в год). При этом каждая спасенная жизнь обходится нам **в 3 раза** дороже, чем в США. Не правда ли, серьезный повод задуматься об эффективности расходов?

Третья тема номера освещена в рубрике «Образование». В ней описаны **состояние и проблемы развития непрерывного медицинского образования (НМО)** в РФ. Напомним, эта тема появилась 2,5 года назад, когда Минздрав России и профессиональные медицинские общества задалась целью сделать повышение квалификации врачей более качественным по содержанию, разнообразным по форме и ежегодным. Так, чтобы это привело к реальному улучшению качества медицинской помощи нашим пациентам. Главное, что путь в этом направлении профессиональными обществами по специальностям уже проложен: разработаны дистанционные модули, проводятся региональные образовательные мероприятия высокого качества, создан образовательный портал для врачей. Теперь ответ за Минздравом России – необходимо **срочно актуализировать нормативную базу, чтобы узаконить НМО и предусмотреть необходимое финансирование** для бесплатного обучения врачей. Средства здесь требуются небольшие, а вот эффективность, которая измеряется в спасенных жизнях, огромная. Мы призываем читателей дать свои предложения по решению названных проблем.

Вы еще много узнаете из этого большого номера, в том числе о том, что находится за пределами здравоохранения – статья **«Этнос, народ, история»** (*академик РАН Р.И. Нигматулин*), и о проблемах наших коллег, рискнувших организовать частный бизнес в здравоохранении, – статья **«Неучтенные риски предпринимательства в здравоохранении России»** (*Н.С. Алексеева*).

Как всегда, ждем ваших отзывов и предложений.

Президент РФ В.В. Путин о здравоохранении (из ежегодного Послания Федеральному Собранию)



«Смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала как главного богатства России».

1 декабря 2016 г. Президент РФ Владимир Владимирович Путин обратился с ежегодным Посланием к Федеральному Собранию. Это было первое послание президента перед новым составом Госдумы, а для самого В.В. Путина оно стало 13-м по счету. Накануне оглашения программного документа пресс-секретарь главы государства Дмитрий Песков отмечал, что в послании этого года сохранится «путинский стержень с акцентом на социальную сферу». И это стало очевидно уже с первых минут речи Президента России. Основной упор был сделан на внутренние дела страны – социальный сектор и экономику. Ниже приводим некоторые тезисы.

Об итогах 2016 г.

В.В. Путин: «Естественный прирост населения продолжается. У демографов есть понятие “коэффициент рождаемости”. В 2013 г. в России он составил 1,7, а это выше, чем в большинстве европейских стран. Для примера скажу: в Португалии – 1,2, в Испании, Греции – 1,3, в Австрии, Германии, Италии – 1,4, в Чешской Республике – 1,5. Это данные за 2013 г. В 2015 г. суммарный коэффициент рождаемости в России будет еще больше, чуть-чуть, но все-таки больше – 1,78.

Хорошо помню, как в свое время мы с коллегами обсуждали проекты развития высокотехнологичной медицинской помощи, а также сети перинатальных центров, которых у нас не было. В 2018 г. в России их будет 94. Сегодня наши врачи спасают новорожденных в самых трудных случаях, и по этим показателям мы также вышли на позиции передовых стран мира.

По итогам 2015 г. показатели младенческой смертности в России составили 6,5 на 1000 родившихся живыми, а в европейском регионе показатель Всемирной организации здравоохранения – 6,6, т.е. у нас был чуть получше. По итогам 10 мес 2016 г. Россия вышла на уровень 5,9».

Выбранный курс

В.В. Путин: «Мы продолжим изменения в социальной сфере, чтобы она становилась ближе к людям, к их запросам, была более современной и справедливой. Социальные отрасли должны привлекать квалифицированных людей, талантливую молодежь, поэтому мы повышаем зарплаты специалистов, улучшаем условия их труда».

В приоритете – первичное звено и повышение квалификации

В.В. Путин: «Надо прямо сказать: проблемы в здравоохранении в целом сохраняются, и их еще очень много. Прежде всего они касаются первичного звена. Его развитию необходимо уделить приоритетное внимание.

Граждане зачастую сталкиваются с очередями, формальным, безразличным отношением к себе. Врачи перегружены, к нужному специалисту попасть трудно. Нередки случаи, когда поликлиники оснащены новейшим оборудованием, а у медицинских работников элементарно не хватает квалификации, чтобы применять это оборудование.

Начиная с будущего года на базе федеральных и региональных медицинских центров и вузов будет организована регулярная переподготовка врачей. При этом специалист с помощью образовательного сертификата сможет сам выбрать, где и как повышать свою квалификацию».

Информатизация здравоохранения

В.В. Путин: «Мы продолжим наращивать уровень информатизации здравоохранения, чтобы сделать удобной и простой запись на прием, ведение документации. Нужно освободить врачей от рутинной, от заполнения вороха отчетов и справок, дать им больше времени для непосредственной работы с пациентом.

Также с помощью информационных технологий будет существенно повышена эффективность контроля рынка жизненно важных лекарств. Это позволит избавиться от подделок и контрафакта, пресечь завышение цен при закупках медикаментов для больниц и поликлиник.

В течение ближайших 2 лет предлагаю подключить к скоростному Интернету все больницы и поликлиники нашей страны. Это позволит врачам даже в отдаленном городе или поселке использовать возможности телемедицины, быстро получать консультации коллег из региональных или федеральных клиник».

О подготовке кадров

В.В. Путин: «Конкурс в медицинские и педагогические вузы (совсем недавно он был почти

нулевой) уверенно растет. В 2016 г. на педагогические специальности он составил 7,8 человек, а после прошедшего приема в 2016 г. общий конкурс на бюджетные места в медицинские вузы составил уже почти 28 человек на место. Дай бог здоровья и успехов молодым специалистам, в их работе в будущем».

О высокотехнологичной медицинской помощи

В.В. Путин: «За последние 10 лет в 15 раз увеличился объем высокотехнологичной медицинской помощи. Сотни тысяч сложных операций делаются не только в ведущих федеральных центрах, но и в региональных клиниках. Если в 2005 г., когда мы начали эту программу, только 60 тыс. человек в России получали высокотехнологичную медицинскую помощь, в 2016 г. их будет уже 900 тыс. Но нужно двигаться дальше. Хотя 60 и 900 тыс. – разница существенная.

В следующем году нам нужно внедрить механизмы устойчивого финансирования высокотехнологичной помощи. Это позволит и дальше повышать ее доступность, сокращать сроки ожидания операций».

О санитарной авиации

В.В. Путин: «С учетом нашей географии, огромных, порой труднодоступных, территорий России нужна хорошая оснащенная служба санитарной авиации. Уже со следующего года программа развития санитарной авиации охватит 34 региона страны, которые получат на ее развитие средства из федерального бюджета.

Прежде всего это Сибирь, Север, Дальний Восток. На эти цели (депутаты знают об этом, это была, в том числе ваша инициатива) в 2017 г. на закупку авиационных услуг в рамках проекта развития санитарной авиации будет предусмотрено (во втором чтении это должно пройти) 3,3 млрд рублей».

По материалам

<http://kremlin.ru/events/president/news/53379>., <http://kremlin.ru>.

Государственные расходы на здравоохранение в 2017 г., или что надо делать отрасли в ситуации ограниченных финансовых ресурсов

Г.Э. Улумбекова

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В данной статье рассматривается динамика расходов бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение с 2013 г. Даны предложения по приоритетным направлениям расходования средств в отрасли на 2017–2018 гг. в условиях отсутствия роста этих расходов.

Ключевые слова:

проект федерального бюджета на 2017 г., проект бюджета фонда обязательного медицинского страхования на 2017 г., государственные расходы на здравоохранение, объемы медицинской помощи, гарантированной населению РФ бесплатно, приоритеты здравоохранения, эффективность здравоохранения

Public health expenditure in 2017, or what should we do in healthcare system during the situation of limited financial resources

G.E. Ulumbekova

Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

This article examines the dynamics of the budgets' expenses in healthcare system from 2013. Here are proposed priority directions of spending in the industry in 2017–2018 in terms of the shortage of these costs.

Keywords:

the draft of the Federal budget for the year 2017, the draft of the mandatory medical insurance Fund budget for the year 2017, government spending on healthcare, medical care volume guaranteed to the population of the Russian Federation, the priorities of the healthcare system, efficiency of the healthcare system

1. Источники финансирования здравоохранения РФ

В РФ расходы бюджетов бюджетной системы на здравоохранение, или государственные расходы на здравоохранение, складываются из федерального и региональных бюджетов и средств обязательного медицинского страхования (ОМС) (рис. 1).

2. Объем и структура государственных расходов на здравоохранение в 2017 г.

В 2017 г. общие государственные расходы на здравоохранение предусмотрены в сумме **3035,4 млрд руб.** Расходы федерального бюджета составят **13%** (380,6 млрд руб.) от общих государственных расходов на здравоохранение, расходы ФОМС – **57%** (1735,0 млрд руб.), расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ – **30%** (919,8 млрд руб.). Структура общих государственных расходов на здравоохранение по источникам представлена на рис. 2.

Запланированные государственные расходы на здравоохранение на 2017 г. (3035,4 млрд руб) **на 183 млрд руб.** (или на 6,4%) больше, чем было запланировано на 2016 г. (2852,7 млрд руб.). С учетом инфляции на 2017 г., представленной в прогнозах социально-экономического развития РФ – по базовому варианту она составляет 4,0%, в реальных (сопоставимых) ценах эти расходы возрастут только **на 2,1%**. Однако по сравнению с 2013 г. в 2017 г. государственные расходы на здравоохранение **сократятся на 8,6%** в реальных ценах (см. таблицу).

3. Анализ бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Проект закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) предусматривает общий объем расходов бюджета ФОМС в 2017 г. в сумме **1735 млрд руб.**, что **на 140 млрд руб.** (на 8,8%) больше, чем

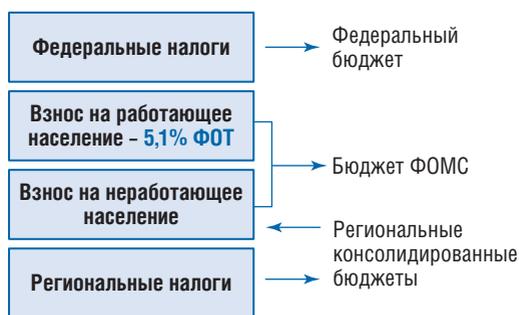


Рис. 1. Источники государственного финансирования системы здравоохранения в РФ

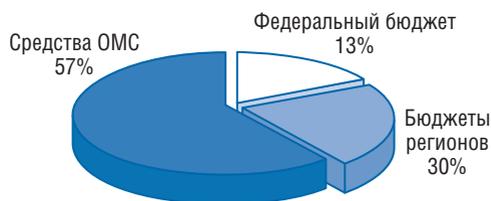


Рис. 2. Структура общих государственных расходов на здравоохранение в РФ

в 2016 г. (**1595 млрд руб.**). С учетом инфляции (4,0% в 2017 г.) в реальных (сопоставимых) ценах расходы ФОМС в 2017 г. будут только **на 4,4% выше**, чем в 2016 г., и останутся **на уровне 2015 г.** (см. таблицу).

Объем субвенций из бюджета ФОМС бюджетам территориальных ФОМС (ТФОМС) на оказание территориальных программ ОМС в 2017 г. по сравнению с 2016 г. возрастет на **10%** (или на 154 млрд руб.), в реальных ценах – **на 6%**. Однако объем запланированных субвенций 2017 г. практически останется **на уровне их фактического объема в 2015 г.** в реальных ценах.

Увеличение объема расходов ФОМС в 2017 г. стало возможно в результате того, что из расходов ФОМС в 2016 г. исключается межбюджетный трансферт, предусмотренный в ФЗ «О бюджете ФОМС на 2016 г.» в размере **91,2 млрд руб.** (дотация на сбалансированность федеральному бюджету). По итогам 2016 г. эта сумма формирует профицит на счетах ФОМС в размере

Структура расходов бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	Отношение 2017 г./ 2016 г.	Отношение 2017 г./ 2013 г.
	факт	факт	факт	оценка	прогноз (базовый)		
Макроэкономические показатели ¹							
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	71 017	77 945	80 804	82 815	86 806		
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	6,5%	11,4%	12,9%	5,8%	4,0%		
РАСХОДЫ БЮДЖЕТОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РФ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ							
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в текущих ценах (по данным Минфина РФ, если не указано иначе), млрд руб.	2318,0	2532,7	2861,0	2852,7 ²	3035,4 ³	+6,4%	+30,9%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	2318,0	2244,0	2207,9	2073,8	2118,3	+2,1%	-8,6%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в доле ВВП	3,3%	3,2%	3,5%	3,4%	3,5%		
1) Из них: Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение ⁴							
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб. (не сопоставимы!)	502,0	535,5	516,0	465,6 ⁵	378,0 ⁶ 380,6 ⁷		
Расходы на ВМП за счет средств федерального бюджета (ф/б) и за счет средств ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	55,6 (ф/б)	64,0 (ф/б)	82,7 ⁸ (ФОМС→ф/б)	94,3 (ФОМС→ф/б) (=96,7 ⁹ - 2,4 ¹⁰)	96,7 (ФОМС)	+2,5%	+73,9%
Расходы на ВМП за счет средств федерального бюджета и за счет средств ФОМС в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	55,6	56,7	63,8	68,6	67,5	-1,6%	+21,4%

Окончание табл.

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	Отношение 2017 г./ 2016 г.	Отношение 2017 г./ 2013 г.
	факт	факт	факт	оценка	прогноз (базовый)		
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в текущих ценах без учета расходов на ВМП (для сопоставимости сравнений с 2017 г.), млрд руб.	446,4	470,5	433,3	371,3	378,0	+1,8%	-15,3%
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	446,4	416,9	334,4	269,9	263,8	-2,3%	-40,9%
2) Расходы бюджета ФОМС ¹¹							
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (без учета дотаций на сбалансированность), млрд руб.	1048,7	1268,7	1546,7 (1638,8 - 92,1 ¹²)	1594,9 ¹³	1735,0	+8,8%	+65,4%
Расходы бюджета ФОМС в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	1048,7	1124,1	1193,6	1159,4	1210,8	+4,4%	+15,5%
3) Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение ¹⁴							
Расходы бюджетов субъектов РФ на здравоохранение в текущих ценах (вычитание), млрд руб.	767,3	728,5	881,0	886,5	919,8 ¹⁵	+3,8%	+19,9%
Расходы бюджетов субъектов РФ на здравоохранение в ПОСТОЯННЫХ ценах, млрд руб.	767,3	645,5	679,9	644,4	641,9	-0,4%	-16,3%
Государственная программа «Развитие здравоохранения» ¹⁶							
Всего за счет средств федерального бюджета и бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд руб.				1812,6	1959,4	+8,1%	
Всего за счет средств федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.		405,0	378,0	337,5	348,6 (251,9+96,7)	+3,3%	

Примечание.

¹ Социально-экономический прогноз на 2017–2019 гг., приложение к законопроекту № 15455-7 от 28.10.2016 «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.».

² Основные направления бюджетной политики РФ на 2016 г. и плановый период 2017 и 2018 гг. (проект от 23.10.2015), таблица 7.2.

³ Согласно выступлению министра здравоохранения РФ: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzheth-predusmotrenny-na-zdravoohranenie-v-2017-godu-budet-velichen>.

⁴ Данные за 2013–2015 гг.; согласно Отчетам об исполнении федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за 2013–2015 гг. (Минфин РФ). Плановые расходы на 2015 г. по ФЗ составляли 376,6 млрд руб., уточненная роспись – 527,4 млрд руб.

⁵ Пояснительная записка к законопроекту № 15455-7 от 28.10.2016 «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.», таблица 4.4.1.

⁶ Законопроект № 15455-7 от 28.10.2016 «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.».

⁷ Согласно выступлению министра здравоохранения РФ: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzheth-predusmotrenny-na-zdravoohranenie-v-2017-godu-budet-velichen>.

⁸ Пояснительная записка к законопроекту № 1090506-6 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 г.».

⁹ Федеральный закон от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.».

¹⁰ Законопроект «О внесении изменений в Федеральный закон “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.”».

¹¹ Данные за 2013–2015 гг. фактические, согласно федеральным законам «Об исполнении бюджета ФОМС». Данные за 2016–2017 гг. – согласно Основным направлениям бюджетной политики РФ на 2017–2019 гг. от 28.10.2016, таблица 5.3.3.

¹² Пояснительная записка к законопроекту № 1090506-6 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 г.».

¹³ Данные за вычетом дотаций на сбалансированность в размере 91,2 млрд руб. и сокращения расходов на ВМП на 2,4 млрд руб., согласно законопроекту «О внесении изменений в Федеральный закон “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.”».

¹⁴ Рассчитано: расходы бюджетов бюджетной системы минус расходы за счет федерального бюджета и минус расходы за счет бюджета ФОМС.

¹⁵ Согласно выступлению министра здравоохранения РФ: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzheth-predusmotrenny-na-zdravoohranenie-v-2017-godu-budet-velichen>.

¹⁶ Данные за 2014–2015 гг. – кассовое исполнение согласно Отчетам об исполнении федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за 2014–2015 гг. (Минфин РФ). Данные за 2016–2017 гг. – плановые расходы согласно пояснительной записке к законопроекту № 15455-7 от 28.10.2016 «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.», таблица 4.2.2.

66,8 млрд руб. Из пояснительной записки к законопроекту «О бюджете ФОМС на 2017–2019 гг.» от ноября 2016 г. следует, что эта сумма в 2017 г. в объеме **29 млрд руб.** (в 2018 г. – 70,6 млрд руб.) пойдет на покрытие дефицита бюджета ФОМС, а также на решение вопроса

о повышении оплаты труда медицинских работников в соответствии с указом Президента РФ № 597 от 12 мая 2012 г. Однако в пояснительной записке к первой версии законопроекта от 30 сентября 2016 г. было написано, что на указанные цели в 2017 г. необходимо

70,7 млрд руб., а в 2018 г. – **196,6 млрд руб.** В результате неясно, какой объем средств необходим на дополнительные расходы в связи с повышением оплаты труда медицинских работников, а какой – на покрытие дефицита бюджета ФОМС на осуществление текущей деятельности хотя бы на уровне предшествующего года. Как следствие, **нельзя сделать вывод** о реальном увеличении расходов ФОМС в 2017 г.

Согласно пояснительной записке к законопроекту, бюджет ФОМС **позволяет решить задачу по повышению оплаты труда** медицинских работников в соответствии с указом Президента РФ № 597 от 12 мая 2012 г. (в 2017 г. врачам – 180%, среднему медицинскому персоналу – 90% по отношению к средней оплате труда в экономике). Однако, как было указано выше, необходимо указать размер дополнительных расходов ФОМС по этой статье.

Следует также учесть, что переходящий остаток средств на счетах ФОМС за предшествующий год формируется в результате перечисления в него средств из бюджетов ТФОМС за оказанную, но не полностью оплаченную медицинскую помощь в декабре. Соответственно, эта **неоплаченная медицинская помощь ложится финансовым бременем** на следующий год и увеличивает размер дефицита реализации территориальных программ ОМС.

На момент принятия настоящего закона **не оценен дефицит** финансирования территориальных программ ОМС в субъектах РФ. Для справки: в 2014 г. общий дефицит реализации территориальных программ государственных гарантий (финансируемых из средств бюджетов регионов и ОМС), по данным Минздрава России, составил **119 млрд руб.**, в 2015 г., по данным Счетной палаты, – **132 млрд руб.***

Не оценена сумма, которая будет затрачена на включение дополнительных **4 видов ВМП** в базовую программу ОМС. В ситуации **незначительного роста** общего объема бюджета ФОМС включение дополнительных видов помощи в базовую программу ОМС будет **снижать расходы**

по остальным статьям этой программы или делает невозможным оказание вновь включенных видов медицинской помощи.

Выделение в 2017 г. бюджетных ассигнований в объеме **3,2 млрд руб.** на единовременные компенсационные выплаты по программе «Земский доктор» (в размере 1 млн руб. для каждого врача) **недостаточно эффективно**. По данным ОНФ, исполнение программы в 2012 г. составило 96%, в 2013 г. – 74%, в 2014 г. – 57%, в 2015 г. – 72%** . ФОМС расчеты по эффективности этой программы за предшествующий период **не привел** (указано только, что с 2012 г. эти выплаты получили 20,3 тыс. медицинских работников).

Вызывает сомнение целесообразность ежегодных статей расходов в бюджете ФОМС на изготовление и доставку полисов медицинского страхования (1,3 млрд руб. в 2017 г.) и на приобретение жилья (52 млн руб. в 2017 г.). Так, в бюджете ФОМС на 2013–2017 гг. расходы на приобретение жилья для работников фонда (раздел «Социальная политика», статья «Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства нового жилого помещения...») составили **279,5 млн руб.** (в среднем для 60 сотрудников). Расходы на изготовление и распространение полисов с 2013 по 2017 г. включительно составили **8,9 млрд руб.** Эти расходы представляются **завышенными и неоправданными**. Если добавить к ним средства, которые оседают в частных страховых медицинских организациях в качестве прибыли (по экспертным оценкам – около 16 млрд руб.), получается, что около **18 млрд руб. из средств бюджета ФОМС** расходуется **неэффективно**.

4. Анализ расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов РФ

Расходы федерального бюджета в 2017 г. по сравнению с 2016 г. возрастут только **на 2%**

* http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297.

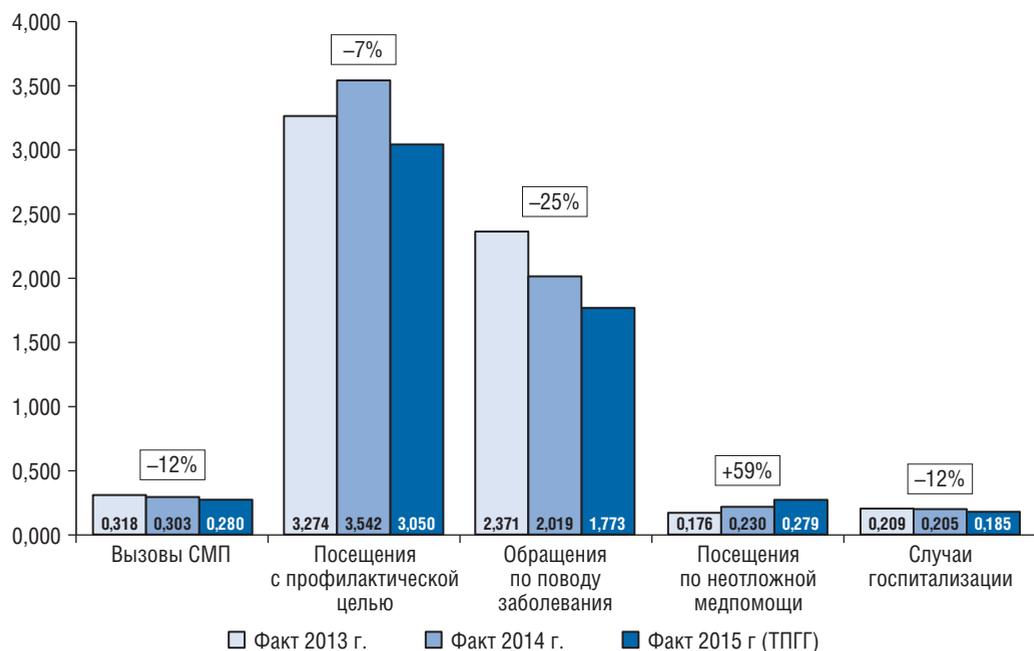
** <http://onf.ru/2015/07/14/onf-vyyasnit-u-minzdrava-kakie-mery-budut-predprinaty-dlya-effektivnoy-realizacii>.

в текущих ценах, в реальных ценах **сократятся на 2,3%**, а по сравнению с 2013 г. – **на 41%**. Следует учитывать, что при сравнении расходов федерального бюджета в 2013–2017 гг. их необходимо приводить в сопоставимые значения с учетом включения или исключения расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь (см. таблицу).

Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ в 2017 г. по сравнению с 2016 г. сохраняются практически **на том же уровне** в реальных ценах. Однако в регионах РФ ежегодно складывается дефицит финансирования территориальных программ, финансируемых за счет средств этих бюджетов. Например, в 2015 г., по данным Счетной палаты, этот дефицит составил **127 млрд руб.** Соответственно на эту сумму населению не оказана медицинская помощь. Покрытие дефицита за 2016 г. необходимо дополнительно учитывать в расходах 2017 г.

5. Динамика объемов медицинской помощи, оказываемой населению РФ бесплатно, с 2013 по 2015 г.

Сокращение объемов государственных расходов с 2013 по 2015 г. уже привело к снижению обеспеченности врачами, стационарными койками и объемами медицинской помощи, оказываемой населению РФ бесплатно. Так, число врачей, работающих в государственных и муниципальных медицинских организациях, снизилось на 25,5 тысяч, или на 7,5%. При этом большинство из них работает с максимально допустимым коэффициентом совместительства – 1,5, т.е. их дальнейшее сокращение приведет к снижению возможности обслуживать имеющиеся потоки пациентов. Число стационарных коек снизилось на 83 тыс., соответственно уменьшились и объемы медицинской помощи (рис. 3). Объемы посещений поликлиник с профилактической целью



Данные за 2015 г. – без учета медицинской помощи, оказанной за счет средств федерального бюджета (полных данных в открытом доступе нет).
 Источник: доклады о реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи за 2013–2014 гг.;
 Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 г. (Минздрав России)

Рис. 3. Объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013–2015 гг.

снизились на 7%, обращения по поводу заболеваний – на 25%, вызовы скорой медицинской помощи – на 12%, случаи госпитализации в стационар – на 12%. При этом количество больных людей в стране не уменьшилось.

Заключение

В 2017 г. общие государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах возрастут **на 6,4%**, с учетом инфляции – **на 2%**. По сравнению с 2013 г. в 2017 г. государственные расходы на здравоохранение **сократятся на 8,6%** в реальных (сопоставимых) ценах. При оценке расходов на 2017 г. необходимо учитывать, что в регионах РФ ежегодно складывается дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий как за счет средств ОМС, так и за счет средств региональных бюджетов за предшествующий период. Соответственно, населению на сумму дефицита ежегодно не оказывается бесплатная медицинская помощь, а покрытие дефицита необходимо учитывать в расходах на 2017 г. Снижение объемов государственных расходов с 2013 по 2015 г. уже привело к снижению объемов бесплатной медицинской помощи за этот период. **Все это говорит о том, что в 2017 г. по сравнению с 2016 г. доступность бесплатной медицинской помощи, которая напрямую определяется расходами бюджетов бюджетной системы, населению не возрастет.**

6. Приоритетные расходы здравоохранения РФ в условиях отсутствия роста финансирования

Приоритеты расходования средств вытекают из анализа состояния здоровья населения РФ. Действительно, в результате системных мер, реализуемых в здравоохранении РФ, удалось добиться снижения младенческой смертности. Однако этот показатель существенно не влияет на общие показатели смертности в стране. Младенческая смертность составляет только 0,7% в структуре всех смертей в РФ (12,7 тыс. из 1,9 млн умерших в 2015 г.). В реальности в последние годы в РФ общий коэффициент смертности (чис-

ло умерших от всех причин на 1 тыс. населения в год) стагнирует на уровне 13,0–13,1 случаев, т.е. установленные в государственной программе «Развитие здравоохранения» цели не достигнуты. Согласно этой программе, смертность в РФ должна была существенно снизиться и составить 12,5 случаев на 1 тыс. населения в 2015 г. Сегодня главная проблема здоровья населения РФ – это сверхсмертность мужчин, особенно в трудоспособном возрасте: 365 тыс. умерших в 2015 г., или 80% от всех умерших в трудоспособном возрасте. В результате ожидаемая продолжительность жизни мужчин в РФ на 8 лет меньше, чем у мужчин в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития («новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию и Словению).

Замедление улучшения показателей здоровья населения в РФ, которое наблюдалось вплоть до 2013 г., во многом связано со снижением доступности бесплатной медицинской помощи и государственного финансирования здравоохранения. Вместе с тем достижения Приоритетного национального проекта «Здоровье» (2006–2010 гг.) и программы модернизации здравоохранения (2011–2012 гг.), которые реализовывались по инициативе президента, позволили добиться существенного улучшения показателей здоровья населения в предшествующие периоды. Так, с 2005 по 2013 г. смертность населения РФ постоянно снижалась, всего – на 19% (с 16,1 случая до 13,0 случаев на 1 тыс. населения в год соответственно). Это и привело к росту ожидаемой продолжительности жизни на 5,4 года (с 65,4 до 70,8 года соответственно).

Исходя из того, что расходы на здравоохранение в 2017 г. останутся практически на уровне 2015 г. в реальных ценах, главная цель политики здравоохранения на 2017–2018 гг. должна быть направлена на обеспечение доступности бесплатной медицинской помощи большинству населения РФ. Это поможет сохранить социальную стабильность в обществе, не допустить ухудшения показателей здоровья населения и создать предпосылки для существенного улучшения этих показателей в 2019–2020 гг. Для этого необхо-

димо повысить эффективность расходования имеющихся ресурсов здравоохранения (финансовых, кадровых, материально-технических) путем выделения приоритетных статей расходов, обеспечивающих доступность медицинской помощи массовым и малообеспеченным группам пациентов, а также путем снижения непроизводительных потерь.

Основными приоритетами должны стать сохранение здоровья российских мужчин и детей.

Приоритетные статьи расходов:

1. Поэтапное повышение оплаты труда медицинских работников. Дальнейшее сокращение медицинских кадров недопустимо и приведет к еще большему снижению доступности медицинской помощи. Соответственно, необходимо предусмотреть поэтапное увеличение заработной платы медицинских работников по категориям.

2. Реализация программы по оказанию первичной медико-санитарной помощи мужчинам на производстве (совместно с работодателями).

3. Поэтапное расширение категорий населения, которым государство компенсирует расходы на лекарственные средства в амбулаторных условиях. Например, с 2017 г. лекарствами можно обеспечить граждан трудоспособного возраста, страдающих болезнями системы кровообращения, с 2018 г. – детей и подростков от 0 до 18 лет, с 2019 г. – другие категории пациентов.

4. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи в крупных региональных стационарах. Создание современных отделений скорой медицинской помощи с приемно-диагностическим отделением позволит значительно повысить доступность и качество оказания экстренной медицинской помощи населению, а также одновременно повысит эффективность использования дорогостоящего коечного фонда стационаров.

5. Поэтапное развитие информатизации в здравоохранении. В 2017 г. необходимо разработать программу информатизации здравоохранения РФ, а также актуализировать документооборот медицинских организаций для разработки

типовой информационной системы, после 2017 г. приступить к информатизации медицинского образования.

Снижение непроизводительных потерь (резервы повышения эффективности):

6. Повышение качества и безопасности медицинской помощи, в том числе массовое повышение квалификации медицинских работников. Разработка комплексной программы повышения качества и безопасности медицинской помощи в РФ, включая инфекционную безопасность пациентов в стационарных условиях.

7. Обучение организаторов здравоохранения эффективному расходованию средств медицинских организаций: управлению потоками пациентов, рациональному использованию времени персонала, операционных и других площадей, дорогостоящего диагностического оборудования.

8. Закупка преимущественно отечественных лекарственных препаратов и дженериков (небрендируемых лекарственных средств) при одновременном контроле качества их производства и эффективности дистрибуции.

9. Контроль бережливого и рационального использования финансовых средств при закупке лекарств и медицинских изделий (расходных материалов).

10. Снижение числа дублирующих и неэффективных проверок медицинских организаций и отчетности. Например, только по контролю качества медицинской помощи существует более 14 видов несогласованных между собой проверок. Это позволит высвободить время медицинских работников для выполнения своих непосредственных обязанностей.

Для формирования дополнительных средств по вышеуказанным приоритетным статьям потребуется провести временную консервацию всего начатого и запланированного строительства крупных объектов здравоохранения (за исключением ФАПов), в том числе строительство новых перинатальных центров, которое предполагает оказание помощи только очень небольшим группам пациентов, ограничивая средства для большинства из них (показано, что уже построенные в РФ перинатальные центры дополнительно спасают жизни только 260 младенцев в год).

Одновременно необходимо разрабатывать и реализовывать комплексные программы по формированию у населения здорового образа жизни, в том числе по снижению потребления алкоголя и табака, питанию детей и подростков в учебных заведениях.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы

Г.Э. Улумбекова,
А.В. Калашникова,
А.В. Мокляченко

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье рассматриваются демографические показатели и показатели здоровья детей и подростков в России. Среди них: коэффициент младенческой смертности, структура первичной и общей заболеваемости, первичная детская инвалидность. Все показатели даны в динамике с 1980–1990 гг. и в сравнении со странами Евросоюза. Дополнительно представлены данные по обеспеченности коечным фондом педиатрического профиля и врачами-педиатрами.

Ключевые слова:

демографические показатели детей и подростков, показатели здоровья детей и подростков, обеспеченность коечным фондом педиатрического профиля, обеспеченность врачами-педиатрами

Indicators of children's and teenagers' health in the Russia and resources of the pediatric service

G. E. Ulumbekova, Higher School of Healthcare Organization
A. V. Kalashnikova, and Management (VSHOUZ), Moscow
A. V. Moklyachenko

The article examines the demographic and health indicators of the children and teenagers in Russia. Among them are: infant mortality rate, the structure of the primary and general morbidity, the children's primary disability. All indicators are represented in dynamics from the years 1980–1990 and in comparison with the EU countries. Additionally, here are the data of the availability of the pediatric hospital beds and pediatricians.

Keywords:

demographic indicators of children and teenagers, health indicators of children and teenagers, availability of the pediatric hospital beds, availability of the pediatricians

I. Демографические показатели детей и подростков

Демографические показатели и показатели здоровья российских детей и подростков сравниваются в динамике с аналогичными показателями в «новых-8» странах Евросоюза (ЕС) – близких к России по уровню экономического развития, т.е. имеющих сопоставимый валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения в долларах США по паритету покупательной способности (ППС) (рис. 1). Для более правильного сопоставления все рассматриваемые в статье показатели по «новым-8» странам ЕС берутся средневзвешенными, с учетом численности населения, «новые-8» страны ЕС включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.

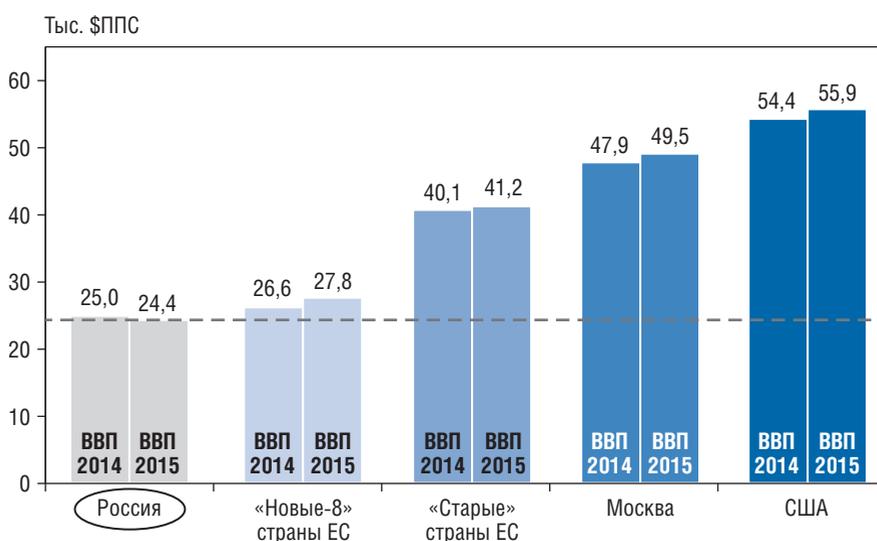
Коэффициент рождаемости

На рис. 2 показана динамика коэффициента рождаемости (число родившихся живыми на 1 тыс. населения в год) в России и в странах ЕС. В нашей стране с 1987 по 1999 г. коэффициент рождаемости уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3), однако затем начал постепен-

но расти и достиг в 2015 г. 13,3 родившихся на 1 тыс. населения, превысив данный показатель в странах ЕС. Во многом эта положительная динамика связана с демографической политикой и мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2005–2009 гг., а не только с увеличением числа женщин детородного возраста (Вишневский А.Г., 2008). Однако наблюдаемый в последние годы положительный рост не позволяет достичь уровня 1980 г., когда коэффициент рождаемости в нашей стране составлял 15,9. Следует отметить, что по сравнению с 1980 г. число родившихся живыми на 1 тыс. населения в год в России сократилось на 16%, а в «новых-8» странах ЕС – на 43%, в «старых» странах ЕС – на 22%. На сегодняшний день коэффициент рождаемости в России в 1,3 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС.

Коэффициент фертильности

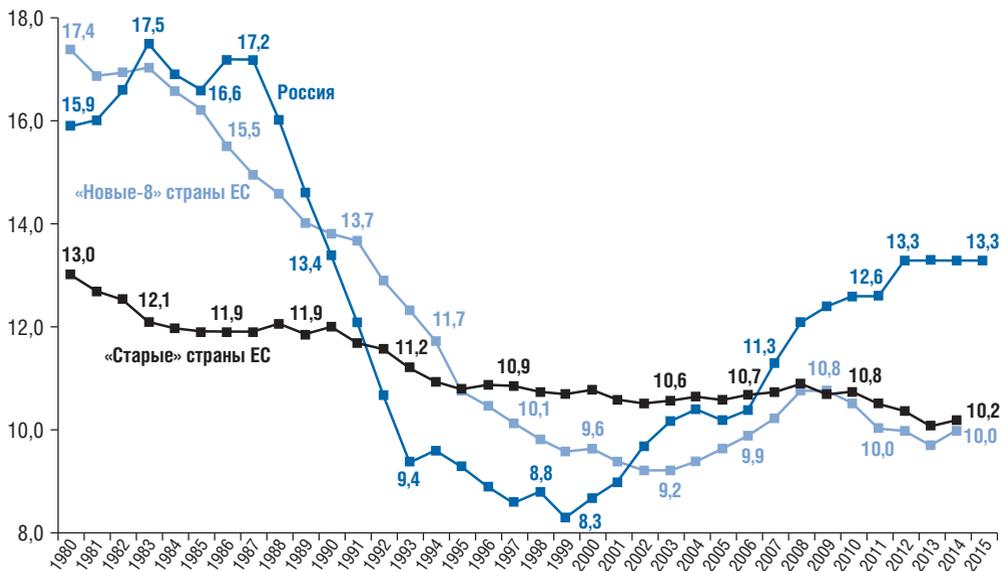
Общий коэффициент фертильности (число детей, рожденных одной женщиной репродуктивного возраста) представлен на рис. 3. Этот коэффициент показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении



Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Росстат.
 «Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию и Словению, близкие к РФ по экономическому развитию.
 \$ППС – паритет покупательной способности по доллару, по данным ОЭСР, курс 1 \$ППС в 2013 г. составил 20,5 руб., в 2014 г. – 21,3 руб., в 2015 г. – 22,6 руб.

Рис. 1. Валовой внутренний продукт на душу населения

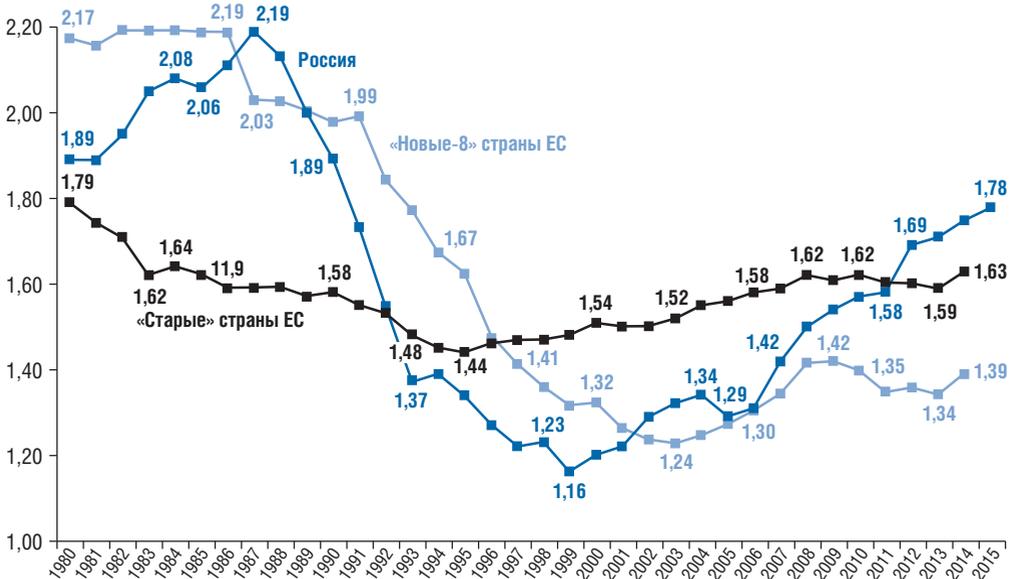
Число родившихся живыми на 1 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 2. Динамика общего коэффициента рождаемости в России, в «новых» и «старых» странах Евросоюза с 1980 г.

Среднее число детей, рожденных одной женщиной репродуктивного возраста (15–50 лет)



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 3. Динамика общего коэффициента фертильности в России, в «новых» и «старых» странах Евросоюза с 1980 г.

нии всего репродуктивного периода (т.е. от 15 до 50 лет) при сохранении повозрастной рождаемости на уровне того года, для которого вычисляется показатель. В отличие от общего коэффициента рождаемости его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данном календарном году¹. Из представленных данных следует, что с конца 1980-х гг. этот коэффициент в России постепенно снижался, а с 2000 г. наметилась положительная тенденция в увеличении данного показателя до значения 1,78. Начиная с 2005 г. коэффициент фертильности растет, и в 2015 г. он был на 28% выше, чем в «новых-8» странах ЕС. Однако в России пока еще не удалось достичь уровня 1980 г. – 1,89 (снижение на 6%). За этот же период в «новых-8» странах ЕС коэффициент фертильности сократился на 36%, в «старых» странах ЕС – на 9%. На сегодняшний день коэффициент фертильности в России в 1,3 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС.

Чтобы обеспечить воспроизводство населения страны, коэффициент фертильности должен равняться 2,14. Снижение рождаемости в России связано с двумя факторами: с одной стороны, с распадом СССР и ухудшением социально-экономических условий для рождения второго и последующего детей, с другой – с поведенческим фактором семей, вызванным урбанизацией, ростом образовательного уровня женщин и т.д. Последний фактор имеет место в большинстве развитых стран и странах с переходной экономикой².

Коэффициент младенческой смертности

На рис. 4 представлена динамика коэффициента младенческой смертности – число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми. Наименьшее значение коэффициента младенческой смертности в 2015 г. было в «старых» странах ЕС – 3,3. По сравнению с 1980 г. коэффициент младенческой смертности

снижается во всех странах: в России – на 70%, в «новых-8» странах ЕС – на 80%, в «старых» странах ЕС – на 73%. Однако в 2015 г. в России он был в 1,6 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС.

В структуре причин младенческой смертности более $\frac{2}{3}$ случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери (рис. 5). Около 15% причин приходится на внешние причины, болезни органов дыхания и пищеварения, а также на инфекционные болезни.

В России с 1970 по 2015 г. младенческая смертность снижается по всем классам причин смертности (рис. 6). Рассматривая причины смертности в динамике можно отметить, что наименее интенсивно снижается младенческая смертность от отдельных состояний в перинатальном периоде. С 1970 г. младенческая смертность от болезней органов дыхания снизилась в 30,2 раза, а от болезней органов пищеварения – в 27,3 раза, от инфекционных болезней – в 4,6 раза.

Коэффициент перинатальной смертности

Как уже было отмечено выше, более 50% случаев смерти в структуре причин младенческой смертности связаны с отдельными состояниями в перинатальный период. Перинатальная смертность включает случаи мертворождения, а также ранней младенческой смертности, т.е. до 7 полных суток от рождения, на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми. Динамика этого показателя в России, в «новых-8» и «старых» странах ЕС с 1980 г. представлена на рис. 7. По сравнению с 1980 г. коэффициент перинатальной смертности снижается во всех странах: в России – на 47%, в «новых-8» странах ЕС – на 76%, в «старых» странах ЕС – на 48%. Однако в 2015 г. в России он был в 2,3 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС. На рис. 7 также виден скачок роста показателя в 2012 г. Это связано с тем, что с 2012 г. в России введены новые критерии, рекомендо-

¹ http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/mdemo2.htm.

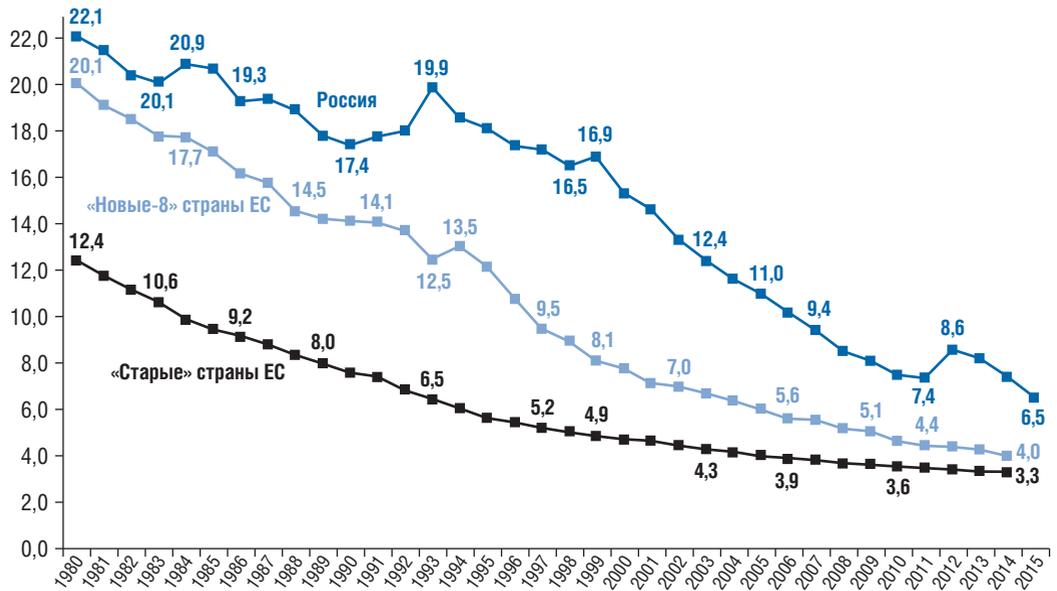
² Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать*. 2-е изд. М. : Г ЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.

ванные Всемирной организацией здравоохранения, согласно которым в статистике перинатальной смертности учитываются все плоды массой от 500 г или сроком от 22 полных недель гестации, а также новорожденные до 7 дней.

Коэффициент смертности детей по возрастным группам

В России за последние 25 лет коэффициенты смертности снижаются во всех группах детей и подростков (рис. 8). Наиболее интенсивное

Число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 4. Динамика коэффициента младенческой смертности в России, в «новых» и «старых» странах Евросоюза с 1980 г.



Рис. 5. Причины младенческой смертности в России

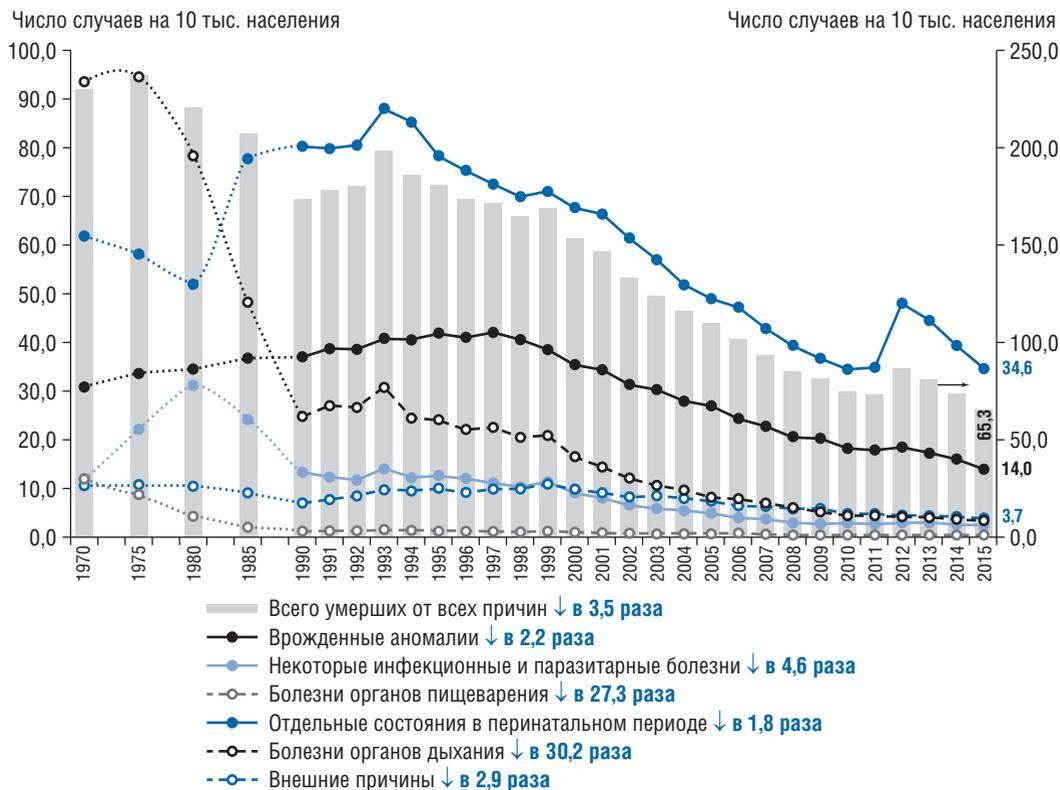


Рис. 6. Динамика причин младенческой смертности в России

сокращение наблюдается в возрастных группах от 0 до 9 лет – в 2,4–2,5 раза, от 10 до 19 лет – в 1,3–1,4 раза.

Динамика структуры причин смертности детей (в возрасте 0–14 лет) в России показана на рис. 9. Она снижается по всем причинам смертности, кроме болезней системы кровообращения, которая выросла в 1,3 раза. Сократить смертность от болезней органов дыхания удалось в 3,9 раза, от инфекционных болезней – в 3,1 раза. В 2,2 раза снизился коэффициент смертности детей от новообразований, от внешних причин – в 2 раза.

Задача снижения смертности в возрасте до 5 лет включена в Цели развития тысячелетия³. В России с 1990 по 2015 г. число умерших де-

тей в возрасте до 5 лет снизилось более чем на 60% (рис. 10), в «новых-8» странах ЕС – на 71%, в «старых» странах ЕС – на 57%. Однако, значение данного показателя в 2015 г. в России было в 1,7 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС.

II. Показатели здоровья детей и подростков

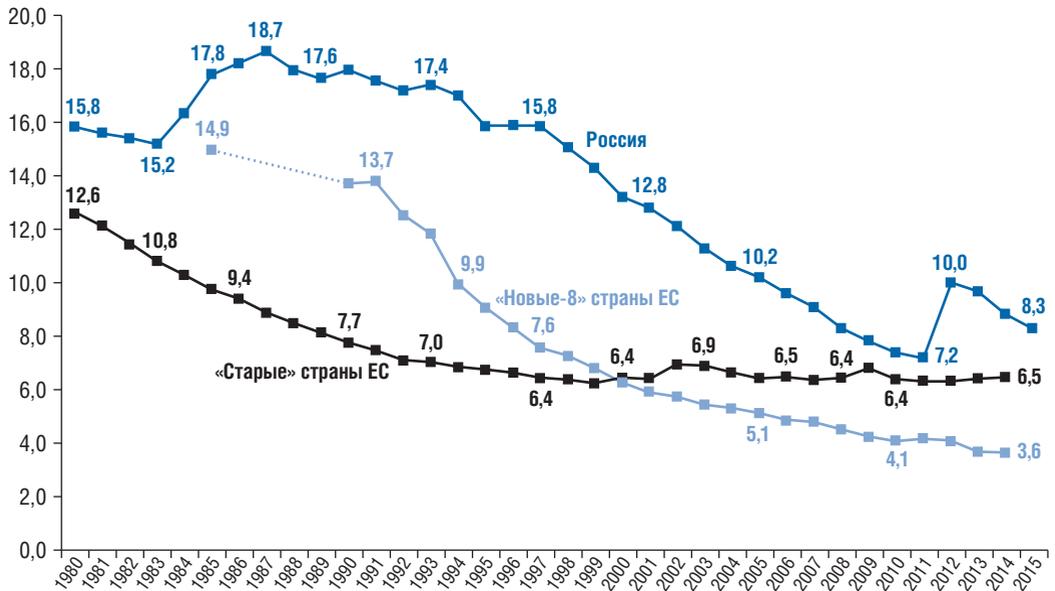
1. Показатели здоровья детей (0–14 лет)

В России с 1980 по 2014 г. доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, выросла в 4,2 раза (рис. 11).

Число детей, родившихся недоношенными (темный столбик на рис. 11), за рассматриваем-

³ UN Millenium Development Goals (MDG), <http://www.un.org/millenniumgoals>.

Число умерших на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 7. Динамика коэффициента перинатальной смертности в России, в «новых» и «старых» странах Евросоюза с 1980 г.

Число умерших на 1 тыс. населения соответствующего пола и возраста

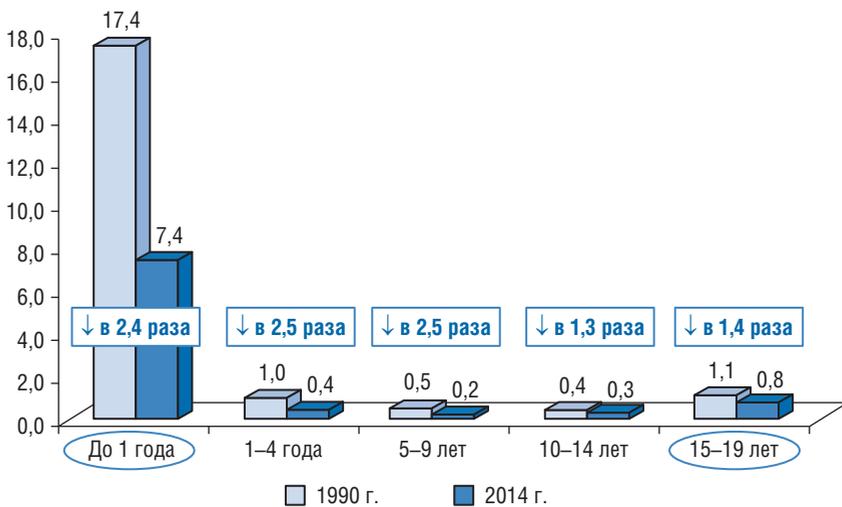


Рис. 8. Число умерших на 1 тыс. населения соответствующего пола и возраста в России

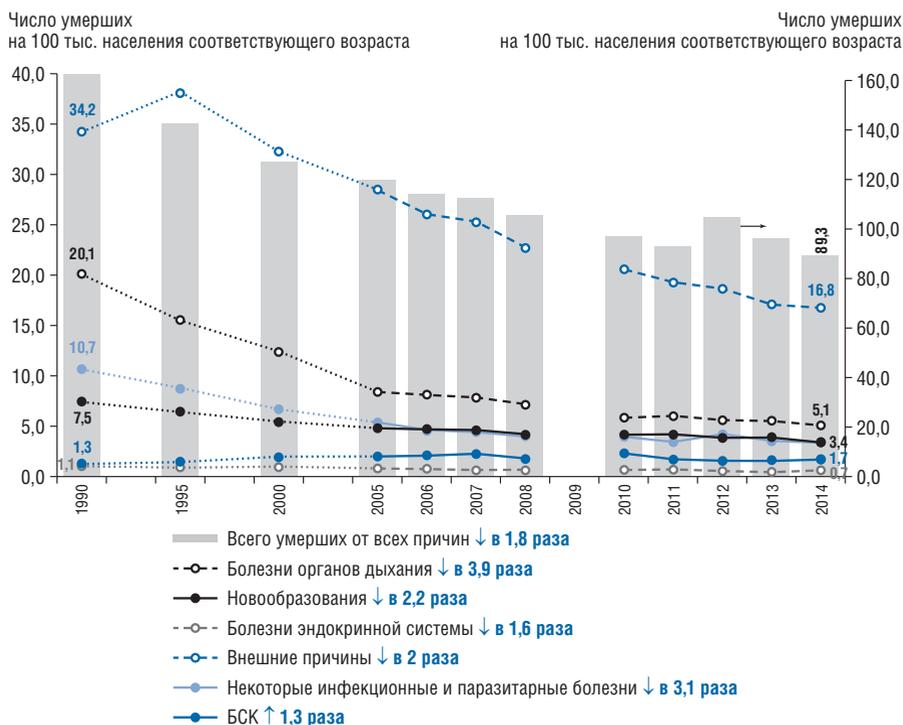


Рис. 9. Динамика структуры причин смертности детей в России

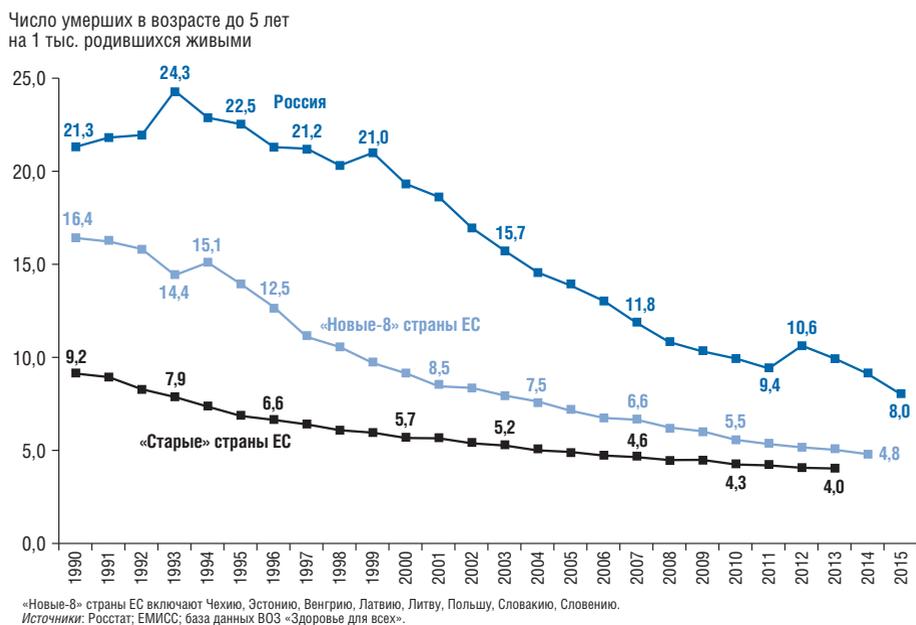


Рис. 10. Динамика числа умерших детей в возрасте до 5 лет в России, в «новых» и «старых» странах ЕС с 1990 г.

мый период практически не изменилось. Однако в 1990-е гг. наблюдалось снижение числа детей, родившихся недоношенными, но с 2000 г. число таких детей увеличилось в 1,5 раза.

Первичная заболеваемость детей в России с 1990 по 2015 г. выросла практически по всем классам болезней (кроме инфекционных болезней и болезней нервной системы). Первичная заболеваемость от новообразований увеличилась в 4,6 раза, от врожденных аномалий – в 4,1 раза, от болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 4 раза, от болезни системы кровообращения – в 3,8 раза и т.п. (рис. 12).

Структура общей заболеваемости детей в России в 2015 г. представлена на рис. 13. Наиболее распространенным случаем заболевания среди детей является общая заболеваемость от

болезней органов дыхания (54,8%), болезни органов пищеварения – 5,9%, болезни глаза – 5,4%, внешние причины – 4,7%, болезни кожи – 4,4% и т.п.

Общая заболеваемость детей по классам болезней в России с 2005 по 2015 г. выросла на 1% (рис. 14). Наиболее интенсивный рост наблюдается от врожденных аномалий – на 27%, от болезней органов дыхания – на 12%. Также увеличилась общая заболеваемость от болезней нервной системы (на 10%), болезней уха (на 3%). С 2005 по 2015 г. общая заболеваемость сократилась по следующим классам болезней: отдельные состояния перинатального периода – на 32%, инфекционные болезни – на 17%, болезни органов пищеварения – на 15%, болезни эндокринной системы – на 10%.



Рис. 11. Динамика доли детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности в России

Число случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста



Источники: сборник Росстата «Здравоохранение России». Данные по классу «болезни глаза и его придаточного аппарата» и «болезни уха и сосцевидного отростка» с 1999 г.

Рис. 12. Структура первичной заболеваемости детей (0–14 лет) в России

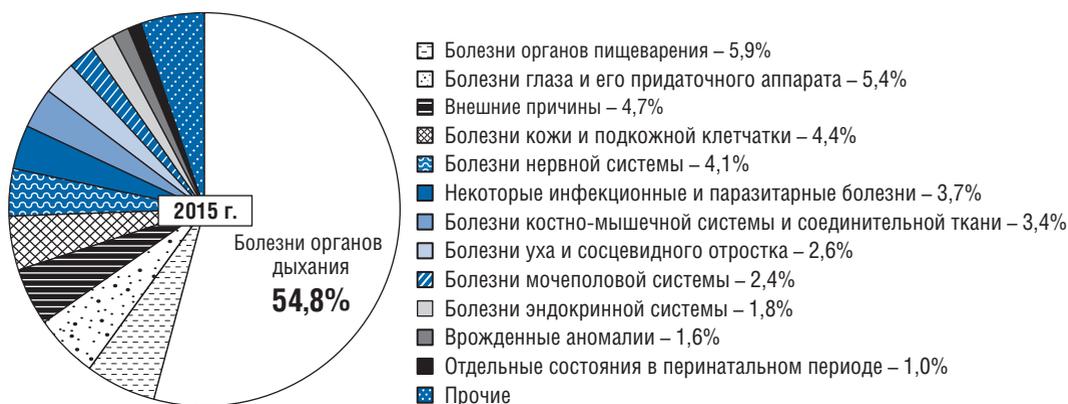


Рис. 13. Структура общей заболеваемости детей (0–14 лет) в России в 2015 г.

2. Показатели здоровья подростков (15–17 лет)

Первичная заболеваемость подростков в России с 1991 по 2015 г. выросла по всем клас-

сам болезней (рис. 15). Наиболее интенсивно увеличилась первичная заболеваемость от болезней крови (в 8,3 раза), новообразований

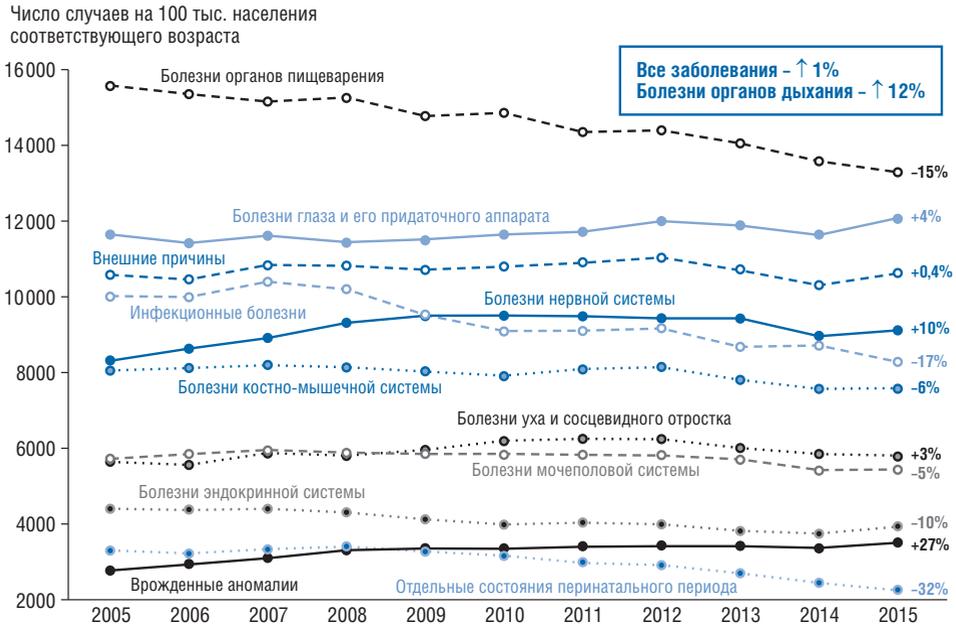


Рис. 14. Динамика общей заболеваемости детей (0–14 лет) в России



Рис. 15. Структура первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в России

(в 7,5 раза), мочеполовой системы (в 5,6 раза), эндокринной (в 5,5 раза) и костно-мышечной (в 5,4 раза) и т.п.

Структура общей заболеваемости подростков в России в 2015 г. представлена на рис. 16. Так же, как и среди детей, у подростков наиболее распространенным заболеванием являются болезни органов дыхания – 33,8%. По 7–10% в структуре общей заболеваемости занимают болезни костно-мышечной системы, внешние причины, болезни органов пищеварения и болезни глаза. Примерно по 5% приходится на болезни мочеполовой системы, болезни кожи и болезни нервной системы.

Общая заболеваемость подростков по классам болезней в России с 2005 по 2015 г. выросла на 22% (рис. 17). Рост наблюдается по всем классам болезней, кроме инфекционных. Наиболее интенсивно возросла общая заболеваемость от новообразований – на 73%, внешних причин – на 42%, болезней уха – на 39%, болезней нервной системы – на 35% и т.п.

3. Детская инвалидность

В структуре причин первичной детской инвалидности (0–17 лет) в России в 2015 г. преобладали психические расстройства (25,8%)

и болезни нервной системы (23,9%) (рис. 18). Врожденные аномалии составили 17,7%, болезни эндокринной системы – 6,8%, болезни уха – 5,6%.

Динамика первичной детской инвалидности (0–17 лет) в России по классам болезней представлена на рис. 19. С 2000 по 2014 г. наблюдается рост детской инвалидности от болезней эндокринной системы на 43%, от психических расстройств – на 30%, от болезней системы кровообращения – на 24%, от новообразований – на 19% и т.п. По некоторым классам болезней произошло снижение первичной детской инвалидности: внешние причины – на 60%, болезни мочеполовой системы – на 56%, болезни органов дыхания – на 52% и т.п.

III. Показатели, определяющие мощность педиатрической службы

На рис. 20 показана динамика показателей обеспеченности детского населения педиатрическими койками и педиатрами (с аспирантами, клиническими ординаторами, интернами), а также врачами-педиатрами участковыми. Видно, что в России с 2000 по 2015 г. обеспечен-

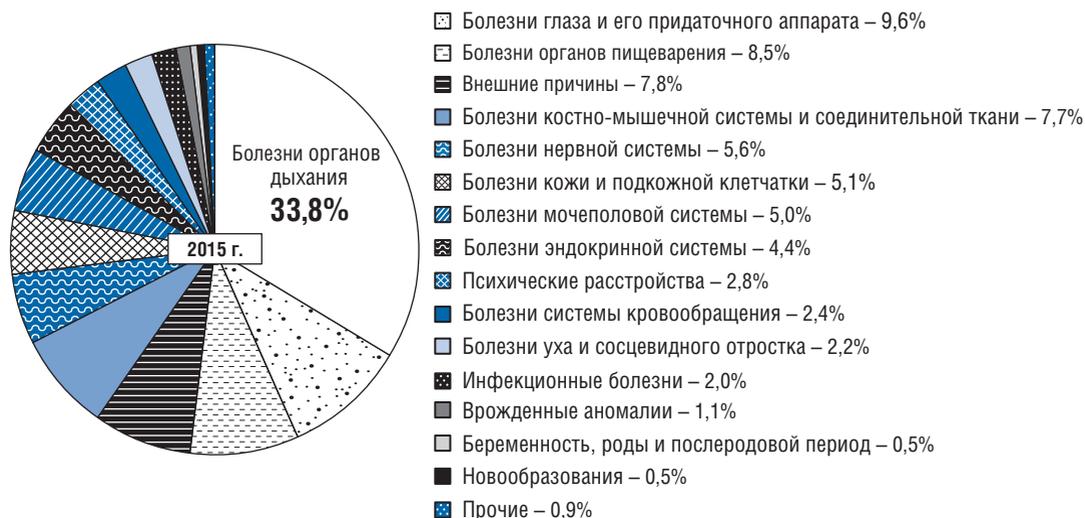


Рис. 16. Структура общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в России в 2015 г.

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

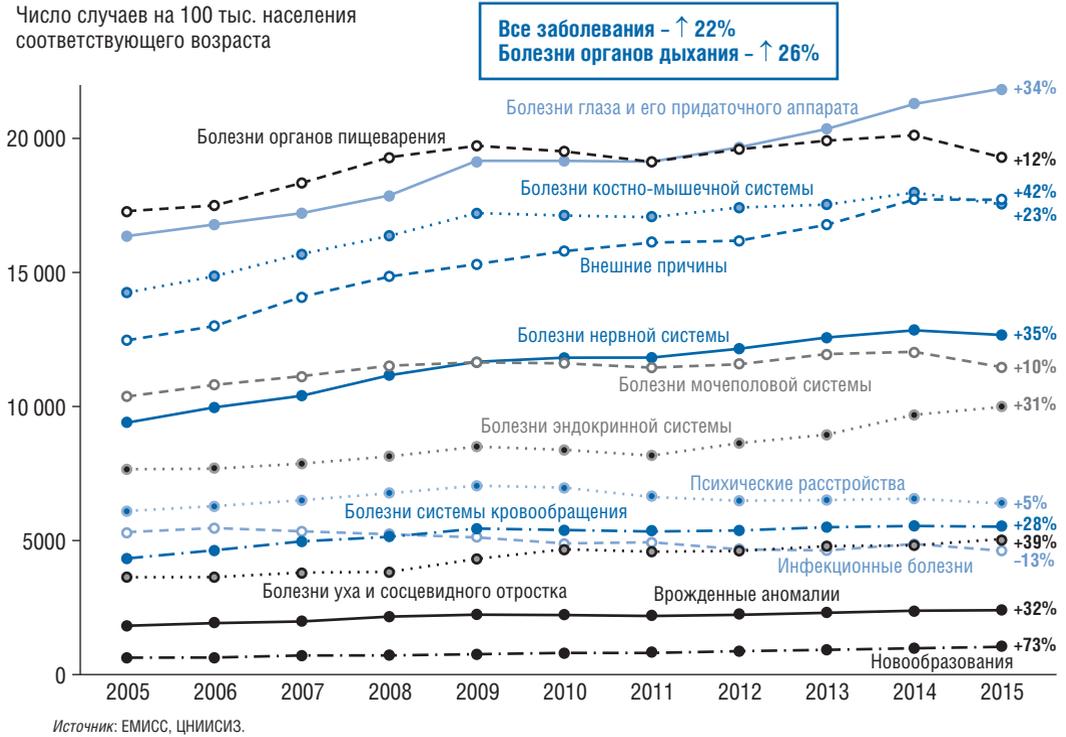


Рис. 17. Динамика общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в России

ность педиатрическими койками сократилась в 1,9 раза (с 35,5 до 19,1), педиатрами – в 1,3 раза (с 25,3 до 19,3). С 2007 г. наблюдается снижение обеспеченности детского населения врачами-педиатрами участковыми на 13% (с 10,5 до 9,1).

Сегодня число врачей-педиатров участковых в России составляет 26 тыс. Расчеты показывают, что таких врачей необходимо 36,3 тыс. Расчет сделан следующим образом: численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 чел.⁴. Тогда врачей-педиатров участковых необходимо 36,3 тыс. {29 млн ÷ 800}, где 29 млн – численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет. Таким об-

разом, в России на сегодняшний день не хватает более 10 тыс. врачей-педиатров участковых.

По прогнозам Росстата (средний вариант), к 2020 г. численность детей и подростков возрастет на 1,8 млн человек, или на 7%, что усугубит дефицит врачей-педиатров участковых.

Выводы

1. В России с 1980 по 2015 г. показатель младенческой смертности снизился на 70%, перинатальной смертности – на 47%. Однако по сравнению с «новыми-8» странами ЕС в России коэффициент младенческой смертности в 1,6 раза выше, коэффициент перинатальной смертности – в 2,3 раза выше. Это говорит о на-

⁴ Приказ Минздравсоцразвития России от 04.08.2006 № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» (утратил силу).



Рис. 18. Структура причин первичной детской инвалидности (0–17 лет) в России в 2015 г.



Рис. 19. Динамика первичной детской инвалидности (0–17 лет) в России по классам болезней

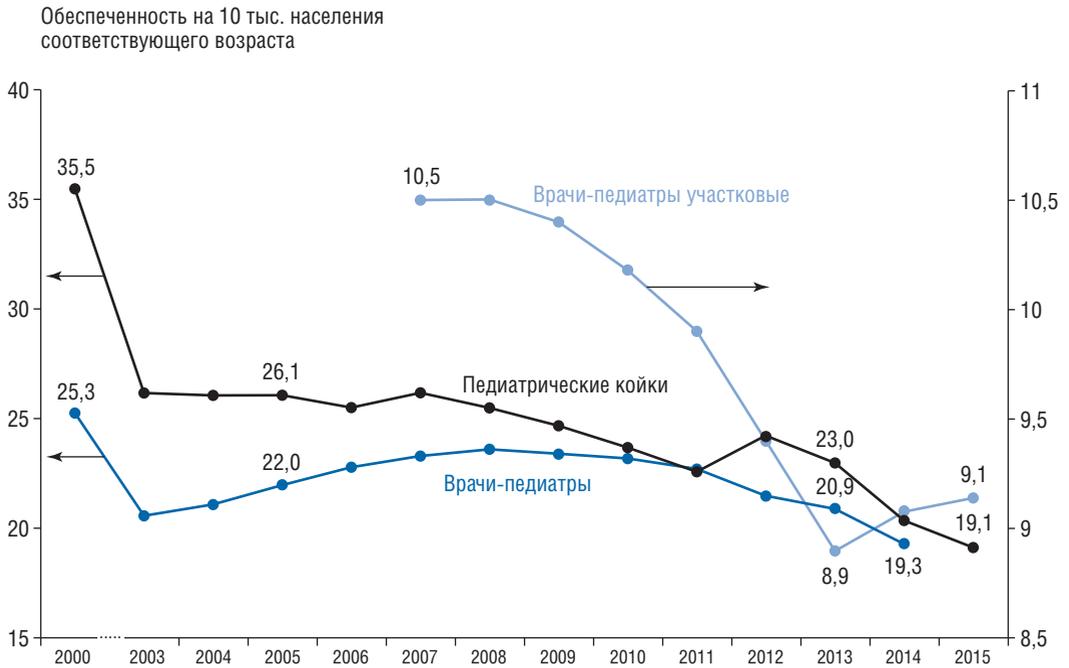


Рис. 20. Динамика показателей работы педиатрической службы в России

личии существенных резервов в улучшении данных показателей.

2. В России с 1990–1991 по 2015 г. показатели первичной заболеваемости детей и подростков резко возросли практически по всем классам болезней.

3. В структуре причин детской инвалидности (0–17 лет) преобладают психические расстройства (26%) и болезни нервной системы (24%). Эти причины являются предотвратимыми и управляемыми методами своевременной профилактики, лечения и реабилитации.

4. В России с 2000 по 2015 г. факторы, определяющие мощность педиатрической службы сократились: обеспеченность детского населения педиатрами – в 1,3 раза, педиатрическими койками – в 1,9 раза. С 2007 г. обеспеченность врачами-педиатрами участковыми сократилась на 13%. Сегодня их дефицит превысил 10 тыс. врачей от установленных нормативов.

5. Для улучшения показателей здоровья детей и подростков необходимо предпринять меры по совершенствованию работы педиатрической службы – привести мощности педиатрической службы в соответствие с потребностями детского населения в профилактической и медицинской помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), ответственный

секретарь Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Калашникова Александра Владимировна – научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: divine8585@mail.ru

Мокляченко Алина Викторовна – кандидат технических наук, старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: moklyachenko@mail.ru

«Нас учили врачевать. А управление медицинской организацией – это другой вид профессиональной деятельности...»



Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) провела первый выездной цикл подготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» в Ямало-Ненецком автономном округе (ЯНАО). Он состоялся на базе Новоуренгойской центральной городской больницы. Слушателями стали 27 человек – это главные врачи и заведующие отделениями медицинских организаций ЯНАО, которые будут включены в кадровый резерв. О том, что нового может предложить ВШОУЗ руководителям российского здравоохранения и есть ли у российской системы здравоохранения резервы повышения эффективности, мы беседуем с ректором ВШОУЗ, доктором медицинских наук Гузелью Улумбековой.

– Гузель Эрнстовна, с какой целью Вы организовали ВШОУЗ, ведь на рынке образовательных услуг достаточно предложений по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»?

Главная миссия – создать критическую массу руководителей здравоохранения, которые **могут мыслить по-новому**. По-новому – это значит, увидеть здравоохранение как единое целое, понимать главные взаимосвязи и балансы отрасли, освоить ее экономику и финансы. Приобрести навыки лидера и управления персоналом, и, наконец, овладеть современными технологиями управления медицинскими учреждениями. А в этом вопросе у нас в России предстоит очень большая работа. Мы поставили задачу сформировать такую программу, которая сможет комплексно охватить все эти аспекты. Не хочу, чтобы российскому здравоохранению продолжали давать советы только экономисты и финансисты. Ведь нас учили науке врачевать, а управление медицинской организацией – это другой вид профессиональной деятельности, которым еще нужно овладеть. Другими словами, если хотим сами руководить отраслью – **надо приобрести необходимые компетенции**. Хорошая новость: врач при качественном обучении сможет освоить базовые экономические знания и стать эффективным руководителем здравоохранения, а вот экономистам и финансистам будет очень сложно освоить науку врачевания, соответственно, им гораздо труднее понять базовые балансы отрасли.

Что касается моих коллег, которые ведут преподавание по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» в других образовательных организациях, с удовольствием объединю усилия с теми, кто готов поднять планку обучения на высокий уровень. Уверена, что работы хватит всем.

– ВШОУЗ – молодая организация, ведь вам всего 1,5 года. Как Вы гарантируете обучающимся высокий стандарт обучения?

История ВШОУЗ началась не с чистого листа, мы копили опыт по организации и управлению здравоохранением **почти 20 лет**. Все началось с издательства «ГЭОТАР-Медиа». Каждый день вместе с нашими авторами, а их около 3000, мы думаем и делаем все, чтобы медицинское образование, а значит, и качество медицинской помощи, стали лучше. Нашими усилиями созданы учебники нового поколения, серия национальных руководств по всем медицинским специальностям, современные лекарственные справочники, электронные библиотеки для студентов и врачей. Мы стали идеологами и разработчиками системы непрерывного медицинского образования. Уже 8 лет мы проводим международную конференцию «Росмедобор. Инновационные обучающие технологии в медицине» и 5 лет – конференцию «Оргздрав. Эффективное управление медицинской организацией». Два издания моей монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» для многих моих коллег стали настольными. Я выступила одним из авторов и редакторов национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (2013); редактором переводной книги «Международные стандарты аккредитации медицинских организаций» (2013) и руководства «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях» (2016). Более 10 лет я занимаюсь экспертной деятельностью для Государственной Думы РФ, Общественной и Торгово-промышленной палат РФ, Общероссийского народного фронта. Только за последние 1,5 года нами подготовлены около 60 аналитических справок по наиболее острым вопросам российского здравоохранения. Все это помогает держать руку на пульсе отрасли.

– Ежедневно главных врачей разрывают на части начальство, персонал, порой недовольные пациенты и проверяющие структуры. Им приходится действовать в условиях нехватки ресурсов. Чем ВШОУЗ может помочь?

– Мы даем знания по стратегическому и оперативному управлению медицинской организа-

цией и практические инструменты для их внедрения в практику. Уверена, в каждой организации даже в условиях ограничения кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов, есть резервы повышения эффективности. Для этого в программе принимают участие специалисты из России, которым самим удалось достичь немалых успехов в управлении. Например, в ЯНАО преподавал к.м.н. Ильдар Индусович Хайруллин – главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера Республики Татарстан. Когда он занимал пост главного врача Больницы скорой медицинской помощи в г. Набережные Челны, она стала первой государственной организацией в РФ, которая успешно прошла международную аккредитацию JCI (Joint Commission International – Международной объединенной комиссии), получила сертификаты по системам EFQM (European Foundation for Quality Management – Европейский фонд управления качеством) и ISO 9001-2008 (International Organization for Standardization – Международная организация по стандартизации). Своим опытом делилась к.м.н. Евгения Юрьевна Лудупова – главный врач Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко Республики Бурятия. Она имеет 20-летний успешный опыт управления крупнейшим учреждением республики.

Мы также планируем на регулярной основе приглашать лекторов из-за рубежа. Первыми к нам приедут и выступят на конференции «Оргздрав–2017» (18–19 мая) Ричард Сигрист (Richard Siegrist) – профессор и преподаватель Гарвардской школы общественного здоровья и Питер Пистерс (Peter Pisters) – президент и генеральный директор University Health Network. Ричард Сигрист ведет циклы по финансово-экономическому анализу деятельности медицинских организаций, по управленческому контролю, у него колоссальный практический опыт – он сам руководил компаниями по повышению эффективности медицинских организаций, а также создал проекты по разработке ПО для больницы: в сфере управления потоками пациентов, учета издержек, и др. Питер Пистерс имеет огромный опыт в организации здравоохранения. Он более 10 лет проработал

в крупнейшем в США Онкологическом центре им. М.Д. Андерсона (MD Anderson Cancer Center): начал карьеру с должности ассистента профессора хирургии и впоследствии стал вице-президентом по региональному развитию медицинской помощи. Сегодня профессор Пистерс возглавляет крупнейший в Канаде и Северной Америке медицинский научно-исследовательский институт. **Так что было бы желание, а знания и навыки мы готовы предоставить.**

– Вы упомянули Гарвард... Скептики могут парировать, что Гарвард – это, конечно, хорошо, но в США организаторы здравоохранения работают в других условиях. Применим ли зарубежный опыт управления в России?

– Соглашусь с ними... Расходы на здравоохранение в США **в 7 раз выше**, чем в РФ в сопоставимых ценах (соответственно 1400\$ и 9400\$ ППС). Но практически все современные управленческие технологии, которые сегодня применяются в медицинских учреждениях развитых стран, применимы и у нас в России. Они пришли к нам из машиностроения, авиации, строительства атомных станций. Это бережливое производство, которое первоначально было апробировано в концерне Toyota, стандарты ISO, стандарты аккредитации, процессный подход. В части управления качеством медицинской помощи американцы сделали революционный прорыв, нам необходимо срочно наверстывать упущенное. Я сама, чтобы освоить эти новые технологии, в настоящее время обучаюсь по программе MBA для руководителей здравоохранения высшего звена **в Гарвардском университете**. А это не шутки – Гарвардский университет занимает первое место в мире по рейтингу Times Higher Education World Reputation Rankings – 2015. Кстати, из России я пока первая за 15 лет, кто обучается по этой программе, поэтому у меня непростые задачи: во-первых, не ударить в грязь лицом перед американскими коллегами, а во-вторых, принести новые знания и методологию преподавания на родную землю. А методология преподавания у них фантастическая – это и разборы ситуационных задач (кейсы), работа в командах, встречи с интересными специалистами,

практические домашние задания, презентации перед группой. За нами установлен неусыпный контроль, нас заставляют соревноваться, нам ставят оценки. Например, домашние задания нужно выполнять не просто к определенному времени, а к определенному часу. Сдал работу на 15 мин позже – минус 1 балл. Честно скажу, эта учеба требует от меня серьезного напряжения, но и приносит огромное удовлетворение.

– Чем еще занимается ВШОУЗ? Мы видели, что Вы опубликовали рейтинги регионов?

– Во ВШОУЗ создана экспертно-аналитическая группа, которая занимается оценкой состояния здоровья населения и деятельности систем здравоохранения регионов. Мы ведем базы данных с советского периода. Анализируем опыт других стран, причем с учетом экономических, демографических и климатогеографических различий регионов. Интересно, что рейтинг эффективности систем здравоохранения субъектов РФ (мы его разработали на основе международной методики агентства Bloomberg) показал, что не всегда самые богатые по финансированию здравоохранения регионы – самые лучшие по результатам здоровья населения. Это доказывает, что в российском здравоохранении даже при нынешней ресурсной обеспеченности есть существенные резервы повышения эффективности. Вы можете ознакомиться с этим рейтингом на нашем сайте **www.vshouz.ru**. Ранее нашей командой были подготовлены стратегии развития здравоохранения для Самарской и Иркутской областей, для медицинских служб ОАО «РЖД» и Банка России. Сейчас идет работа над стратегиями развития здравоохранения для Республики Башкортостан и ЯНАО.

– И в заключение... История ВШОУЗ только начинается, как измерить, что Вы достигли заявленной цели и выполнили свою миссию?

– Я обозначила временные рамки – два года. За это время ВШОУЗ должна создать критическую массу эффективных управленцев, которые смогут вывести здравоохранение России **на траекторию взлета**.

Непрерывное медицинское образование в России: что уже сделано и пути развития

Г.Э. Улумбекова^{1, 2},
З.З. Балкизов¹⁻³

¹ Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

² Ассоциация медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), Москва

³ Ассоциация по медицинскому образованию в Европе (АМЕЕ)

В данной статье тема непрерывного медицинского образования (НМО) обсуждается в двух плоскостях: с одной стороны представлены итоги развития НМО в России, с другой – перечислены вопросы, которые необходимо обсудить со всеми заинтересованными сторонами. Предложено создать Совет по НМО при Национальной медицинской палате, который будет определять дальнейшее развитие НМО в России. Подчеркивается, что в состав этого Совета должны войти представители всех медицинских профессиональных некоммерческих обществ, в том числе не являющиеся в данный момент членами НМП. В рамках Совета предлагается организовать отдел по оценке соответствия образовательных мероприятий и материалов установленным стандартам.

Ключевые слова:

непрерывное медицинское образование, повышение квалификации, аккредитация медицинских кадров

Continuing medical education in Russia: what is already made and what are the path of development

G.E. Ulumbekova^{1, 2},
Z.Z. Balkizov¹⁻³

¹ Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

² Association of Medical Societies for Quality of Medical Care and Medical Education (ASMOK), Moscow

³ Association for Medical Education in Europe (AMEE)

The article discusses the theme of the continuing medical education (CME) in two planes. It presents the analysis of development of CME in Russia and with another hand it provides the questions which need to be discussed with all concerned parties for the purpose of further effective development of CME. It is offered to create Council for CME affiliated with the National Medical Chamber (NMC) which will resolve all these issues and to determine further development of CME in Russia. Authors emphasized that the representatives of all medical professional noncommercial societies have to be a part of Council for CME, including those, which aren't members of the National Medical Chamber yet. Within this council it is offered to create the department for assessment of compliance to the established standards of educational events and materials.

Keywords:

continuing medical education, professional development, accreditation of medical personnel

Сокращения

МПНКО – медицинское профессиональное некоммерческое общество

НКО – некоммерческая организация

НМО – непрерывное медицинское образование

НМП – Национальная медицинская палата

НП – некоммерческое предприятие

О координационном совете по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования (далее – Совет) был создан в рамках соглашения между Минздравом России и Некоммерческим предприятием «Национальная медицинская палата» (приказ Минздрава России от 18.02.2013 № 82). Приказом № 83 определен состав Совета, в него вошли представители всероссийских профессиональных обществ по специальностям, а также руководители медицинских вузов и Минздрава России. Сопредседателями Совета стали президент НМП Леонид Михайлович Рошаль и первый заместитель министра здравоохранения Игорь Николаевич Каграманян.

Для обеспечения эффективной работы Совета на первом заседании были созданы следующие рабочие органы:

Рабочая группа 1 – по разработке нормативных документов по развитию НМО и проведению пилотных проектов (руководитель – А.А. Свистунов).

Рабочая группа 2 – по методологии создания учебных и контрольно-измерительных материалов (руководитель – А.Г. Чучалин).

Рабочая группа 3 – по внедрению инновационных образовательных технологий в НМО (руководитель – Г.Э. Улумбекова).

Комиссия по оценке соответствия образовательных мероприятий и материалов для НМО установленным требованиям (руководитель – Н.Д. Юшук, ответственный секретарь – З.З. Балкизов).

В рамках деятельности Совета рабочие группы подготовили следующие документы:

1. Методические рекомендации по реализации модели отработки основных принципов НМО для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций.

2. Методология создания контрольно-измерительных материалов.

3. Методология создания клинических рекомендаций.

4. Методология создания электронных образовательных модулей.

5. Проект приказа Минздрава России «О модели отработки основных принципов НМО с участием МПНКО».

6. Требования к образовательным мероприятиям и материалам.

7. Порядок проведения оценки образовательных мероприятий на соответствие установленным требованиям.

Со всеми вышеперечисленными документами можно ознакомиться на сайте www.sovetnmo.ru. В 2013–2014 гг. заседания Совета проводились не реже 1 раза в квартал, на заседаниях обсуждались проекты документов, промежуточные этапы реализации пилотного проекта по внедрению НМО в РФ и предложения по совершенствованию этой системы.

Основные принципы реализации непрерывного медицинского образования в пилотном проекте

По инициативе НМП, с 2013 г. по настоящее время проводится проект по отработке основных принципов НМО с участием профессиональных некоммерческих организаций, который координируется Советом.

Проект реализуется согласно приказу Минздрава России от 11.11.2013 № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций». В 2013–2015 гг. проект реализовывался 15 образовательными организациями Минздрава России и 12 МПНКО по специальностям (на основании договоров о сетевой форме реализации образовательных программ с вузами). Образовательные программы продолжительностью

144 ч реализовывались совместно вузами (108 ч) и НКО (36 ч), при этом не менее 50% программы – с использованием дистанционных образовательных технологий. 1 ч образовательной активности приравнивался 1 кредиту (баллу). Участники проекта принимали участие на добровольной основе. Для них был разработан электронный портал (www.sovetnmo.ru), на котором они могли заполнять свой индивидуальный план обучения (портфолио), получать доступ к электронным модулям, а также информацию об образовательных мероприятиях.

Медицинские профессиональные некоммерческие организации предоставляли 2 вида образовательной активности: образовательные мероприятия и электронные учебные материалы (электронные модули). Организаторами образовательных мероприятий выступали различные поставщики медицинских услуг, рекомендованные профессиональными НКО. Всего с 1 декабря 2013 г. по 29 января 2015 г. было зарегистрировано 234 мероприятия. Образовательный портал и электронные учебные материалы для участников проекта были подготовлены членом – учредителем НМП – Ассоциацией медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК). АСМОК за счет собственных средств разработала электронные модули с участием отечественных авторов, а также провела работу по переводу на русский язык и адаптации 200 модулей для врачей первичного звена по лицензионному договору с Британской медицинской ассоциацией (BMJ-Learning).

В проекте на добровольной основе участвовали 492 врача первичного звена из 12 регионов Российской Федерации. Из них 154 участника набрали свыше 36 ч со средним результатом 47 ч в год. Около 100 участников не заполнили электронное портфолио на портале Совета. Это количество соответствует доле участников, которые при анонимном анкетировании отметили слабое владение информационными технологиями и отсутствие доступа в Интернет. В то же время большое число врачей – участников проекта стали использовать информационные технологии благодаря тому, что приняли в нем участие.

В 2015 г. реализация этого проекта была продолжена в соответствии с приказом Минздрава России от 09.06.2015 № 328 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.2013 № 837 “Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций”». Пункт 7 Приложения 1 этого приказа декларирует, что проект реализуется с 1 декабря 2013 г. по 31 декабря 2020 г. в соответствии с установленным приказом планом-графиком.

Приказ № 328 расширил перечень медицинских специальностей, которые могут принимать участие в проекте. Это привело к взрывному росту количества врачей-участников. Так, в 2015 г. их было около 10 тыс., в 2016 г. – уже 90 тыс. врачей.

Для координации работы вузов и профессиональных организаций в системе НМО силами АСМОК был разработан второй портал для непрерывного медицинского образования с расширенными функциями – www.edu.rosminzdrav.ru. Этот портал передан для дальнейшего обслуживания и развития РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. На портале регистрируются все виды образовательной активности врачей в рамках НМО, включая вузовский компонент и компонент, предоставляемый профессиональными медицинскими обществами и другими поставщиками образовательных услуг.

Работа Комиссии по оценке соответствия образовательных мероприятий и материалов для непрерывного медицинского образования установленным требованиям

В рамках проекта вся образовательная активность (мероприятия и модули), предоставляемая профессиональными обществами, про-

ходит оценку на соответствие установленным требованиям. С 2013 г. по настоящее время оценка проводится Комиссией Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Деятельность комиссии координируется секретариатом и техническими работниками, функционирующим на базе АСМОК. Это 3 специалиста, работающие на основе полной занятости, программист – 0,5 ставки, и менеджер портала – 0,5 ставки.

Заявки на оценку принимаются от организаторов мероприятий **без каких-либо дискриминирующих ограничений**. Оценка проводится на соответствие требованиям, установленным Координационным советом (протокол № 4 от 26.09.2013).

Первый этап оценки – проверка документов, подтверждающих существование юридического лица и наличие видов деятельности, связанных с образованием или организацией мероприятий, а также других формальных требований. Для разработчиков электронных модулей существуют дополнительные технические требования (для совместимости с порталом Совета).

Второй этап – направление заявок по мероприятиям и материалам для рецензирования во всероссийское МПНКО по соответствующей специальности, где они рассматриваются экспертом. В настоящее время в рецензировании участвуют более 600 экспертов. В то же время рецензирование является наиболее длительным этапом оценки, так как оно проводится на безвозмездной основе. Кроме того, в некоторых случаях Комиссия сталкивается с недобросовестной оценкой, причинами которой становятся попытки монополизации права проведения мероприятий для НМО со стороны отдельных профессиональных обществ. Вся процедура оценки проводится Комиссией исключительно на безвозмездной основе для всех участников. Финансирование секретариата и портала Совета осуществляются из собственных средств АСМОК.

В 2015 г. Комиссия провела оценку 574 мероприятий и 134 электронных учебных материалов. В связи с расширением перечня специальностей, по которым проводится обучение в рамках про-

екта в 2016 г., количество заявок превысило 600 в месяц. Для решения сложившихся проблем (слабая мотивация рецензентов, большой поток заявок на оценку соответствия от поставщиков образовательных услуг, что требует дополнительного штата сотрудников, а также претензии на монополию образовательных услуг со стороны отдельных МПНКО) мы считаем, что работу Комиссии Координационного совета необходимо реорганизовать. Для этого предлагаем выделить функции по оценке соответствия мероприятий и материалов из Координационного совета и передать их НП «Национальная медицинская палата». Это можно сделать в рамках соглашения о сотрудничестве между Минздравом России и НМП.

В НМП для реализации функции оценки соответствия образовательных мероприятий и материалов для НМО необходимо создать Совет по НМО, в составе которого обеспечить равное представительство всех профессиональных обществ по специальностям. Создание такого органа при НМП соответствует международной практике и позволит заключать международные соглашения о взаимном признании мероприятий для НМО со странами ЕС и Северной Америки.

Актуальные вопросы дальнейшего развития непрерывного медицинского образования в РФ

«На новый уровень мы выводим и обучение – благодаря порталу непрерывного медицинского образования. На нем в ближайшие годы будет размещено около 2 тыс. учебных модулей для повышения квалификации по всем врачебным специальностям. К 2018 г. повышение квалификации с использованием этих модулей должно пройти не менее 260 тыс. врачей».

**Председатель Правительства РФ
Д.А. Медведев,
30 сентября 2016 г.**

Предполагается, что развитие системы НМО будет включено в приоритетные направления развития здравоохранения на ближайшие годы. Участие МПНКО в НМО предусмотрено приказами Минздрава России (№ 82 и 83 от 18.02.2013). Также в целях повышения качества и ускорения работ по внедрению НМО 24.03.2016. Минздравом РФ руководителям МПНКО было направлено письмо № 16-2/10/2-1766 за подписью заместителя министра здравоохранения И.Н. Каграманяна (см. на сайте www.sovetnmo.ru).

Однако сегодня целый ряд вопросов по дальнейшему развитию НМО требуют совместного обсуждения всех заинтересованных сторон. Часть из них обсуждалась 29 сентября 2016 г. на круглом столе «НМО. Взаимодействие профессионального сообщества, индустрии и провайдеров образовательных услуг». Этот круглый стол состоялся в рамках VII Международной конференции «РОСМЕДОБР–2016» с участием представителей МПНКО и образовательных медицинских организаций.

Главное, что все участники круглого стола единодушно согласились, что **цель внедрения НМО – повышение качества медицинской помощи** путем совершенствования уровня квалификации медицинских и фармацевтических работников, в этой связи все принимаемые решения должны быть направлены на ее достижение. В ходе заседания круглого стола были высказаны следующие предложения **по 6 наиболее актуальным вопросам.**

1. По вопросу об информировании медицинских работников о порядке аккредитации и реаккредитации и новых правилах повышения квалификации (НМО):

Состояние вопроса: в адрес Комиссии по оценке соответствия образовательных материалов и мероприятий Координационного совета НМО (далее – Комиссия) поступают многочисленные вопросы о новых правилах аккредитации и прохождения НМО.

Предложено:

■ после выхода новой редакции приказа Минздрава России № 66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими и фармацевтическими

работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» (в настоящий момент находится на рассмотрении в Правовом департаменте Минздрава России), направить его вместе с другими методическими материалами на имя руководителей МПНКО;

- включить темы о порядке аккредитации и реаккредитации специалистов и новых правилах НМО в повестку дня съездов, конференций и заседаний МПНКО;
- провести цикл обучения по вышеназванному вопросу для кадровых служб органов управления здравоохранением субъектов РФ и представителей МПНКО.

2. По вопросу этического участия производителей медицинских изделий и фармацевтических препаратов (далее – индустрия) в финансировании образовательных мероприятий НМО.

Состояние вопроса: в адрес Комиссии от врачей поступают многочисленные жалобы на рекламное содержание образовательных мероприятий и материалов. В развитых странах участие индустрии регулируется этическим кодексом.

Предложено:

- исключить любую рекламу в системе НМО и обеспечить прозрачность участия индустрии в НМО. За основу требований участия индустрии в НМО взять проект этических требований, разработанный Ассоциацией международных фармацевтических производителей – AIPM (см. в Приложении 2 и на сайте www.sovetnmo.ru). Условие участия индустрии – их согласие и готовность к сотрудничеству в соответствии с названными этическими требованиями.

3. По вопросу скорости и качества рассмотрения заявок от провайдеров (разработчиков) образовательных услуг и материалов на соответствие установленным требованиям НМО (с целью дальнейшего получения индивидуальных кодов участников, на основании которых присваиваются кредиты).

Состояние вопроса: в настоящее время оценка соответствия образовательных материалов (модулей) и мероприятий выполняется **на добровольных началах и безвозмездной основе** Комиссией по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО силами и средствами технического исполнителя – АСМОК. В связи с резким увеличением количества ежемесячно направляемых заявок (в среднем до 600–700 заявок во второй половине 2016 г. в месяц) требуются дополнительные кадровые, а следовательно, и финансовые ресурсы. Также дополнительные средства требуются на оплату труда рецензентов, осуществляющих оценку качества образовательных материалов и мероприятий (в настоящий момент они работают на безвозмездной основе). Этот факт в ряде случаев влечет за собой формализованный подход к рецензированию, что снижает качество и сроки оценки образовательных мероприятий. В каждой стране ЕС процедура оценки соответствия образовательных материалов и мероприятий установленным требованиям платная.

Предложено:

- составить бюджет расходов на проведение процедуры оценки соответствия образовательных мероприятий и материалов установленным требованиям. На основании этого предложить и обсудить размер взноса от провайдеров образовательных услуг на оплату этой процедуры и разработать порядок его взимания. Предварительные расчеты показали: при условии, что в год проходит 8400 заявок на образовательные мероприятия и материалы, и при оплате рецензенту за рассмотрение 1 заявки в размере 3,5 тыс. руб., **размер взноса за рассмотрение одной заявки может составить 4,5 тыс. руб.);**
- передать функции по оценке соответствия образовательных материалов и мероприятий в общероссийскую профессиональную ассоциацию, имеющую соглашение с Минздравом России о сотрудничестве, – НМП, в рамках которой организовать специальный Совет по НМО;

- включить в состав вышеуказанного Совета представителей профессиональных обществ по различным специальностям. Совет должен заниматься вопросами назначения рецензентов, решения спорных случаев и определения дальнейшей политики;
- определить технического исполнителя, уполномоченного осуществлять вышеуказанные работы: 1) администрирование приема заявок и оплаты процедуры оценки соответствия; 2) рассмотрение соответствия заявок перечню формальных требований; 3) направление материалов на рассмотрение рецензентам; 4) оплата труда рецензентов; 5) выдача индивидуальных кодов заявителем; 6) контроль сроков исполнения заявок; 6) ответы на вопросы провайдеров образовательных услуг и врачей; 7) размещение образовательных материалов и мероприятий на портале www.sovetnmo.ru. Участники круглого стола рекомендовали на роль данного технического исполнителя АСМОК, который и ранее занимался вышеуказанными вопросами.

4. По вопросу участия в НМО других (кроме МПНКО) провайдеров образовательных услуг (в объеме менее 16 ч).

Состояние вопроса: в развитых странах [Европейский совет по аккредитации для НМО – The European Accreditation Council for CME (EACCME)] участие в предоставлении образовательных услуг разрешено различным провайдерам (не только МПНКО). Главное условие присвоения кредитов образовательными мероприятиями и материалами, разрабатываемыми различными участниками, – соответствие установленным требованиям к НМО. Это позволяет значительно повысить число таких мероприятий и материалов, их разнообразие и качество, а также избежать монополии на предоставление этих услуг МПНКО.

Предложено: разрешить участие различных провайдеров образовательных услуг в НМО при условии соответствия предоставляемых ими услуг установленным требованиям, а также заключения соответствующего рецензента.

5. По вопросу разработки примерных образовательных программ для НМО, включая вузовский и дополнительный компоненты, предоставляемые другими провайдерами образовательных услуг.

Состояние вопроса: в настоящее время у врачей-специалистов возникают многочисленные вопросы, связанные с составлением 5-летних образовательных планов по НМО: 1) какова доля аудиторных и дистанционных часов; 2) какова доля теоретических и практических занятий; 3) какова доля междисциплинарных вопросов в программах НМО (например, сколько кредитов можно набрать ежегодно, обучаясь вопросам медицинской информатики, медицины катастроф, управления качеством медицинской помощи и др.). Следует отметить, что Европейский совет по НМО считает, что МПНКО могут давать врачам только общие рекомендации по данному вопросу, врач должен принимать решения самостоятельно, учитывая свои образовательные потребности.

Предложено:

- МПНКО в рамках работы указанного в п. 4 Совета разработать примерные образовательные планы врача по каждой специальности и разместить их на порталах www.sovetnmo.ru и www.edu.rosminzdrav.ru. Типовую матрицу такого плана (с учетом профессиональных стандартов) необходимо разработать в рамках работы Совета (см. п. 4).

6. По вопросам легитимности участия МПНКО в реализации образовательных мероприятий в рамках программ повышения квалификации, включения образовательных программ на портал www.edu.rosminzdrav.ru и возможности оплаты мероприятий НМО за счет средств нормированного страхового запаса.

Состояние вопроса: участие МПНКО легитимно предусмотрено в рамках действия приказа Минздрава России № 82 от 18 февраля 2013 г. в рамках сетевых соглашений с образовательными организациями системы Минздрава России. Размещение образовательных программ на сайте www.edu.rosminzdrav.ru регулируется внутренним регламентом включения дополнительной профессиональной программы повышения

квалификации в перечень программ портала НМО. Оплата мероприятий по повышению квалификации проводится согласно постановления Правительства РФ № 332 от 21 апреля 2016 г.¹ и приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 105 от 26 мая 2016 г.².

Предложено: необходимо **сделать обязательным** требование по заключению сетевого соглашения между образовательной организацией и МПНКО при совместной реализации

образовательной программы повышения квалификации. Также необходимо предусмотреть внесение поправок в федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об образовании в Российской Федерации» – об участии МПНКО в дополнительных образовательных программах повышения квалификации и переподготовки.

Свои комментарии и предложения вы можете присылать по электронному адресу: orgzdrav2015@mail.ru.

Приложение 1 (слайды из презентации на VII Международной конференции «РОСМЕДОБР–2016»)

Непрерывное медицинское образование в РФ. Состояние вопроса и задачи, которые необходимо решить на пути внедрения НМО

Действующая нормативная база НМО

- Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ № 837 от 11.11.2013 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ № 328 от 09.06.2015 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.2013 № 837 “Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций”».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ № 83 от 18.02.2013 «О составе Координационного совета по развитию НМО» с изменениями от 19.09.2013 Приказ № 652.
- Письмо Министерства здравоохранения РФ № 16-2/10/2-1766 от 24.03.2016.

Зачем мы с вами этим занимаемся?

Наша цель – повысить качество образовательных услуг для врачей: качество **содержания** образовательных мероприятий **разнообразии** их форм.

¹ «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования».

² «Об утверждении порядка и форм представления отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования и использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения».

Миссия медицинских профессиональных некоммерческих обществ (МПНКО)

ПРОВОДЯТ	Ежегодные конференции
ИЗДАЮТ	Журнал
ОБНОВЛЯЮТ	Клинические рекомендации и Национальные руководства
ОБЪЕДИНЯЮТ	Работу кафедр вузов и разных обществ в НМО
РАЗРАБАТЫВАЮТ И УТВЕРЖДАЮТ	Электронные модули (материалы) с тестовыми вопросами
НЕ КОНТРОЛИРУЮТ	Качество образовательных мероприятий и материалов
НЕ ФОРМИРУЮТ	Программу для НМО

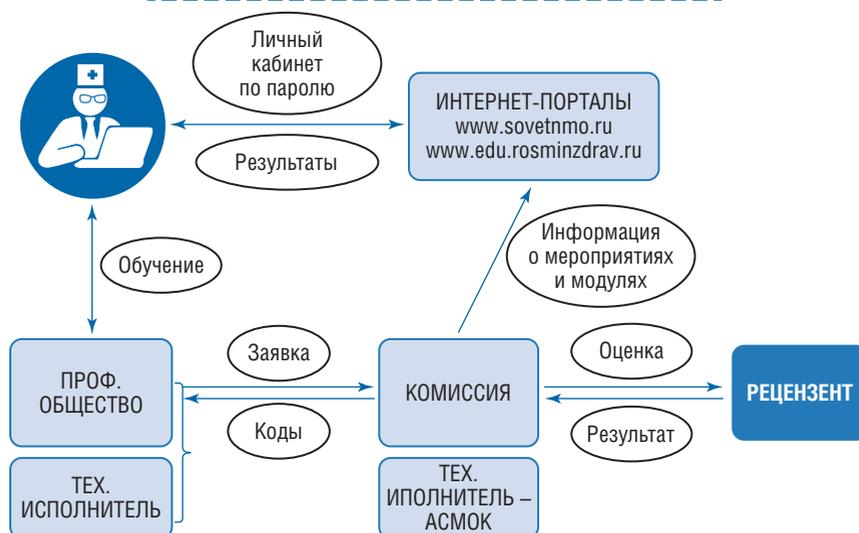
НМО

С 2016 по 2021 г. 3 вида повышения квалификации



После 2021 г. только 1 вид повышения квалификации

Участники системы (общая схема)



5 частых вопросов и ответов

- 1. Кто имеет право предоставлять образовательные услуги?**
Мероприятия МПНКО, которые прошли оценку соответствия?
- 2. Какие мероприятия получают коды и кредиты?**
Те, которые прошли оценку соответствия в Комиссии.
- 3. Как устанавливаются требования для оценки соответствия?**
На основе международных требований к НМО.
- 4. Как организована Комиссия?**
При Координационном совете НМО Минздрава России, техническое исполнение – АСМОК.
- 5. Получает ли технический исполнитель оплату за свою работу?**
НЕТ.

Порталы



Порядок получения НМО: Врач

- Получает **код доступа** к порталам свободно.
- **Регистрируется** на портале.
- Получает **информацию** об образовательных мероприятиях и материалах (модули).
- Ведет свой **план** повышения квалификации.
- Заполняет **результаты** выполнения плана по **кодам**, которые подтверждают его участие в НМО (код – буквенно-числовая комбинация, состоящая из 13 символов: XXXX-XXXXXXXX).

Порядок получения НМО: Профессиональное общество

- Разработчик **мероприятий и модулей**.
- Разработчик **программы** повышения квалификации по специальности (процентное соотношение часов) – **пока нет!**
- Нанимает **технического исполнителя** (по желанию).
- Предоставляет **рецензентов (пока не все общества)**.
- Заполняет **заявку** по форме.
- Получает **оценку соответствия и коды**.

Порядок получения НМО: Комиссия

- Проверяет заявку.
- Направляет материалы рецензенту.
- Отвечает на вопросы.
- Выдает коды.

Условия, в которых работает Комиссия

1. Бесплатно.
2. **3 специалиста и программист** постоянно из АСМОК + члены комиссии.
3. Число заявок в месяц – **600**, модулей **50**, и постоянно **растет**.
4. Рецензенты **не заинтересованы** в качестве и в сроках работ, которые тоже **не оплачиваются**.

Проблемы, которые возникают

- 1. Информационные**
 - Врачи не понимают, как работают аккредитация и НМО.
 - Общества не понимают, как оформлять заявки.
- 2. Технические**
 - Многие врачи не умеют пользоваться кодами, кабинетами и порталом.
- 3. Организационные**
 - Нет финансовой мотивации у рецензентов.
 - Имеющийся штат Комиссии не справляется с потоком заявок.
- 4. Качество мероприятий**
 - Заявки подаются от неизвестных организаций.
 - Нет типовой программы НМО по специальностям.

Приложение 2. Нормы взаимодействия фармацевтических компаний с организациями в области непрерывного медицинского образования

Цели

Цели поддержки непрерывного медицинского образования (НМО) – повышение профессионального уровня российских медицинских работников в рамках государственной системы образования и государственных образовательных программ, предоставление им знаний на современном уровне на основе постоянного обновления средств и источников информирования для всемерного улучшения качества и уровня медицинской помощи и профилактики заболеваний в России.

Основные принципы

- Компании поддерживают НМО на основе высочайших этических стандартов, в соответствии с российским законодательством, Кодексом надлежащей практики Ассоциации международных фармацевтических производителей, а также на основе гармонизации с соответствующими стандартами, принятыми в Европейском Союзе.
- НМО планируется, проводится и поддерживается независимо от коммерческих интересов компаний.

- Информация, предоставляемая в ходе мероприятия НМО или в составе материалов для НМО, должна быть сбалансированной и всесторонне отражать современный подход к проблеме.
- Никакие формы продвижения продуктов компаний (в виде формирования информационных преимуществ отдельным продуктам компаний) во время мероприятий НМО и в составе материалов для НМО недопустимы.
- Компания вправе поддерживать как программу НМО в целом, так и отдельные программы НМО или их компоненты, посвященные конкретным терапевтическим направлениям.

Правила

- НМО осуществляется не зависими от компаний организациями, имеющими соответствующие полномочия.
- Компания может поддерживать программы НМО, в том числе финансовыми средствами, по запросу организации, реализующей эти программы, или организации, поддерживающей финансирование мероприятий. В запросе должна быть представлена программа мероприятий НМО, представлены статьи предполагаемых расходов, а также иметься обоснование необходимости проведения мероприятий и подтверждение аккредитации мероприятия в соответствии с критериями аккредитации, утвержденными Минздравом России. Взаимодействие осуществляется

на основе договора. Вместе с тем, в соответствии с принципом прозрачности, факт финансовой поддержки компанией должен быть указан в официальных источниках организаций, реализующих программы НМО (например, Минздрав России, АСМОК).

- Недопустимы прямые выплаты от компании физическим лицам – исполнителям мероприятия НМО, а также прямое финансирование компаний их участия в мероприятии (оплата транспортировки, проживания, питания и т.п.).
- Компания не может оказывать влияние на содержание мероприятий/материалов НМО, на выбор специалистов, осуществляющих мероприятия и создающих материалы. Компания может предоставлять информационные материалы по запросу организации или специалиста, проводящих мероприятие НМО.
- В рамках мероприятия НМО, в составе материалов для НМО должны быть использованы международные непатентованные названия лекарственных препаратов, торговые наименования лекарственных препаратов могут упоминаться исключительно с информационной целью.
- Компания имеет право получить по своему запросу или по условиям договора у организации, проводящей мероприятие НМО на средства компании, отчет о целевом использовании пожертвованных средств. Организация, проводящая мероприятие НМО, обязана предоставить такой отчет.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)
E-mail: nmo@asmok.ru

Балкизов Залим Замирович – кандидат медицинских наук, директор программы «Развитие медицинского образования» Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), член

Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ, официальный представитель Ассоциации по медицинскому образованию в Европе (АМЕЕ), заместитель председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК) (Москва)
E-mail: balkiz@mail.ru

ИСТОЧНИКИ

- Кодекс Надлежащей практики ассоциации международных фармацевтических производителей. Редакция 2012 г. http://www.aipm.org/netcat_files/364/353/h_5d0213a83865e76043293950303fecc5
- Basel Declaration. UEMS Policy on Continuing Professional Development. 2001. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/35.pdf>
- Charter on Continuing Medical Education of Medical Specialists of the European Union. 1994. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/174.pdf>
- The ACCME's Essential Areas and Their Principles. <http://www.osma.org/files/documents/education/accreditation/acme-essential-areas.pdf>
- The ACCME Standards for Commercial Support: Standards to Ensure Independence in CME Activities. <http://www.accme.org/requirements/accreditation-requirements-cme-providers/standards-for-commercial-support>
- The Accreditation of e-Learning Materials by the EAC-CME. http://www.uems.net/fileadmin/user_upload/uems_documents/contentogram_doc_client_20120530/UEMS_2011_20.pdf
- The Accreditation of Live Educational Events by the EACCME. http://www.uems.net/fileadmin/user_upload/uems_documents/documents/UEMS_COUNCIL_MEETINGS/LARNACA_18_19.10.2012/UEMS_2012.30_-_Accreditation_of_Live_Educational_Events_by_EACCME_-_AD-OPTED.pdf
- Setting CME standards in Europe: guiding principles for medical education. Current Medical Research & Opinion Vol. 28, No. 11, 2012, 1861–1871. <http://informahealthcare.com/doi/full/10.1185/03007995.2012.738191>

О концепции непрерывного медицинского образования, изложенной в проекте приказа Минздрава России о дополнительном профессиональном образовании врачей

Д.А. Борисов

Национальная Ассоциация медицинских организаций,
Москва

В связи с переходом к аккредитации медицинских работников в настоящей статье дан анализ проекта нормативно-правового акта Минздрава России «Порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях». Этот проект призван заменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». В статье подробно рассмотрена история преодоления административных барьеров в сфере образования врачей и дан подробный анализ проекта нормативно-правового акта.

Ключевые слова:

непрерывное медицинское образование, проект приказа, врачи, Минздрав России, нормативно-правовой акт

Conception of continuing medical education set out in the order's draft of the Russian Healthcare Ministry about additional professional medical education

D.A. Borisov

National Association of medical organizations,
Moscow

In connection with transition to accreditation of health care professionals in the present article is given the analysis of the project for the regulatory legal act of the Russian Healthcare Ministry «The procedure and terms for development of professionals' and pharmacists' knowledge and skills through training on additional professional programs in educational and scientific organizations». This project is intended to replace the order of the Healthcare Ministry of the Russian Federation dated 03.08.2012 N 66n «On approval of the procedure and terms for development of professionals' and pharmacists' knowledge and skills through training on additional professional and educational programs in educational and scientific organizations». This article describes detail history of overcoming of administrative barriers in the medical education and analyses the draft of regulatory legal act.

Keywords:

continuing medical education, draft of the order, doctors/physicians, Healthcare Ministry of the Russian Federation, regulatory legal act

В связи с переходом к аккредитации медицинских работников мы обозначили ряд проблем и пути их преодоления.

В ст. 2 Федерального закона от 29.12.2015 № 389-ФЗ [1] по нашему предложению:

1) включили положение о переходном периоде к аккредитации до 2026 г., в течение которого для допуска к медицинской деятельности достаточно сертификата специалиста;

2) не включили фразу, предусмотренную проектом закона:

«Перечень указанных образовательных и научных организаций (в которых создаются аккредитационные комиссии. – *Прим. авт.*) формируется и утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации».

Проект закона предусматривал закрытый перечень образовательных организаций, имеющих право выдавать свидетельства об аккредитации (взамен действующих в настоящее время сертификатов). Таким образом, в закон не было включено положение, создающее предпосылки для монополизации рынка услуг дополнительного профессионального образования в сфере медицины организациями, находящимися в привилегированном положении.

В настоящей статье анализируется проект нормативно-правового акта Минздрава «Порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» (далее – Порядок) [6].

Как следует из проекта приказа, настоящий Порядок призван заменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» [2].

История вопроса

Касаясь истории преодоления административных барьеров в сфере образования врачей, необходимо отметить, что в связи с приказом № 705н [3] ФАС приняла решение в отношении Минздрава России, установив нарушение Закона о защите конкуренции. Минздрав России согласился с позицией ФАС и отменил приказ № 705н,

содержавший дискриминационное требование о признании документов лишь государственного образца, для выдачи которых требовалась аккредитация, приняв новый приказ от 03.08.2012 № 66н.

История с медицинским образованием имела продолжение в 2013 г. Минздрав издал приказ № 982н о выдаче сертификата специалиста медработникам, который вступил в силу 29 марта 2013 г. [4]. Согласно этому приказу, сертификаты специалиста могли выдавать только государственные образовательные учреждения. При этом для допуска к экзамену требовалось представить документы о дополнительном профессиональном образовании (ДПО) (повышение квалификации, переподготовка) исключительно государственного образца, для чего необходима аккредитация. В апреле 2013 г. экспертами Национального союза было подготовлено заключение по результатам проведения антикоррупционной экспертизы данного приказа. В августе 2013 г. Минздрав внес в него изменения, согласно которым негосударственные образовательные организации, имеющие лицензию, получили право выдавать сертификаты специалиста, документы государственного образца более не требуются.

Еще раз подчеркнем, что в первоначальной редакции приказа № 982н право выдачи сертификата предоставлялось только государственным образовательным или научным организациям. Данная дискриминационная норма была исключена после проведения антикоррупционной экспертизы экспертами Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения и возбуждения ФАС дела о нарушении антимонопольного законодательства в отношении Минздрава.

Анализ проекта нормативно-правового акта

В целом мы позитивно оцениваем новый проект Порядка, поскольку он сохраняет основные положения приказа № 66н, обеспечивая преемственность нормативно-правового регулирования.

Однако возникают некоторые вопросы в отношении новых разделов, включенных в проект Порядка:

- непрерывное медицинское и фармацевтическое образование;
- реализация образовательных программ повышения квалификации с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Данные разделы требуют проведения оценки регулирующего воздействия на рынок услуг ДПО, поскольку могут привести к ограничению конкуренции и возникновению дополнительных расходов и трудностей для медицинских организаций, врачей и медсестер.

Пунктом 16 Порядка предусмотрено, что работники, получившие сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста после 1 января 2016 г., проходят обучение только в рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования (далее – непрерывное образование).

Мы предлагаем исключить из данного пункта слово «только», поскольку систему непрерывного образования еще только предстоит создать, для чего необходим переходный период по аналогии с введением аккредитации. В течение переходного периода, на наш взгляд, врачам целесообразно предоставить право выбора между традиционной системой ДПО и новой системой непрерывного образования.

Пунктом 17 Порядка предусмотрено, что обучение работника в рамках системы непрерывного образования осуществляется исключительно с использованием интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – интернет-портал) по программам, размещенным на интернет-портале, путем формирования работником индивидуального плана и последующего дискретного освоения данного плана в течение 5 лет, завершающегося прохождением процедуры аккредитации.

Обучение с использованием интернет-портала, электронных технологий в качестве усло-

вия продолжения образовательной деятельности потребует от образовательных организаций значительных материальных расходов и времени для перевода учебных материалов в электронную форму, что в период экономического кризиса является неоправданной мерой, тем более что большинство образовательных организаций проводят обучение на основании примерных программ, разработанных Минздравом России.

Пунктами 18–20 Порядка предусмотрено, что общая трудоемкость разделов индивидуального плана составляет 250 академических часов с ежегодным распределением объема освоения не менее 50 академических часов, включая объем освоения образовательных программ не менее 36 академических часов и образовательные мероприятия (конференции и семинары), общий ежегодный объем которых не может превышать 14 академических часов.

Следует отметить, что в настоящее время трудоемкость повышения квалификации составляет 144 часа 1 раз в 5 лет. Увеличение трудоемкости на 73%, приведет к росту затрат на ДПО. Кроме того, фактически вводится обязательное ежегодное повышение квалификации и посещение конференций и семинаров, что приведет к многократному росту расходов на проезд. Резкий рост затрат на ДПО в период экономического кризиса является неоправданной нагрузкой на медицинские организации, среди которых значительное количество малых предприятий.

Пунктами 21–23 Порядка предусмотрено, что решение о размещении образовательной программы повышения квалификации или образовательного мероприятия на интернет-портале принимается Экспертной комиссией по непрерывному медицинскому образованию, создаваемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Экспертная комиссия).

Следует иметь в виду, что, согласно п. 5.5.2 (1) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 [5], к полномочиям Минздрава России относится разработка и утверждение примерных дополнительных профессиональных программ медицинского и фармацевтического образования.

Полномочия по регистрации дополнительных профессиональных программ конкретных образовательных организаций у Минздрава России отсутствуют.

Предоставлять такие полномочия Минздраву России нецелесообразно по следующим причинам:

1. Это возлагает на образовательные организации дополнительные требования и ограничения, не предусмотренные законом. Так, действующим законодательством об образовательной деятельности не предусмотрено указание в приложении к лицензии перечня программ ДПО. Действовавшее ранее требование было упразднено.

2. Регистрация программ ДПО каждой образовательной организацией при наличии разработанных и утвержденных Минздравом примерных программ не имеет практического значения с учетом большого количества медицинских специальностей – около 100.

Пунктами 25–26 Порядка предусмотрено, что подтверждение предварительной заявки для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе повышения квалификации (для участия в выбранном образовательном мероприятии) осуществляется работником после согласования с работодателем.

На наш взгляд, использование государственного ресурса в качестве обязательного условия для осуществления предпринимательской деятельности в сфере услуг ДПО третьими лицами (образовательными организациями), допущенными к использованию данного интернет-портала, неминуемо приведет к монополизации данного рынка.

Пунктом 28 Порядка предусмотрено, что с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) осуществляется обучение работников, замещающих должности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в сфере ОМС.

Данный пункт ставит в неравные условия медицинские организации, дискриминируемые по признаку участия в системе ОМС.

Пунктом 29 Порядка предусмотрено, что средства на обучение формируются за счет штрафов с медицинских организаций за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Данный пункт стимулирует нарушения, выявляемые по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи: чем больше штрафов уплатит медицинская организация, тем больше у нее будет средств для оплаты ДПО своих сотрудников, по сравнению с организациями, работающими без нарушений.

Пунктами 33–35 Порядка предусмотрено, что включение работника в итоговый список на обучение с использованием средств нор-

мированного страхового запаса осуществляется органом исполнительной власти, что является основанием для заключения договора об образовании с образовательной организацией.

Данный пункт оставляет решение вопроса на усмотрение чиновника.

Выводы

Большинство указанных проблем можно решить путем введения переходного периода по аналогии с введением аккредитации. В течение переходного периода, на наш взгляд, врачам целесообразно предоставить право выбора между традиционной системой ДПО и новой системой непрерывного образования.

Приложение

Проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» (подготовлен Минздравом России 29.01.2016)

16 февраля 2016 г.

Пояснительная записка

В соответствии с пунктом 5.2.121 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526) с изменениями, внесенными постановлением Правительства Российской Федерации от 02.11.2013 № 988 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в части полномочий федеральных органов исполнительной власти в сфере образования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 45, ст. 5822) приказываю:

1. Утвердить прилагаемые порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.09.2012, регистрационный № 25359).

Министр В.И. Скворцова

УТВЕРЖДЕН приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «___» _____ 2016 г. № _____

Порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях

Общие положения

1. Настоящие порядок и сроки определяют правила совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками (далее – работники) профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях и продолжительность данного обучения (далее – Порядок и сроки).

2. Обучение по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях, а также иных организациях, имеющих лицензию на осуществление образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам (далее соответственно – обучение, образовательные программы, образовательные организации), осуществляется работниками в целях непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянного повышения профессионального уровня и расширение квалификации.

3. Обучение работников реализуется образовательной организацией в виде профессиональной переподготовки, повышения квалификации по специальностям, предусмотренным номенклатурами специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации¹, в соответствии с квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам и квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации².

4. Обучение осуществляется на основе договора об образовании, заключаемого с работником и/или с физическим или юридическим лицом, обязующимся оплатить обучение работника, либо за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации.

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12.11.2015, регистрационный № 39696), приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2008 № 176н «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 06.05.2008, регистрационный № 11634), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.03.2010 № 199н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11.05.2010, регистрационный № 17160).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.10.2015, регистрационный № 39438), приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25.08.2010, регистрационный № 18247).

5. Медицинская организация и фармацевтическая организация (далее – работодатель) реализует обязанность по обеспечению профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников, предусмотренную ч. 3 п. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», за счет средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на указанные цели, средств от приносящей доход деятельности, а также средств из иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации, на условиях и в порядке, которые определяются коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

Работодатель должен создавать работникам, проходящим обучение, необходимые условия для совмещения работы с обучением, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором.

6. Работники реализуют обязанность по совершенствованию профессиональных знаний и навыков, предусмотренную ч. 3 п. 1 ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» путем обучения с последующим подтверждением готовности к самостоятельному осуществлению профессиональной деятельности³.

7. Обучение работников, имеющих среднее и/или высшее медицинское и/или фармацевтическое образование, не соответствующее квалификационным требованиям, указанным в п. 3 настоящего Порядка и сроков, но имеющих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности более 5 лет, организуется:

- для работников, имеющих стаж работы 10 лет и более, по образовательным программам повышения квалификации;
- для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет и зачисленных на замещаемые должности до 1 января 2016 г., по образовательным программам профессиональной переподготовки.

Стаж практической работы по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности подтверждается записями в трудовой книжке, трудовым договором или справкой работодателя с приложением утвержденного в установленном порядке должностного регламента, подтверждающего выполнение диагностических, лечебных и иных манипуляций по рассматриваемой специальности.

8. Работникам, указанным в п. 7 настоящего Порядка и сроков, успешно завершившим освоение образовательных программ в виде повышения квалификации или профессиональной переподготовки выдаются соответствующие документы об образовании и/или о квалификации с приложением справки по форме устанавливаемой образовательной организацией самостоятельно, заверенной подписью руководителя и печатью образовательной организации с указанием фамилии, имени, отчества работника, специальности, сроков, формы и основания (п. 7 настоящего Порядка и сроков) обучения.

Наличие документа об образовании и/или о квалификации (с приложением справки) и документов, подтверждающих стаж практической работы по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности, является основанием для прохождения процедуры подтверждения готовности к самостоятельному осуществлению профессиональной деятельности по соответствующей специальности.

9. Работники, прошедшие обучение по образовательным программам профессиональной переподготовки, а также работники, указанные в п. 7 настоящего Порядка и сроков, прошедшие обучение

³ Ст. 69 и 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 27, ст. 3477; 2013, № 48, ст. 6165).

по образовательным программам повышения квалификации, имеют равные права с работниками, завершившим обучение по программам интернатуры и программам ординатуры по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности, при дальнейшей профессиональной деятельности и дальнейшем обучении.

Реализация образовательных программ

10. При реализации образовательных программ образовательные организации руководствуются законодательством Российской Федерации, настоящим Порядком и сроками и иными нормативными правовыми актами⁴.

Порядок зачисления на обучение и реализации образовательных программ определяется локальным нормативным актом образовательной организации.

11. Условиями зачисления работника в образовательную организацию для обучения являются:

- личное заявление работника (за исключением работников, указанных в п. 16 настоящего Порядка и сроков);
- наличие документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам с медицинским образованием или фармацевтическим образованием (за исключением работников, указанных в п. 7 настоящего Порядка и сроков);
- наличие документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской (фармацевтической) специальности более 5 лет (для работников, указанных в п. 7 настоящего Порядка и сроков).

12. Формы освоения и содержание обучения определяются образовательной программой, разрабатываемой образовательной организацией.

Сроки реализации образовательных программ определяются примерными дополнительными профессиональными программами медицинского образования и фармацевтического образования.

Реализация образовательных программ может осуществляться как одновременно и непрерывно, так и поэтапно (дискретно).

Допускается реализация образовательных программ с использованием дистанционных образовательных технологий и электронного обучения, а также с использованием сетевой формы взаимодействия⁵.

13. Реализация программы профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

Работникам, успешно освоившим образовательную программу профессиональной переподготовки и прошедшим итоговую аттестацию, выдается диплом о профессиональной переподготовке на бланке, образец которого самостоятельно устанавливается образовательной организацией.

⁴ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20.08.2013, регистрационный № 29444), с изменениями внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15.11.2013 № 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.01.2014, регистрационный № 31014).

⁵ Ст. 15, 16, 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53 (ч. 1), ст. 7598].

14. Реализация программы повышения квалификации направлена на совершенствование и/или получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и/или повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Работникам успешно, освоившим образовательную программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются удостоверение о повышении квалификации на бланке, образец которого самостоятельно устанавливается образовательной организацией.

15. Образовательная программа может реализовываться полностью или частично в форме стажировки.

Реализация образовательной программы полностью в форме стажировки не допускается при обучении работников, проходящих обучение по образовательным программам профессиональной переподготовки, а также работников, указанных в п. 7 настоящего Порядка и сроков.

Организация стажировки осуществляется в соответствии с Порядком участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.08.2013 № 585н.

Организация стажировки осуществляется образовательными организациями с учетом следующих принципов:

- стажировка носит индивидуальный характер и предусматривает индивидуальный учет и контроль выполненной работы, а также групповые или индивидуальные консультации;
- условием организации стажировки является близость программы стажировки к профессиональным функциям работника.

Если образовательная программа реализуется полностью в форме стажировки, работникам, успешно освоившим программу стажировки и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются удостоверение о повышении квалификации.

Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование

16. Работники, получившие сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста после 1 января 2016 г., проходят обучение только в рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования (далее – непрерывное образование).

17. Обучение работника в рамках системы непрерывного образования представляет самостоятельное формирование работником с использованием интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – интернет-портал) комплекса образовательных программ повышения квалификации, разрабатываемых образовательными организациями, образовательных мероприятий, реализуемых общественными профессиональными некоммерческими организациями, а также интерактивных образовательных модулей по соответствующей специальности (далее – индивидуальный план, компонент индивидуального плана) и последующее дискретное освоение данного комплекса, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий и электронного обучения, в течение 5 лет, завершающееся прохождением процедуры аккредитации.

18. Для определения трудоемкости индивидуального плана в системе непрерывного образования применяется система зачетных единиц (1 зачетная единица равна 1 академическому часу).

Общая трудоемкость разделов индивидуального плана составляет 250 зачетных единиц с ежегодным распределением объема освоения не менее 50 зачетных единиц.

19. В качестве компонентов индивидуального плана реализуются образовательные программы повышения квалификации, направленные на совершенствование имеющихся или освоение новых умений и навыков в рамках имеющейся у работника квалификации, освоение новых знаний уме-

ний и навыков с присвоением новой квалификации, а также образовательные программы и дистанционные образовательные модули по наиболее актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний, иных заболеваний, оказывающих основное влияние на заболеваемость и смертность населения, продолжительностью не более 36 академических часов, разрабатываемые образовательными организациями для подготовки в рамках системы непрерывного образования в целях актуализации работниками знаний, умений и навыков с учетом развития медицинской науки и техники, включенные в лист образовательной активности, размещенный на интернет-портале непрерывного медицинского образования Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – лист образовательной активности).

Образовательные программы повышения квалификации, реализуемые в рамках системы непрерывного образования, могут предусматривать возможность дискретной реализации и реализации с использованием дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

Форма освоения и содержание обучения определяется образовательной программой повышения квалификации, разрабатываемой образовательной организацией.

Ежегодный объем освоения образовательных программ составляет не менее 36 зачетных единиц.

20. В качестве компонентов индивидуального плана могут быть использованы образовательные мероприятия (конференции и семинары, в том числе проводимые с использованием дистанционных технологий, дистанционные образовательные модули), реализуемые общественными профессиональными некоммерческими организациями (далее – образовательные мероприятия), включенные в лист образовательной активности, а также интерактивные образовательные модули, размещенные на интернет-портале (далее – интерактивные модули).

Общий ежегодный объем освоения образовательных мероприятий и интерактивных модулей может составлять не более 14 зачетных единиц.

21. Решение о включении образовательной программы повышения квалификации (образовательного мероприятия) в лист образовательной активности принимается Экспертной комиссией по непрерывному медицинскому образованию, создаваемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Экспертная комиссия) по ходатайству образовательной организации, реализующей данную программу в соответствии с лицензией на право ведения образовательной деятельности (общественной профессиональной некоммерческой организации, проводящей данное мероприятие).

22. В состав Экспертной комиссии Министерства включаются представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, главные внештатные специалисты-эксперты Министерства здравоохранения Российской Федерации по медицинским и фармацевтическим специальностям, представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, образовательных и медицинских организаций, Учебно-методического объединения по медицинским и фармацевтическим специальностям.

23. В случае принятия положительного решения о включении образовательной программы повышения квалификации (образовательного мероприятия) в лист образовательной активности, паспорт данной программы (данного мероприятия) размещается на интернет-портале.

24. Образовательная организация (общественная профессиональная некоммерческая организация) вправе ходатайствовать о включении в лист образовательной активности одной или нескольких реализуемых образовательных программ повышения квалификации (образовательных мероприятий).

25. Работники, указанные в п. 16 настоящего Порядка и сроков, проходят регистрацию на интернет-портале (далее – регистрация).

Работники, успешно прошедшие регистрацию, получают доступ к листу образовательной активности, инструменту, обеспечивающему формирование индивидуального плана и возможность

создания предварительной заявки для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе повышения квалификации (для участия в выбранном образовательном мероприятии) (далее – предварительная заявка).

Создание предварительной заявки для освоения дистанционного образовательного модуля и интерактивного модуля не требуется.

26. Подтверждение предварительной заявки осуществляется работником с использованием технических возможностей интернет-портала после согласования с работодателем.

При отсутствии подтверждения в течение 10 дней предварительная заявка аннулируется.

27. Учет освоения работником компонентов индивидуального плана ведется на интернет-портале.

Освоение компонента индивидуального плана подтверждается соответствующим документом. Освоение дистанционного образовательного модуля и интерактивного модуля подтверждается с использованием технических возможностей интернет-портала.

Успешное выполнение индивидуального плана прохождением процедуры аккредитации.

Реализация образовательных программ повышения квалификации с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования

28. Реализация образовательных программ повышения квалификации с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) предусматривает обучение, в том числе в рамках системы непрерывного образования, медицинских работников с высшим медицинским образованием, замещающих должности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением медицинских работников указанных в п. 7 настоящего Порядка и сроков.

29. Территориальный фонд ежегодно направляет в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (далее – орган исполнительной власти) сведения о сумме средств, возвращенных медицинскими организациями в страховые медицинские организации и территориальный фонд предназначенных для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации (далее – сумма средств), а также о структуре нарушений, выявленных по результатам проведенного ими в предыдущем финансовом году контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

30. Орган исполнительной власти с учетом сведений, указанных в п. 29 настоящего Порядка и сроков, информирует работодателя о сумме средств, которая может быть предусмотрена медицинской организации на обучение медицинских работников с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

31. После получения данной информации работодатель проводит отбор медицинских работников для обучения в порядке, устанавливаемом локальным нормативным актом медицинской организации.

32. Работник, прошедший отбор, самостоятельно осуществляет выбор образовательной программы и представляет работодателю заявление о направлении на обучение с указанием выбранных им наименований образовательной организации и образовательной программы.

В случае выбора образовательной программы в рамках системы непрерывного образования работник дополнительно представляет работодателю подтверждение предварительной заявки.

33. Работодатель формирует и направляет в орган исполнительной власти список работников, обучение которых планируется с использованием средств нормированного страхового запаса терри-

ториального фонда в текущем финансовом году, содержащий сведения о фамилии, имени, отчестве и годе рождения работника, его специальности, занимаемой должности, направление выбранных им образовательной организации и образовательной программы, продолжительности и стоимости обучения.

34. На основании списков работодателей орган исполнительной власти формирует список работников, обучение которых планируется с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда в текущем финансовом году (далее – итоговый список).

Информация о включении работника в итоговый список направляется органом исполнительной власти работодателю.

35. После подтверждения включения работника в итоговый список работодатель заключает договор об образовании на обучение по дополнительной образовательной программе⁶ с образовательной организацией, указанной в п. 32 настоящего Порядка и сроков.

Работодатель не позднее 5 календарных дней с даты заключения указанного договора направляет его в орган исполнительной власти и территориальный фонд.

36. Освоение образовательной программы завершается проведением итоговой аттестации в форме, определяемой образовательной организацией. Работникам, успешно освоившим образовательную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается соответствующий документ о квалификации на бланке, образец которого самостоятельно устанавливается образовательной организацией⁷.

Работник не позднее 10 календарных дней с даты выдачи документа о квалификации представляется его копию работодателю.

37. Работодатель направляет в орган исполнительной власти и территориальный фонд копию документа о квалификации не позднее 5 календарных дней с даты ее представления работником.

Обзор документа

Представлен проект приказа Минздрава России, которым утверждается новый порядок совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками знаний и навыков путем освоения дополнительных профессиональных программ в образовательных и научных организациях.

Как указали авторы проекта, это необходимо для внедрения образовательного сертификата для профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей, обеспечивающего им право выбора организаций, дополнительных образовательных программ, форм обучения, включая стажировку, и образовательных технологий.

Действующий порядок планируется признать утратившим силу.

Источник: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56559946/#ixzz4SEhmXCaX>

⁶ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.10.2013 № 1185 «Об утверждении примерной формы договора об образовании на обучение по дополнительным образовательным программам» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 24.01.2014 № 31102).

⁷ Пункт 19 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2013 г., регистрационный № 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15.11.2013 № 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.01.2014, регистрационный № 31014).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Борисов Дмитрий Александрович – кандидат экономических наук, член правления Национальной Ассоциации медицинских организаций (Москва)
E-mail: ddaabb@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 29.12.2015 № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. № 1 (часть I). Ст. 9. 04.01.2016.

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.09.2012, № 25359) // Рос. газета. Федеральный выпуск № 5888 (215). 19.09.2012.

3. Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.12.2008 № 705н (зарегистрирован Минюстом России 03.03.2009, № 13459).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2012 № 982н г. Москва «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.03.2013, № 27918) // Рос. газета. Федеральный выпуск № 6056 (80). 12.04.2013.

5. Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. № 26. Ст. 3526.

6. Проект приказа Минздрава РФ «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» [Электронный ресурс]. Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. <http://regulation.gov.ru/projects#npa=45732>.

REFERENCES

1. Federal law of 29.12.2015 N 389-FZ "On amendments to certain legislative acts of the Russian Federation". *Sobranie zakonodatel'stva RF* [Collection of legislation of the Russian Federation]. Vol. 1 (part I). Article 9. 04.01.2016. (in Russian)

2. Order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation dated 03.08.2012 N 66 n "On approval of the Order and timing of improvement of medical workers and pharmaceutical staff of professional knowledge and skills by training on additional professional educational programs in the educational and scientific organizations" (Registered in Ministry of Justice of Russia 04.09.2012, N 25 359). *Rossiyskaya gazeta* [Russian Newspaper]. Federal issue N 5888 (215), 19.09.2012. (in Russian)

3. The order improvement of professional knowledge of medical and pharmaceutical workers" approved by the order of Ministry of Health and Social development of the Russian Federation from 09.12.2008 N 705n (registered by the Ministry of Justice 03.03.2009, N 13459). (in Russian)

4. Order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation of 29.11.2012 N 982 n Moscow "On approval of conditions and order of issuance of certificates of specialist medical and pharmaceutical workers, forms and technical requirements of the specialist certificate" (Registered in Ministry of Justice of Russia 29.03.2013, N 27918). *Rossiyskaya gazeta* [Russian Newspaper]. Federal issue N 6056 (80). 12.04.2013. (in Russian)

5. The Statute on the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, approved by decree of the Government of the Russian Federation of 19.06.2012 N 608 Sobranie zakonodatel'stva RF [Collection of legislation of the Russian Federation]. 2012; Vol. 26, article 3526. (in Russian)

6. The draft order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation "On approval of procedure and terms

of improvement of health workers and pharmaceutical staff of professional knowledge and skills by training on additional professional educational programs and research institutions" [Electronic resource]. Federal portal of projects of normative legal acts. <http://regulation.gov.ru/projects#npa=45732>. (in Russian)

Стоит ли использовать высокотехнологичную медицину в стране со средним уровнем дохода? Перинатальные центры России*

Дж. Нигматулина¹,
Ч. Беккер²

¹ Лондонская школа экономики, Великобритания

² Университет Дьюка, Дарем, штат Северная Каролина, США

Насколько резкий скачок в развитии технологий улучшает качество здравоохранения в стране с уровнем дохода выше среднего? Данное исследование оценивает, как повлияло создание технологически продвинутых перинатальных центров в 24 регионах России на младенческую смертность с 2009 по 2013 г., и опирается на многочисленные данные статистики выживаемости и клинических исходов у младенцев. Агрегированные данные за 7-летний период указывают на то, что открытие перинатального центра соответствует снижению младенческой смертности на 3,8% от начального значения, неонатальной (0–28-й день) смертности – на 7% и ранней неонатальной (0–6-й день) смертности – на 7,3%. Мы установили, что перинатальные центры помогают сохранить дополнительно 263 жизни младенцев в год – от 3 до 25 жизней в регионах в зависимости от рождаемости. Однако мы также обнаружили, что средняя стоимость сохраненной жизни составляет 52 млн рублей (или 2,6 млн долларов США ППС 2014 г.), что значительно превышает стоимость аналогичных мероприятий в США.

Ключевые слова:

здоровье младенцев, младенческая смертность, наблюдение беременности, перинатальные центры, оценка воздействия, возврат к технологии, стоимость здравоохранения

* Выражаем благодарность Дмитрию Николаевичу Дегтяреву, Джозефу Доилу, Джону Комлосу, Екатерине Александровне Кваша, Дарье Пелеч, Кларе Сабирьяновой Петер, Фрэнку Солану, Сьюзан Штайнер, Кристоферу Тимминсу, Максимо Тореро, Теннеру Регану, Джузеппе Росситти, Гузели Эрнстовне Улумбековой и участникам конференции Исследовательского центра пространственного анализа экономики Лондонской школы экономики, а также двум анонимным рецензентам за полезные комментарии и обратную связь. Все ошибки в интерпретации фактов являются нашими собственными.

Данная работа основана на статье: Nigmatulina D., Becker C. Is high-tech care in a middle-income country worth it? *Economics of Transition*; 2016. Vol. 24: 585–620. doi:10.1111/ecot.12098, которая в окончательном варианте была опубликована: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecot.12098/abstract>.

Is high-tech care in a middle-income country worth it? Perinatal centers in Russia

D. Nigmatulina¹,
C. Becker²

¹ London School of Economics & Political Science (LSE)

² Duke University, Department of Economics, USA

How much does a dramatic increase in technology improve healthcare quality in an upper middle-income country? Using rich vital statistics on infant health outcomes, this study evaluates the effect of introducing technologically advanced perinatal hospitals in 24 regions of Russia on infant mortality during the period 2009–2013. A 7-year aggregate panel dataset reveals that opening a perinatal centre corresponds to infant mortality reduction by 3.8 percent from the baseline rate, neonatal (0–28 day) mortality by 7 percent and early neonatal (0–6 day) mortality by 7.3 percent. We find that the perinatal centres help to save 263 additional infant lives annually, ranging from 3 to 25 lives in regions with different birth rates. However, we further find that an average cost per life saved is 52 million rb (or 2.6 million 2014 PPP USD), which is much higher than the cost of similar interventions in the United States.

Keywords:

infant health, infant mortality, maternal health, maternal mortality, prenatal care, perinatal hospitals, impact evaluation, returns to technology, cost of healthcare

©Authors 2016 Economics of Transition

©2016 The European Bank for Reconstruction and Development

1. Введение

В начале перестройки советское правительство обнародовало данные о том, что младенческая смертность в СССР была в 3–5 раз выше, чем в большинстве стран Западной Европы. На сегодняшний день разрыв сократился, однако младенческая смертность в России (7,33 на 1000 родившихся в 2011 г.) по-прежнему выше, чем в Венгрии, Чехии и Латвии (рис. 1). Более строгое определение живорождения, чем в странах Европейского союза (ЕС), до 2012 г.

усугубляло эту ситуацию и приводило к тому, что намного меньше смертей младенцев регистрировалось российской официальной статистикой¹.

Низкий международный рейтинг вместе с сокращением населения побудили российское правительство увеличить инвестиции в улучшение демографических показателей. В декабре 2007 г. около 19 млрд руб. (или 471 млн долларов США на 2014 г.) [1] были инвестированы за счет федеральных средств в

¹ В России, а ранее в СССР, были ограничения по массе тела и гестационному периоду, при которых ребенок считался живорожденным, что исключало из статистики наиболее рискованные случаи; во многих других странах никогда не устанавливались подобные ограничения, и, таким образом, у них показатели младенческой смертности были выше.

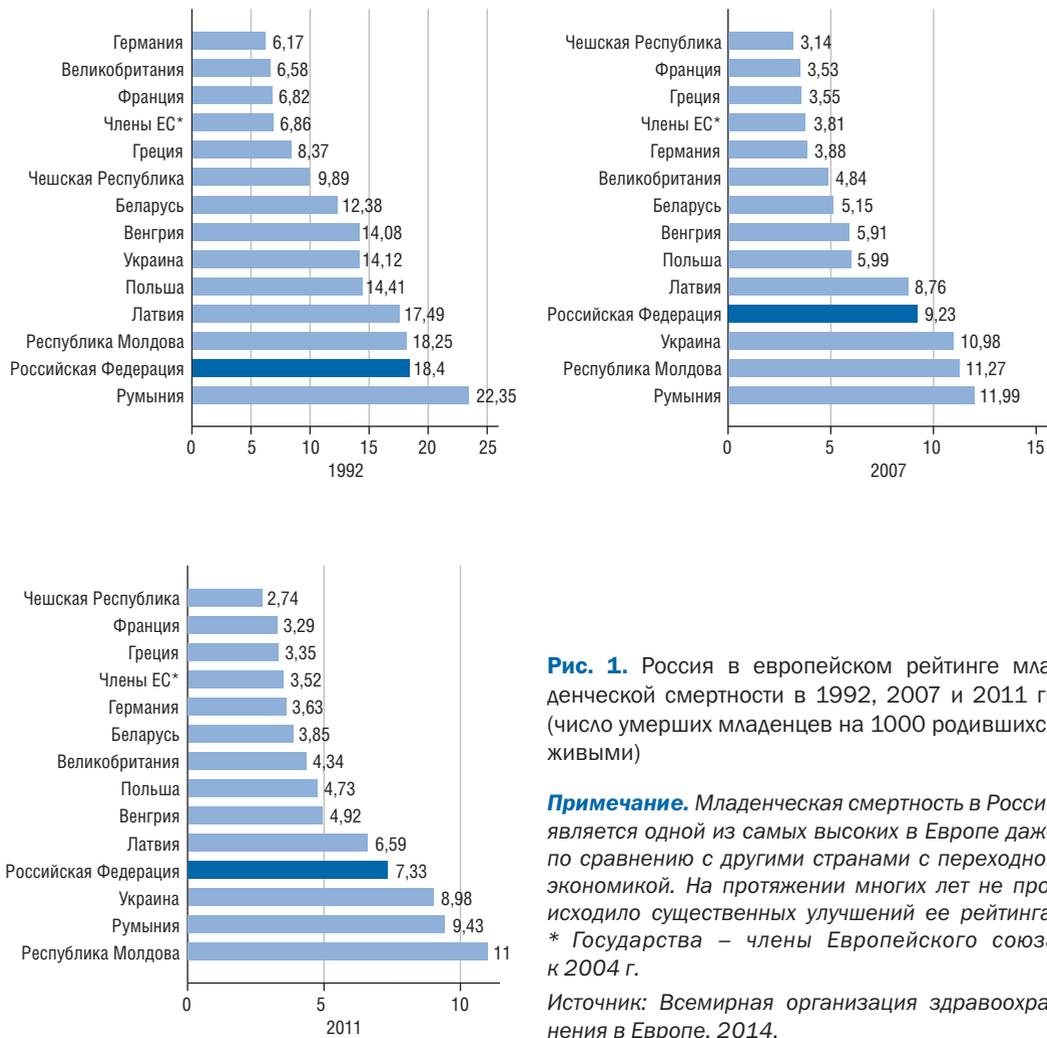


Рис. 1. Россия в европейском рейтинге младенческой смертности в 1992, 2007 и 2011 гг. (число умерших младенцев на 1000 родившихся живыми)

Примечание. Младенческая смертность в России является одной из самых высоких в Европе даже по сравнению с другими странами с переходной экономикой. На протяжении многих лет не происходило существенных улучшений ее рейтинга. * Государства – члены Европейского союза к 2004 г.

Источник: Всемирная организация здравоохранения в Европе, 2014.

строительство перинатальных центров в 23 (из 83) регионах России в рамках национального проекта «Здоровье»; еще 1 центр был построен в Омской области в тот же период исключительно за счет средств местного бюджета². Для каждого из 23 центров требовался взнос в размере 10–50% от местного правительства

(министр здравоохранения Вероника Скворцова, цит.: «Российская газета» от 5 апреля 2013 г.) [2]. Большинство лечебных учреждений открылись в конце 2010 и 2011 гг. Они были размещены в областных центрах, а жители области получили право на бесплатные услуги, если мать имела достаточный риск осложненных родов.

² Центры, совместно финансируемые за счет федеральных средств, находятся в Благовещенске, Волгограде, Воронеже, Иркутске, Кемерово, Калининграде, Кирове, Краснодаре, Красноярске, Кургане, Курске, Перми, Ростове-на-Дону, Рязани, Саратове, Саранске, Твери, Томске, Чите, Ярославле, Мурманске, Свердловске и Санкт-Петербурге.

Эти ультрасовременные центры были предназначены для обеспечения интенсивной терапии при родах с осложнениями, преждевременных родах и других состояниях, для которых в обычной больнице или родильном отделении нет необходимых условий. Наиболее важно, что в каждом перинатальном центре было открыто отделение интенсивной терапии новорожденных (ОИТН) с высокотехнологичным оборудованием для реанимирования недоношенных детей. Механизм снижения смертности работает при направлении беременных с потенциальным риском осложнений из региональных роддомов в данные центры [3], увеличивая вероятность того, что ребенок, подверженный риску, получит доступ к развитой инфраструктуре, а конкретно к ОИТН.

Инвестирование было проведено без тщательной экономической оценки его потенциальной отдачи. Насколько улучшилось здоровье благодаря перинатальным центрам и обоснованы ли такие инвестиции? В декабре 2013 г. Министерство здравоохранения РФ приступило к реализации программы по созданию 32 дополнительных перинатальных центров в 30 регионах России за счет 53 млрд рублей (1277 млн долларов США 2014 г.) из федерального бюджета³ [4]. Как и ранее, достаточный сравнительный анализ с учетом клинических исходов не был проведен в отношении целесообразности таких обширных затрат. Кроме того, очень вероятно, что и другие крупные инфраструктурные проекты рассматриваются в России без серьезной предварительной оценки их эффективности. Наше исследование представляет собой как шаблон для анализа данных инвестиций, так и оценку того, что от них можно ожидать.

Выживаемость младенцев в группе риска в очень раннем возрасте больше всего зависит от наличия оборудования [5]. Действительно, мы видим, что наибольшее пропорциональное снижение смертности наблюдалось для категории 0–6 дней (7,3% от показателя в 2007 г.), меньшее для категории 0–28 дней (7% от начального значения), и практически отсутствовало воздействие на показатели смертности в возрасте 28–365 дней. Однако ухаживать за детьми с низкой массой тела (НМТ) при рождении стоит дорого. Какой ценой дается нам такое снижение смертности? С одной стороны, мы ожидаем увидеть более высокую окупаемость, чем в Соединенных Штатах Америки, поскольку медицинская инфраструктура у нас менее развита. С другой стороны, сдерживающие факторы, такие как недостаток врачей или плохая организация здравоохранения и инфраструктуры, могут препятствовать реализации технологии в полном объеме. В данной работе мы подсчитали затраты на каждую спасенную жизнь младенца и получили, что в России они превышали затраты на аналогичные инвестиции в США – стране с самым дорогим здравоохранением.

Мы считаем, что наш выбор данных и проекта для анализа помогает нам дать точную оценку окупаемости дорогостоящих медицинских инвестиций, а также состояния системы здравоохранения в целом в стране со средним уровнем дохода. Во-первых, в странах со средним уровнем дохода в больницах рождаются и регистрируются клинические исходы у новорожденных всех групп населения, независимо от образования и заработка [роды вне больницы в России сегодня составляют лишь 0,16% (2013)]. Во-вторых, для рожденных с очень низкой и низкой массой тела вероятность выживания практически

³ Выбранные города (все – административные центры): Архангельск, Белгород, Брянск, Калуга, Липецк, Нижний Новгород, Оренбург, Пенза, Псков, Самара, Сахалин, Смоленск, Тамбов, Ульяновск, Челябинск, Ставрополь, Краснодар, Барнаул (Алтайский край), Улан-Удэ (Республика Бурятия), Уфа (Башкортостан), Махачкала (Дагестан), Магас (Ингушетия), Нальчик (Кабардино-Балкария), Петрозаводск (Республика Карелия), Якутск (Республика Саха – Якутия), Абакан (Республика Хакасия), Москва, 2 центра в Красноярске, 1 центр в Ленинградской и 2 центра в Московской области.

полностью зависит от доступности технологий [6–8], в то время как для других показателей, таких как заболеваемость туберкулезом или частота возникновения и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, труднее выделить относительную роль уровня дохода, образа жизни и квалификации врача.

И, наконец, построение перинатальных центров с ОИТН в столь многих местах и в такой короткий промежуток времени является беспрецедентным. Перинатальные центры открылись в течение достаточно короткого периода (1–4 года), при этом другие аспекты: состав населения, организация медицинской помощи, количество младенцев в группе риска, рождаемых ежегодно, – не могли значительно измениться. Таким образом, наши данные позволяют оценить предельную окупаемость изменений в медицинских технологиях (скорее, чем среднюю окупаемость за длительный период времени).

2. Переменные

Мы рассматриваем 6 показателей смертности в качестве переменных для нашей первой эконометрической модели: младенческая, неонатальная, ранняя неонатальная и постнеонатальная смертность, перинатальные потери и мертворождаемость. Мы владеем данными на уровне регионов, которые представляют выборку за 7 лет (2007–2013 гг.) по всем (83) областям России.

Мы получили первый набор переменных клинического исхода за 2007–2013 гг. для каждой области от Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения. Контрольные переменные, непосредственно связанные со здравоохранением, такие как обеспеченность акушерскими койками и количество врачей-акушеров и гинекологов, а также

процент нормальных родов получены из статистики Минздрава России «Родовспоможение». Местные экономические переменные, и такие как доход на душу населения (2007–2014 гг.), городское и сельское население взяты из публикации Росстата «Регионы России»⁴.

Все переменные перечислены по контрольной и экспериментальной группам в Приложении в табл. А2–А3, а для общей выборки за все годы – в Приложении в табл. А1. Нет значительных различий между большинством переменных в обеих исследуемых группах: областях, в которых перинатальный центр открылся в 2007–2013 гг., и которых нововведения еще не коснулись, но запланированы.

3. Методология

3.1. Исходная модель

Мы используем модель «разность разностей» (DD) для оценки эффекта от построения перинатальных центров. Выборка данных за 7 лет по 83 регионам и сравнение смертности в регионах, в которых центр не был построен в 2007–2013 гг., с регионами, в которых он был построен, позволяют нам измерить средний эффект условий эксперимента (ATE), т.е. насколько смертность изменится в среднем, если перинатальный центр будет построен в любом из регионов. Коэффициент, представляющий собой эффект от центра, умножает двоичную переменную, равную единице, когда центр открывается в определенном году и в определенном регионе.

Мы учитываем для каждой области характеристики, не изменяющиеся в зависимости от времени (за последние 7 лет), такие как исходный уровень достатка, исходное количество больниц, население, географию, экологию и транспортную сеть, а также уровень качества здравоохранения, которые могут повлиять на средний уровень

⁴ Чеченская Республика не опубликовала данные о доходе на душу населения за 2007–2009 гг., 3 этих значения были заменены значением за 2010 г. Все результаты регрессии устойчивы к исключению региона из выборки.

смертности в каждом регионе. Добавив полный набор фиксированных эффектов, мы вычитаем эффект от вышеперечисленных характеристик. Таким образом, мы исключаем влияние всех критериев отбора региона для участия, таких как наличие медицинского университета и минимальное требование к количеству населения в столице области⁵.

$$M_{rt} = \beta_0 + \beta_1 P_{rt} + \beta_2 Z_{rt} + \lambda_t + \gamma_r + \varepsilon_{rt}. \quad (1)$$

На младенческую смертность M_{rt} за время t в регионе r влияет наличие одного из 24 перинатальных центров, P_{rt} . Если центр открывается в начале года, бинарная переменная P_{rt} принимает значение 1 начиная с этого года; если центр открывается в конце года, как обычно и бывает, значение 1 назначается начиная со следующего года, т.е. обработка регионов корректно выровнена со смертностью, рассчитанной в конце каждого года. Таким образом, 1 центр открылся в 2009 г. (в Омске), 3 центра начали работу в 2010 г., 11 центров открылись в 2011 г. и еще 9 – в начале 2012 г. λ_t и γ_r – это фиксированные переменные времени и области. Z_{rt} включает набор дополнительных факторов меняющихся по регионам и по годам, таких как затраты на здравоохранение в регионе, измерение благосостояния региона (доход на душу населения) и измерение социального упадка (зафиксированные случаи алкоголизма на душу населения).

Вариации этой модели, а также полное обоснование данного метода представлены в статье Нигматулиной и Беккера (2016) [9], на которой основана данная работа.

4. Результаты

4.1. Основные результаты

Результаты показывают, что построение перинатальных центров снизило младенческую смертность, сохраняя жизни сразу после рождения. В табл. 1 и 2 приведены результаты модели (1). В табл. 1 мы используем все 83 области, т.е. контрольная группа – 59 областей в которых не открывался перинатальный центр в 2007–2013 гг. В табл. 2 контрольная группа состоит из 30 областей, в которых планируется построить перинатальный центр после 2013 г. Мы предпочитаем данные табл. 2, потому что области, в которых перинатальные центры строятся не будут вообще, могут фундаментально отличаться от тех, в которых перинатальные центры запланированы или построены, в таком случае более корректно сравнивать сопоставимые области в двух последних группах.

Младенческая смертность уменьшается на 0,391 смертей на 1000 рожденных живыми, или на 3,8% по сравнению с исходным уровнем смертности в 2007 г. (9,11 смертей на 1000 младенцев). Неонатальная смертность (0–28 дней) снизилась на 0,401 смертей на 1000 рожденных живыми, что составляет 6,9%, среднее снижение по сравнению с исходным уровнем 5,5 смертей на 1000 рожденных; смертность на 0–6-й день после рождения снизилась на 0,287 смертей на 1000 рожденных живыми (или 7,3% в среднем от 3,8 смертей на 1000 рожденных) благодаря открывшемуся перинатальному центру. Эти цифры говорят о том, что на 8–9 младенцев меньше умирает в средней области с рождаемостью 23 300 детей каждый год. Как и ожидалось, пропорциональный эффект на более раннюю смертность больше. Мы видим

⁵ Если центр будет построен с нуля: 1) нехватка коек для неонатальной реанимационной помощи (<2 в радиусе 200–300 км); 2) наличие высшего медицинского учебного заведения с факультетом педиатрии и 3) готовность региона к совместному финансированию. Если центр подлежит ремонту, выбрали больницы, в которых 1) помещение для интенсивной терапии новорожденных вмещает не менее 9–12 коек, 2) центр планировался для родов с населением более 300 тыс. жителей, 3) не хватает коек для неонатальной реанимационной помощи, а конкретно <2 на 1000 рожденных в радиусе 200–300 км и 4) есть медицинское учебное заведение университетского уровня.

меньший, но все же значимый эффект от наличия перинатальных центров на общую младенческую смертность. Что касается данных табл. 1, мы видим, что значение коэффициента для двух показателей ранней смертности почти такое же, как и в более консервативной модели, но коэффициент младенческой смертности удваивается. Это показывает, что тенденция к снижению детской смертности в обработанных районах по сравнению с любым другим регионом, вероятно, более резкая, чем в регионах, которые будут задействованы в следующем этапе проекта.

Мертворождаемость снижается незначительно. В связи с существенными изменениями в критериях регистрации живорождения/позднего аборта мертворождаемость во многих регионах, скорее всего, повысилась в ответ на то, что в 2012 г. стало сложнее использовать категорию «поздние аборты» для занижения младенческой смертности в учреждениях. И это могло произойти независимо от наличия перинатального центра.

Интересно, что постнеонатальная смертность значительно не изменилась. Мы знаем, что риск смерти для недоношенных младенцев

Таблица 1. Эффект открытия перинатального центра на младенческую смертность (по методу наименьших квадратов – МНК)

Параметр	(1) Смертность в возрасте 0–1 год	(2) Смертность в возрасте 0–28 дней	(3) Смертность в возрасте 0–6 дней	(4) Перинатальные потери	(5) Мертворождаемость	(6) Смертность в возрасте 28–365 дней
Перинатальный центр	-0,582*** (0,211)	-0,451** (0,177)	-0,293** (0,141)	-0,533** (0,238)	-0,241 (0,197)	-0,130 (0,109)
Доход на душу населения, в 1000 руб.	-0,0186 (0,122)	-0,0176 (0,0692)	-0,00792 (0,0511)	0,0613 (0,0756)	0,0694 (0,0485)	-0,00103 (0,0587)
Уровень алкоголизма (на 1000 населения)	0,113 (0,528)	0,173 (0,378)	0,0960 (0,303)	0,322 (0,518)	0,233 (0,292)	-0,0600 (0,212)
Финансирование здравоохранения, в 1000 руб.	0,0419 (0,0259)	0,0350 (0,0220)	0,00993 (0,0162)	0,0554 (0,0380)	0,0452 (0,0338)	0,00692 (0,0281)
Процент городского населения	-0,0418 (0,1000)	-0,0675 (0,0887)	-0,104 (0,0691)	-0,0952 (0,0745)	0,00895 (0,0672)	0,0257 (0,0607)
Наблюдения	581	581	581	581	581	581
R ²	0,276	0,286	0,249	0,417	0,407	0,127
Фиксированный эффект области	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Фиксированный эффект времени	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Временной тренд области	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

Примечание. Здесь и в табл. 2: стандартные ошибки даны в скобках; ошибки, кластеризованные на уровне области. * – $p < 0,10$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$.

Таблица 2. Спецификация с контрольной группой, которой предстоит участие

Параметр	(1) Смертность в возрасте 0–1 год	(2) Смертность в возрасте 0–28 дней	(3) Смертность в возрасте 0–6 дней	(4) Перина- тальные потери	(5) Мертво- рождае- мость	(6) Смертность в возрасте 28–365 дней
Перинатальный центр	-0,391* (0,198)	-0,401** (0,185)	-0,287* (0,157)	-0,429 (0,281)	-0,140 (0,209)	0,0103 (0,0929)
Доход на душу населения, в 1000 руб.	-0,000581 (0,0615)	-0,00891 (0,0545)	0,0205 (0,0562)	0,0421 (0,0839)	0,0249 (0,0543)	0,00833 (0,0279)
Уровень алкоголизма (на 1000 населения)	-0,260 (0,518)	0,0140 (0,409)	-0,000911 (0,380)	-0,182 (0,558)	-0,181 (0,296)	-0,274 (0,202)
Финансирование здравоохранения, в 1000 руб.	-0,0185 (0,0379)	-0,000792 (0,0219)	-0,000367 (0,0165)	0,0116 (0,0287)	0,0108 (0,0218)	-0,0177 (0,0209)
Процент городского населения	-0,00353 (0,100)	0,0410 (0,115)	-0,0237 (0,0826)	-0,117 (0,113)	-0,0903 (0,102)	-0,0445 (0,0501)
Наблюдения	378	378	378	378	378	378
R ²	0,443	0,373	0,318	0,449	0,434	0,303
Область FE	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Время FE	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Временной тренд области	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

с НМТ самый высокий в течение 1-й недели и месяца жизни и зависит от доступности технологий. Для младенцев со средней массой тела и гестационным сроком риск смерти более равномерно распределяется в течение первого года жизни и более вероятно, что он будет меняться в зависимости от различных обстоятельств, таких, как хороший уход, чистое окружение и своевременная диагностика. Таким образом, мы можем эффективно рассматривать постнеонатальную категорию смертности как группу плацебо, которая в меньшей степени зависит от наличия высокотехнологической медицинской помощи. Мы более уверены в том, что именно изменение в доступности оборудования повлияло на снижение смертности, которое мы выявили, поскольку

видим, что эффект распространяется только на группу ранней смертности. Это еще раз подтверждает, что наши результаты не зависят от более общих изменений в 24 экспериментальных областях, кроме повышения доступности технологий от перинатальных центров как таковых.

Снижение во всех группах смертности сопоставимо со снижением неонатальной смертности в Аргентине после улучшения качества водоснабжения на 0,226 смертей от среднего значения 2,3 смерти на 1000 рожденных, что составляет 11% [10]. Тем не менее в аналогичном исследовании в США улучшение доступа к ОИТН для младенцев с НМТ снижает смертность на 0–7-й день на 16%, смертность на 0–28-й день – на 23%, а смерт-

ность в течение 1 года – на 17% [11], эти показатели лучше, чем в России. Наконец, Низлова и Вишня [12], анализируя проект «Мать и дитя» в Украине, также демонстрируют гораздо более высокий показатель сохранения жизни: 2,1 жизни на 1000 рожденных по сравнению с 0,391 жизнью на 1000 рождений в нашем исследовании. Конечно, в значительной степени эта разница может отражать более низкий исходный уровень здравоохранения в Украине.

4.2. Анализ экономической эффективности

Учитывая крупные денежные инвестиции в перинатальные центры, анализ затрат и выгод необходим для оценки политики и сравнения с другими мероприятиями (например, с окупаемостью проекта «Мать и дитя» в Украине [12]). Мы проводим 2 вида оценок: анализируем уровень окупаемости на протяжении срока службы больницы (принятого за 40 лет), а также стоимость сохраненной жизни или года жизни, для того чтобы можно было сравнить наши результаты с другими исследованиями⁷. Для любого показателя мы используем процентную ставку и оцениваем эксплуатационные расходы и данные о капитальных затратах. В качестве капитальных затрат мы учитываем средний объем капитальных вложений в перинатальный центр (2,064 млрд руб. или 103,2 млн долларов США ППС 2014 г.). Эксплуатационные затраты выводятся из факта, что в большинстве центров имеется от 130 до 190 коек, а число работников варьирует между 600 (Курган) и 900 (Томск), но информация о работниках была доступна только в нескольких больницах. Принимая 600 в качестве нижней границы, а также информацию Росстата о средней заработной плате медицинских работников, мы предполагаем, что врачи, медицинские сестры и младшие медицинские сестры работают

в центре в равных пропорциях и находим, что больница в среднем должна заплатить около 213 млн руб. заработной платы в год. Прибавив 5,4% обязательного медицинского страхования и 30% обычно необходимых расходов на обслуживание к заработной плате, мы предполагаем, что эксплуатационные расходы составляют 320 млн руб. (или 16 млн долларов США ППС 2014 г.)⁸. Мы конвертируем ежегодные затраты и выгоды к текущей стоимости, используя процентную ставку Центрального банка России 8,25% на 2012 г., корректируя будущие потоки денежных средств со средним уровнем инфляции в России, который составляет 7%, таким образом, реальная процентная ставка составляет 1,25%. Вычисления представлены в табл. 3.

Чтобы выразить жизни, сохраненные новым перинатальным центром, в денежном эквиваленте, мы можем обратиться к экспертным оценкам стоимости статистической жизни (ССЖ) в России. Гуриев [13] предполагает, что ССЖ находится в пределах 60–135 млн руб. (2–4,5 млн долларов США). Быков [14] предлагает немного меньшую, но сопоставимую оценку – 50 млн руб., или 1,6 млн долларов США, 2014 г. Мы также вычислили свой показатель ССЖ, разделив ВВП на количество трудоспособного населения и умножив на 43 года ожидаемой трудовой жизни, и получили 36 млн руб. И, наконец, умножаем ССЖ на количество сохраненных жизней новорожденных в год и вычитаем расчетную среднегодовую стоимость перинатального центра.

Мы признаем, что окупаемость инвестиций зависит от выбранной ССЖ и процентной ставки, поэтому приводим анализы чувствительности, используя различные ССЖ и процентные ставки (табл. 4 и 5). Чтобы получить низкую окупаемость в 1%, ССЖ должна составлять 50 млн руб. либо показатель рождаемости в регионе должен составлять 30 000. Используя свой показатель

⁷ Срок службы больницы выбирается в соответствии с экспертным заключением Г.Э. Улумбековой, сообщение на электронную почту автору (Дж. Нигматулиной), 04 октября 2015 г.

⁸ Выбор 30% разметки является справедливым в соответствии с экспертным заключением Г.Э. Улумбековой, сообщение на электронную почту автору (Дж. Нигматулиной), 04 октября 2015 г.

Таблица 3. Анализ экономической эффективности инвестиций в перинатальный центр в средне-статистическом регионе

Выгода	
<i>Сохраненные жизни</i>	
Средняя рождаемость в области в 2013 г.	23 292
Среднее количество сохраненных жизней (средний показатель рождаемости, умноженный на 0,391 снижение младенческой смертности)	9,11
<i>Стоимость жизни</i>	
ВВП, руб.	71 406 400
Население трудоспособного возраста, количество	85 161 578
ВВП на одного работника, руб.	838 481
Продолжительность работы в течение жизни (в возрасте 16–59 лет), годы	43
Стоимость жизни (умножаем продолжительность работы на ВВП на одного работника), млн руб.	36
Окупаемость текущей стоимости (в течение 40 лет службы больницы), млн руб.	10 286
<i>Расходы</i>	
<i>Эксплуатационные</i>	
Средняя месячная заработная плата врачей и медсестер, руб.	29 557
Годовая заработная плата 600 работников (консервативное значение), млн руб.	213
Годовая заработная плата с дополнительными 5,4% ОМС (страхование работников), млн руб.	224
Обслуживание (30% в среднем от ежегодной заработной платы), млн руб.	320
Текущая ценность будущих эксплуатационных расходов, млн руб.	10 038
<i>Инвестиции</i>	
Общая сумма инвестиций на центр, млн руб.	2064
Текущая ценность общих расходов, млн руб.	12 102
Процентная ставка (средняя процентная ставка Банка России для нефинансовых рублях на период более 3 лет)	8,25%
Ставка дисконта с поправкой на среднюю инфляцию в 7%	1,25%
Коэффициент текущей ценности для потока будущих доходов за 40 лет	0,04
Чистая текущая ценность, млн руб.	-1816
Процент возврата	-15%

ССЖ, находим, что в среднем окупаемость перинатального центра составляет -15% в регионе с уровнем рождаемости 23 292 в год. Аналогично из данных, представленных в табл. 5, мы видим, что сохранение ССЖ на уровне 36 млн руб., а в регионе с показателем рождаемости в 30 000, окупаемость перинатального центра варьируется от 1% (при ставке рефинансирования 3,5%) до 9% (при дисконтной ставке 1,25%). Мы также допускаем, что младенцы, пережившие 1 год жизни, имеют среднюю продолжительность и качество жизни.

Важно отметить, что оценка этих выгод делается без учета каких-либо преимуществ для здоровья матери и улучшения исходов заболеваемости для грудных детей, которые не умерли бы при отсутствии лечения. Тем не менее, использование только измеримых сохраненных жизней является стандартной процедурой в литературе: например, Низалова и Вишня [12] явно не учитывают заболеваемость в своей оценке окупаемости, так что сравнение наших и их результатов точное.

Низалова и Вишня [12] считают, что проект «Мать и дитя» в Украине принес 962% воз-

Таблица 4. Анализ чувствительности стоимости статистической жизни к окупаемости перинатального центра, %

Рождаемость в регионе											
	1 000	10 000	15 000	20 000	30 000	40 000	50 000	70 000	90 000	100 000	130 000
Стоимость статистической жизни, млн руб.											
20	-98	-80	-70	-60	-39	-19	1	42	82	102	163
25	-97	-75	-62	-49	-24	1	27	77	128	153	229
30	-97	-70	-54	-39	-9	21	52	113	173	204	295
35	-96	-65	-47	-29	6	42	77	148	219	254	361
40	-96	-60	-39	-19	21	62	102	183	264	305	426
45	-95	-54	-32	-9	37	82	128	219	310	355	492
50	-95	-49	-24	1	52	102	153	254	355	406	558
55	-94	-44	-17	11	67	123	178	290	401	457	624
60	-94	-39	-9	21	82	143	204	325	447	507	689
65	-93	-34	-1	32	97	163	229	361	492	558	755
70	-93	-29	6	42	113	183	254	396	538	608	821
75	-92	-24	14	52	128	204	280	431	583	659	887
80	-92	-19	21	62	143	224	305	467	629	710	953

Таблица 5. Анализ чувствительности к ставке дисконтирования, %

Рождаемость в регионе											
	1 000	10 000	15 000	20 000	30 000	40 000	50 000	70 000	90 000	100 000	130 000
Ставка дисконтирования, %											
1,25	-96	-64	-45	-27	9	46	82	155	228	265	374
1,50	-96	-64	-46	-28	9	45	81	153	226	262	371
1,75	-96	-64	-46	-28	8	44	80	151	223	259	367
2,00	-96	-64	-47	-29	7	42	78	149	220	256	363
2,25	-96	-65	-47	-29	6	41	77	147	218	253	359
2,50	-96	-65	-47	-30	5	40	75	145	215	250	355
2,75	-97	-65	-48	-31	4	39	74	143	212	247	351
3,00	-97	-66	-48	-31	3	38	72	141	210	244	347
3,25	-97	-66	-49	-32	2	36	71	139	207	241	343
3,50	-97	-66	-49	-32	1	35	69	137	204	238	339
3,75	-97	-67	-50	-33	0	34	67	134	201	235	335
4,00	-97	-67	-50	-34	-0	33	66	132	199	232	332
4,25	-97	-67	-51	-34	-1	32	64	130	196	229	328
4,50	-97	-67	-51	-35	-2	30	63	128	193	226	324
4,75	-97	-68	-52	-35	-3	29	61	126	191	223	320
5,00	-97	-68	-52	-36	-4	28	60	124	188	220	316
5,25	-97	-68	-52	-37	-5	27	58	122	185	217	312
5,50	-97	-69	-53	-37	-6	26	57	120	183	214	308

врат инвестиций с учетом сохраненных жизней, который находится в гораздо более высоком диапазоне, чем возврат инвестиций в России, даже учитывая гораздо более консервативное использование ССЖ в Украине. Если бы использовались российские значения, возврат был бы выше. Подобные данные указывают на то, что существуют и другие способы предотвратить смертность в России с гораздо меньшими инвестициями.

Оценивая стоимость сохраненной жизни, мы сначала обнаруживаем, что все перинатальные центры вместе взятые сохраняют 263 жизни в год⁹. Затем мы используем среднюю инвестиционную стоимость перинатального центра в регионе, в годовом исчислении за 40 лет, используя формулу пересчета на годовой основе (65 886 000 руб.) плюс ежегодные расходы перинатального центра (320 000 000 руб.), делим общую стоимость на предполагаемое количество сохраненных жизней в каждом регионе, как в исследовании доходности ОИТН в США Дж. Дойла и соавт. [11], и берем среднее значение по всем регионам, чтобы получить национальное значение¹⁰. Стоимость сохраненной жизни, согласно нашим расчетам, составляет 52 153 000 руб. (1 380 000 в долларах США 2014 г. или 2 619 000 долларов США ППС 2014 г.). Независимо от того, какой долларовой эквивалент мы выбираем, стоимость сохраненной жизни значительно выше, чем в США, сравнивая с данными [11]: 527 083–615 270 в долларах США 2010 г.¹¹. По данным украинского исследования, 5,63 жизней сохраняется в год, государству это обходится в 60 000 долларов США 2005 г. в год. Это значение переводится в 12 592 долларов США 2014 г.

за сохраненную жизнь, что практически в 100 раз дешевле, чем инвестиции в перинатальные центры в России.

Чтобы наши выкладки можно было сравнивать с данными некоторых других исследований, рассчитаем стоимость сохраненного года жизни с учетом ее качества (QALY). Поскольку мы не владеем информацией о качестве жизни, обусловленной массой тела новорожденного, мы используем оценки из работы [5], при условии, что все сохраненные жизни – это жизни новорожденных с НМТ и что в России в 2014 г. новорожденные с определенной массой тела имеют качество жизни, как в Соединенных Штатах Америки в 1990 г., и имеют ту же продолжительность жизни *по отношению* к средней в России. Зная доли различных категорий НМТ в 2013 г. для России, мы считаем, что в среднем младенец с НМТ, который пережил 1 год жизни, проживет 58,3 QALY¹². В табл. 6 сравниваются наши результаты QALY или стоимость сохраненной жизни с различными мероприятиями из других исследований. Наша стоимость QALY одна из самых высоких в этом списке, ее превосходит только аортокоронарное шунтирование.

Одно из возможных объяснений того, что высокотехнологичная медицина так непродуктивна, учитывая ее стоимость, – это неэффективность управления больницами. Основным компонентом стоимости сохраненной жизни являются операционные расходы, а не инвестиционная стоимость. Это означает, что управление этими больницами так дорого, что ожидается, что они будут сохранять больше жизней, чем в настоящее время происходит. Причиной низкой эффективности может быть

⁹ Чтобы получить это значение, мы умножаем рождаемость во всех экспериментальных регионах в 2013 г. (когда были открыты все 24 центра) на среднее снижение уровня младенческой смертности из нашей регрессии (0,391 смертей на 1000 рожденных из табл. 2).

¹⁰ Использована формула пересчета в годовое исчисление: $d = P \times r / (1 - 1 / (1 + r)^T)$, где $P = 2\,064\,000\,000$ – это средняя стоимость построения перинатального центра, $r = 0,0125$ – процентная ставка Банка России за вычетом инфляции, $T = 40$ – верхняя граница срока службы больницы.

¹¹ Мы считаем, что доллары США ППС 2014 г. являются наиболее точной валютой для сравнения с результатом США, потому что она представляет стоимость для правительства в реальном выражении.

¹² Для данного расчета QALY мы берем только случаи младенцев, которые пережили первый год жизни.

Таблица 6. Сравнение стоимости различных видов медицинской помощи

Параметр	Согласно оценке	В ППС долларах США на 2014 г.
<i>Дополнительные затраты на QALY</i>		
Наша оценка, высокотехнологичная неонатальная медицина, доллары США ППС 2014 г.	44 900	21 412
Катлер и Меара (2000) [5], Неонатальная медицина (США, 1990), доллары США	3726	6065
Катлер и Меара (2000) [5], Наблюдение за беременными женщинами (США, 1990), доллары США	(4214) (экономия затрат)	(6859) (экономия затрат)
Катлер и Меара (2000) [5], Вакцинация от гриппа <3 года (США, 1990), доллары США	1745	2840
Катлер и Меара (2000) [5], Аортокоронарное шунтирование (США, 1990), доллары США	33 600–48 300	54 700–78 700
Катлер и Меара (2000) [5], Лечение тяжелой формы гипертонии (США, 1990), доллары США	17 000	27 700
Катлер и Меара (2000) [5], Мазок Папаниколау каждые 3 года в возрасте 20–74 лет, доллары США	17 000	27 700
Мангхам-Джеффрис и соавт. (2014) [15], Поощрение грудного вскармливания в больнице (Гондурас, 1993), доллары США	164 (на год жизни, скорректированный по нетрудоспособности)	249
Мангхам-Джеффрис и соавт. (2014) [15], Распространение роддомов, помощь с направлением к врачу, обучение акушеров (Гамбия, 1991), доллары США	148–620 (на год жизни)	153–640
<i>Стоимость сохраненной жизни</i>		
Наша оценка, высокотехнологичная неонатальная медицина, доллары США ППС 2014 г.	2 619 000	1 380 000
Мангхам-Джеффрис и соавт. (2014) [15], Поощрение грудного вскармливания в больнице (Гондурас, 1993), доллары США	6894	7120
Мангхам-Джеффрис и соавт. (2014) [15], Распространение роддомов, помощь с направлением к врачу, обучение акушеров (Гамбия, 1991), доллары США	1380–6414	1400–6625
Мангхам-Джеффрис и соавт. (2014) [15], Вакцинации против столбняка (Индонезия, 1985), доллары США	1564	1615
Алмонд и соавт. (2010) [11], Неонатальная интенсивная терапия (США, 1983–2002), доллары США	527 083– 615 270	566 000– 660 650

низкая квалификация или отсутствие мотивации врачей и медсестер, которые не могут использовать высокотехнологичное оборудование, или плохое руководство больницы. Кроме того, централизованные высокотехнологичные услуги в географически обширной стране будут по своей сути недоступны для многих матерей с высоким уровнем риска.

5. Заключение

Инвестирование в высокотехнологичную инфраструктуру снижает младенческую смертность в стране со средним уровнем дохода, но за высокую цену. Построение ультрасовременных больниц в 24 из 83 регионов России снизило уровень младенческой смертности на 3,8%

в среднем относительно среднего показателя по этим регионам в 2007 г. (смертельных исходов стало на 0,391 меньше на 1000 родов), но каждая сохраненная жизнь стоит правительству около 52 млн руб. (2,6 млн долларов США ППС 2014 г.), что превышает аналогичные инвестиции в Соединенных Штатах Америки в 4–5 раз. Это свидетельствует о том, что сдерживающие факторы, такие как возможность построения больниц при более низких затратах или отсутствие других качественных вложений в здравоохранение, остаются и ограничивают потенциальный эффект от инвестирования. Предмет данного исследования и далее остается актуальным, поскольку федеральное правительство планирует построить центры еще в 30 регионах, и очень важно точно прогнозировать ожидаемое снижение смертности благодаря инвестированию. Если ожидается, что снижение смертности будет таким же, как в текущей части программы, только в больших регионах с уровнем рождаемости более 30 000 в год ожидается положительная окупаемость инвестиций, и только если жизнь оценивается в 35 млн руб. и более. Однако это не значит, что при такой ССЖ нет иных инвестиций в российское здравоохранение, которые могли бы иметь намного большую окупаемость.

Функционирование перинатального центра снижает детскую смертность за счет сохранения жизни младенцев в 1-ю неделю и 1-й месяц жизни. Наибольшее снижение показателей по сравнению с исходным уровнем в 2007 г. приходится на смертность в течение 1-й недели жизни (7,3%).

Мы рассматриваем основную проблему, связанную с достоверностью результатов. Способность выбранных (в 2007 г.) регионов получить выгоду от центра может быть выше, чем у других регионов, так что оценка DD может преувеличивать эффект от построения центра. Мы тщательно отбираем контрольную группу и включаем в нее только регионы, которые будут участвовать во втором этапе программы. Мы также проверяем их на предмет существовавших различий в трендах для экспериментальной и контрольной групп

и подозрение на более сильное занижение уровня смертности в экспериментальных регионах. Мы исключаем эти проблемы с помощью диагностических регрессий, представленных в статье Нигматулиной и Беккера (2016) [9], на которой основана данная работа.

Стоит отметить, что наши оценки окупаемости ограничиваются непосредственно сохраненными жизнями. В некоторой степени истинная окупаемость перинатального центра может быть недооценена, поскольку очень вероятно, что лечение в центре улучшило показатели заболеваемости матерей, а также младенцев. Кроме того, центр должен повысить общее качество акушерской помощи в регионе, взаимодействуя с другими больницами, поощряя распространение лучших практик, а также контролируя их применения в долгосрочной перспективе. К сожалению, мы не владеем информацией об улучшении показателей заболеваемости или о том, как ее выразить количественно. Тем не менее инвестирование остается дорогостоящим по сравнению с аналогичными исследованиями в других странах, которые тоже рассматривают *только* сохраненные жизни в качестве критерия результата.

Вложение примерно 75 млрд руб. (3,8 млрд долларов США ППС 2014 г.) для создания ОИТН наряду с еще большими эксплуатационными расходами – это большое вложение, сделанное Министерством здравоохранения РФ, оно составило примерно $\frac{1}{3}$ от капитального бюджета за 2013 г. в 222,5 млрд руб. Как отметили Эванс и Гартвейт [16], 1,1 млрд долларов США было потрачено в Соединенных Штатах Америки на сравнительное исследование эффективности для Акта «О восстановлении и реинвестировании американской экономики», ставшего законом в 2009 г. Такое исследование может быть дорогостоящим в стране, в которой, возможно, нет базового доступа к медицине. Однако, когда ресурсы, выделяемые на здравоохранение, ограничены, для сравнения относительной окупаемости крупных инвестиций, таких как ОИТН, высокотехнологичные кардиологические центры или увеличение числа коек в большом количестве больниц, оно необходимо. Несмотря на

то доказательство, что деньги, потраченные на проект перинатального центров, принесли некоторую отдачу, она может быть гораздо большей от удовлетворения основных потребностей нынешней российской системы здравоохранения: увеличения количества и качества родильных отделений, доступных для тех, кто живет вдали

от крупных центров. Страны с доходом выше среднего будут вкладывать большие средства в инфраструктуру здравоохранения в ближайшем будущем, и не стоит недооценивать важность сознательного выбора для достижения более высокой окупаемости медицинского обслуживания.

Приложение

Сводная статистика, результаты устойчивости регрессии, расчеты затрат и выгод и участки зависимых переменных во времени

1. Таблицы

Таблица А1. Сводная статистика: полная выборка

Параметр	Количество	Среднее	СО	Мин.	Макс.
Смертность в возрасте 0–1 год	581	8,448	3,033	0	23,9
Смертность в возрасте 0–28 дней	581	4,884	2,11	0	18,1
Смертность в возрасте 0–6 дней	581	3,266	1,713	0	14
Перинатальные потери	581	8,610	2,513	0	19,9
Мертворождаемость	581	5,351	1,505	0	11,1
Смертность в возрасте 28–365 дней	581	3,564	1,6	0	17,9
Перинатальный центр	581	0,115	0,32	0	1
Рождаемость, количество	581	21 872	19 737	641	135 853
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	579	68,333	2,870	57,5	78,84
Доход на душу населения, в 1000 руб.	581	17,403	8,996	4,006	66,276
Финансирование здравоохранения, в 1000 руб.	581	8,048	5,974	1,724	43,735
Количество акушеров-гинекологов на 10 000 женщин репродуктивного возраста	581	5,136	1,204	2,8	10,02
Процент городского населения	581	69,263	13,202	26,7	100
Процент за чертой бедности	576	15,31	5,333	5,6	45,3
Родильные дома, количество	581	2,157	2,679	0	19
Потребление водки на душу населения (литров на человека)	581	11,184	4,262	0	24,3
Количество неонатологов на 1000 младенцев	581	32,21	9,206	0	61,4
Наблюдения	581				

Таблица А2. Сводная статистика за 2007 г. (до начала программы)

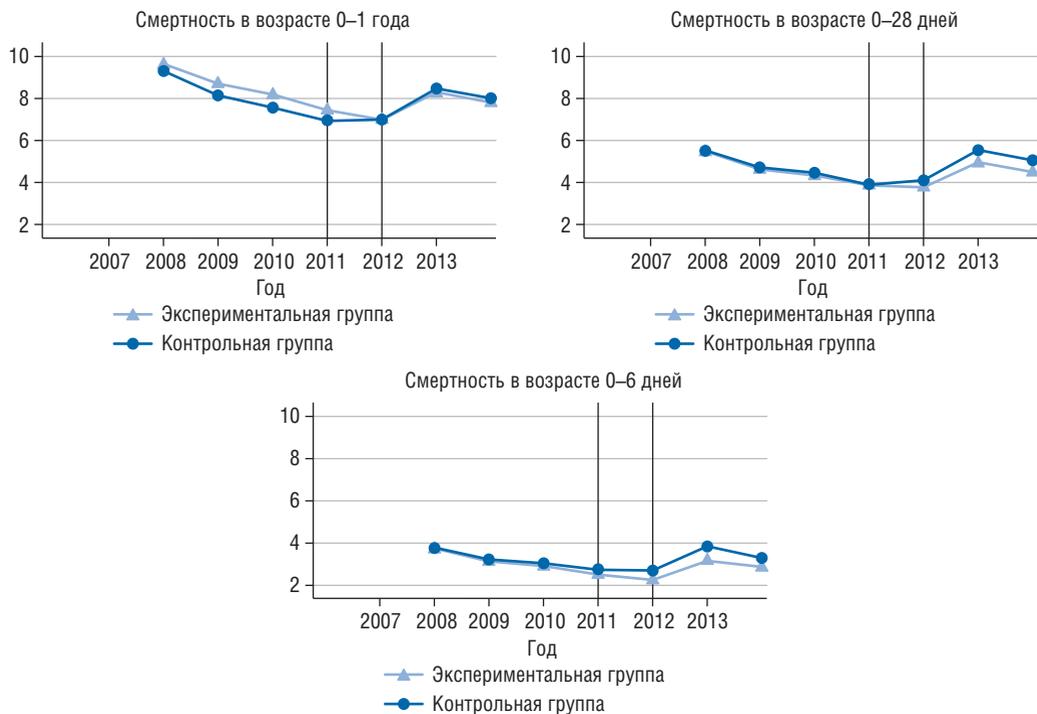
Параметр	Среднее по регионам, не включенным в проект строительства ПЦ с 2007 г.	Среднее по 30 регионам, включенным в проект строительства ПЦ с 2013 г.	Среднее по 24 регионам, включенным в проект строительства ПЦ с 2007–2013 гг.	Среднее
Смертность в возрасте 0–1 год	10,42 (3,805)	9,307 (2,909)	9,599 (2,459)	9,773 (3,132)
Смертность в возрасте 0–28 дней	5,750 (1,871)	5,503 (2,424)	5,497 (1,679)	5,586 (2,021)
Смертность в возрасте 0–6 дней	3,933 (1,409)	3,823 (1,942)	3,658 (1,193)	3,812 (1,558)
Перинатальные потери	9,450 (2,262)	9,130 (2,419)	9,148 (1,539)	9,244 (2,120)
Мертворождаемость	5,506 (1,606)	5,333 (1,033)	5,486 (0,952)	5,437 (1,227)
Смертность в возрасте 28–365 дней	4,670 (2,639)	3,803 (1,213)	4,102 (1,223)	4,187 (1,847)
Рождаемость, количество	11 208 (9 930,0)	24 027,2 (20 881,4)	23 886,4 (14 561,4)	19 608,7 (16 918,4)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	65,90 (3,075)	67,69 (2,776)	66,65 (1,867)	66,78 (2,735)
Доход на душу населения, в 1000 руб.	11,96 (8,427)	11,27 (6,349)	10,34 (2,680)	11,23 (6,369)
Финансирование здравоохранения, в 1000 руб.	7,491 (7,669)	5,001 (3,287)	5,059 (2,779)	5,868 (5,201)
Количество акушеров-гинекологов на 10 000 женщин репродуктивного возраста	5,436 (1,407)	4,773 (1,011)	5,138 (0,854)	5,106 (1,145)
Процент городского населения	67,14 (14,23)	68,56 (12,60)	72,90 (10,89)	69,34 (12,79)
Процент за чертой бедности	20,30 (8,866)	16,05 (5,134)	16,50 (4,523)	17,63 (6,724)
Родильные дома, количество	1,643 (1,747)	2,367 (3,764)	3,292 (2,196)	2,390 (2,810)
Потребление водки на душу населения (л на человека)	12,86 (4,077)	11,87 (4,277)	12,46 (4,061)	12,38 (4,117)
Количество неонатологов на 1000 младенцев	32,90	29,73	35,99	32,64
Наблюдения	(11,32) 82	(7,478)	(8,557)	(9,486)

Примечание. Здесь и в табл. А3: средние отклонения даны в скобках; ПЦ – перинатальный центр.

Таблица А3. Сводная статистика за 2013 г. (после начала работы перинатальных центров)

Параметр	Среднее по регионам, не включенным в проект строительства ПЦ с 2007 г.	Среднее по 30 регионам, включенным в проект строительства ПЦ с 2013 г.	Среднее по 24 регионам, включенным в проект строительства ПЦ с 2007–2013 гг.	Среднее
Смертность в возрасте 0–1 год	9,866 (4,415)	8,000 (2,165)	7,800 (1,515)	8,594 (3,137)
Смертность в возрасте 0–28 дней	5,797 (2,626)	5,033 (1,892)	4,492 (1,013)	5,143 (2,047)
Смертность в возрасте 0–6 дней	3,790 (2,259)	3,297 (1,501)	2,904 (0,765)	3,355 (1,683)
Перинатальные потери	10,26 (2,775)	9,383 (2,987)	9,483 (1,506)	9,717 (2,565)
Мертворождаемость	6,503 (1,536)	6,123 (1,921)	6,604 (1,399)	6,395 (1,644)
Смертность в возрасте 28–365 дней	4,069 (3,178)	2,967 (0,770)	3,308 (0,909)	3,451 (2,029)
Рождаемость, количество	13 552,7 (12 705,8)	28 958,8 (28 053,2)	27 977,4 (18 589,2)	23 292,2 (21 956,6)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	69,18 (2,934)	70,80 (2,584)	69,83 (1,815)	69,96 (2,590)
Доход на душу населения, в 10 000 руб.	25,13 (13,84)	23,84 (8,540)	21,91 (4,755)	23,73 (9,962)
Финансирование здравоохранения, в 1000 руб.	12,14 (8,581)	10,62 (5,750)	8,942 (1,675)	10,66 (6,266)
Количество акушеров-гинекологов на 10000 женщин репродуктивного возраста	5,396 (1,471)	4,761 (1,056)	4,998 (0,788)	5,051 (1,175)
Процент городского населения	66,35 (15,20)	69,17 (12,82)	74,07 (10,25)	69,60 (13,27)
Процент за чертой бедности	15,56 (6,582)	12,34 (3,594)	13,06 (3,038)	13,67 (4,896)
Родильные дома, количество	1,276 (1,334)	2 (3,384)	2,583 (2,244)	1,916 (2,519)
Потребление водки на душу населения (л на человека)	9,931 (4,404)	8,868 (3,843)	9,075 (2,977)	9,300 (3,815)
Количество неонатологов на 1000 младенцев	30,38 (10,41)	28,78 (7,722)	34,85 (6,816)	31,10 (8,799)
Наблюдения	83			

2. Графики зависимых переменных во времени



Тенденции смертности

Мы построили ряд графиков для всех переменных клинических исходов и наблюдаем изменения во время внедрения программы. Мы обозначили период, равный 2 годам, в течение которого открылось наибольшее количество центров, – 2011 и 2012 гг. – черными вертикальными линиями. Для получения более естественной экспозиции маркер каждого года ставится в конце года (т.е. данные за 2012 г. представлены в начале 2013 г.), для всех наших переменных исходов существуют итоги на конец года.

На графиках представлены 3 основных критерия смертельных исходов для младенцев, рожденных живыми (измеряется уровнем смертности на 1000 рожденных живыми). Показатели динамики смертности параллельны между собой и снижаются в обеих группах, до начала программы. После 2011 и 2012 гг. тенденция расходится: в то время как показатели в контрольной группе в среднем повышаются, показатели в экспериментальной группе продолжают снижаться. После 2012 г. уровень смертности растет в обеих группах благодаря изменениям в стандартах учета рождаемости, но в меньшей степени в регионах с перинатальным центром.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Нигматулина Джамия Булатовна – научный сотрудник Лондонской школы экономики (Лондон, Великобритания)

E-mail: d.nigmatulina@lse.ac.uk

Беккер Чарльз – профессор Университета Дьюка (Дарем, США)

E-mail: cbecker@econ.duke.edu

REFERENCES

1. Decree of the Russian Government dated December 4, 2007 N 1734-r (<http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2007050000&docid=78>). (in Russian)
2. Latukhina K. Formula spravedlivosti [A formula for justice]. An online resource available at <http://www.rg.ru/2013/04/04/medtsentri-site.html> (Last accessed: 18 October 2014). (in Russian)
3. Sukhanova L.P. Analysis of mother and infant indicators during the obstetrics care reform in Russia in 2006–2011. Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare. Moscow, 2012 (an online resource available at http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/stat2012/12_Sukhanova.ppt (Last accessed: 11 June 2014). (in Russian)
4. Decree of the Russian Government dated December 9, 2013 N 2302-r "On approval of the development program of perinatal centers in the Russian Federation (as amended)" (<http://base.garant.ru/70529232/#ixzz4Vw7nm0g9>). (in Russian)
5. Cutler D.M., Meara E. The technology of birth: Is it worth it? *Front Health Policy Res.* 2000; Vol. 3: 33–68.
6. Muraskas J., Parsi, K. The cost of saving the tiniest lives: NICUs versus prevention. *Virtual Mentor.* 2008; Vol. 10 (10): 655–8.
7. Paneth N.S. The problem of low birth weight. *Future Children.* 1995; Vol. 5: 19–348.
8. Williams R.L., Chen P.M. Identifying the sources of the recent decline in perinatal mortality rates in California. *Obstet Gynecol Surv.* 1982; Vol. 37 (7): 454–6.
9. Nigmatulina D., Becker C. Is high-tech care in a middle-income country worth it? *Econ Transit.* 2016; Vol. 24: 585–620. doi:10.1111/ecot.12098.
10. Galiani S., Gertler P., Schargrodsky E. Water for life: The impact of the privatization of water services on child mortality. *J Polit Econ.* 2005; Vol. 113 (1): 83–120.
11. Almond D., Doyle J.J., Kowalski A.E., Williams H. Estimating marginal returns to medical care: Evidence from at-risk newborns. *Quart J Econ.* 2010; Vol. 125 (2): 591–634.
12. Nizalova O.Y., Vyshnya M. Evaluation of the impact of the mother and infant health project in Ukraine. *Health Econ.* 2010; Vol. 19 (S1): 107–25.
13. Guriev S. Myths of economics: misconceptions and stereotypes that are distributed by the media and politicians. Moscow: Mann, Ivanov i Ferber, 2011. (in Russian)
14. Bykov A. On the methodology for assessing the value of a statistical life. *Strakhovoye Delo [Insurance Business]*. 2007; Vol. 3: 10–25. (in Russian)
15. Mangham-Jefferies L., Pitt C., Cousens S., Mills A., Schellenberg J. Cost-effectiveness of strategies to improve the utilization and provision of maternal and newborn health care in low-income and lower-middle-income countries: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; Vol. 14 (1): 243.
16. Evans W.N., Garthwaite C. Estimating heterogeneity in the benefits of medical treatment intensity. *Rev Econ Stat.* 2012; Vol. 94 (3): 635–49.

Лидер: победы и поражения. Экономика и управление Германии в период Второй мировой войны

Б.И. Нигматулин

B.I. Nigmatulin

Leader: victories and defeats. The German economy and administration during World War II

Кейс ВШОУЗ

Представлена ситуационная задача по примерам эффективного и неэффективного управления. Необходимо прочесть и ответить на вопросы в конце текста.

Ответив на вопросы и прислав их на электронную почту vshouz@vshouz.ru, вы получите 2 кредита в системе НМО.

Расширенная версия описания ситуационной задачи представлена на сайте: <http://www.vshouz.ru>.

Стратегические и тактические решения, необходимые для начала и продолжения войны или заключения мира, должны делаться на основании данных о состоянии вооруженных сил, экономики собственной страны и соответствующих данных противоборствующей стороны. При этом планирование военных операций и военной экономики должно быть согласованным, ибо экономические ресурсы страны **всегда** ограничены. Для получения максимального военно-стратегического эффекта нельзя полагаться **только** на интуицию (чем часто грешил Гитлер), необходимо рассчитывать силы и средства на основании достоверных данных по возможностям экономики как собственной страны, включая ее военную составляющую, так и противоборствующей стороны, не только на краткосрочный, но и на долгосрочный период.

В апреле 1936 г. Гитлер утвердил **Меморандум о задачах 4-летнего плана**, в котором потребовал: «...через 4 года экономика Германии должна быть готова к войне».

За подготовку Германии к войне отвечало Управление по 4-летнему плану, которое в 1936–

1945 гг. возглавлял Герман Геринг – второй человек в руководстве Германии после Гитлера. Управление по 4-летнему плану также руководило промышленной экспансией в оккупированных странах Европы, захватом предприятий и переориентацией их на нужды германской военной промышленности.

В Управлении по 4-летнему плану были определены лишь номинальные руководящие должности, а основную работу по координации производств и поставок осуществляли профильные имперские министерства. Для координации и централизации работ в определенных областях генеральный уполномоченный по 4-летнему плану имел право назначать генеральных и имперских уполномоченных с очень широкими полномочиями. Такими уполномоченными в том числе были:

Вальтер Функ – генеральный уполномоченный по экономике (1938 г. – декабрь 1939 г.), министр экономики Германии (4 февраля 1938 г. – 1 мая 1945 г.).

Фриц Тодт – генеральный уполномоченный по вопросам вооружений (17 марта 1940 г. –

8 февраля 1942 г.), министр вооружений и боеприпасов.

Альберт Шпеер – генеральный уполномоченный по контролю и строительству, генеральный уполномоченный по вопросам вооружений (1 марта 1942 г. – май 1945 г.), министр вооружения и военной промышленности (8 февраля 1942 г. – май 1945 г.).

Карл Краух – генеральный уполномоченный по специальной химической промышленности (22 августа 1938 г. – май 1945 г.).

Франц Нойхаузен – генеральный уполномоченный по экономике Сербии и металлургии на юге (1943–1944 гг.).

Фриц Заукель – генеральный уполномоченный по использованию рабочей силы (21 марта 1942 г. – май 1945 г.).

Йозеф Пауль Геббельс – имперский уполномоченный по тотальной мобилизации (25 июля 1944 г. – апрель 1945 г.).

Реализация первого 4-летнего плана 1936–1940 гг. позволила немецкой экономике перейти на военные рельсы. К началу Второй мировой войны, в сентябре 1939 г., Германия имела расширенные, модернизированные производственные мощности и располагала значительными запасами важнейшего стратегического сырья. В ведущих отраслях промышленности началось использование новых видов сырья. Многие предприятия стратегических отраслей промышленности были перемещены из опасных с военной точки зрения пограничных районов в центральные, северные и южные. По объему промышленного производства Германия заняла 1-е место в Европе. Таким образом, были созданы определенные предпосылки по военному и экономическому превосходству Германии над соседними странами. Однако военная экономика и вооруженные силы Германии были достаточно хорошо подготовлены **только** для кратковременной войны – блицкригу.

Шпеер так характеризует экономику блицкрига: *«Суть экономики блицкрига сводилась к тому, чтобы заблаговременно оснастить вермахт материальными ресурсами за счет форсированного выпуска, а проблему снабжения воен-*

ного производства сырьем и топливом решать и за счет захватов» [1].

Несмотря на противоположное заявление в политических речах руководителей Германии, в стране **не были приняты меры на случай длительной затяжной войны**. Вместе с крахом расчетов на молниеносную войну исчезло преимущество Германии. Отсюда следует, что военная экономика Германии **не была** готова ко Второй мировой войне.

Высшее руководство экономикой и финансами Германии во время Второй мировой войны

Адольф Гитлер (1889–1945). Во время Второй мировой войны – фюрер и рейхсканцлер Германии, верховный главнокомандующий вооруженными силами Германии.

Образование – неполное среднее. Окончил школу в Линце (1905 г.).

Основоположник национал-социализма в Германии, основатель тоталитарной диктатуры Третьего рейха.

1921–1945 гг. – организатор и председатель Национал-социалистической немецкой рабочей партии (русс. сокращение – НСДАП).

1933–1935 гг. – рейсштатгальтер Пруссии.

1933–1945 гг. – рейхсканцлер Германии.

1934–1945 гг. – фюрер Германии.

Покончил жизнь самоубийством 30 апреля 1945 г. в окруженном Красной Армией Берлине.

1914 г. – участник Первой мировой войны, ушел добровольцем на фронт. После поражения Германии в войне начал политическую деятельность в организованной им НСДАП.

Вскоре после прихода к власти Гитлер объявил о выходе Германии из военных статей Версальского договора, ограничивающего военные усилия Германии. 100-тысячный рейхсвер был превращен в миллионный вермахт, созданы танковые войска и восстановлена военная авиация. Был отменен статус демилитаризованной Рейнской зоны.

В марте 1938 г. была аннексирована Австрия, осенью 1938 г., в соответствии с Мюнхенским

соглашением, – часть Чехословакии: Судетская область. В марте 1939 г. была оккупирована оставшаяся часть Чехии, превращенная в государство-сателлит – протекторат Богемии и Моравии.

23 августа 1939 г. Гитлер заключает Договор о ненападении с Советским Союзом, секретное приложение к которому содержало план раздела сфер влияния в Европе.

1 сентября 1939 г. Германия под руководством Гитлера начала Вторую мировую войну. Сентябрь – разгром Польши. Апрель-июнь 1940 г. – оккупация Норвегии, Дании, Голландии, Люксембурга, Бельгии и части Франции.

Весна 1941 г. – захват Греции и Югославии.

22 июня 1941 г. – нападение на Советский Союз. Поражения Красной Армии на первом этапе войны, оккупация немецкими и союзными им войсками республик Прибалтики, Белоруссии, Украины, Молдавии, южных и западных регионов европейской части РСФСР. После поражения в Сталинградской битве (январь-февраль 1943 г.), на втором этапе войны, – отступление с оккупированных территорий Советского Союза. На третьем этапе – отступление из стран Восточной и Центральной Европы, капитуляция Германии 9 мая 1945 г.

Герман Геринг (1893–1946). В годы войны – генеральный уполномоченный по 4-летнему плану (1936–1945 гг.), преемник фюрера (1941–1945 гг.), рейхсминистр авиации Германии.

Образование – среднее. Учился в кадетских училищах в Карлсруэ и Берлине – Лихтерфельде (Прусская военная академия).

1922 г. – член НСДАП.

1932–1945 гг. – президент рейхстага.

1933–1945 гг. – министр-президент Пруссии.

1933–1945 гг. – рейхсминистр авиации Германии.

1935–1945 гг. – и.о. рейсштатгальтера Пруссии.

1936–1945 гг. – генеральный уполномоченный по 4-летнему плану.

1937–1938 гг. – и.о. рейхсминистра экономики Германии.

29 июня 1941 г. официально назначен наследником Гитлера на случай его смерти или в том случае, если он по какой-либо причине

окажется не в состоянии выполнять свои обязанности даже на короткий срок.

23 апреля 1945 г. арестован отрядом СС по обвинению в государственной измене, лишен всех званий и наград, исключен из НСДАП.

Покончил жизнь самоубийством 15 октября 1946 г. Участник Первой мировой войны. С осени 1915 г. – летчик-истребитель, за время боев сбил 22 самолета противника и был награжден железным крестом 1-го и 2-го классов.

Политический, государственный и военный деятель нацистской Германии, рейхсминистр Имперского министерства авиации. 30 июля 1941 г. Геринг подписал представленный начальником Главного управления имперской безопасности Рейнхардом Гейдрихом (умер от смертельного ранения в Праге 4 июня 1942 г.) документ об окончательном решении еврейского вопроса, по которому предполагалось уничтожить почти 20 млн человек. В конце 1942 г. Геринг клятвенно заверил Гитлера, что обеспечит бесперебойное снабжение окруженной под Сталинградом 6-й армии фельдмаршала Паулюса всем необходимым, что было заведомо невозможно (2 февраля 1943 г. Паулюс капитулировал).

Мартин Борман (1900–1945). В годы войны – начальник партийной канцелярии НСДАП (1941–1945 гг.), личный секретарь фюрера (1942–1945 гг.), рейхсминистр по делам партии.

Образование – среднее. Учился в сельскохозяйственном колледже.

1927 г. – член НСДАП.

1933 – 1941 гг. – начальник штаба заместителя фюрера.

1933 – 1945 гг. – рейхслайтер.

1937 г. – вступил в СС.

1941 г. – начальник партийной канцелярии НСДАП.

С 1935 г., исполняя обязанности личного секретаря фюрера, входил в ближний круг Гитлера и всюду его сопровождал, организуя начальнику брифинги и предоставляя ему сводки событий.

После того как 10 мая 1941 г. Рудольф Гесс (немецкий государственный и политический деятель, член НСДАП, заместитель Гитлера по

партии) самовольно вылетел в Британию для мирных переговоров, Борман занял пост начальника партийной канцелярии НСДАП, приняв на себя обязанности бывшего заместителя фюрера. Борман утверждал назначение гражданских руководителей и принятие нового законодательства, к концу 1943 г. де-факто сконцентрировав власть внутри страны в собственных руках.

12 апреля 1943 г. он был официально назначен на должность личного секретаря фюрера.

К концу войны приобрел значительное влияние как личный секретарь, контролируя потоки информации и доступ к Гитлеру.

16 января 1945 г. вслед за Гитлером переехал в фюрербункер. 2 мая в составе группы покинул рейхсканцелярию. Предположительно, совершил самоубийство на мосту близ станции Лертер. За военные преступления и преступления против человечности на Нюрнбергском трибунале был заочно приговорен к смертной казни через повешение. В 1972 г. при раскопках были обнаружены останки Бормана.

Альберт Шпеер (1905–1981). В годы войны – рейхсминистр вооружений и военной промышленности (1942–1945 гг.), генеральный уполномоченный по вооружению в рамках 4-летнего плана (1942–1945 гг.).

Образование – высшее, архитектор. Окончил Высшее техническое училище в Шарлоттенбурге (1927 г.).

1931 г. – член НСДАП.

1937–1940 гг. – генеральный инспектор по строительству и реконструкции столицы рейха – Берлина.

1942–1945 гг. – генеральный уполномоченный по вооружению в рамках 4-летнего плана.

1942–1945 гг. – рейхсминистр вооружений и военной промышленности.

1946–1966 гг. – отбывал 20-летнее тюремное заключение по решению Международного военного трибунала в Нюрнберге.

Умер 1 сентября 1981 г.

В 1937 г. Альберт Шпеер был назначен генеральным инспектором имперской столицы по строительству, в задачу которого входила перестройка Берлина. В 1938–1939 гг. разра-

ботал генеральный план реконструкции столицы Германии. 8 февраля 1942 г., после гибели Тодта, был назначен Гитлером рейхсминистром вооружений и боеприпасов, генеральным инспектором дорог, а также генеральным инспектором водных и энергоресурсов. 2 сентября 1943 г. различные ведомства Шпеера были объединены в Имперское министерство вооружения и военной промышленности. В 1945 г., в последние месяцы Второй мировой войны, Шпеер сопротивлялся тактике «выжженной земли» Гитлера. Он саботировал приказы об уничтожении промышленных предприятий и инфраструктуры рейха и даже якобы, как он сам позднее утверждал, хотел отравить Гитлера. Во время Нюрнбергского процесса был одним из немногих обвиняемых, который признал свою вину. Международный военный трибунал в Нюрнберге приговорил Шпеера к 20 годам тюремного заключения. Отсидел весь срок заключения.

Экономический потенциал Германии перед Великой Отечественной войной

Перед Великой Отечественной войной территория и население Германии постоянно увеличивались. В границах Германии 1937 г. проживало **66 млн** человек (на конец 1937 г.). В мае 1940 г. в Германской империи проживало уже **90 млн** человек, а с учетом протектората Чехии, Моравии и областей, находившихся под управлением Германии, – **117 млн**.

Германия в 1933–1940 гг. постоянно наращивала экономический и военный потенциал, и к 1939 г. создала мощный военно-промышленный комплекс и вооруженные силы. В 1939 г. Германия достигла превосходства над другими странами в производстве оружия и боевой техники. Однако в способности наращивать военное производство в ходе затяжной войны за счет собственных сырьевых и людских ресурсов она не могла конкурировать ни с США, ни с СССР. Именно поэтому военная доктрина Германии была ориентирована на то, чтобы вооруженные силы Германии, используя

свое превосходство в вооружении, одерживали молниеносные победы, что позволяло стране наращивать свой военно-экономический потенциал за счет побежденных стран. Так, например, на Германию во Франции с середины 1941 г. по конец августа 1944 г. (время освобождения Франции от немецкой оккупации) работали **80%** заводов, изготавливающих самолеты, **40%** черной металлургии, **70%** металлообработки.

Германии для продвижения на восток, для войны с Советским Союзом требовались ресурсы стран, завоеванных к 1941 г. В конце мая 1940 г., еще до подписания Гитлером плана нападения на Советский Союз (плана «Барбаросса»), отдел хозяйственной политики МИД Германии разработал предложения по созданию германского колониального рейха. На их основе была выдвинута идея великого хозяйственного пространства для Германии, которое включало бы Чехословакию, Польшу, Голландию, Бельгию, Люксембург, Данию и Норвегию. В дальнейшем предполагалось приобщить к нему все скандинавские и балканские страны, а также Прибалтику. Предусматривалось расширение Германской колониальной империи за счет бывших немецких колоний в Африке, Бельгийского Конго, Французской Экваториальной Африки, британской Нигерии.

На рис. 1 представлены оккупированные Германией страны, союзники, а также нейтральные страны.

Возможности военной экономики Германии увеличились более чем в 2 раза в результате оккупации многих стран Европы и присоединения к фашистскому блоку ряда европейских государств (см. таблицу).

Страны, оккупированные Германией в 1939–1944 гг.: Польша, Чехословакия, Люксембург, Дания, Бельгия, Албания, Югославия, Литва, Латвия, Эстония, Украина, Белоруссия.

Европейские страны, которые были союзниками фашистской Германии во Второй мировой войне: Италия, Франция, Нидерланды, Болгария, Румыния, Венгрия, Словакия, Хорватия, Сербия, Греция, Финляндия, Норвегия [2].

Из таблицы видно, что Германия к середине 1941 г. увеличила свой потенциал по производству каменного угля, электроэнергии, чугуна, стали, алюминия и автомобилей примерно в 2 раза; по добыче медной руды – в 3,2 раза. В десятки раз возросли ресурсы Германии по добыче нефти и бокситов.

По данным таблицы можно оценить долю производства топливно-энергетических и продовольственных ресурсов, руд черных и цветных металлов и самих металлов, а также автомобилей как у европейских союзников Германии, так и в оккупированных ею европейских странах в общем объеме их производства вместе с Германией в 1941 г. Оказалось, что эти доли равны соответственно **18,5** и **48%**, или вклад оккупированных Германией стран в **2,6** раза больше, чем союзных с нею стран.



Рис. 1. Фашистский блок в Европе к июню 1941 г.

Источник: Кудрявцев М.К. Атлас офицера. М.: Военно-топографическое управление Генерального штаба, 1984. 110 с.

Основные показатели экономического потенциала Германии к середине 1941 г. (годовое производство)

Показатели	Германия с Австрией	Европейские союзники Германии	Оккупированные Германией страны	Всего	Увеличение ресурсов Германии за счет союзников и оккупированных стран
Площадь, тыс. км ²	554	801	1922	3277	5,9 раза
Население, млн человек	76	78	129	283	3,7 раза
Электроэнергия, млрд кВт×ч	52	15	(43)	110	2,1 раза
Каменный уголь, млн т	185	2	(161)	348	1,9 раза
Железная руда, млн т чистого железа	3,4	0,5	22,4	26,3	7,7 раза
Медная руда, тыс. т чистой меди	31	1	67	99	3,2 раза
Бокситы	93	848	1176	2117	22,8 раза
Нефть, млн т	0,5	8,7	0,8	10	20,0 раза
Чугун, млн т	16,3	1,4	(20,2)	37,9	2,3 раза
Сталь, млн т	20	3,2	(20,4)	43,6	2,2 раза
Алюминий, тыс. т	131	23	64	218	1,7 раза
Автомобили, тыс. шт.	333	75	268	676	2,0 раза
Зерновые, млн т	13,6	14,8	26,4	54,8	4,0 раза
Крупный рогатый скот, млн голов	22,9	15,3	45,4	83,6	3,7 раза

Источник: *Анатомия войны. Новые документы о роли германского монополистического капитала в подготовке и ведении Второй мировой войны* / Пер. с нем.; под ред. М.Ю. Рагинского, Г.Н. Александрова // Eichholtz D., Schumann W. *Anatomie des Krieges: neue Dokumente über die Rolle des deutschen Monopolkapitals bei der Vorbereitung und Durchführung des zweiten Weltkrieges*. М. : Прогресс, 1971. 537 с.

Управление военной экономикой Германии во время Второй мировой войны¹ (сентябрь 1939 – май 1941 гг.)

Первоначально предусматривалось, что единое руководство военной экономикой Германии должен осуществлять Функ – генеральный уполномоченный по экономике, имперский министр экономики. Но уже в декабре 1939 г. по инициативе самого Функа Гитлер решил передать руководство военной экономикой Герингу и образо-

вать Генеральный экономический совет [1, 3, 4]. Последующие годы показали, что долгое время централизованное руководство военной экономикой Германии было **иллюзией**. В дальнейшем некоторые функции централизованного руководства выполняли назначенные без определенного плана генеральные уполномоченные по отдельным вопросам. Естественно, эффективность такого руководства была **не сопоставима** с централизованным руководством экономики Советского Союза во время Великой Отечественной войны со стороны ГКО во главе со Сталиным.

¹ По материалам Керль Г. *Военная экономика и военная промышленность* // *Как ковался германский меч. Промышленный потенциал Третьего рейха* / Пер. с нем. Г.В. Смирнова, В.М. Шаститко. М. : Яуза, Эксмо, 2006. 608 с. (Война и они). *Die Deutsche Industrie im Kriege 1939–1945*; Шнейр А. *Воспоминания*. Смоленск : Русич; М. : Прогресс, 1997; *Промышленность Германии в период войны 1939–1945 гг.* = *Die Deutsche Industrie im Kriege 1939–1945* / Под ред. Г.С. Согомоняна. М.: *Иностранная литература*, 1956.

Отсутствие эффективного централизованного руководства военной экономикой Германии не соответствовало принципам ведения тотальной войны, которую начал Гитлер 1 сентября 1939 г. Генеральный уполномоченный по экономике должен был осуществлять строгий режим военной экономики с самым жестким ограничением потребления и доходов населения. Это означало, что работающий в тылу должен был *находиться не в лучших условиях*, чем солдат. Однако от этой концепции почти ничего не осталось.

В соответствии с распоряжением «**О военной экономике**» от 1 сентября 1939 г. вводились только военные надбавки к некоторым налогам, замораживались заработная плата и цены, а в остальном заявлялось «*обеспечить дальнейшее ведение регулируемой экономической жизни*». Более ясно об этом заявил генеральный уполномоченный по экономике Функ в Вене 14 октября 1939 г.: «*Во время войны многое развивается иначе, чем предусмотрено, а в этой войне это происходит особенно в больших масштабах, причем в весьма благоприятном для Германии направлении. Поэтому ранее намеченные планы сейчас должны быть значительно изменены, исходя из того, что экономическая жизнь не нуждается в столь большой перестройке, как это предусматривалось мобилизационными планами*» [5].

В первые годы войны руководители Германии **неправильно** оценили экономические возможности как собственной страны вместе с присоединенными, оккупированными и союзными ей странами, так и Советского Союза и стран антигитлеровской коалиции. Кроме того, были сделаны тотальные **ошибки** в планировании военной экономики, которые в конечном итоге привели к **поражению** в войне.

Опьяненные первоначальными военными успехами руководители Германии посчитали, что ненужно форсировать военное производство, надеялись обойтись без значительного напряжения сил. Примечательно, что ведущий немецкий экономический журнал того времени «*Der Deutsche Volkswirt*» [5] писал о «*военной экономике Германии, как о предельно сходной с экономикой мирного времени*». Считалось, что

во время войны абсурдно само утверждение о том, что необходимо снижать до крайнего минимума не только номинальный, но и реальный доход населения страны. Этим объясняется, что в 1940 г. промышленное производство Германии снизилось на 4% по отношению к уровню 1939 г., а в следующем, 1941 г., увеличилось всего на 2% к уровню 1940 г.

Руководство Германии (в первую очередь **Гитлер и Геринг**) **не имело** ясного представления об общем состоянии и развитии экономики страны. 4-летние планы развития экономики (первый, 1936–1939 гг., и второй, 1940–1943 гг.) были **не сбалансированы** с ее экономическим потенциалом и ресурсами. Геринг как генеральный уполномоченный по 4-летним планам руководил ими неметодично и ограниченно. Кроме того, в стране отсутствовал центральный плановый орган, который выполнял бы функции хотя бы индикативного планирования в экономике в целом и в отдельных ее отраслях, не говоря уже о директивном планировании. До 1939 г. **Геринг** вроде бы лично заботился о некоей координации программ, входящих в первый 4-летний план. Однако позднее не было никого, кто мог бы восполнить несостоятельность Геринга, и способен был решать все более сложные и ответственные проблемы в экономике.

Только 2 апреля 1942 г. **Шпеер** предложил Герингу создать в его аппарате по 4-летнему плану Управление по централизованному планированию (УЦП) – межведомственный орган, определяющий приоритеты, координирующий отдельные программы и контролирующий их выполнение в различных отраслях экономики Германии. При обсуждении этого предложения Геринг начал многословно рассуждать на все темы, но в конце концов согласился создать такой плановый орган. При этом директива Геринга о центральном планировании предусматривала, что он (Геринг) может единолично принять любое решение, если посчитает необходимым. Но, как и предполагал Шпеер, он никогда не вспоминал об этом.

Позднее Шпеер так характеризует Геринга: «*если он [Геринг] что-то и делал, то привнесил совершенную неразбериху, так как никогда*

не утруждал себя вниканием в проблемы и по большей части его решения были чисто импульсивны... К 1942 г. он имел уже устойчивую репутацию сонливого, питающего отвращение к работе человека. Даже чисто внешне он производил какое-то ненадежное впечатление, без разбору хватываясь за новые и слишком многие идеи, изливал свою энергию толчками и мыслил нереалистично» [1].

Характерный пример: «Когда Геринг прослышал о нашем намерении в несколько раз увеличить производство паровозов, он вызвал меня в Каринхалль [резиденция Геринга]. С полной серьезностью он предложил мне строить **локомотивы из бетона**, поскольку у нас недостаточно стали. «Локомотивы из бетона, разумеется, не прослужат так долго, как из стали, – заметил он. – Но тогда нужно соответственно их больше изготовить». Как это сделать технически, он, впрочем, не знал. Он еще не один месяц настаивал на этой **абсурдной идее**, из-за которой я [Шпеер] потратил 2 ч на дорогу, 2 ч прождал в приемной и приехал домой очень голодным, потому что в Каринхалле участников заседаний не кормили обедом – единственное ограничение в доме Геринга в русле тотальной военной экономики».

Следует отметить, что УЦП только в очень ограниченной степени могло осуществлять **функции**, аналогичные советскому Госплану. В Германии была рыночная капиталистическая экономика, а не плановая социалистическая. Практически все промышленные предприятия, кроме оборонных, подчиненных вооруженным силам, были частными, а не государственными. Директорами предприятий были сами собственники или их назначали собственники, и административно они никак не подчинялись государственным органам. Для руководителей предприятий производственный план не был законом, они не несли административную или уголовную ответственность за его исполнение.

Снабжение сырьем – необходимое условие производства вооружения – было недостаточным. Германия **не располагала** ни одним видом стратегического сырья в **достаточном** количестве и не имела возможность добыть его в тре-

буемых размерах. Запасы сырья имелись лишь в некоторых районах и те в ограниченном количестве. Импорт сырья был недостаточен из-за экономической и морской блокады Великобритании. Заводы, которые должны были быть построены **по первому и второму** 4-летним планам и значительно ослабить зависимость немецкой промышленности от импорта стратегического сырья, не вышли на полную мощность. Они должны были расширить свое производство только в 1943 г. Спешные закупки, например, резины, а также черных и легирующих металлов в июле и августе 1939 г. не могли ликвидировать нехватку сырья.

Методы управления промышленностью были **унаследованы** еще от довоенной системы. Возникшие перед войной экономические трудности и рост дефицита целого ряда видов сырья вызвали острую необходимость проведения мероприятий по оптимизации системы управления экономикой. Постепенно число этих мероприятий выросло до внушительных размеров, однако их координация была недостаточной.

Кабинет министров как главный орган управления страной **не координировал** развития различных отраслей экономики. В результате отдельные программы оставались несогласованными. Само же управление отраслями осуществлялось хаотично, в большинстве случаев **формально** и не отвечало требованиям военного времени, например:

- **учреждение** генерального уполномоченного по экономике еще до войны и его упразднение сразу же после начала войны в декабре 1939 г.;
- **отсутствие** единого центра принятия решения, являющегося предпосылкой для всеобщей мобилизации всех сил и средств во время войны;
- **параллельные** органы управления экономикой страны: правительство, вермахт и нацистская партия, их властные иерархии, отдающие приказы, вплоть до Гитлера, который **единолично** принимал важнейшие решения, часто ни с кем не советуясь;
- **пристрастия** верхушки нацистской партии к лишению власти обычных чиновников

в пользу создавшихся **в спешке** специальных комиссариатов, которых недуманно и без всякого плана ставили над существовавшими ранее управлениями;

- **параллельное** существование трех систем формирования заказов военной продукции, ее производства и распределения, осуществляемых самостоятельными управлениями вооружения вермахта: сухопутных сил, ВМФ, ВВС и, отдельно, войск СС, а также различных управлений министерств; создание новых министерств; непрерывное назначение особых уполномоченных чрезвычайных комиссаров.

В отличие от Германии в Советском Союзе сразу после начала Великой Отечественной войны (30 июня 1941 г.) был создан Государственный комитет обороны (ГКО) во главе с И.В. Сталиным, который сосредоточил всю полноту власти в стране.

В первые годы войны отдельные военно-промышленные программы разрабатывали **военные**, а не руководители производства (инженеры и/или экономисты). Сначала ставили военные цели, а затем каждый потребитель (сухопутные войска, ВВС, ВМФ) исходя из этих целей выставлял свои требования и заказы промышленности на вооружение и технику. Это вносило **хаос** в военное производство. Предприятия так неравномерно загружались заказами, что выполнить их было невозможно. Отсутствовал высший руководящий орган (аналог советского ГКО и Госплана), который должен был устанавливать приоритет заказов, планировать соответствующие поставки сырья, комплектующих и необходимое количество рабочей силы. Часто объем и рост капиталовложений, а также само производство больше зависели от личной инициативы ответственных за это служебных инстанций и уполномоченных, чем от срочности и необходимости тех или иных заказов. Сами заказы военным заводам в основном формировались заготовительными инстанциями, которые часто руководствовались ошибочными соображениями из-за недостаточной компетентности в вопросах производства,

рационального использования материалов и денежных средств.

Кроме того, произошло **разделение** промышленности Германии на две составляющие: военные предприятия, подчинявшиеся вооруженным силам, и прочие заводы, которые курировало Министерство экономики. Последствия этого разделения не были устранены до самого конца войны, что приводило к бесконечному дублированию и путанице.

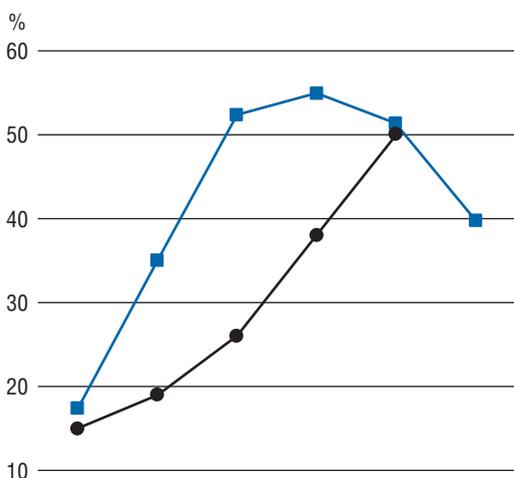
В марте 1940 г. на должность министра вооружений и боеприпасов Германии был назначен главный строитель немецких автострад Ф. Тодт. По воспоминаниям Шпеера: *«Таким образом, в последние несколько лет Тодт сосредоточил в своих руках исполнение главных технических задач рейха. Хотя до сих пор все его функции номинально были разделены между различными ведомствами, по сути он разработал концепцию будущего технического министерства. К тому же Тодт был руководителем партийного [нацистского] Технического управления, в которое входили все технические общества и ассоциации»* [1].

Тодт попытался с помощью небольшого аппарата министерства **руководить** действиями трех управлений вооружения вермахта: сухопутных войск, ВВС и ВМФ, а также государственных органов, курирующих производство сырья и материалов. Однако ему **не удалось** переломить ситуацию, он не смог добиться самого главного – быстрой принятия решений и их реализации. Он не учел, что **неповоротливость** и **бюрократизм** ведомственных аппаратов всех этих управлений будут тормозить его начинания. В них работала несколько тысяч военных чиновников, причем большинство из них были **не компетентны** в особенностях военного производства. Правда, в некоторых ведущих отраслях военной промышленности были достигнуты определенные успехи. В конце 1941 г. сам Тодт вынужден был признать, что его попытка расширить военное производство под руководством представителей вооруженных сил оказалась **неудачной**.

Руководители Германии **вовремя** не осознали необходимость тотального (централизованного) управления **военной** экономикой страны

и поэтому не смогли придать ее развитию целостный характер, несмотря на то что еще до войны были достаточные предпосылки для организации такого управления.

В первые месяцы войны уровень военного производства был удивительно **низок**. В начале наступления на Польшу в сентябре 1939 г. в Германии ежемесячно производилось около 700 самолетов (из них около 400 военных), 60 танков, 1750 автомобилей и 1 или 2 подводные лодки. В то время как в 1944 г. после двух лет бомбардировок, в результате которых многие заводы оказались разрушены, **ежемесячно** выпускалось более 1,5 тыс. танков и самоходных артиллерийских установок, а в сентябре 1944 г. было изготовлено только 2,95 тыс. штук истребителей.



	1940 г.	1941 г.	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
1	17%	35%	52%	55%	51%	40%
2	15%	19%	26%	38%	50%	

- 1 — Доля военной продукции в промышленности в СССР, % —■—
 2 — Доля военной продукции в промышленности в Германии, % —●—

Рис. 2. Доли военной продукции в валовом объеме промышленностей Германии и Советского Союза по годам в 1940–1945 гг., отнесенные к соответствующим уровням 1940 г. в этих странах

В начале войны было построено **весьма ограниченное** количество складов для вооружения и боеприпасов. Так, за первые 14 дней войны с Польшей немецкие ВВС **истратили** весь запас бомб. Во время молниеносных кампаний в Польше и во Франции весь запас артиллерийских снарядов не был израсходован только потому, что артиллерия применялась значительно реже, чем это было предусмотрено военными планами.

На рис. 2 показаны доли военной продукции в валовом объеме промышленности Германии и, для сравнения, Советского Союза по годам в 1940–1945 гг., отнесенные к соответствующим уровням в этих странах в 1940 г. (построен по данным [3, 4, с. 33, 94, 117; 5, 7, 8]).

Из рис. 2 видно, что если в 1940 г. в Германии и в Советском Союзе доли военной продукции в валовом объеме промышленности каждой страны были приблизительно равны, то в 1941–1942 гг. эта доля в Германии была в 2 раза меньше, в 1943 г. она составляла около $\frac{2}{3}$ и только в 1944 г. достигла уровня Советского Союза.

Кроме того, остановка роста военного производства в Германии в 1941 г. во многом была вызвана его организационной раздробленностью и неправильным руководством со стороны военных. Это стало уже понятно вскоре после начала Второй мировой войны. Кроме того, с самого момента прихода к власти (март 1933 г.) нацистский режим делал все, чтобы преуменьшить экономическое достижение Советского Союза в глазах немецкого населения. Общественному мнению все время внушалось представление о том, что военная промышленность Советского Союза развита совершенно слабо. Реальное положение дел в Советском Союзе не проникало в широкие круги Германии. Безусловно, правильно мнение Гольда Смита [6] о причинах застоя в военном производстве Германии в 1940 г.: **«Полная недооценка военного производства Советского Союза наверняка являлась существенным фактором этого рокового положения»**. По данным [4], военное производство Германии в 1940 г. составляло 120% от уровня Советского Союза, но уже

в 1941 г. – всего 71%. При этом военное производство Германии вместе с Японией в 1940 г. составляло 70% от военного производства союзных держав СССР, Великобритании и США, а в 1941 г. – только 41%.

В июне 1941 г. Германия развязала войну с Советским Союзом. Гитлер рассчитывал на быстрое победоносное завершение войны (блицкриг), как это происходило в Европе в 1939–1941 гг. Он заявил во всеуслышание, что война с Советским Союзом – пустячное дело. Тяжелые поражения Красной Армии в первые месяцы Великой Отечественной войны вроде бы подтверждали его мнение. И еще в октябре и ноябре 1941 г. руководство Германии оценивало возможности Советского Союза к сопротивлению как очень низкие. Так, например, тогдашний руководитель пресс-службы немецкого правительства Дитрих заявлял, что вооруженным силам Германии «*в несколько месяцев удалось разбить военные силы большевиков, которые создавались десятилетиями*» [9].

Однако крупное поражение немецких армий под Москвой зимой 1941 г. и длившееся 5 мес наступление Красной Армии во время особенно жестокой зимы впервые развеяли имеющиеся иллюзии. «*Зимняя кампания открыла глаза на то, что от немецкого народа требуются максимальные военные и экономические усилия*» [10]. Было потеряно очень много вооружений и военной техники. Необходимо было резко увеличить их поставки. Нужно было заново оснастить целые дивизии и даже армии. Кроме того, требовалось сформировать и вооружить новые части и соединения. Для того чтобы решить все эти задачи, необходимо было значительно увеличить выпуск военной продукции. Ситуация усугублялась тем, что 11 декабря 1941 г. США официально вступили в войну против Германии. Это должно было вызвать существенный рост производства вооружения в этой стране и обеспечить его определенные поставки в Советский Союз.

Вооруженные силы Германии при нападении на Советский Союз в июне 1941 г. имели ничтожно малые резервы, абсолютно не адекватные

в войне с крупнейшей сухопутной армией мира. Всего с 22 июня и до конца 1941 г. на советско-германском фронте из резерва были введены 2 танковые, 1 моторизованная и 25 пехотных дивизий – и это в ситуации, когда в Красную Армию было мобилизовано сотни новых дивизий. Кроме того, протяженность самого фронта выросла более чем в 2 раза, поэтому развитие успеха невозможно было обеспечить без мощных дополнительных свежих сил.

В июне 1941 г. у вооруженных сил Германии имелось всего лишь **2,5 тыс.** танков [3]. Такое количество соответствовало **1,5-месячному** объему производства в 1944 г., под градом бомб союзной англо-американской авиацией и потерей важнейших источников легирующих добавок для танковой брони. А ведь судьба самых решающих сражений **на восточном направлении** (под Сталинградом и на Северном Кавказе) летом-осенью 1942 г. зависела от наличия или нехватки всего каких-то **500–600 сотен** танков, т.е. количества, которое в 1944 г. выпускалось за 1,5–2 нед.

Другое **огромное** упущение руководства Германии – это слабая подготовка противовоздушной обороны страны к **крупномасштабной** воздушной войне над своей территорией. Производство такого важного средства противовоздушной обороны (ПВО), как истребители, оставалось поразительно низким. Их выпуск не превышал 10–20% от объема годовой продукции в последующие годы. Нехватка истребителей в ПВО Германии позволила союзной англо-американской авиации начиная с мая 1944 г. днем и ночью бомбить практически всю территорию неоккупированной части страны. **Безопасных районов**, в которых предприятия могли работать без помех, больше не осталось. Основные объекты воздушных налетов – железнодорожный транспорт и инфраструктура, предприятия электроснабжения, а также заводы по производству основных видов сырья и материалов, которые после бомбежек превращались в настоящие очаги кризиса. С мая 1944 г. по январь 1945 г. промышленное производство Германии в стоимостном выражении сократилось на **32%**.

В своей статье «Военная экономика и военная промышленность» Ганс Керль [3], который с сентября 1943 г. был руководителем Управления планирования в Министерстве вооружений и военной промышленности, а с ноября 1943 г. одновременно руководил Управлением сырьевых ресурсов этого министерства, делает вывод о том, что Германия экономически **проиграла** войну еще в 1940–1941 гг. Этот вывод основывается на том, что в эти годы ни военно-техническое оснащение вооруженных сил, ни объемы производства военной промышленности страны не были доведены до наивысшего возможного уровня, а потерянное тогда время уже не удалось наверстать.

Это признает сам Шпеер в своем письме Гитлеру от 29 марта 1945 г.: *«Мне больно было наблюдать моральное разложение многих наших лидеров в победоносные дни 1940 г., ведь именно в тот момент мы должны были отблагодарить судьбу своей порядочностью и скромностью, и судьба осталась бы на нашей стороне. Однако в те месяцы мы не выдержали проверки и слишком очевидной считали окончательную победу. Упиваясь легко одержанным успехом, мы впусую потратили бесценный год [1941 г.], который могли бы использовать на подготовку к войне. Вот почему мы оказались не готовы к испытаниям 1944–1945 гг. Если бы все наше новое вооружение было создано годом ранее, мы оказались бы теперь совсем в другом положении. Провидение словно предупреждало нас. Начиная с 1940 г. нас преследовали беспрецедентные военные неудачи. Никогда прежде природные условия не оказывали такого разрушительного воздействия, как в этой самой технологичной из всех войн: мороз в Москве, туман вокруг Сталинграда, чистое небо во время [нашего] зимнего наступления на западе [в конце] в 1944 г.»*

Управление военной экономикой Германии в 1942–1943 гг.

Начало существенного роста производства вооружений и военной техники в Германии связано с деятельностью А. Шпеера в качестве министра вооружений и боеприпасов (с 8 февраля

1942 г.), а затем министра вооружения и военной промышленности (с сентября 1943 г. вплоть до окончания войны).

В своих мемуарах А. Шпеер отмечает: *«Весной 1942 г. я, встревоженный отступлениями вермахта на русском фронте, задумался о тотальной мобилизации всех резервов. Более того, я настаивал на окончании войны в ближайшее время; в противном случае Германия войну проиграет. Мы должны победить к концу октября [1942 г.], до начала русской зимы, или же наше поражение неминуемо. Следовательно, мы можем победить лишь тем оружием, которым располагаем сейчас, а не тем, которое собираемся произвести в будущем году. Каким-то необъяснимым образом мой анализ ситуации просочился в лондонскую “Таймс” и был опубликован 7 сентября 1942 г.»* Статья действительно резюмировала позицию, разделявшуюся мною, Мильхом [1892–1972 гг., генерал-фельдмаршал, заместитель Г. Геринга, генеральный инспектор ВВС] и Фроммом [1888–1945 гг., генерал-полковник, командующий армией резерва, замешан в генеральском заговоре 20 июля 1944 г., расстрелян 12 марта 1945 г., по указанию Гитлера был вынесен приговор Народной судебной палаты фашистской Германии].

Назначение А. Шпеера министром вооружений и боеприпасов Германии

8 февраля 1942 г. Ф. Тодт погиб в авиационной катастрофе. Кстати, в самолете, в котором разбился Тодт, должен был лететь и Шпеер. В тот же день Гитлер назначил А. Шпеера на все 3 поста министров, которые занимал Тодт: министром по производству вооружений и боеприпасов, министром дорожного строительства, министром водных путей рек и мелиоративных сооружений, а также всех электростанций. Назначение Шпеера на место Тодта вызвало недовольство Геринга. Он сам хотел получить все полномочия Тодта, но открыто высказать Гитлеру свое несогласие не осмелился.

Из воспоминаний Шпеера о своем назначении: *«Гитлер говорил около часа. Он пространно рассуждал о задачах военного сектора эконо-*

мики, подчеркнул, как важно увеличить объемы производства вооружений, упомянул о ценных кадрах, которые следует активизировать в промышленности и с удивительной открытостью коснулся конфликта с Герингом: «Этот человек не может в рамках 4-летнего плана разглядеть развитие 'промышленности вооружения'». Необходимо выделить эти задачи из 4-летнего плана и передать мне. Да, посты даются, но посты и берутся – это случается. Мощности для наращивания продукции налицо, но много просто халатности» [1]. Шпеер стал самым молодым имперским министром в нацистской Германии в возрасте 36 лет.

Шпеер воспринял свое назначение как временное и надеялся вернуться к архитектуре после окончания войны. Но вскоре понял, что это ему не суждено сбыться.

Интересно как Шпеер оценивал кадровую политику Гитлера: «Только особой склонностью Гитлера к **дилетантизму** можно объяснить подбор им непрофессиональных сотрудников. Ведь еще ранее он назначил **винооторговца [Риббентропа]** министром иностранных дел, своего **партийного философа [Розенберга]** – министром по делам восточных территорий, а **военного летчика [Геринга]** – хозяином над всей экономикой. А теперь он еще сделал архитектора [имеется в виду сам Шпеер] министром вооружений! Совершенно ясно, что Гитлер предпочитал доверять ключевые посты любителям. Специалистам, как например, **Шахту** [президент Рейхсбанка (1923–1930, 1933–1939), рейхсминистр экономики (1936–1937), рейхсминистр без портфеля (1937–1942)], он не доверял всю жизнь...».

В сентябре 1939 г. Шахт резко выступил против вторжения в Польшу. Также он негативно отнесся к войне с СССР, считая, что Германия проиграет войну по экономическим причинам. 30 ноября 1941 г. Шахт направил Гитлеру резкое письмо с критикой режима.

Шпеер также отмечает: «...по сравнению с не очень удобным доктором Тодтом Гитлер запел в свои руки, особенно на первых порах, очень послушный инструмент [имеется в виду сам Шпеер]. В этом смысле произошед-

шая смена вполне отвечала закону негативного отбора, которым и определялось окружение Гитлера. Поскольку каждое противоречие решалось им через выбор более услужливого кандидата, постепенно, в ходе многолетнего процесса он создал себе окружение, которое со все **большей** готовностью отзывалось на его идеи и все **бездумней** претворяло их в жизнь».

Шпеер посчитал, что полномочия Тодта, которые он получил от Гитлера при вынужденном согласии Геринга (при его снижавшемся авторитете) были **недостаточными**. Поэтому вскоре, 21 марта 1942 г., он подписал у Гитлера указ со следующей формулировкой: «**Любые интересы немецкой экономики должны быть подчинены потребностям производства вооружения**». Это указ Гитлера в условиях авторитарной системы был равносильным предоставлению ему высшей экономической власти. Шпеер стал отвечать сначала за производство вооружения для сухопутных войск, затем, через год, – для ВМФ, и только в середине 1944 г. в ведение Шпеера была передана авиационная промышленность. Геринг так мрачно комментировал эту передачу: «И так всегда. К несчастью, фюрер слишком часто меняет свои решения. Разумеется, если такова воля фюрера, я передам в Ваше ведение авиапромышленность, хотя еще совсем недавно Гитлер полагал, что у Вас [Шпеер] и так слишком много работы». Но, конечно, уровень его полномочий был **значительно меньше**, чем у Сталина как председателя ГКО Советского Союза. Во властной иерархии Германии над Шпеером стояли Гитлер, Геринг, Борман как руководитель аппарата нацистской партии, Гиммлер и Геббельс, да и вся верхушка нацистской партии часто находилась в оппозиции к Шпееру.

Благодаря увеличению объемов военного производства позиции Шпеера укреплялись до осени 1943 г. В начале войны Гитлер не хотел использовать промышленный потенциал западных стран, а на восточных территориях вообще не собирался развивать промышленность, **ибо индустриализация, как он считал, способствует распространению коммунизма и порождает интеллигенцию, совершенно там ненужную**. Однако обстоятельства оказались сильнее всех

его теорий. Гитлер был достаточно практичным человеком и признал, что полезнее сохранить предприятия на оккупированных территориях и с их помощью решать проблемы снабжения немецких войск.

Система управления военно-промышленного комплекса Германии, разработанная Шпеером

Шпеер воспользовался идеей Тодта, к которой тот пришел незадолго до своей гибели: **переложить** ответственность за производство вооружений с военных на самих руководителей промышленности.

Шпеер вспоминает, что сразу после своего назначения «...я разработал организационный план, вертикальные столбы которого изображали готовую продукцию: танки, самолеты или подлодки, т.е. вооружения всех трех родов войск вермахта. Эти столбы были опоясаны многочисленными кольцами (рингами), и каждое из них должно было изображать определенный контингент поставок, необходимых для всех орудий, танков, самолетов и иных видов вооружения. Здесь, в этих кольцах, я и представлял себе сведенным воедино производство, например, кованых изделий, подшипников или электротехнического оборудования. Профессиональное мышление подтолкнуло меня к изображению в трех измерениях этой новой организационной схемы в объеме и в перспективе».

Таким образом, были сформированы **13 главных комитетов** по отдельным видам вооружений. Важно отметить, что такая система управления была прямым аналогом **6 советских наркоматов** по отдельным видам вооружений и военной техники, которые были созданы намного раньше в Советском Союзе, еще до Великой Отечественной войны или сразу после ее начала, и возглавлялись выдающимися наркомками (министрами) военно-промышленного комплекса (ВПК) Советского Союза. Для координации и планировании работ главных комитетов Шпеер организовал Совет вооружения и Совет центрального планирования, в которые вошли

высшие чиновники Министерства вооружения и военной промышленности, а также руководители ведущих предприятий ВПК Германии.

Главные комитеты были связаны между собой равным числом главных колец для обеспечения поставок комплектующих. В этой системе каждая отрасль военной промышленности имела свой главный комитет, который возглавлялся специалистом в данной отрасли. Иногда руководителями главных комитетов назначались лучшие и активные директора промышленных предприятий. Главные комитеты имели право свободно подбирать сотрудников, которые в большинстве своем приходили из промышленности. Каждый главный комитет разделялся на подкомитеты, которые несли ответственность за определенный вид вооружения. Так, например, в главном комитете пехотного оружия один особый подкомитет руководил производством пулеметов, другой – производством полевых гаубиц и т.д. В итоге каждый главный комитет (подкомитет) министерства отвечал за определенные предприятия, объединенные **предельно** узкой специализацией, и стремился к рационализации их работы. Таким образом, заводы обеспечивались **однородными** заказами, что позволяло масштабнo увеличить выпуск продукции. Наряду с этим для руководства поставками военных материалов создавались так называемые «кольца». Именно при производстве и организации поставок всегда оказывалось больше всего непредвиденных трудностей, без устранения которых невозможно было составить ясные производственные программы рационально использовать производственные мощности.

Помимо главных комитетов и «колец» Шпеер учредил еще комиссии по **перспективным** разработкам, в которых армейские офицеры заседали вместе с лучшими конструкторами. Эти комиссии должны были контролировать новые конструкторские разработки и вносить предложения по технологии их производства еще на стадии конструирования, а если необходимо, даже приостанавливать работу над ненужными новшествами.

К работе в комитетах и в «кольцах» привлекали **тысячи** специалистов, инженеров, имевших

большой практический опыт и не привыкших к бюрократии. Действуя быстро, решительно и целеустремленно, они всколыхнули всю немецкую экономику и создали предпосылки для резкого увеличения объема выпускаемой военной продукции. От руководителей предприятий, технического персонала и рабочих потребовались не только исключительное напряжение сил и выдержка, но и большая изобретательность, чтобы выполнять поставленные задачи по расширению производства. Ситуация осложнялась непрерывными бомбардировками союзной англо-американской авиации в условиях постоянного перемещения заказов с предприятий на предприятия. Однако ни саботаж, ни итальянские забастовки иностранных рабочих ни разу не сорвали выпуск военной продукции.

Важную роль сыграло внедрение твердых цен на поставленную военную продукцию. Министерства вооружения и военной промышленности в договорах с предприятиями брали на себя обязанность оплачивать каждую единицу поставленного вооружения по определенной цене, не изменяющейся до завершения выпуска всей серии. Кроме того, демократичный стиль управления внутри самого министерства позволял содержать предельно малый штат сотрудников, причем каждый из них был специалистом в своей области и был защищен от полицейского произвола, царящего в других министерствах. На смену прежней неповоротливой бюрократической машине пришла высокоэффективная система управления военной промышленностью. Свою положительную роль сыграли развитие логистики и полное доверие к предприятиям-поставщикам, внедряющим инновационные технологии в производство.

Уже только эти меры обеспечили переход от кустарного изготовления вооружений к индустриальному, а часто к серийному производству.

Именно с назначением Шпеера министром вооружений и боеприпасов (**февраль 1942 г.**)

начал формироваться единый ВПК Германии, практически он был сформирован **только** к середине 1944 г. В этот период Министерство вооружения и боеприпасов было преобразовано в Министерство вооружения и военной промышленности (сентябрь 1943 г.) и стало отвечать за производство вооружения и военной продукции не только для сухопутных сил, но и для ВМФ (26 июля 1943 г.), а также для ВВС (20 июня 1944 г.) по приказу командующего ВВС Геринга. Важно отметить, что примерно через 1,5 мес после организации нового министерства (ноябрь 1943 г.) в нем было создано ЦПУ военной промышленности.

Методы и стиль Шпеера в управлении военно-промышленным комплексом Германии

По воспоминаниям Г. Керля [3]²: *«Секрет успеха Шпеера состоял в том, что от него исходила какая-то огромная живительная сила, с помощью которой он увлекал за собой буквально всех. Кроме того, на него не повлияли ни существовавшие до него недостатки, ни те противоречия, которыми была полна вся военная экономика Германии. Шпеер обладал способностью быстро и правильно оценивать обстановку, оперативно принимать соответствующие решения и проводить их в жизнь. Он весьма разумно использовал свои полномочия, никогда не руководствовался предвзятым мнением».*

Сам Шпеер вспоминает: *«Обычный порядок работы министерства предусматривал, что министр получает основную информацию о текущих делах от статс-секретаря, своего заместителя. Последний служил своего рода ситом, которое отсеивало информацию по своему усмотрению и своим представлениям о важности. Я поломал этот порядок и под-*

² Ганс Керль (1900–1984 гг.) – с сентября 1943 г. руководитель Управления планирования в Имперском министерстве вооружений, с ноября 1943 г. одновременно руководил Управлением сырьевых ресурсов Министерства вооружений.

чинил непосредственно себе не только свыше **десять** руководящих лиц нашей “индустриальной организации”, но и еще **десять** руководителей отделов министерства. В принципе, они все должны были сами договариваться между собой, но я зарезервировал за собой право вмешиваться по серьезным проблемам или в случае разногласий» [1].

В своих воспоминаниях Шпеер отмечает [1]: «Я усматривал свою задачу главным образом в том, чтобы **выявлять и формулировать** проблемы, скрытые многолетней рутинной. Решения же их я предоставлял специалистам. Увлеченный своей задачей, я стремился не к сокращению дел, за которые отвечал, а к их умножению. Тут сошлось все – восхищение Гитлером, чувство долга, честолюбие, самоутверждение. Как-никак в свои 36 лет я был самым молодым имперским министром. Вскоре “индустриальная организация” [по сути, государственная система (организация) по управлению ВПК Германии] насчитывала более 10 тысяч сотрудников и вспомогательного персонала, в самом же министерстве работали **218 чиновников**. Такое соотношение соответствовало моим представлениям о ведомой роли министерства по сравнению с ведущей – “самоответственности промышленности”.

Столь же нетрадиционен был и сам метод работы. Те чиновники, которые заостенели в государственно-бюрократической рутине, презрительно отзывались о “динамичном министерстве” или о “министерстве без плана организационных мероприятий”, о “министерстве без чиновников”. За моей спиной поговаривали о “методах работы с засученными рукавами”, или об американских методах. Мое высказывание “**четкое распределение полномочий прямо-таки подталкивает людей ни о чем остальном не заботиться**” было протестом против кастового способа мышления. В этом протесте была и некоторая схожесть со взглядами Гитлера на импровизационное руководство государства импульсивным гением. Неудовольствие многих возбуждал и несколько **провокационный** принцип моего подхода к кадровой политике. Еще в самом начале своей дея-

тельности я постановил, и это было закреплено в указе Гитлера от 19 февраля 1942 г., “**что к руководителям на важнейших постах, если они старше 55 лет, прикрепляется заместитель не старше 40 лет**”».

Решающим фактором существенного роста военного производства, кроме организационных нововведений, которые обсуждались выше, были демократические методы управления экономикой Германии со стороны Шпеера. Они подразумевали **полное** доверие к руководителям промышленности до тех пор, пока оно не было чем-либо основательно подорвано. Таким образом, поощрялись **инициатива** руководителей, осознание ими своей **ответственности** и готовность принимать самостоятельные **решения**. До Шпеера все эти качества в военном производстве, да и во всей экономике Германии основательно **искоренялись**. Давление и принуждение хотя и обеспечивали поддержание уровня производства, закрывали всякий путь к его естественному саморазвитию. Шпеер подчеркивал, что «**руководители промышленности не обманывают нас сознательно, не обкрадывают, не пытаются навредить нашей военной экономике**».

Шпеер отмечает, что: «...именно среди руководителей предприятий наша система раскрыла невостребованный прежде потенциал. Еще в самом начале своей деятельности я призвал их в специальном циркуляре “**доводить до меня ваши основные заботы и наблюдения в большем объеме, чем до сих пор**”. Я ожидал потока писем, но не получил никакого отклика. Поначалу я подозревал, что их от меня скрывают, но они не поступали на самом деле. Позднее я узнал, что руководители предприятий опасались карательных мер со стороны гауляйтеров [окружные руководители нацистской партии и одновременно имперские наместники (руководители) этих округов (провинций или земель) в самой Германии, на присоединенных и оккупированных территориях, всего 46 округов в 1943 г.], поэтому опасались правдиво описывать ситуацию на своих предприятиях. Став министром, я часто испытывал нечто вроде парения в воздухе, поскольку мои решения оста-

вались без всякого критического отклика. В **избытке** было критики сверху, но необходимо ее **дополнения** критикой снизу добиться почти не удавалось».

Шпеер вспоминает, что «успехом нашей работы мы обязаны **тысячам** технических специалистов, которые и до этого уже отличились своими особыми достижениями и на которых мы теперь возложили ответственные задачи по производству вооружений. Это раскрывало в них **придушенный** энтузиазм. [До этого часто работала схема: «я начальник – ты дурак, ты начальник – я дурак».] Мой неортодоксальный стиль руководства стимулировал их увлеченность делом... Я [Шпеер] предпочитал иметь дело с **“неудобными сотрудниками, а не с удобными марионетками”**. Партия [нацистская] же, наоборот, затаила глубокое недоверие к аполитичным специалистам. “Пристрели мы парочку руководителей предприятий, другие уж как-нибудь добились бы больших успехов”, – рассуждал Заукель, один из самых радикальных партийных фюреров».

Беспартийные сотрудники Министерства вооружения и военной промышленности находились под необычной для гитлеровского государства правовой защитой. Шпеер в самом начале своей работы на посту министра вопреки протесту министерства юстиции добился того, что уголовные дела по обвинению в причинении вреда военному производству Германии могли быть заведены только по его представлению. Это особое установление служило защитой для сотрудников даже после 20 июля 1944 г. В то же время были предусмотрены суровые наказания за злоупотребление введенной Шпеером **системой доверия**, например, если сотрудник давал ложную информацию, которая обычно не перепроверялась, или создавал (плохо контролировал) сверхнормативные запасы важного сырья и т.д., т.е. за такие злоупотребления, которые приводили к недопоставке вооружения вермахту.

Блестящим примером эффективной организации военного производства в Германии, реализованной под руководством Шпеера, стало строительство подводных лодок. Как-то в середине

1943 г. Гитлер в беседе со Шпеером ненароком заговорил о возможностях создания поточной линии сборки подводных лодок. Как обычно, **главной** проблемой для реализации такого рода идей, был правильный **выбор** руководителя. Шпеер выбрал Отто Меркера, прекрасно зарекомендовавшего себя в конструировании пожарных машин. **Но, именно успешного инженера-конструктора, а не экономиста общего профиля, юриста или сына магната-олигарха, как это часто сегодня происходит в современной России.** И этим бросил вызов всем морским инженерам. Уже 5 июля 1943 г. Меркер представил свою программу на совещании у командующего ВМФ Германии Дёница. В ней он предложил разделить подводные лодки на секции, сами секции изготавливать на заводах внутри страны, с установкой внутри них оборудования, в том числе электрического. А затем транспортировать готовые секции на верфи и быстро собирать их. В результате по новой технологии время сборки подводной лодки сокращалось с 11,5 до 2 мес. При этом мощность существующих верфей позволяла собирать до 40 подводных лодок в месяц. Таким образом, решалась проблема ограниченных возможностей верфей, а также снижались риски от бомбардировок англо-американской авиации. В конце совещания Дёниц взволнованно объявил: **«Мы начинаем новую жизнь».**

Всего через 4 мес после первого совещания – 11 ноября 1943 года – все чертежи были готовы. Месяц спустя Дёниц и Шпеер уже инспектировали деревянную модель новой подводной лодки водоизмещением 1600 тонн и даже прошли по ней. Когда чертежи еще только готовились, Главный комитет по судостроению стал размещать заказы на заводах. Кстати, подобная организация была уже опробована для ускорения производства танков «Пантера». И уже в 1944 г. первые подводные лодки нового типа были переданы ВМФ для испытаний. За 3 мес (с января по март 1945 г.) ВМФ было поставлено 83 подводные лодки, при этом на верфях авиабомбардировками были уничтожены еще 44 подводных лодок. Таким образом, план выпуска 40 подводных лодок в месяц был даже перевыполнен.

Шпеер так описывает этот период своей деятельности: *«Радость, которую я испытывал от создания новой организации, успехов и признания в первые месяцы работы, вскоре уступила место более мрачным настроениям. Проблемы с трудовыми ресурсами и сырьем, дворцовые интриги не позволяли расслабиться. К тому же британские авианалеты начали оказывать столь серьезное влияние на производство, что даже заставили меня на время позабыть о Бормане, Заукеле и управлении централизованного планирования. Правда, все вышеупомянутые трудности поднимали мой авторитет, ибо, несмотря на разрушение ряда заводов, мы не только не уменьшали, но все увеличивали выпуск военной продукции».*

Этот рост усиливал особое доверие Гитлера и обеспечил Шпееру **неприкасаемость** в течение 2 лет вплоть до генеральского заговора 20 июля 1944 г. Однако после него вожди нацистской партии [Борман, Геббельс, Заукель и Лей (1890–1945 гг., председатель германского трудового фронта, покончил жизнь самоубийством в тюрьме 25 октября 1945 г.)] воздали ему в полной мере. Поэтому Шпееру пришлось апеллировать письмом к Гитлеру: *«...считаю свое положение недостаточно прочным для дальнейшей работы, если она и впредь будет оцениваться под политическим углом зрения».*

При взаимодействии с Гитлером Шпеер **всегда** старался отстоять свое мнение. Например, в своем письме от 19 апреля 1944 г. он открыто заявил, что затевать строительство огромных укрытий от бомбежек для военных заводов в тогдашней ситуации в Германии – чистое **безумие**, ибо *«и без них мы испытываем огромные трудности, поскольку приходится защищать от авианалетов немецких и иностранных рабочих и одновременно восстанавливать разрушенные военные заводы. Мы должны отложить новый проект на неопределенный срок, ибо мне постоянно приходится прекращать работы на уже строящихся заводах, чтобы обеспечить необходимый выпуск военной продукции в ближайшие месяцы».*

Шпеер не ограничился подобными аргументами и упрекнул Гитлера в том, что тот действу-

ет за его спиной: *«Даже в те дни, когда я был вашим личным архитектором, я всегда руководствовался важнейшим правилом: предоставлял своим сотрудникам **максимум независимости**. Признаю, что впоследствии часто испытывал глубокое разочарование, поскольку не каждый достоин такого доверия. Некоторые, добившись высокого положения, **предавали** меня».* Гитлер без труда мог понять, что я имею в виду Дорша [заместитель Шпеера], но намеками я не ограничился: *“Однако, несмотря на это, я буду твердо следовать своему правилу. Я полагаю, что только **доверие** позволяет человеку плодотворно руководить и добиваться высоких результатов. **И чем выше положение руководителя, тем важнее придерживаться этого правила”**».*

В апреле 1942 г. Шпеер публично заявил: *«Наше чувство всем нам подсказывает, что в этом году мы стоим перед решительным поворотом нашей истории...».* Тогда он еще не подозревал, что Германия уже вплотную подошла к этому повороту. В 1942 г. произошли: ... окружение 6-й армии в Сталинграде, гибель Африканского корпуса, успешные наземные операции противника в Северной Африке, а также первые ковровые бомбардировки [союзной англо-американской авиации] на германские города. Шпеер также заявил: *«...с точки зрения военной экономики Германия также оказалась на переломе: **вплоть до осени 1941 г. она была приспособлена к быстротечным войнам с продолжительными перерывами между ними. Теперь же шла непрерывная война».***

Военное производство в Германии в 1942–1944 гг.

В военной промышленности Германии в 1942–1944 гг. в результате реформ Шпеера произошли поразительные успехи в росте производства вооружений. Это позволило Германии продолжать войну еще **более** 3 лет. Показательно, что такой рост произошел не на современных предприятиях, где уже перед войной провели модернизацию, например, в автомобильной промышленности, где вряд ли он был возможен.

На рис. 3 показан индекс военного производства Германии по месяцам с января 1942 г. по март 1945 г. по отношению к январю-февралю 1942 г. (100%) [3; 4, с. 94, 162].

Из рис. 3 видно, что уже через полгода после назначения Шпеера (с февраля по июль 1942 г.) выпуск всех видов военной продукции увеличился почти на 60%, при этом объем производства вооружений вырос на 27%, танков – на 25%, а боеприпасов почти в 2 раза – на 97% [1].

Самым успешным годом для военной экономики Германии стал 1944 г., когда индекс военного производства увеличился почти в **2,8 раз** по отношению к январю-февралю 1942 г.

За 2,5 года, несмотря на нарастающую интенсивность бомбардировок союзной англо-американской авиации (особенно в конце 1943–1944 гг.) военное производство в Германии достигло рекордного уровня: от среднегодового индекса **98%** за 1941 г. до **322%** в июле 1944 г. При этом численность рабочих **возросла на 28%**. Удалось **наполовину** сократить расход живого труда на единицу продукции. Таким образом, **только** за счет эффективной организации военного производства было достигнуто **«удвоение продукции на том же оборудовании и при неизменных трудовых затратах»**. Именно о такой возможности писал еще в 1917 г. Вальтер Ратенау (1867–1922), выдающийся организатор германской военной экономики в Первую мировую войну, кстати, еврей по национальности.

Следует отметить: для того чтобы обеспечить **такой** рост военной продукции, необходимо было создать **эффективную систему кооперации** между головными предприятиями, выпускающими готовую продукцию и предприятиями-субпоставщиками. Еще в довоенное время стоимость продукции предприятий – субпоставщиков различных отраслей промышленности Германии составляла почти $\frac{1}{3}$ от стоимости готовой военной продукции.

Английская газета «Обсервер» от 9 апреля 1944 г. так описывала его деятельность на посту рейхсминистра вооружений и военной промышленности: *«Шпеер в каком-то смысле более важен для Германии, чем Гитлер, Гиммлер, Геббельс или генералы. Образно выражаясь, все они пре-*

*вратились всего лишь в подручных этого человека, без которого в действительности страна не смогла бы вести войну и который **выжимает** из ее военной промышленности максимум возможного. Шпеер олицетворяет осуществленную “революцию управляющих”»* [11], т.е. новые подходы к управлению производственными коллективами.

Шпеер с самого начала рассматривал созданную им, по сути, **государственную** систему управления ВПК Германии как временное явление, обусловленное исключительно условиями военного времени. Она явно **противоречила** рыночной капиталистической системе хозяйствования. Поэтому он обещал обеспокоенным руководителям (собственникам) промышленных предприятий: *«...Как только закончится война, будет восстановлена прежняя [рыночная, конкурентная] система хозяйствования. Невозможно представить себе, чтобы в мирных условиях собственники предприятий отказались бы от своих наиболее работоспособных кадров или передавали бы свои технологические новинки конкурирующим фирмам»* [и в результате теряли бы прибыль и свои деньги].

Таким образом, Шпееру удалось создать чрезвычайно эффективную, государственную централизованную систему управления ВПК Германии, да и отчасти всей экономикой страны, в рыночной капиталистической системе хозяйствования.

Сам Шпеер характеризовал итоги своей работы, проделанной с начала 1942 г. до середины 1944 г., примерно следующим образом [4]:

1. Собственно военное производство при гибкой политике усиления управления и перераспределение ресурсов с одного решающего участка на другой было доведено до высшего уровня и в течение 2,5 лет возросло в 3,2 раза. Еще больший рост был получен в производстве танков (в 5 раз), артиллерийско-стрелкового вооружения (в 3 раза) и истребительной авиации (в 5,5 раз). Значительные успехи были достигнуты в области рационализации производства. С декабря 1941 г. по июнь 1944 г. число занятых в военной промышленности возросло на 28%, а месячное производство важнейших ви-

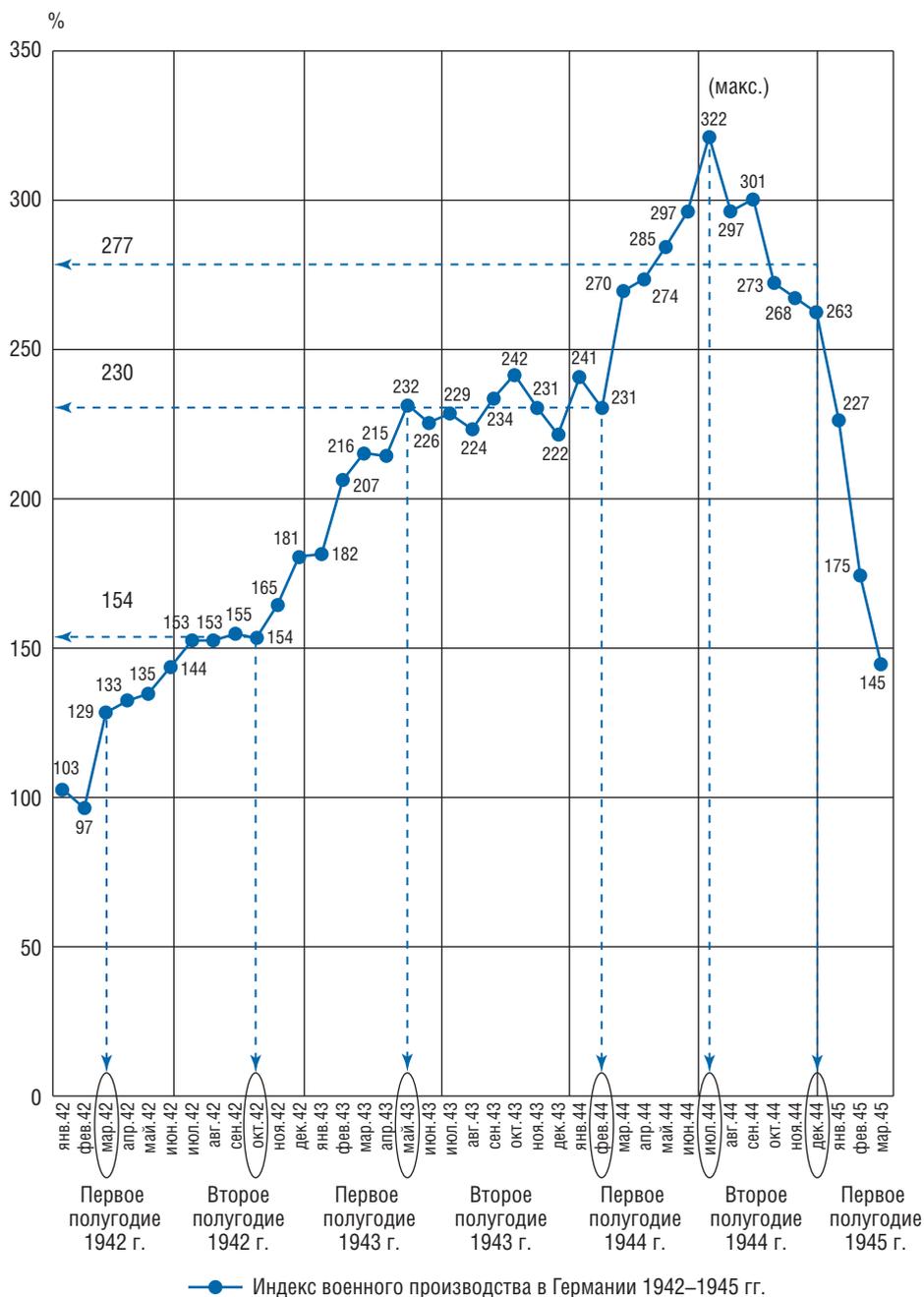


Рис. 3. Индекс военного производства Германии по месяцам с января 1942 г. по март 1945 г. по отношению к январю-февралю 1942 г. (100%)

Источник: *Промышленность Германии в период войны 1939–1945 гг. (Die Deutsche Industrie im Kriege 1939–1945)* / Под ред. Г.С. Согомоняна. М. : Иностранная литература, 1956. С. 94.

дов вооружения, боеприпасов и боевой техники выросло на 230% (в постоянных ценах). Была получена существенная экономия в затратах сырья и материалов. Например, в 1943–1944 гг. на производство вооружения выделялось на 50% больше стали, чем в 1939–1940 гг., а военной продукции было произведено почти в 2,5 раза больше. Произошла индустриализация военного производства.

2. Мощность ВПК Германии, была увеличена до такого уровня, что в целом она соответствовала необходимому росту производства вооружений. При этом почти во всех подотраслях ВПК были созданы значительные запасы сырья и материалов.

3. Мощности всех отраслей промышленности по производству основных видов сырья и материалов (включая искусственный каучук, текстильное сырье и моторное топливо) постоянно расширялись и к середине 1944 г. вышли на такие уровни, которые позволяли достаточно долго продолжать войну независимо от ввоза сырья из-за границы.

4. Объем производства предметов потребления (так называемая промышленность общего назначения) более или менее могла удовлетворить насущные нужды вооруженных сил и военной промышленности, государственные нужды, а также самые необходимые потребности населения.

5. Оснащенность вооруженных сил Германии важнейшими видами вооружения, боевой техники и военных материалов с начала 1942 г. до середины 1944 г. также значительно возросло. При этом наличие в вооруженных силах Германии важнейших видов вооружения возросло более чем на 50% (в постоянных ценах) при более значительном росте количества отдельных видов вооружения, например, танков.

Последний период войны, III–IV кварталы 1944 г. – I квартал 1945 г., характеризовался гигантской и вместе с тем трагической попыткой наверстать упущения первых лет войны. Все это проходило в лихорадочной спешке и в условиях постоянной ухудшающейся обстановки на фронтах. Руководители германской экономики осознали, что аппарат управления не в состоянии справиться с нарастающим хаосом управления.

Но у них уже не было ни полномочий, ни сил, ни времени, для проведения радикальной реформы управления экономикой страны. Определенного успеха удалось добиться за счет работы центрального планового управления министерства вооружений в военной промышленности. Деятельность этого управления была направлена на то, чтобы получить хотя бы общее состояние экономики, определить узкие места и дать правильные указания для их устранения или, если это было невозможно, сделать выводы из создавшегося положения.

Внутренние и внешние причины, помешавшие дополнительному росту производства вооружения в Германии 1942–1945 гг. и ставшие предпосылками к ее поражению во Второй мировой войне

Шпеер много раз обсуждал с Гитлером различные программы вооружения вермахта. Позиция Гитлера была такова: чем больше Шпеер просил, тем больше получал. К изумлению Шпеера, программы, которые эксперты из военной промышленности считали невыполнимыми, в результате перевыполнялись. Авторитет Гитлера высвобождал резервы, которые прежде не принимались в расчет. Однако начиная с 1944 г. предложения Гитлера стали абсолютно не реалистичными, и все усилия по претворению их в жизнь были обречены на провал. Естественно, они ограничивали рост военного производства в Германии. Дополнительно ситуацию усугубил неудавшийся генеральский заговор 20 июля 1944 г. и последующее за ним усиление негативного влияния верхушки нацистской партии на военное производство. Все это явилось **внутренними причинами**, ограничившими рост производства вооружения Германии.

Во второй половине 1944 г. началось снижение военного производства в Германии, связанное с военными событиями: высадка англо-американских войск в Нормандии (Фран-

ция) 6 июня 1944 г. и Белорусская стратегическая наступательная операция Красной Армии 23 июня – 29 августа 1944 г. (операция «Багратион») с соответствующим освобождением в 1944 г. Однако прежде всего на снижение военного производства в Германии сказался 3-кратный рост интенсивности бомбардировок и веса бомб, сброшенных англо-американской авиации во II квартале 1944 г. и оставшихся на том же уровне до конца войны по сравнению с I кварталом. Все это проявилось **внешними причинами**.

Внутренние причины. Государственное управление Германии не соответствовало требованиям военного времени

Мартин Борман

В Германии во время войны исполнительная власть состояла из центрального (имперского) правительства во главе с Гитлером, в состав которого входили имперские министры и партийных (нацистских) руководителей регионов – гауляйтеров. Они как партийные функционеры подчинялись Борману, а как рейхскомиссары по обороне – министру внутренних дел, сначала Фрику (1877–1946 гг., один из высших руководителей НСДАП, доктор права, кадровый полицейский, по приговору международного военного трибунала в г. Нюрнберг повешен 16 октября 1946 г.), а потом Гиммлеру. Кроме того, в январе 1943 г. был организован так называемый Комитет трех – по сути президиум центрального правительства, предназначенный облегчить Гитлеру ведение государственных дел. В его состав входили начальник рейхсканцелярии Ламмерс, Борман и Кейтель. Все распоряжения и приказы, требующие подписи Гитлера, проходили через этот комитет. Кроме того, несколько месяцев спустя, 12 апреля 1943 г., Борман получил подпись Гитлера на, казалось бы, маловажном документе, по которому стал **секретарем фюрера**. Если до этого момента его полномочия, строго говоря, сводились к партийной деятельности, новая должность давала ему доступ в **любую** сферу.

В Комитете трех Кейтель должен был курировать все приказы, относившиеся к вооруженным силам, но главнокомандующие ВВС (Геринг) и ВМФ (Дёниц) наотрез отказались признать его власть и часто выходили на Гитлера самостоятельно. Изменения в полномочиях министерств, конституционные акты и административные вопросы должен был проводить Ламмерс, но он не имел прямого доступа к Гитлеру. Поэтому решение всех этих вопросов постепенно перешло к Борману, который тоже курировал внутреннюю политику. Однако ему явно не хватало ума и знаний, так как более восьми последних лет он был всего лишь тенью Гитлера. Все это время он боялся отправиться в длительную командировку или даже в отпуск, опасаясь потерять свое влияние. Из опыта работы с Гессом (1894–1987 гг., заместитель фюрера, рейхсминистр без портфеля, осужден международным военным трибуналом г. Нюрнберг, 17 августа 1987 г. покончил жизнь самоубийством) Борман знал, какую опасность представляют амбициозные заместители. У Гитлера была привычка начинать сотрудничать со вторыми людьми в любой организации, как только ему их представляли. Это согласовывалось с его принципом **«разделяй и властвуй»**. К тому же ему нравилось видеть новые лица, пробовать новых людей в деле. Чтобы избежать появления соперника в собственном хозяйстве, многие министры старались **не назначать** умных и энергичных заместителей.

После сталинградской катастрофы в ставке Гитлера наступило временное оцепенение, сменившееся лихорадочной штабной работой и бесконечными обсуждениями самых незначительных деталей. Гитлер начал строить планы новых побед на 1943 г. Правящая верхушка Германии, уже **разрываемая** противоречиями, завистью и ревностью, **не объединилась** перед надвигающейся опасностью. Наоборот, в созданных Гитлером нескольких центрах власти усилились интриги, и все игроки повысили ставки. Внешне же мало что изменилось. Условия, в которых жило высшее руководство Германии, вынуждали их скрывать свои истинные чувства и лицемерить. Соперники **редко** говорили друг с другом открыто, ибо опасались, что их слова в искаженном

виде передадут Гитлеру. Все плели интриги, все принимали в расчет **непостоянство** Гитлера, часто меняющего свои решения, и в своих тайных играх то выигрывали, то проигрывали.

Следует отметить одну особенность Гитлера как руководителя правительства. Когда дело касалось особо важных сообщений в зарубежной прессе, он мгновенно и обычно весьма агрессивно формулировал официальную позицию Германии и затем диктовал ее слово в слово руководителю имперской палаты печати доктору Дитриху или заместителю Дитриха Лоренцу. Гитлер дерзко вторгался во все сферы деятельности правительства, не консультировался с соответствующими министрами, например с Геббельсом или Риббентропом, и заранее **не ставил** их в известность.

В реальности только Борман представлял опасность для элиты рейха. Он один с согласия Гитлера составлял график его встреч, т.е. решал, кого фюрер **может** или, что более важно, **не может** принять из штатских членов правительства или руководителей нацистской партии. Отныне почти никто из министров, рейхсляйтеров или гауляйтеров не мог попасть к Гитлеру, не подав заранее свои проекты Борману для представления их фюреру. Борман был очень расторопным. Обычно уже через несколько дней чиновник получал ответ в письменном виде. Раньше приходилось ждать месяцами. Шпеер остался единственным исключением из этого правила. Поскольку его сфера деятельности была по сути военной, он встречался с Гитлером, когда возникала необходимость, и время ему назначали адъютанты Гитлера.

При поддержке Бормана полномочия гауляйтеров расширялись за счет ослабления центральной (имперской) власти. Гауляйтеров можно было разделить на две категории. Первые заняли свои посты до 1933 г. и оказались совершенно не способными управлять административным аппаратом. Вторые – новый тип гауляйтеров бормановской школы, сформировавшийся за прошедшие годы. Это молодые управленцы, как правило, с высшим юридическим образованием, искренне старавшиеся усилить влияние партии на государственные структуры.

В конце июля 1944 г., сразу после генеральского заговора 20 июля 1944 г., было проведено собрание гауляйтеров в Позене, на котором было заявлено о необходимости их контроля деятельности промышленных предприятий. Гауляйтеры распределили и подчинили себе **все** государственные предприятия, ранее подчинявшиеся вооруженным силам. Возникла система двойного подчинения. Это явно нарушало систему управления военной промышленностью, особо уязвимую в условиях постоянных бомбардировок союзной англо-американской авиации. В результате через 3 нед. произошел жуткий хаос в производстве вооружений.

В эти же дни в ресторане «Платтерхофа» (округ Линтсе) проходило совещание руководителей предприятий военной промышленности (около сотни участников). На нем многие участники высказывали недовольство о все большем вмешательстве партийных функционеров в работу предприятий.

20 сентября 1944 г., Шпеер написал Гитлеру пространное письмо, в котором подробно рассказал о враждебном отношении к нему партийных лидеров и их попытках отстранить его от руководства, о необоснованных обвинениях и применяемой ими политике устрашения. События 20 июля, утверждал Шпеер, *«усилили и без того существовавшее недоверие ко многим руководителям промышленности, сотрудничающим со мной»*. *«Партийные лидеры уверены в том, что мои ближайшие помощники – “враждебные партии реакционеры, придерживающиеся односторонних взглядов на экономику”*. *Геббельс и Борман открыто заявляют, что мое министерство и вся моя структура, основанная на принципе личной ответственности в промышленности, – “сборище промышленных магнатов с реакционными и даже антинацистскими взглядами”*».

Шпеер отмечает: *«Я не смогу успешно работать, если мне и моим сотрудникам не дадут свободу действий и будут и впредь оценивать нашу деятельность по партийным критериям*. Шпеер соглашался допустить вмешательство партии в сферу производства вооружения только на двух условиях. **Первое:** гауляйтеры

и экономические советники Бормана в регионах в вопросах вооружений должны быть **ему** подчинены напрямую, поскольку необходима четкая и прозрачная система управления промышленностью. **Второе:** Гитлер должен подтвердить, что по-прежнему одобряет его принципы руководства промышленностью: необходимость сохранения принципа **личной** ответственности, основанного на доверии к руководителям предприятий, и решительно его придерживаться. В заключение Шпеер доказывал, *«что нет смысла менять систему, оправдавшую себя на практике, но в любом случае мы должны принять решение, которое ясно укажет, в каком направлении далее будет развиваться руководство экономикой»*. Однако, несмотря на определенную поддержку Гитлера, Шпееру так и не удалось преодолеть сопротивление гауляйтеров.

Герман Геринг

Уход в мир иллюзий – весьма заразная болезнь, которая была свойственна **не только** руководителям Германии, но и многим деятелям в современном мире. Однако в нормальном демократическом (гражданском) обществе люди, предающиеся иллюзиям, подвергаются **насмешкам** и **критике** окружающих и достаточно быстро понимают свою несостоятельность. В Третьем рейхе, особенно в его высших кругах, **некому** было делать критические замечания, указывать на недостатки. Шпеер отмечает **колоссальный** контраст между реальностью, в которой находилась Германия, и тепличной атмосферой **коррупцированного**, насквозь фальшивого мирка, в котором жило **высшее** руководство страны.

Примером такой коррупцированности могут служить практически неограниченные расходы Геринга и его роскошная резиденция в Каринхалле. 12 января 1944 г. на праздновании дня рождения Геринга в Каринхалле Шпеер с Мильхом поинтересовались, откуда берутся такие огромные деньги на всю эту роскошь. Мильх поведал, что недавно старый друг Геринга Лерцер, известный летчик-истребитель Первой мировой войны, прислал Герингу железнодорожный вагон, набитый товарами с итальянского черного рынка. Не был забыт даже прейскуртант, видимо,

для того чтобы не сбить цены черного рынка по всей Германии, и подсчитана весьма приличная прибыль его (Мильха) за реализацию этого груза. Однако Мильх не стал продавать товары, а приказал распределить их среди служащих своего министерства. Вскоре после того случая суперинтендент имперского министерства авиации Плагеман, которому приходилось выполнять эти поручения, был выведен из-под начала Мильха и напрямую подчинен Герингу. Впоследствии Мильх слышал, что груз из многих других вагонов распродала, а прибыль шла в карман Геринга.

Шпеер по личному опыту был знаком с традицией празднований дней рождения Геринга. С тех пор, как его ввели в Прусский государственный совет и назначили **ежегодное** жалование в **6000 марок**. Каждый год перед самым своим днем рождения Геринг получал письменное извещение о том, что солидная часть его жалования будет удержана на общий подарок Герингу от Госсвета. Разумеется, его согласия даже не спрашивали. Когда Шпеер упомянул об этом Мильху, тот рассказал, что в Министерстве авиации поступали примерно так же. К каждому дню рождения Геринга на его счет из общего фонда переводили крупную сумму, а рейхсмаршал сам решал, какую картину приобрести на эти деньги.

Шпеер отмечает, что все эти источники покрывали лишь малую часть колоссальных расходов Геринга. Он точно не знал, кто из промышленных магнатов субсидирует Геринга, однако не раз убеждался в том, что подобные источники существуют, на основании звонков самого Геринга, который жаловался, что кто-то из подчиненных Шпеера неподобающим образом обошелся с кем-то из его покровителей.

Здесь любопытно отметить такой случай, когда Шпеер в 1943 г. попытался привлечь Геринга в союзники в борьбе с Борманом, он не знал, что с самого начала эта попытка была обречена на провал по финансовым соображениям. Как выяснилось позже на Нюрнбергском процессе, Борман **тогда** сделал Герингу подарок стоимостью **6 млн марок** из Фонда Адольфа Гитлера, т.е. **в 1000 раз** больше годового жалования Шпеера как члена Прусского Госсвета.

Несоответствие Гитлера должности верховного главнокомандующего Вооруженными силами Германии (вермахта) во время войны

Гитлер не соответствовал должности верховного главнокомандующего Вооруженными силами Германии (вермахта) во время войны из-за своего дилетантизма, некомпетентности, неуравновешенности, необъятного самомнения и обожествления себя, откуда происходили его необучаемость, неспособность руководить командной работой подчиненных, имеющих собственное мнение, и вырабатывать оптимальное решение, а также из-за полного отсутствия критической оценки себя и своей деятельности.

Дилетантизм был одной из характерных черт Гитлера. Он **никогда** не учился никакой профессии и, в сущности, всегда был **аутсайдером**. Как и все самоучки он слабо себе представлял, что такое настоящие **профессиональные** знания, **не был способен** к системному охвату проблем, присущих всякому крупному руководителю. Однако с какой-то ненасытностью взваливал на себя все новые и новые функции. **Необремененный** традиционными представлениями его быстрый подвижной ум иногда выдавал смелые **неортодоксальные** решения, которые не пришли бы в голову специалисту. Стратегические успехи первых военных лет можно напрямую связать с его неисправимой **неграмотностью** в правилах игры и его по-дилетантски **не омраченной** решительностью. Противники Гитлера **исходили** из определенных правил и **не понимали** природы самомнения Гитлера-самоучки, поэтому и возникали **ошеломляющие** эффекты, которые в сочетании с военным **превосходством** закладывали предпосылки его успехов. Когда же посыпались неудачи, он, как и большинство **непрофессионалов**, потерпел **крах**. Вот тут-то **незнание** им правил игры и обнаружило себя как своеобразная **несостоятельность**, а его изъясн уже перестал быть преимуществом. Чем более тяжкими становились **неудачи**, тем сильнее и безогляднее выступал на передний план его неисправимый

дилетантизм. Склонность к неожиданным и **ошеломляющим** решениям была долгое время его силой, теперь же она приближала его **гибель** и гибель гитлеровской Германии.

Окружение Гитлера отчасти, а, возможно, во многом виновато в том, что он (Гитлер) чем дальше, тем больше уверовал в свои **сверхчеловеческие** способности. Уже генерал-фельдмаршал Бломберг (1878–1946 гг.), первый и последний военный министр Гитлера (1935–1938 гг.), охотно восхвалял необычайный стратегический гений Гитлера. В атмосфере **непрестанных** гимнов и громовых аплодисментов даже куда более скромная и уравновешенная личность, чем Гитлер, могла бы **утратить** все масштабы и критерии самооценки.

Однако феноменальную уверенность Гитлера в победе в период непрерывных поражений **невозможно** объяснить только силой воли. В тюрьме Шпандау Функ доверительно сообщил Шпееру, как ему удавалось успешно обманывать врачей: просто он сам искренне верил собственной лжи. Функ также добавил, что именно на этом принципе строилась геббельсовская пропаганда. Подобным же образом Шпеер объясняет поведение Гитлера в его непреклонной верой в победу. В некотором смысле он **боготворил себя**. Он словно смотрелся в волшебное зеркало, в котором видел не только себя, но и **провидение**, подтверждающее его предназначение. Он верил в **счастливый случай** и умело пользовался методом самовнушения. Чем более угрожающей становилась ситуация, тем упрямее он **верил** в свою счастливую судьбу. Разумеется, он трезво оценивал военное положение, но **подгонял** реальные факты под свою веру и даже в поражении умудрялся разглядеть залог грядущей победы, предопределенной ему судьбой. Иногда он вроде бы сознавал безнадежность ситуации, но непоколебимо верил, что в последний момент **фортуна** изменит ход событий в его пользу. Если и говорить о каком-то **безумии** Гитлера, это была его непоколебимая вера в свою счастливую звезду. По природе своей он был человеком религиозным, но его **богом был он сам**.

По мере ухудшения положения на фронтах ближайшие помощники Гитлера замечали, что он

становился все более замкнутым и неприступным. Все решения он принимал **единолично**. В то же время Гитлер явно терял гибкость ума и практически не предлагал новых идей, как будто двигался по заранее намеченному курсу и не находил сил изменить его.

Военные из окружения Гитлера с юности привыкли к каждодневному труду и не понимали, что он переутомляется. И Борман, казалось, не признавал, что требует от Гитлера слишком многого. К тому же Гитлер пренебрегал тем, что непременно должен сделать руководитель любого ранга – **назначить** квалифицированных заместителей на важных направлениях работы. Гитлер **не располагал** ни компетентным исполнителем по энергичному руководству вооруженными силами, ни толковым командующим сухопутными войсками. **Он забыл о правиле, которого строго придерживался прежде: чем выше положение человека, тем больше у него должно быть свободного времени.**

Верный своей натуре, Гитлер **охотнее** принимал советы от тех, кто еще **оптимистичнее** и еще иллюзорнее, чем он сам, оценивали обстановку. Всегда, когда Гитлер принимал решения, которые большинством офицеров, хотя и молча, не разделялись, **Кейтель** (1882–1946 гг., генерал-фельдмаршал, начальник штаба Верховного командования вермахта, по приговору международного военного трибунала в г. Нюрнберг повешен 16 октября 1946 г.) был именно тем, кто изо всех сил убежденно старался поддержать его. Постоянно находясь в непосредственной близости к Гитлеру, он всецело **подпал** под его влияние. С течением лет из заслуженного генерала, артиллериста, он превратился в **лживого**, неискреннего, растерявшего интуицию **слугу**. В сущности Кейтель стал жертвой своей бесхарактерности. Бесперспективность любой дискуссии с Гитлером привела к тому, что он вообще отказался от всякого своего мнения. Однако если бы он попробовал упорно сопротивляться, был бы заменен другим **Кейтелем**.

Военная свита Гитлера явно его утомляла. В прозаичной атмосфере ставки даже намек на идолопоклонство произвел бы дурное впечатление. Офицеры держались подчеркнуто сдержанно, и, даже если эта сдержанность противоречи-

ла их природе, военное воспитание делало свое дело. По этой причине **лизоблюдство** Кейтеля и Геринга казалось еще назойливее, тем более что их лесть звучала неискренне. Сам Гитлер **не поощрял** подобострастие, и в атмосфере ставки доминировала объективность оценок.

Когда в 1943–1944 гг. шеф-адъютант Гитлера и начальник управления кадров сухопутных войск Шмидт при поддержке многих генералов попытался добиться замены Кейтеля энергичным генерал-фельдмаршалом Кессельрингом (1885–1960 гг. генерал-фельдмаршал люфтваффе, умер от сердечного приступа в возрасте 74 лет), Гитлер заявил, что не может отказаться от Кейтеля, потому что тот **верен, как пес**. Наверное, Кейтель наиболее полно воплощал собой тот тип, в котором Гитлер **нуждался** среди ближайшего окружения.

Не встречая никакого сопротивления со стороны военного командования, Гитлер продолжал принимать все решения **единолично**, пренебрегая анализом военной ситуации и материально-технического обеспечения войск. Он **не опирался** на аналитические отделы в генеральном штабе и в главном штабе сухопутных сил или других родов войск, которые могли бы проанализировать все аспекты наступательных операций, оценить их эффективность, предусмотреть вероятные контрмеры противника. Штабные офицеры обладали более чем достаточными знаниями для ведения современной войны, требовалось только ставить перед ними реальные цели. Правда, Гитлер воспринимал информацию о ситуации на отдельных участках фронта, но **предполагалось**, что обрывочные сведения могли соединиться в **единое целое** только **лишь в его голове**. Так что фельдмаршалы и ближайшие помощники Гитлера выполняли лишь функции советников, ибо **решения** он обычно принимал **заранее** и изменениям подлежали лишь несущественные детали. К тому же он **не пожелал** извлечь уроки из поражений на советско-германском фронте 1942–1943 гг. и повторял одни и те же ошибки.

Шпеер пишет: *«В ставке, где весь персонал изнемогал под тяжелейшим бременем ответственности, пожалуй, даже радовались приказам свыше. Это освобождало от принятия*

самостоятельных решений и служило оправданием при неудачах. Очень редко кто-нибудь из штабистов добивался перевода на фронт, мотивируя это тем, что больше не может поступать против своей совести. По сей день для меня **остается** загадкой, почему, несмотря на критическую оценку положения, ни один из нас **не осмелился** убедительно изложить свое мнение – ведь мы почти не чувствовали своих оков. Но в замкнутой атмосфере ставки мы **оставались** равнодушными к последствиям решений Гитлера на фронте, где сражались и погибли немецкие солдаты. Снова и снова наши армии **попадали** в окружение только из-за того, что Гитлер **накладывал вето** на приказ генерального штаба об отступлении. Кстати, Гитлер не обронил ни единого слова о катастрофе под Сталинградом, за которую несли ответственность **только** он и Геринг, но приказал сформировать новую 6-ю армию, которой **надлежало возродить славу** погибшей. Полтора года спустя, в середине августа 1944 г., и она была окружена Красной Армией и уничтожена».

Гитлер как верховный главнокомандующий Вооруженных сил Германии сделал много фатальных ошибок:

- приостановил успешное наступление вермахта на Москву после взятия Смоленска 16 июля 1941 г., когда $\frac{2}{3}$ расстояния от западной границы до Ленинграда и Москвы были пройдены. Оказавшись в Смоленске, Гитлер отдает приказ повернуть подвижные соединения Группы армий «Центр» на север (к Ленинграду, Тихвину) и на юг (к Киеву), вместо того чтобы направить главный удар на Москву. В результате операция «Тайфун» (битва за Москву) началась только 30 сентября, на размытых осенними дождями дорогах. 2,5 мес были бездарно потеряны. Если бы была сдана Москва, символ власти и величия Советского Союза, да еще через месяц после начала боевых действий, это произвело бы ошеломляющее впечатление и на Красную Армию, и советский народ. Сам же Гитлер, в одной из своих директив обозначает главную задачу: «Захват этого города означает как

в политическом, так и в экономическом отношении решающий успех, не говоря уже о том, что русские лишатся важнейшего железнодорожного узла». В Советском Союзе основные железнодорожные магистрали были стянуты в одну точку – в Москву;

- запретил отступление 6-й армии Паулюса из Сталинграда поздней осенью 1942 г., что привело к ее окружению и полному уничтожению и т.д.

Еще одна фатальная ошибка Гитлера – строительство Атлантического вала, комплекса защитных сооружений на атлантическом побережье оккупированных Германией стран, который должен был препятствовать успешной высадке десанта союзных англо-американских войск. Еще в августе 1942 г. Гитлер уверял командование ВМФ, что англо-американским войскам не удастся успешно осуществить вторжение во Францию, если они сразу же не захватят хотя бы один из крупных портов на побережье. Он был уверен, что без налаженного материально-технического снабжения десантники не смогут противостоять контратакам немецких войск. Огромная протяженность побережья Франции, Бельгии и Голландии не позволяла создать оборонительный рубеж, построив достаточно близко расположенные друг к другу доты. Более того, не хватало солдат хотя бы частично укомплектовать все эти доты. В результате более-менее крупные порты окружили дотами, а между ними с большими интервалами расположили наблюдательные бункеры. Для защиты солдат от снарядов при артподготовке намеревались возвести около 15 тыс. небольших дотов. Гитлер считал, что во время атаки противника немецкие солдаты должны выйти из укрытий на открытое пространство. По его мнению, защищенность внутри этих укрытий подавляет смелость и личную инициативу солдат, которые так необходимы для боя.

Командующий группой армий «В» в Северной Франции Роммель (1891–1944 гг., генерал-фельдмаршал, подозревался в участии генеральского заговора 20 июля 1944 г., покончил жизнь самоубийством 14 октября 1944 г.) вежливо, но решительно отстаивал свое мнение: «Мы должны отразить атаку врага на месте высадки. Доты

вокруг портов для этой цели не годятся. По всему побережью необходимо поставить самые простые, но труднопреодолимые заграждения. Только такие контрмеры принесут результаты. Если мы не разгромим десант сразу же, то никакой Атлантический вал нам не поможет. В Триполи и Тунисе они [англо-американские войска] под конец бомбили так интенсивно, что даже наши лучшие войска были деморализованы. Если мы не сможем отразить авиаудар, все другие меры, даже заграждения, будут неэффективными».

Однако Гитлер был так уверен в своей правоте, что лично спроектировал оборонительный рубеж вплоть до мельчайших деталей, включая различные типы бункеров и дотов. Правда, он представил не чертежи, а эскизы, но выполнены они были очень аккуратно. Не скупясь на **самовосхваления**, Гитлер часто говорил, что разработанные им укрытия удовлетворяют всем нуждам солдат на передовой. Командующий инженерным корпусом принял план, практически не внося никаких исправлений.

За 2 года на строительство Атлантического вала было израсходовано 3,7 млрд рейхмарок (около 4% расходной части бюджета 1941/1942 финансового года), ушло более 13 млн кубометров железобетона, а военные заводы недополучили 1,2 млн тонн стали. На его строительстве было занято 670 тыс. рабочих [4]. Как отмечено 5 июня 1944 г., еще более 4,5 млн кубометров железобетона ушло на ангары для подводных лодок и другие сооружения во Франции. Кроме того, военно-строительная организация Тодта построила для Гитлера две ставки, местоположение и размеры которых были определены им лично. Было еще истрачено сотни миллионов марок на само строительство и на прокладку сотен миль телефонных кабелей. Поскольку Гитлер не раз говорил, что сразу же после вторжения англо-американских войск он отправится во Францию, чтобы лично руководить боевыми действиями.

Можно привести еще один пример ошибочной политики Гитлера как верховного главнокомандующего. Осенью 1944 г. Шпеер часто выезжал на фронт. Многие командиры, просили его посодействовать перед Гитлером о снабжении их потрепанных в боях дивизий людьми, оружием

и танками, которые пока еще выпускали немецкие заводы. Шпеер и устно, и письменно докладывал Гитлеру об этих просьбах. Однако и Гитлер, и Гиммлер как новый командующий армией резерва считали, что войска, обескровленные врагом, потеряли волю к сопротивлению, поэтому следует формировать новые части, так называемые народные гренадерские дивизии, а разгромленные дивизии, говорили они, пусть погибают.

В конце сентября 1944 г. Шпеер своими глазами увидел результаты этой политики в одном из соединений закаленной в боях танковой дивизии близ Битбурга. Командир с многолетним опытом боевых действий показал ему поле боя, где несколькими днями ранее произошла трагедия. Недавно сформированная танковая бригада из-за неопытности командования и неумелого технического обслуживания еще на марше потеряла 10 из 32 новеньких «Пантер». Оставшиеся 22 танка вышли к району развертывания без должной разведки и попали под обстрел американских противотанковых орудий. 15 танков были расстреляны, как мишени на полигоне. *«Подумать только, как помогли бы эти новые танки моим опытным экипажам!»* – с горечью сказал капитан. Шпеер передал этот разговор Гитлеру, с сарказмом заметив: **«Вот наглядный пример того, что опытные соединения имеют значительные преимущества перед новичками»**. Однако его рассказ не произвел никакого впечатления на Гитлера. На оперативном совещании он заявил, что убедился на собственном опыте службы в пехоте: войска только тогда берегут оружие, когда знают, что вряд ли получат новое.

Фатальные ошибки Гитлера при выработке требований и в выборе важнейших видов вооружений, созданных немецкими инженерами и конструкторами

Технический кругозор Гитлера, как и его общее мировоззрение, художественные вкусы и образ жизни **сформировались** в эпоху Первой мировой войны. Поэтому его интересы

в военно-технической сфере ограничивались традиционными видами вооружения сухопутных сил и ВМФ. В этой области он непрерывно расширял свои познания и часто **предлагал** вполне практичные технические новшества. Однако, когда речь заходила о новейших разработках, например, о реактивных истребителях, ракетах, радарх или атомной бомбе, и даже об автоматическом стрелковом оружии, интуиция **изменяла** ему. Во время редких полетов на новейшем транспортном самолете «Кондор» он **тревожился**, что не сработает механизм, отвечающий за выпуск шасси, и говорил, что предпочитает старые «Юнкерсы-52» с неубирающимися шасси.

Гитлер обладал феноменальной памятью на цифры, которая была кошмаром его окружения. Однако то, как он простодушно радовался любой возможности блеснуть своими знаниями в сфере вооружений, как прежде в автомобилестроении или архитектуре, то, как **жонглировал** специфичными цифрами, свидетельствовало о его **дилетантстве**. Казалось, Гитлер постоянно **стремился** доказать, что ни в чем **не уступает** профессионалам и даже **превосходит их**. Но настоящий **профессионал** благоразумно не забивает себе голову деталями, которые можно найти в справочнике или перепоручить помощникам, а Гитлер, демонстрируя свою осведомленность, не только **самоутверждался**, но и искренне **восхищался** собой.

Шпеер на совещаниях у Гитлера старался выступать как можно меньше: вкратце излагал тему, а затем просил одного из сопровождающих его экспертов высказать свое мнение. Кстати, шпеевские эксперты **не тушевались** в охранных зонах со шлагбаумами и пропусками, в присутствии многочисленных генералов и адъютантов, которые производили столь сильное впечатление на Гитлера. Многие годы успешной практической деятельности обеспечили им ясное понимание собственной значимости и меры ответственности. Иногда обсуждение перетекало в жаркую дискуссию, ибо специалисты часто **забывали**, с кем разговаривают. Гитлер воспринимал подобные ситуации с юмором. В кругу профессионалов он, как всегда, вел себя скромно, любезно

и уважительно, более того, он отказывался от своей привычки подавлять оппонентов длинными и утомительными речами. Он умел **отличить** главные вопросы от второстепенных, легко адаптировался в любой ситуации и **удивлял** всех быстротой, с которой выбирал один из нескольких вариантов и **находил** убедительные доводы в пользу своего решения. Гитлер легко ориентировался в представляемой ему технической документации. Его вопросы доказывали, что во время краткого вступительного объяснения он ухватывал суть даже сложных проблем. Однако и это на первый взгляд достоинство оборачивалось **недостатком**: слишком **легко** ухватывая суть, он **не успевал** тщательно разобраться в проблеме.

Было большой ошибкой и то, что Гитлер **взял** на себя не только верховное командование вермахтом, но и сухопутными силами, а в их составе в качестве хобби **возглавил** разработку бронетанкового вооружения. При нормальном положении дел подобные вопросы должны были бы решаться в дискуссиях между офицерами генерального штаба, Управления по вооружению главного командования сухопутных сил, ответственными сотрудниками главных комитетов военной промышленности по вопросам вооружения и танкостроения. Главнокомандующий сухопутных войск подключался бы лишь в исключительных случаях. Но это **противоречило** бы привычке Гитлера давать офицерам и специалистам самые детальные **наставления**. Сложившаяся практика была столь же **ненормальна**, сколь и **пагубна**. Ведь Гитлер тем самым снимал с них ответственность и воспитывал своих офицеров в духе безразличия. Принимаемые Гитлером решения вели не только к обилию **параллельных** разработок, но и ко все большему **осложнению** проблем с их материально-техническим обеспечением.

О непонимании Гитлера необходимости достаточного количества запчастей для вооружения и боевой техники

Одним из самых фатальных недостатков Гитлера, как отмечает Шпеер, было то, что он просто

не понимал необходимости снабжения армии достаточным количеством запчастей для вооружения и боевой техники. Например, генерал-полковник Гудериан, генерал-инспектор бронетанковых войск, неоднократно обращал внимание Шпеера на то, что при ускоренном ремонте, имея достаточное количество запчастей можно было бы иметь **больше** танков и увеличивать свою боеспособность со значительно меньшими затратами, чем наращивая производства новых машин в ущерб запчастям. Однако Гитлер, поддержанный Зауром (заместитель Шпеера), настоял на приоритете производства новых танков, число которых могло быть снижено на **20%**, если бы возвращались в строй выбывшие, поддающиеся ремонту машины.

Неэффективная противовоздушная оборона Германии вследствие недалновидных решений Гитлера

Огромная **ответственность** лежит на Гитлере за то, что воздушное пространство Германии оказалось **недостаточно** защищенным от интенсивных бомбардировок союзной англо-американской авиации, которые, несмотря на ряд допущенных ими ошибок, оказались вполне успешными. **Во-первых**, Гитлер отсрочил производство реактивных истребителей, а впоследствии превратил их в крошечные бомбардировщики. Нелепая затея. **Во-вторых**, одержимый жадной мести, он решил использовать новые дорогостоящие ракеты «Фау-2» для обстрела Лондона. Гитлер, как и Шпеер, надеялся на то, что новое оружие «Фау-2» посеет ужас и смятение в стане противника, парализовав его волю к сопротивлению. Оказалось, что эффективность этого оружия была сильно переоценена. С конца июля 1943 г. колоссальные производственные мощности были выделены под выпуск этих огромных ракет, длина которых составляла 14 м, а вес – около 13 тонн,

высота траектории – 100 км, боевая часть вмещала до 800 кг аммонита. Гитлер приказал выпускать по **900** таких ракет в месяц.

Шпеер замечает, что он не просто согласился с решением Гитлера, но и **поддержал** его, совершив свою самую большую ошибку во время войны. Всего за 2 мес до принятия этого злосчастного решения, 29 июня 1943 г., Шпеер получил детальный меморандум от профессора Крауха – генерального уполномоченного по химической промышленности по 4-летнему плану, в котором тот делает однозначный вывод: *«Даже если бы мы располагали неограниченным количеством больших ракет дальнего действия «Фау-2», от чего мы пока весьма далеки... с началом ракетных атак Лондона население Великобритании стало призывать правительство проводить ковровые бомбардировки густонаселенных районов Германии. До ракетных атак они выступали против бомбардировок гражданского немецкого населения... Мы же до сих пор абсолютно беспомощны перед рейдами подобного рода».*

На территорию Германии в 1944 г. армады англо-американских бомбардировщиков сбрасывали в среднем от 1,2 до 4,1 тыс. тонн бомб в сутки [4], а Германия могла обрушить на Англию лишь три десятка ракет «Фау-2» в сутки суммарной мощностью 24 тонны взрывчатки, что соответствовало эквиваленту бомбовой нагрузки всего лишь дюжины «Летающих крепостей». Согласно американскому справочнику [12], 4-моторный «В-17» («Летающая крепость») стоил 204 тыс. долларов. Средняя стоимость одной ракеты «Фау-2» составляла около 120 тыс. рейхсмарок, т.е. всего в 7 раз меньше (1\$=4,2 рейхсмарок 1940 г.)³? 7 ракет несли 5,6 тонн взрывчатки (около 800 кг на ракету), и каждая ракета при взрыве **уничтожалась**. Бомбардировщик «В-17» использовался многократно, дальность действия при бомбардировках территории Германии, с возвратом на аэродромы посадки, составляла от 1600 до 3200 км, при этом бомбовая нагрузка ровнялась соответственно 3,5–2,2 тонны. Только на Берлин было сброшено 50 кило тонн взрывчатки и шрап-

³ Купс 1940 г.; <http://www.history.ucsb.edu/faculty/marcuse/projects/currency.htm>.

нели, уничтожено или частично разрушено около 20% застройки [13]. Чтобы сбросить такой же груз на Лондон, Германии пришлось бы использовать 63 тыс. ракет «Фау-2», на выпуск которых потребовалось бы 6 лет.

Гигантские усилия и средства были вложены в создание, производство и развитие ракет «Фау-2», которые осенью 1944 г. доказали свою полную **несостоятельность**. На совещании у Геббельса 29 августа 1944 г. Шпееру пришлось публично признать, что «Фау-2» вряд ли окажут сильное психологическое воздействие на противника и они по боевым, техническим и экономическим характеристикам **не оправдали надежд**.

Самый **дорогостоящий** оборонный проект Германии оказался самым **нелепым**. Ракеты, которыми так гордилось руководство Германии и производству которых Шпеер определенное время отдавал предпочтение, привели к пустой трате средств и времени. **Здесь сказалось отсутствие у Шпеера профессионального инженерно-технического образования, а также опыта работы и руководства в отдельной высокотехнологической отрасли военной промышленности**. Более того, эти ракеты были одной из причин, по которым Германия **проиграла** оборонительную воздушную войну.

В том же меморандуме Крауха предлагалось «...сконцентрировать наши усилия на создании зенитного вооружения, на модели “С-2” ракеты “Вассерфаль” [“Водопад”]. Мы должны немедленно запустить ее в серийное производство... Другими словами, усилия каждого инженера и каждого рабочего по осуществлению этого проекта внесут несравненно больший вклад в нашу победу, чем те же ресурсы, инвестированные в любую другую программу. Промедление с осуществлением этого проекта может привести к военному **поражению** Германии».

Не удалось упростить управление ВПК из-за отсутствия способностей и желания Гитлера вникать в экономические и социальные проблемы Германии во время войны

Шпеер в своих мемуарах отмечает, что «...всякий раз, когда я докладывал Гитлеру о своих орга-

низационных планах, он демонстрировал отсутствие всякого интереса к ним. У меня складывалось впечатление, что он **неохотно** занимался подобными вопросами и что в определенных областях он был **не способен** отличить главное от второстепенного. **Не любил** он также четко разграничения полномочий. Иногда он намеренно давал каким-нибудь инстанциям или лицам аналогичные или схожие задания. “А там, – нередко и с удовольствием говаривал Гитлер, – пробьется более сильный”».

В своих выступлениях и письмах Гитлеру с весны 1942 г. и до конца 1944 г. Шпеер постоянно выступал с предложениями упростить управление ВПК и усилить его [Шпеера] единоначалие в принятии решений. Утром 20 июля 1944 г., за несколько часов до покушения на Гитлера, Шпеер написал ему: «Русские и американцы научились добиваться большего эффекта более простыми организационными средствами, тогда как мы **не добиваемся** соответствующих результатов из-за устаревших организационных форм. Данная война – это война двух систем управления [ВПК]: **“борьба нашей, консервативной системы управления против гибкой системы у противника”**. Если мы не перейдем к другой системе управления, будущее поколения признают, что наша устаревшая, скованная традицией и ставшая громоздкой система управления **должна была проиграть**».

Шпеер пытался указывать Гитлеру на очевидные стратегические просчеты и нерациональность его окружения: «Однако Гитлер остался глух к моим доводам, и снова все мои попытки организовать эффективное военное производство закончились провалом из-за его **непостоянства**» [1]. Например, еще 19 декабря 1942 г., за 8 мес до первого авианалета на Швайнфурт, Шпеер разослал директиву на все предприятия военной промышленности, в которой предупреждал: «**Нарастающая интенсивность вражеских авианалетов вынуждает нас усилить подготовку к передислокации важнейших военных производств**». Однако Шпеер встретил повсеместное сопротивление. Гауляйтеры **не желали** размещать новые заводы на подвластных им территориях, так как боялись

нарушить **безмятежную** тишину своих городков. При этом директора оборонных предприятий **не проявляли** инициативу и старались остаться в стороне от внутривластной борьбы. В результате практически **ничего не было сделано**. Как это разительно отличалось от деятельности первых секретарей обкомов ВКП(б) по организации работы эвакуированных промышленных предприятий в 1941–1942 гг. на Урале, в Сибири, Казахстане и Средней Азии.

Когда начались интенсивные бомбежки немецких городов союзной англо-американской авиацией, гауляйтеры стали направлять доклады Гитлеру о масштабах разрушения. Эти доклады явно шокировали Гитлера, правда, не столько жертвы среди населения и разрушения в жилых кварталах, сколько уничтожение ценных зданий, особенно театров. Как и в своих довоенных проектах обновления немецких городов, он в первую очередь интересовался представительской архитектурой и **гораздо меньше нуждами и несчастьями людей**, а потому требовал немедленно восстановить сожженные здания театров. Шпеер несколько раз пытался напомнить ему о других, более важных задачах строительной индустрии, да и местные власти не пылали желанием выполнять столь непопулярные приказы. Во всяком случае Гитлер, поглощенный военной ситуацией, редко спрашивал, как продвигается строительство. Он настаивал на восстановлении оперных театров только в Мюнхене, своем втором доме, и в Берлине, на что потребовалось огромное количество рабочих и денег. Заявляя, что театральные спектакли необходимы для поддержания морального состояния людей, **Гитлер демонстрировал поразительную неосведомленность о жизни и настроениях народа – горожанам уж точно было не до театров**.

Не удалось приостановить излишнее строительство в различных округах Германии

Шпеер полагал, что **руководителям** нацистской партии следует немедленно начать мобилизацию всех резервов. Ведь сам Гитлер, 1 сентября 1939 г., в день объявления войны с Польшей, торжественно заявил в рейхстаге, что нет таких **лишений**, которые он не был бы готов разделить

лично. И в самом деле, он распорядился заморозить строительство всех опекаемых им объектов, даже в Оберзальцберге (резиденции Гитлера в Баварских Альпах). На это распоряжение сослался Шпеер через 2 нед после вступления в должность в своей речи перед самой трудной для него аудиторией – перед гауляйтерами и рейхсляйтерами (руководителями отдельных направлений в центральном аппарате нацистской партии и правительстве, назначаемых лично Гитлером, – 18 человек в 1942 г.). Шпеер заявил: *«Недопустимо, чтобы на наши **сегодняшние** решения оказывали влияние планы наших будущих мирных работ. У меня есть указание фюрера докладывать ему обо всех подобных безответственных пометах, чинимых нашей военной промышленностью. Нынешнее военное положение требует **приостановки** всех излишних строительных работ в округах. Наш долг – подать хороший пример, даже в тех случаях, когда экономия рабочей силы и материалов будет незначительной»*.

Шпеер был полностью уверен в том, что каждый присутствующий последует его призыву. Однако после выступления его окружили многие гауляйтеры и рейхсляйтеры, старавшиеся получить в виде исключения разрешение на продолжение строек на своих подотчетных территориях или курируемых отраслях экономики. И первым среди них был рейхсляйтер **Борман**, который успел заручиться согласием у **подверженного колебаниям** Гитлера на продолжение строительства Оберзальцберге. Через 3 нед после совещания Шпеер настоял на новом приказе Гитлера о консервации этой стройки, но стройка в Оберзальцберге продолжалась до конца войны.

За Борманом протиснулся гауляйтер **Заукель**, он хотел продолжить строительство здания партийного форума в Веймаре. И эта стройка, несмотря на возражения Шпеера, также продолжалась до конца войны. **Роберт Лей** сражался за свинарник в своей образцово-показательной усадьбе и т.д. Да и сам **Гитлер** уже после призыва Шпеера распорядился (помимо продолжения работ в Оберзальцберге) начать перестройку обветшавшего замка Клесхайм под Зальцбургом в роскошную резиденцию для гостей – проект

стоимостью в несколько миллионов рейхсмарок. Гиммлер сооружал для своей **любовницы** огромную виллу недалеко от Берхтесгадена в такой тайне, что Шпеер об этом узнал лишь в последние недели войны. Гитлер сам поощрил одного **гауляйтера** (это было уже после 1942 г.) к перестройке замка Позен, отеля да еще к строительству личной резиденции, и все это с огромным расходом фондируемых материалов! Еще в 1942–1943 гг. продолжалось строительство персональных поездов для Лея, Кейтеля и прочих, что требовало немало дефицитных материалов и квалифицированной рабочей силы. Индивидуальные строительные замыслы верхушки нацистской партии были Шпееру по большей части неизвестны.

При всевластии рейх- и гауляйтеров Шпеер не мог добиться над ними контроля, и ему лишь редко удавалось наложить вето на тот или иной проект, да и то с ним не считались. Даже летом 1944 г. Гитлер и Борман поставили Шпеера в известность, что некая мюнхенская фирма по изготовлению багетов и рам не должна привлекаться к военным заказам. Впрочем, еще несколькими месяцами ранее от производства для армии, опять же по их указанию, были освобождены фабрики и приравняемые к ним художественные промыслы, занятые изготовлением ковров и штофных материалов для послевоенных сооружений Гитлера.

Шпеера возмущало нежелание руководителей Германии идти на жертвы, которых они требовали от немецкого народа; их по-прежнему роскошный образ жизни в такое трудное военное время, их вечные интриги и безнравственное поведение **даже** по отношению друг к другу.

Шпеер вспоминает, как *«после полудня 7 ноября 1942 г. я сопровождал Гитлера в спецпоезде в Мюнхен. В былые времена Гитлер обыкновенно во время остановок появлялся в окне своего вагона перед народом. Теперь же контакты с внешним миром были ему нежелательны. Шторы на окнах со стороны перрона были опущены. Как-то мы с Гитлером поздним вечером сидели в его отделанном палисандровым деревом вагоне-ресторане за обильным ужином. И никто из нас сначала не обратил внимания, что на сосед-*

нем пути стоял товарняк: из телячьих вагонов на нас и наш стол пристально смотрели немецкие солдаты, возвращавшиеся с Восточного фронта, измученные, отощавшие, многие раненые. Приподнимаясь со стула, Гитлер вдруг увидел мрачную картину всего в двух метрах от своего окна. Ни приветствия, ни какой-либо реакции. Приказал порученцу немедленно опустить шторы. Так во второй половине войны закончилась одна из редких встреч Гитлера с фронтовыми солдатами, такими же, каким он был сам 24 года назад».

В своих воспоминаниях Шпеер отмечает: *«Всего за 9 лет пребывания у власти нацистская верхушка стала столь безнравственной, что даже в критический период войны я не смог ограничить их запросы и вынудить отказаться от роскошного образа жизни. Будто бы для представительских целей они обзаводились виллами, охотничьими домиками, поместьями и дворцами, множеством слуг и огромными запасами изысканной еды и отборных вин» [1].*

«Забота о собственных удобствах доходила до абсурда. Сам Гитлер, куда бы он ни направлялся, прежде всего издавал указ о строительстве бункеров для своей защиты. Толщина перекрытий возрастала с увеличением веса применяемых противником бомб и достигла 5 м. Постепенно надежные системы бункеров появились в Растенбурге, Берлине, Оберзальцберге, Мюнхене, гостевой резиденции близ Зальцбурга, в Ставке в Наухайме и на Сомме. А в 1944 г. Гитлер приказал построить в горах Силезии и Тюрингии 2 подземные ставки, для чего пришлось мобилизовать сотни специалистов-горнопроходцев и взрывников и тысячи рабочих, незаменимых на военных объектах».

Это хорошо описано в известном романе Э. Ремарка «Время жить. Время умирать» на примере комфортной жизни, которую вел партийный нацистский руководитель в небольшом немецком городке.

Не удалось провести тотальную мобилизацию трудовых ресурсов в Германии

Шпеер писал: *«Поразительно, но Гитлер предъявлял к своему народу гораздо меньше*

требований, чем Сталин, Черчилль и Рузвельт к своим народам. Пропасть между тотальной мобилизацией трудовых ресурсов в демократической Англии и пренебрежительным отношением к этому вопросу в авторитарной Германии указывает на то, что нацистский режим **опасался** любых изменений общественного мнения. Немецкие лидеры не желали **ни приносить** в жертву себя и идти на лишения, **ни требовать** жертв от народа. Они пытались поддерживать боевой дух нации путем бесконечных **уstupок**. Гитлер и большинство его политических последователей принадлежали к поколению солдат Первой мировой войны, ставших свидетелями ноябрьской революции 1918 г. и не изживших страх перед гневом народных масс. В частных разговорах Гитлер отмечал, что, пережив ту революцию, трудно ее забыть. Ради предотвращения недовольства все больше усилий и средств – **гораздо** больше, чем в демократических государствах, – тратилось на производство товаров народного потребления, военные пенсии и компенсации женщинам, чьи мужья служили в армии. В то время как Черчилль обещал своему народу только кровь, пот и слезы [а Сталин безжалостно мобилизовал все людские, духовные, материальные силы советского народа, для победы над врагом], мы на протяжении всей войны и в самые тяжкие ее моменты слышали лозунг Гитлера: “Мы уверены в нашей окончательной победе”. Это было равносильно **признанию** в политической слабости и свидетельствовало о **страхе** перед потерей популярности, что, в свою очередь, могло привести к **взрывам** народного недовольства» [1].

В мирное время в экономике Германии в год поступало на работу около 600 тыс. молодых людей. Это уравновешивало отток рабочей силы по возрасту или смерти. Теперь же не только они, но и частично промышленные рабочие призывались в вермахт. В 1942 г. военной промышленности Германии **не хватало** более 1 млн рабочих. Поэтому первоочередная задача, которая встала перед Шпеером после его назначения, – обеспечение рабочей силой предприятия военной промышленности.

В середине марта 1942 г. поздно вечером Шпеер посетил одно из ведущих берлинских предприятий по производству вооружения «Райнметалл-Борзиг», цеха которого были оснащены ценнейшим оборудованием. Он увидел, что в цехах нет рабочих, так как для вечерней (второй) смены их просто не хватало. Та же ситуация сложилась и на других оборонных заводах Германии. Кроме того, в дневное время, когда работали все заводы и фабрики в стране возникал дефицит электроэнергии, а в вечернее и ночное время нагрузка на энергосистему существенно снижалась. В Германии во время войны 90% всех рабочих работали в первую смену, 7% – во вторую и только 3% – в третью [4].

Значительное количество рабочих отвлеклось на строительство новых промышленных предприятий, с общим объемом капитальных вложений около 11 млрд рейхсмарок (или 11% от расходной части бюджета 1941/1942 финансового года). Для этих вновь строящихся предприятий невозможно было изготовить оборудование. Поэтому Шпеер подписал директиву у Гитлера, о сокращении объемов незавершенного строительства, но только до 3 млрд и консервации оставшихся объектов. Например, Гитлер не согласился с консервацией долгосрочных строительных объектов топливной промышленности стоимостью около 1 млрд марок. Ему хотелось всего и сразу, и свой отказ он мотивировал следующим образом: «Допустим, война с Россией закончена. Но у меня есть далеко идущие планы, а для этого мне нужно больше синтетического горючего, чем сейчас. Новые предприятия должны строиться, даже если срок их сдачи через несколько лет». Годом позднее, 2 марта 1943 г., Шпеер еще раз обратил внимание Гитлера на то, что не имеет смысла строить заводы под будущие программы развития страны, если их строительство завершится после 1 января 1945 г. Ошибочное решение Гитлера в начале 1942 г. ограничивало производство вооружений в Германии вплоть до сентября 1944 г., когда произошло резкое ухудшение положения на фронтах и строительство новых объектов было прекращено.

Тем не менее Шпееру удалось высвободить несколько сотен тысяч рабочих, занятых в стро-

ительстве, которых можно было переключить на военное производство. Но тут возникло новое препятствие. Руководитель группы по трудовым ресурсам в рамках 4-летнего плана министерально-директор доктор Мансфельд без обиняков заявил Шпееру, что у него не хватает власти, чтобы сломить сопротивление гауляйтеров, не согласных с направлением освобождающихся строителей из одного округа в другой. И в самом деле, гауляйтеры при всех их интригах и соперничестве моментально выступали единой командой, как только возникала угроза их суверенным правам. В Советском Союзе во время войны, да и после войны при плановой экономике такая ситуация была просто **немыслима**. Лозунг **«Все для фронта, все для Победы»** объединял усилия всех руководителей областных партийных (коммунистической) организаций под жестким контролем Сталина – председателя ГКО и одновременно генерального секретаря ВКП(б).

Шпееру было ясно, что, несмотря на его тогда очень сильные позиции и мощную поддержку Гитлера, в одиночку с гауляйлерами ему не справиться. Он попросил Гитлера прикомандировать к нему специального уполномоченного из гауляйтеров, чтобы через его особые полномочия от имени Гитлера преодолеть эту трудность. К сожалению, для Шпеера таким уполномоченным был назначен Заукель, его полный антипод.

Когда в начале апреля 1942 г. Шпеер потребовал от Заукеля более широкого привлечения немецких женщин на военные предприятия, он с порога заявил, что вопрос, откуда и каких брать рабочих, а также где их использовать, относится всецело к **его компетенции**; как гауляйтер он подчиняется **только** Гитлеру и **только перед ним** несет ответственность. В заключение он предложил оставить решение этих вопросов на усмотрение Геринга как генерального уполномоченного по 4-летнему плану. Шпеер отмечает, что *«во время совещания, которое состоялось в резиденции Геринга, он был чрезвычайно этим польщен. К Заукелю он обращался с преувеличенной любезностью и гораздо холоднее ко мне. Мне едва удалось изложить свои взгляды – Заукель и Геринг все время перебивали меня. Самый веский аргумент Заукеля заключался в том, что*

заводской труд несет в себе опасность нравственного ущерба для немецкой женщины, от него пострадает не только «душевная и эмоциональная жизнь», но и ее репродуктивные функции. Геринг со всей решительностью присоединился к этим доводам. Чтобы уйти со спокойной душой, Заукель сразу же после обсуждения связался без моего ведома с Гитлером и заручился его поддержкой».

Это было первым ударом по позиции Шпеера, до того считавшейся неуязвимой. О своей победе Заукель оповестил своих коллег-гауляйтеров в особом письме, в котором подчеркивалось: *«Для существенного облегчения перегрузок, которым подвергаются немецкие домохозяйки и в первую очередь многодетные матери, а также в целях охраны их здоровья, фюрер дал мне указание доставить из восточных областей в Рейх примерно 400–500 тыс. отборных, здоровых и сильных девушек»* [в первую очередь из Украины]. В то время как в Англии в 1943 г. численность прислуги уменьшилась на $\frac{2}{3}$, в Германии она практически не изменялась до конца войны – **1,4 млн** человек. Сверх того, немалая доля от **полумиллиона украинок**, которые были насильно вывезены в Германию, работала прислужкой у партийных функционеров, о чем вскоре в народе начали шептаться.

В Советском Союзе большинство трудоспособных женщин работали в экономике страны. Это было связано и с тем, что по продуктовым карточкам для иждивенцев отпускалось заметно меньше продуктов, чем по аналогичным карточкам для рабочих и служащих. В то же время приобрести продукты питания на колхозных рынках было затруднительно, так как их стоимость была на порядок выше, чем отпускаемых по карточкам.

Не удалось снизить расходы на государственный аппарат, увеличить продолжительность рабочего дня, понизить уровень жизни высшего (богатого) класса

Шпеер вместе с Геббельсом долго убеждали Гитлера провести кардинальные изменения в управлении и социально-экономической жизни Германии. Предложили значительно упростить административную систему, существенно

сократить управленческий аппарат, уменьшить затраты на потребление, ограничить культурную сферу. Убеждали Гитлера, что жизнь без ресторанов, увеселительных заведений, домашнего комфорта и всестороннего удовлетворения многих ежедневных нужд возможна. Шпеер предложил Гитлеру поручить Геббельсу возглавить организацию этих изменений. Однако Борман, боявшийся усиления власти соперника, был начеку, и необходимые полномочия получил доктор Ламмерс, союзник Бормана по Комитету трех. Ламмерс был начисто лишен инициативы и воображения, зато ревниво пекся об интересах священной для него бюрократии. Через Комитет трех начиная с 1943 г. проходили все распоряжения и приказы, требующие подписи Гитлера. В него входили Борман, Ламмерс и Кейтель.

С января 1943 г. Ламмерс председательствовал вместо Гитлера на заседаниях кабинета министров и приглашал на эти заседания только тех членов правительства, которых непосредственно касались вопросы повестки дня. Заседания проводились в кабинете министров, и это доказывает, какую огромную власть захватил или собирался захватить Комитет трех.

После нескольких заседаний в рейхсканцелярии и Геббельсу, и Шпееру стало ясно, что все их усилия **увязли** в трясине бессмысленных мелочей. Ни **Борман**, ни **Ламмерс**, ни **Кейтель не собирались** способствовать **росту** военной промышленности Германии.

А ведь Шпеер предложил целую программу для увеличения трудовых ресурсов в военной промышленности за счет сферы услуг. В ней предусматривалось большее **доверие** к населению. Оказалось, что после авианалетов даже в серьезно пострадавших городах продолжалась нормальная жизнь.

Внешние причины сокращения производства вооружения в Германии

Внешними причинами сокращения производства вооружения в Германии, в 1944 г. и до конца войны, особенно со второй половины 1944 г., являются:

- **во-первых**, территориальные потери Германии: освобождение Красной Армией оккупированных территорий Советского Союза и Польши, освобождение союзных Германией стран: Румынии, Болгарии, Венгрии; выход из войны Финляндии; освобождение союзными англо-американскими войсками Франции, Бельгии, Дании, Голландии, Люксембурга, Норвегии и т.д.; оккупация Красной Армией и союзными англо-американскими войсками восточных и западных регионов Германии;
- **во-вторых**, начиная с мая 1944 г. разрушительные бомбардировки англо-американской авиации транспортной инфраструктуры и предприятий, производящих сырье и промышленные материалы, а также военной промышленности.

Территориальные потери. 22 июня 1944 г., примерно в то же время, когда англо-американские войска вторжения добились первых ошеломляющих успехов, началось наступление Красной Армии, в ходе которого было разгромлено 25 немецких дивизий. Теперь вермахт уже не в силах был остановить даже летнее наступление Красной армии. В те недели, когда рушились западный и советско-германский фронты, а в небе господствовала англо-американская авиация, Гитлер проявил поразительное самообладание и стойкость [1].

В начале Восточной кампании Гитлер, в соответствии со своей теорией о неполноценности славян, считал войну с Советским Союзом детской игрой. Однако чем дольше длилась война, тем большим уважением он проникался к русским. Он был потрясен мужеством, с которым они воспринимали свои первые поражения. Он с восхищением говорил о Сталине, особо подчеркивая схожесть его положения со своим, а опасность, нависшую над Москвой зимой 1941 г., сравнивал со своими нынешними неприятностями.

Крах Германии. Ответственность Шпеера

В годы военных побед Гитлер не чурался общения с генералами, но ближе к концу своего

правления предпочитал узкий круг старых членов партии, с которыми начинал политическую карьеру. Каждый вечер он несколько часов проводил с Геббельсом, Леем и Борманом. Никого больше на эти сборища не допускали; никто не знал, о чем они беседовали: вспоминали былые дни или говорили о неминуемом поражении и его последствиях. Шпеер тщетно ждал хоть одного замечания о будущем обреченного немецкого народа. Они хватались за любую соломинку, раздували даже самые смутные намеки на коренной перелом в войне, но не способны были принять судьбу своего народа так же близко к сердцу, как собственную судьбу. **«Русским, американцам, англичанам мы оставим пустыню»** – таким заявлением завершалось любое совещание. Гитлер с этим соглашался, хотя никогда не высказывался так радикально, как Геббельс, Борман или Лей. Однако через несколько недель выяснилось, что Гитлер настроен гораздо решительнее, чем его сподвижники. Пока другие только болтали, он скрывал свои истинные намерения, строя из себя великого государственного деятеля. Но именно он отдал приказ уничтожить основы существования немецкого народа.

Поразительно, что высокопоставленные военные и государственные деятели, ежедневно собиравшиеся на оперативные совещания под председательством изможденного упрямого Гитлера, даже не задумывались о совместных действиях. Давно погрязший в коррупции Геринг находился на грани нервного срыва, но он был одним из немногих, кто с самого начала войны трезво оценивал происходившие с Гитлером перемены и не питал относительно него никаких иллюзий. Если бы Геринг, второй человек в государстве, объединившись с Кейтелем, Йодлем, Деницем, Гудерианом и Шпеером, предъявил Гитлеру ультиматум, если бы они потребовали, чтобы фюрер раскрыл им свои планы окончания войны, ему не оставалось бы ничего другого, кроме как выполнить их требования. Однако Геринг всегда старательно избегал конфронтации подобного рода, а уж теперь-то никак не мог позволить разрушить миф о полном единодушии в высшем руководстве Германии.

В конце января 1945 г. перед Шпеером маячил первый призрак «выжженной земли». Роланд (один из его ближайших сотрудников) высказал, что отчаявшиеся руководители рейха вполне могут приказать до основания разрушить все промышленные предприятия Германии. Именно в тот день Шпеер отделил свой долг перед Гитлером от долга перед своим народом и своей страной: он понял, что должен сделать все от него зависящее, дабы спасти основы выживания нации после войны.

В начале февраля 1945 г. в своем доме Шпеер беседовал с 70-летним доктором Люшеном, одним из своих ближайших сотрудников-промышленников, главой немецкой электрической индустрии, членом совета директоров и начальником исследовательского отдела концерна «Сименс». Люшен вынул из кармана листок и подал Шпееру со словами: *«Знаете, какую фразу Гитлера из “Майн Кампф” сейчас чаще всего цитируют на улице?»* **«Дипломатия должна заботиться о том, чтобы народ не героически погибал, а сохранял свою дееспособность. Любой ведущий к этому путь в таком случае целесообразен, не пойти им означает преступное пренебрежение своими обязанностями»**. Люшен показал Шпееру еще одну подходящую цитату: *«Государственный авторитет не может быть самоцелью, потому что в этом случае любая тирания на земле была бы неприкосновенной и священной. Если правительство использует свою власть для того, чтобы вести народ к гибели, бунт каждого представителя такого народа не только правомерен, но и является его долгом».*

Кроме этого, Шпеер пытался убедить Гитлера отказаться от тактики «выжженной земли». В своей докладной записке Гитлеру от 15 марта 1945 г. он использовал в качестве примера Берлин: *«Запланированные в Берлине взрывы мостов приведут к прекращению поставок продовольствия; промышленное производство и вся жизнь в городе останутся на несколько лет. Подобные разрушения означают гибель Берлина»*. Он также обрисовал Гитлеру последствия умышленных разрушений для Рурского регио-

на: «Если многочисленные железнодорожные мосты через мелкие каналы и долины, а такжевиадуки будут взорваны, рурская промышленность не сможет обеспечить восстановление даже этих объектов». Шпеер также просил Гитлера издать указ, по которому одного-единственного кодового слова было бы достаточно, чтобы при приближении противника немедленно начать распределять среди населения содержимое гражданских и армейских складов, включая продовольствие.

18 марта 1945 г. Шпеер направил Гитлеру меморандум, в котором отмечалось: «Никто не имеет права связывать судьбу немецкой нации с собственной судьбой... В эти последние недели войны долг руководства – оказать любую возможную помощь своему народу». В заключение он написал: «На данном этапе войны мы не должны бессмысленными разрушениями ставить под удар выживание нации».

На этот меморандум Гитлер ответил: **«Если война проиграна, пусть и нация погибнет. Нет нужды тревожиться об обеспечении элементарных условий выживания для немецкого народа. Наоборот, наилучший выход – уничтожить фундамент выживания. Нация доказала свою слабость, и будущее принадлежит восточному народу, оказавшемуся сильнее. В любом случае после этой войны останутся лишь недостойные, ибо лучшие уже погибли».**

Шпеер делал все возможное, чтобы воспрепятствовать выполнению чудовищного приказа Гитлера. Он достиг соглашения с имперским комиссаром Нидерландов Зейссом-Инквартом о предотвращении крупномасштабного затопления этой страны, запланированное Гитлером. Соглашений в том же роде Шпеер достиг и с гауляйтером Гамбурга Кауфманом.

Кроме того, Шпееру удалось убедить Гитлера возложить всю полноту ответственности за выполнение приказа от 19 марта 1945 г. на Министерство вооружений и военной промышленности и персонально на министра Шпеера, который был уполномочен за своей подписью отдавать распоряжения, касающиеся исполнения приказа от 19 марта 1945 г., в том числе рейхскомиссаром по обороне.

3 апреля 1945 г. Шпеер разослал приказы, запрещавшие взрывы шлюзов, плотин и мостов через каналы. На все срочные телеграммы по обращению с промышленными объектами он отвечал распоряжением о необходимости только временного вывода объектов из строя. Он считал, что другого пути у него не было. Всего несколько дней назад Шпеер созвал промышленников на совещание в Бернау и заявил, что ставит на карту свою жизнь ради сохранения заводов от разрушения и добавил о необходимости сохранить основы жизнеобеспечения нации, «даже если не удастся отвоевать потерянные территории... Учитывая суровые условия послевоенного периода, нельзя уничтожать транспортную систему, для восстановления которой потребуются годы... Разрушение мостов и магистралей лишит немецкий народ надежды на выживание».

В результате деятельности Шпеера из 950 берлинских мостов было уничтожено всего 84. Сохранить в Гамбурге мосты через Эльбу, предотвратить разрушение электростанции вблизи Гамбурга. Ему удалось предотвратить разрушение мостов в Руре. Ведь в случае их разрушения, даже при сохранности угольных шахт и сталелитейных заводов остановилась бы вся рурская промышленность. И многое-многое другое...

Шпеер, как и многие его соратники – руководители промышленности Германии, понимал, что немецкому народу суждено пережить тяжелые времена. Но все они были уверены в возрождении послевоенной Германии.

В приговоре Международного военного трибунала от 30 сентября 1946 г. в отношении этих и последующих действий Шпеера говорится: «На заключительном этапе войны он [Шпеер] был одним из немногих, кто осмелился сказать Гитлеру, что война проиграна, и предпринял меры для предотвращения бессмысленного разрушения промышленных предприятий как в Германии, так и на оккупированных территориях. Он намеренно саботировал гитлеровскую политику “выжженной земли” в самой Германии и в некоторых западных странах, безусловно, подвергая себя опасности».

Вопросы

1. Какими положительными и отрицательными качествами лидера обладал Гитлер?
2. Какие качества лидера позволили Шпееру добиться прорывов в военной экономике Германии?
3. Какие провалы в экономике Германии привели к поражению во Второй мировой войне?
4. Почему Шпеер принял ошибочное решение с ракетами «Фау-2»?

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Нигматулин Булат Искандерович – доктор технических наук, профессор, генеральный директор Института проблем энергетике (Москва)
E-mail: nb@geotar.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Шпеер А. Воспоминания. Смоленск : Русич; М. : Прогресс, 1997.
2. История Второй мировой войны 1939–1945 гг. Т. 3. Начало войны. Подготовка агрессии против СССР. М. : Воениздат, 1974. 498 с.
3. Керль Г. Военная экономика и военная промышленность / Как ковался германский меч. Промышленный потенциал Третьего рейха. Пер. с нем. Г.В. Смирнова, В.М. Шаститко. М. : Яуза, Эксмо, 2006. 608 с. (Война и они).
4. Промышленность Германии в период войны 1939–1945 гг. (Die Deutsche Industrie im Kriege 1939–1945) / Под ред. Г.С. Согомояна. М. : Иностранная литература, 1956.
5. Der Deutsche Volkswirt, Leitartikel-Friedensähnliche Kriegswirtschaft. 10 November 1939.
6. Sternberg F. Kapitalismus und Sozialismus vor Gericht. Hamburg, 1951.
7. Симонов Н.С. Военно-промышленный комплекс СССР в 1920–1950-е гг. Темпы экономического роста, структура, организация производства и управление. М. : РОССПЭН, 1995.
8. Народное хозяйство СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М. : Госкомстат СССР, 1990.
9. Der Neubau Europas [цит. по: Wirtschaftshandbuch, 1942, 79 Jahrgang, S. 7, издание торгового отдела газеты “Frankfurter Zeitung”].
10. Leistungs Parole. Der deutsche Volkswirt. 30 Januar 1942.
11. Погорлецкий А.И. Экономика и экономическая политика Германии в XX веке. СПб. : Изд-во Михайлова, 2001. 685 с.
12. U.S. Air University Review. 1966, июль-август. Т. XVII, № 5.
13. Вебстер Ч., Франкленд Н. Стратегические бомбардировки Германии. Лондон, 1961. Т. IV.

REFERENCES

1. Shpeer A. Memories. Smolensk: Rusich; Moscow: Progress, 1997. (in Russian)
2. History of the Second World War, 1939–1945. Vol. 3. The beginning of the war. Preparation of aggression against the Soviet Union. Moscow: Voenizdat, 1974: 498 p. (in Russian)
3. Cerl G. war economy and the military industry / How forged German sword. Industrial potential of the Third Reich. Trans. from germ. G.V. Smirnova, V.M. Shastitko. Moscow: Yauza, Eksmo, 2006.: 608 p. (War and them). (in Russian)
4. German industry during the war 1939-1945 (Die Deutsche Industrie im Kriege 1939–1945). Ed. by G.S. Sogomonyan. Moscow: Inostrannaya literatura, 1956. (in Russian)

5. Der Deutsche Volkswirt, Leitartikel-Friedensähnliche Kriegswirtschaft. 10 November 1939.
6. Sternberg F. Kapitalismus und Sozialismus vor Gericht. Hamburg, 1951.
7. Simonov N.S. The military-industrial complex of the USSR in 1920–1950-ies of economic growth, structure, organization of production and management. Moscow: ROSSPEN, 1995. (in Russian)
8. National economy of the USSR in the Great Patriotic War 1941–1945. Moscow: State Statistics Committee of the USSR, 1990. (in Russian)
9. Der Neubau Europas [citation to source: Wirtschafts- handbuch, 1942, 79 Jahrgang, S. 7, publication sales Department of the newspaper «Frankfurter Zeitung»].
10. Leistungs Parole. Der deutsche Volkswirt. 30 Januar 1942.
11. Pogorletsky A.I. Economy and economic the policy of Germany in the twentieth century. Saint Petersburg: Izd-vo Mikhaylova, 2001: 685 p. (in Russian)
12. U. S. Air University Review. 1966, July-August. Vol. XVII, N 5. (in Russian)
13. Webster Ch., Frankland N. Strategic bombing of Germany. London, 1961. Vol. IV.

Неучтенные риски предпринимательства в здравоохранении России

Н.С. Алексеева

ЗАО «КардиоКлиника», Санкт-Петербург

В статье рассмотрены острые вопросы развития предпринимательства в здравоохранении России. Подробно перечислены и дискутируются причины крайне вялого его развития, возникающие на фоне существующих законодательных возможностей. Кроме того описаны неучтенные риски развития предпринимательства в здравоохранении, высвечивающие ряд острых проблем, требующих решения в виде комплекса конкретных мер, не требующих дополнительного бюджетного финансирования.

Ключевые слова:

предпринимательство, здравоохранение России, риски

Unperceived risks of activities in Russian healthcare business

N.S. Alekseeva

KardioKlinika, St. Petersburg

The main problems connected with entrepreneurial development in Russian healthcare are considered in the article. Detailed information about its very sluggish progress reasons (occurring on the background of existing legislative possibilities) is disputed. Beyond that unperceived risks of the Russian healthcare business activity development are given. And they bring into sharp focus a range of vexed problems demanding solution in the form of set of specific measures without the need for additional budgetary financing.

Keywords:

business activity, healthcare of the Russian Federation, risks

В сложный экономический период в любой стране надежда на выход из кризиса заключается в быстром и эффективном развитии предпринимательства, предпринимательства в любой экономической отрасли.

В настоящий момент, несмотря на огромные усилия по сокращению дефицита бюджетных

ассигнований на 2017 г. в отрасль здравоохранения, развитие предпринимательства (частной медицины) в России становится крайне актуальным.

Однако коммерческая деятельность в сфере здравоохранения отличается от таковой в других областях экономики. Оказание медицинской помощи, будучи неотъемлемой функцией госу-

дарства, не может быть предметом только коммерческого интереса, так как лимитируется врачебной этикой, деонтологией, правами пациента на оказание бесплатной медицинской помощи и строгим государственным регулированием, которое продолжает совершенствоваться в целях обеспечения доступных и качественных медицинских услуг.

Получается, что, с одной стороны, частная медицина – это бизнес, который должен создавать рабочие места, пополнять государственную казну за счет уплаты налогов, развиваться и приносить прибыль. С другой стороны, частная медицина – это социально ориентированное предпринимательство, основанное на профессиональной инициативе врача, группы врачей или группы, сочувствующих врачам, способное предпринять конкретные действия, направленные на улучшения системы здравоохранения в стране в целом за счет собственных (кредитных) средств.

В чем же причина крайне вялого развития предпринимательства в здравоохранении России, при, казалось бы, существующих с некоторыми пор законодательных возможностях и объявленной на самом высоком уровне поддержки государством?

Позвольте, скажут мои оппоненты, **во-первых**, платная медицина в России развивается семимильными шагами, часто подменяя бесплатную медицинскую помощь, гарантированную государством, **во-вторых**, при поддержке государства, активно внедряющего механизм государственно-частного партнерства (ГЧП) строятся новые клиники и даже сети клиник, **в-третьих**, все большее количество частных клиник (больше 40%!) участвует в программе обязательного медицинского страхования (ОМС), получая впечатляющие плановые объемы бюджетных средств!

А теперь давайте разберемся.

Во-первых, что такое платная медицина? Это деньги, которые платят пациенты за медицинские услуги. Платят как в частных, так и в государственных медицинских организациях. По статистике, в структуре платных услуг частные клиники занимают не более 25%, все остальные

платежи происходят в государственных медицинских организациях, причем в последних как по счету, получая чек в отделах платных услуг, так и без них – доктору или медсестре «в карман». По сути, в государственных больницах разрешена предпринимательская деятельность с бесконтрольным использованием государственной собственности.

При этом неудержимый рост «платной медицины», факты вымогательства и огромное количество жалоб пациентов, как правило, относятся к оказанию «платных» медицинских услуг не в частных, а в государственных медицинских организациях. Здесь-то и происходит вытеснение бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

И, несмотря на эти факты, термин «платная медицина», как черная метка, приклеился к истинному предпринимательству в здравоохранении – профессиональной и добросовестной частной медицине, формируя крайне отрицательное отношение к частным клиникам.

Во-вторых, механизм ГЧП. Кто может им воспользоваться? Врач, который захотел открыть свою частную практику? Предприниматель, который организовал небольшой многопрофильный или специализированный медицинский центр и годами оттачивает профессиональное мастерство своих сотрудников в неравной борьбе с «платной медициной» в государственных клиниках? Нет! ГЧП – это для тех, у кого изначально много денег или возможностей задействовать административный ресурс. Как это работает? Корпорация или физическое лицо, владеющее неким свободным капиталом, вкладывает деньги в строительство и инфраструктуру медицинского центра, получая удивительные льготы по налогам и аренде и одновременно подписывая соглашение об обеспечении плановыми объемами финансовых средств по программе ОМС, т.е. гарантированно выделенными бюджетными средствами (госзаказом). В некоторых случаях участниками ГЧП могут стать предприимчивые знакомые высокопоставленных чиновников, которые сначала получают, а уж потом вкладывают. Успех этого бизнеса, как и везде, – в разнице полученного и потраченного. Так что ГЧП в здравоохранении России – это, несомнен-

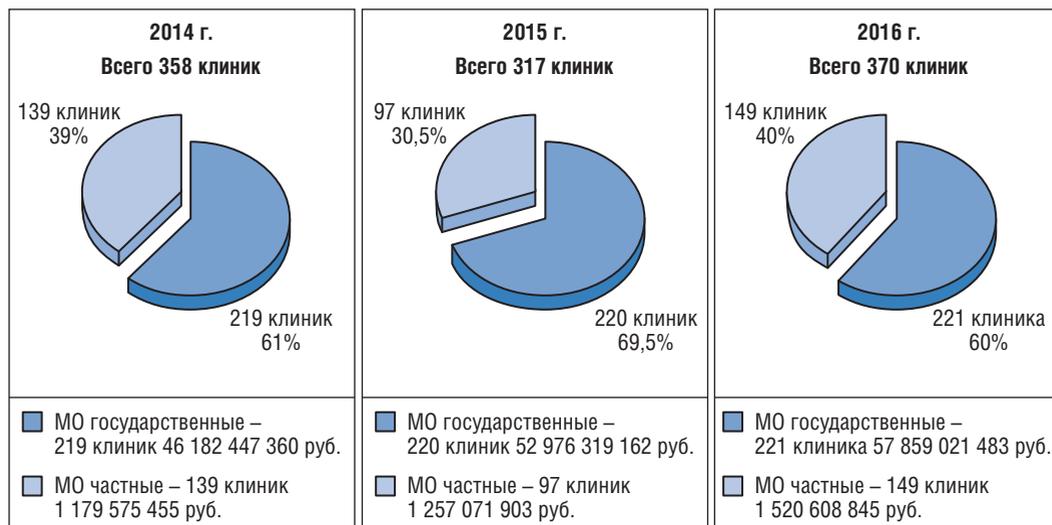


Рис. 1. Соотношение частных и государственных медицинских организаций, включенных в систему обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге в 2014, 2015, 2016 гг.

но, новый инновационный механизм освоения бюджетных средств.

В-третьих, о работе частных клиник в системе ОМС. К сожалению, факт включения частных клиник в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС, абсолютно не означает, что они в этой системе работают. В статистических отчетах, направляемых в Минздрав и Федеральный фонд ОМС, количество частных клиник, получающих бюджетное финансирование наряду с государственными, действительно впечатляет (подбирается к 40%!). Но в публичную статистику не включен другой показатель, отражающий истинное положение дел, – общий объем финансирования, выделенного для частных клиник в системе ОМС, который в течение трех последних лет на примере Санкт-Петербурга не превышает 2,5% от общего объема (рис. 1, 2)*.

Особого внимания заслуживает тот факт, что число частных клиник, включенных в реестр,

согласно закрепленному законодательно заявительному порядку и при этом не получивших плановых объемов, т.е. финансирования на заявленные медицинские услуги достигает 30% (рис. 3)! Кроме того, среди частных клиник, которые все-таки получают эти плановые объемы, лишь единицы каким-то образом добиваются адекватного финансирования, остальные удовлетворяются подачкой в несколько сот тысяч рублей в год, т.е. присутствуют в системе для галочки (рис. 4).

Описанные выше квазипрогрессивные процессы (рост платной медицины, внедрение механизма ГЧП и включение частных клиник в систему ОМС) ложатся в основу докладов с высокими трибун о неудержимом росте частной медицины в России, ее активном включении в общенациональную систему здравоохранения и гарантированной поддержке государством.

Эти заявления, правдивые по форме, но очень далекие от истины по содержанию, ложатся

* А также для рис. 3 и 4: все указанные цифры относятся к системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Что же касается других субъектов РФ, перспектива развития предпринимательства в здравоохранении значительно хуже, но причины, как правило, одинаковые.

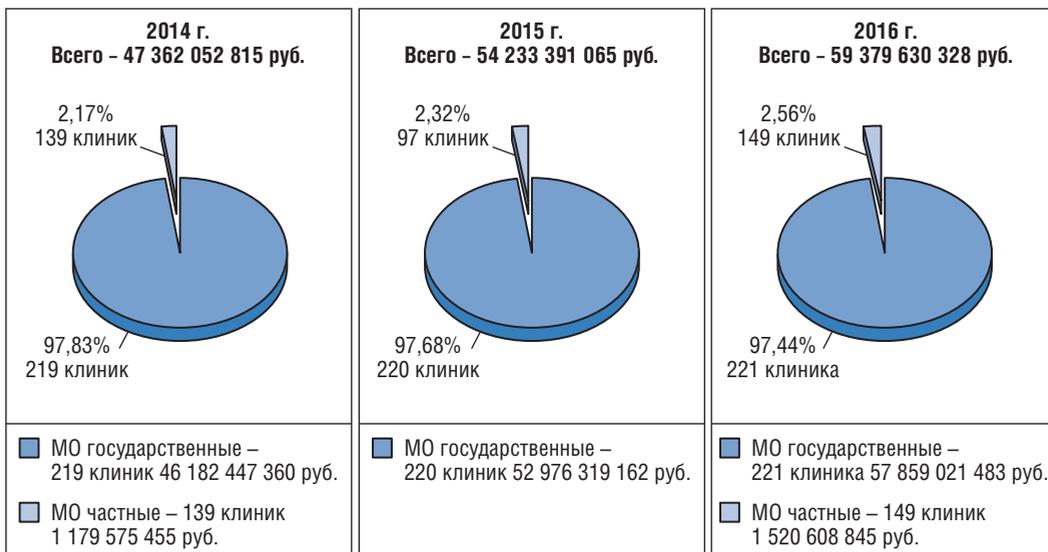


Рис. 2. Сравнение плановых объемов медицинской помощи по системе обязательного медицинского страхования между частными и государственными медицинскими организациями в Санкт-Петербурге на 2014, 2015, 2016 гг. (финансы)

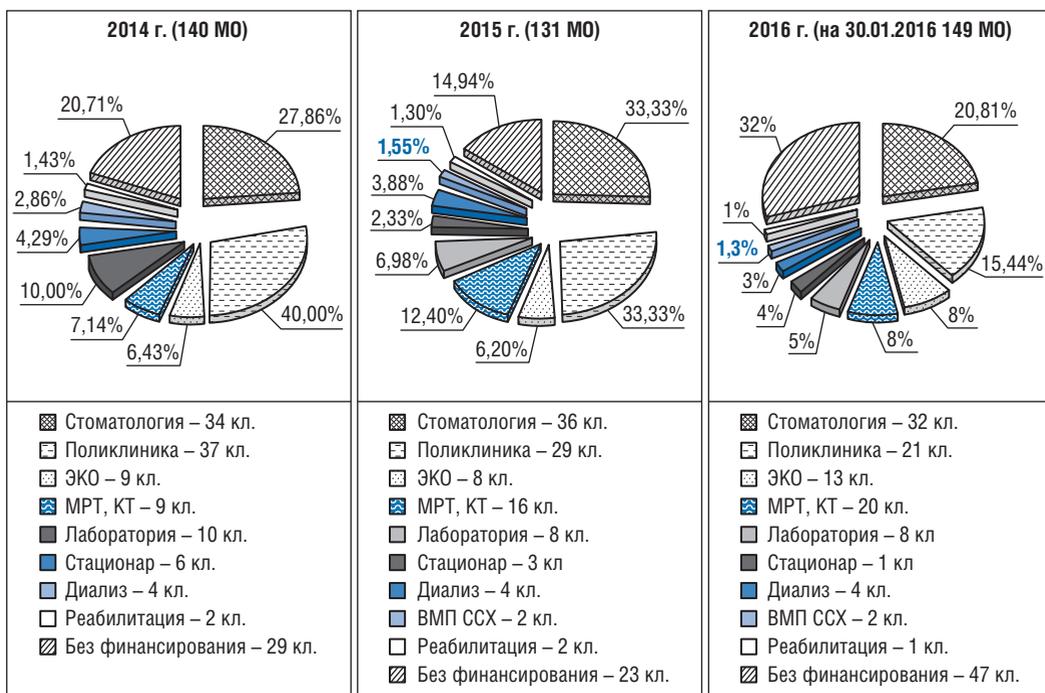


Рис. 3. Сравнение числа частных медицинских организаций по видам оказания медицинской помощи при выделении плановых объемов обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге на 2014, 2015, 2016 гг. (услуги)

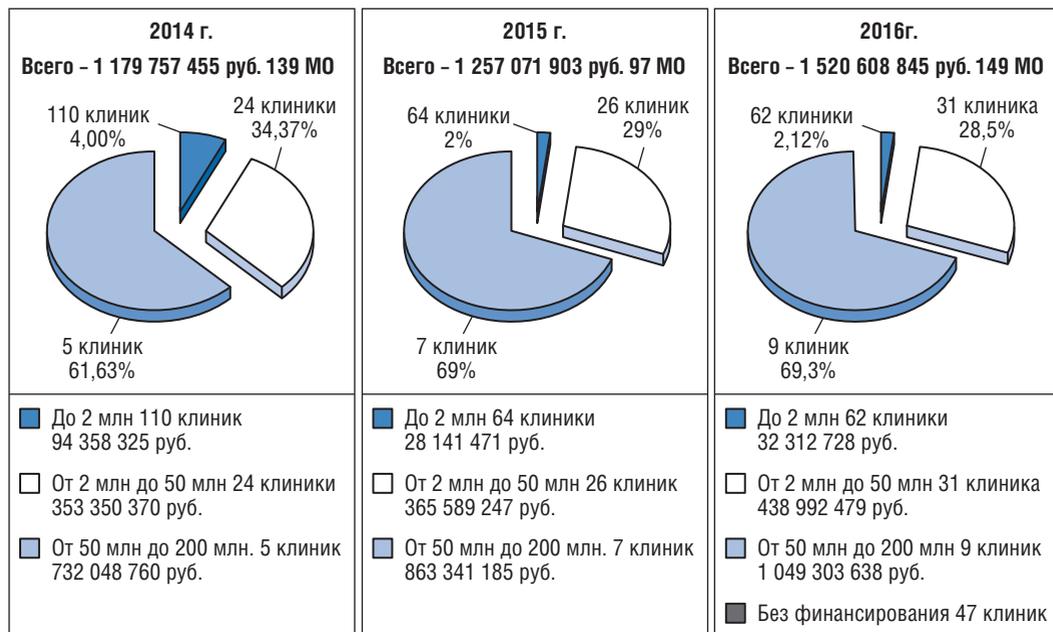


Рис. 4. Распределение финансовых объемов обязательного медицинского страхования между частными медицинскими организациями в Санкт-Петербурге на 2014, 2015, 2016 гг.

в основу формирования отношения к предпринимательству в здравоохранении – частной медицине – как к недостаточно профессиональному и малоэффективному придатку государственного здравоохранения, пытающемуся в погоне за прибылью залезть в бюджетный карман.

Обдумывая медицинский проект, предприниматель (бизнесмен) всегда пытается учесть риски, которые могли бы помешать его осуществлению. Банки тоже всесторонне оценивают риски при выдаче кредитов. Поэтому в бизнес-плане каждого проекта создания того или иного коммерческого медицинского центра существует довольно большой раздел, посвященный оценке рисков.

Для примера хочу привести вам один фрагмент такого раздела из собственного бизнес-плана (2014 г.), рассчитанного на открытие дополнительной сети амбулаторных кардиологических центров в Санкт-Петербурге.

Итак...

«...6.4. Оценка рисков

На сегодняшний день, если исключить форс-мажорные обстоятельства, на первый план выступают факторы, которые условно можно объединить в следующие группы:

<...>

Факторы политико-экономического влияния

*К ним прежде всего нужно отнести риск, связанный с возможным изменением политики государства по отношению к предпринимателям малого и среднего бизнеса, в том числе в области медицинских услуг, изменениями в области законодательства и налоговой политики. Точность прогнозирования этих изменений невысока. Можно предположить, что любое ограничение деятельности коммерческих организаций приведет к уменьшению потока пациентов, вследствие чего может снизиться доходность клиники. Однако **данный вид рисков, по мнению руководства компании, не является значительным**, так как за последние несколько лет в Российской Федерации в сфере здравоохранения предпринимаются меры по развитию част-*

ной системы здравоохранения, в том числе на основе проектов государственно-частного партнерства, специальных программ поддержки социально ориентированного предпринимательства и включения частных клиник в программы ОМС без ограничений...»

Нередко от высокопоставленных чиновников, определяющих вектор развития здравоохранения в нашей стране, приходится слышать: «...Если Вы решили заниматься медицинским бизнесом, Вы должны брать на себя и риски этого бизнеса, а не надеяться на бюджет, который рассчитан на финансирование государственной медицины...».

Какие же риски мы не можем учесть или провести их профилактику?

Неучтенными рисками предпринимательства в здравоохранении в первую очередь являются **правовые** риски, связанные с нарушением прав хозяйствующих субъектов («Закон о защите конкуренции»), отсутствием четкости в некоторых законах («Об охране здоровья граждан» и «Об обязательном медицинском страховании»), противоречивыми постановлениями правительства («Об оказании платных услуг») и др.

За ними следуют **административные** (в том числе декларативные) риски, когда объявленный на высоком государственном уровне курс развития здравоохранения, направленный на поддержку социально ориентированного предпринимательства, малого бизнеса и соблюдения страховых принципов, а также конкретные поручения Президента РФ не могут быть выполнены в связи с принятием расплывчатых решений

недостаточно компетентными или введенными в заблуждение исполнителями. Самая серьезная причина недостаточной компетенции руководителей связана с убеждением, что у государства не хватит денег, чтобы оплачивать медицинскую помощь, оказанную в частных клиниках. Формированию этого мнения способствуют и уважаемые медики, так как должности главных специалистов-консультантов Минздрава и правительств субъектов РФ занимают руководители крупных федеральных центров, которым в первую очередь необходимо добиться роста финансирования собственного центра, а затем других ведущих государственных клиник, но никак не частных. При этом главные специалисты любят повторять: «Я не против частной медицины, но частная медицина хороша за границей, а мы живем в России!».

Думая по-государственному и в государственных масштабах, уважаемые специалисты, а вслед за ними и высокие чиновники забывают о том, что в России государство обязано оплатить оказанную медицинскую помощь в любом случае, так как деньги, которыми оно при этом распоряжается, принадлежат пациенту, где бы эта помощь ему не была оказана!

Есть ли выход из сложившейся ситуации? Будут ли найдены инструменты, способные минимизировать риски развития эффективного предпринимательства в здравоохранении России?

Выход есть. Именно сейчас. И мы готовы обсуждать комплекс конкретных мер, не требующий дополнительного бюджетного финансирования.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Алексеева Надежда Сергеевна – кандидат медицинских наук, главный врач, генеральный директор ЗАО «КардиоКлиника», советник руководителя ФАС РФ (Санкт-Петербург)
E-mail: kardioklinika@bk.ru

Память о ваших добрых делах имеет цену только в этой стране...

Г.А. Ушакова

ФГБОУ ВО «Кемеровская государственная
медицинская академия» Минздрава России

Я – врач и рядовой гражданин России, мои корни глубоко уходят в сибирскую землю. Я не могу рекомендовать, как нам обустроить Россию, но на уровне здравого смысла понимаю, что нужно профессионально грамотно проанализировать все направления нашей жизни, обосновать перспективное развитие всех ее составляющих, выдвинуть профессионально грамотных лидеров, любящих Россию и в праздники и в будни, и в радости и в горе. В конце концов мы все в ответе за судьбу нашей страны, а не только президент.

Непрерывное «реформирование» и «оптимизация», недофинансирование, неэффективное управление, парадные отчеты Минздрава, которые маскируют реальную ситуацию в отрасли, ведут к постепенной деградации российского здравоохранения. Следует сказать также о том, что врача, стоящего лицом к лицу с пациентом, задушили в своих объятиях чиновники-контролеры, чиновники-«бумагомучители». Например, над врачом, принимающим роды, возвышаются заведующий отделением, начмед, главный врач, главный специалист города (района), начальник городского (районного) отдела здравоохранения, главный специалист области, начальники Департамента охраны здоровья населения и их заместители по родовспоможению, начальники служб родовспоможения Минздрава России, министр здравоохранения, страховые компании. Не исключено, что я назвала не всех, а некоторые административные должности назвала неточно. Как в поэме Н.А. Некрасова: *«В лесу раздавался топор дро-*

восека./ А что, у отца-то большая семья?/ “Семья-то большая, да два человека всего мужиков-то:/ Отец мой да я...”». А, не дай бог, случится беда с матерью или ребенком, отвечать будет только этот «мужичок с ноготок». А сколько бумаг заполняет тот же врач, который непосредственно оказывает медицинскую помощь! Это понятно, так как каждый участник «пирамиды» должен оправдать свое существование. Вот уж действительно в стране «нет проблемы с бумагой»!

Системно ухудшается высшее медицинское образование. Самое обидное заключается в том, что силы преподавателей отвлекаются на работу, не имеющую педагогической ценности и целесообразности. Фамилии авторов «реформирования» неизвестны. Вы назовите их, скажите, какую ученую степень они имеют, каков их профессиональный маршрут – ведь они отдают распоряжения докторам медицинских наук, профессорам. Сообщите, как результаты педагогических нововведений влияют на уровень знаний и практических умений студентов. В то же время не решаются вопросы, составляющие основу овладения студентами специальностью, в частности врача, – нет учебных операционных, родильных залов, процедурных, перевязочных, современных фантомов, на которых можно освоить медицинские манипуляции. Наконец нет университетских клиник. Только на первый взгляд такое «реформаторство» может показаться безобидным. Если это желание интегрироваться в современное европейское высшее образование (пресловутое

Болонское соглашение), нам не следовало бы забывать, что российское (советское в свое время) высшее медицинское образование при всей нашей всегдашней бедности было одним из лучших в мире. Предоставьте нашим студентам такие возможности, какие предоставляются за рубежом, – на следу наших врачей никому не бывать.

Не могу не сказать о демографии. Да, в последние годы рождаемость несколько увеличилась, но проанализируйте, за счет кого. Не следует забывать, что в нашей стране 15 млн незаконных и 2 млн законных иммигрантов, большинство их семей традиционно многодетные. Кроме того, это демографическое эхо на относительно высокий уровень рождаемости (17–18 на 1000 населения) в 1980-е гг. Как пишут ведущие демографы нашей страны А.И. Антонов и А.Г. Вишневский, некоторое повышение рождаемости в последние годы – «это подарок из прошлого». В ближайшие годы в активный репродуктивный период вступит малочисленное поколение, родившееся в начале 1990-х гг. В это время, получившее зловещее название «русский крест», рождалось почти в 2 раза меньше, чем умирало. Наконец создается впечатление, что руководители здравоохранения не замечают, кто сейчас рождает, кого рожают и каково здоровье поколения, которому предстоит воспроизводить потомство в ближайшие десятилетия. По данным Федеральной службы государственной статистики, на 100 тыс. родивших женщин в 2012 г. страдали анемией 227,5 (в 1980 г. – 19,6), заболеваниями мочеполовой системы – 17,9 (в 1980 г. – 2,3), системы кровообращения – 9,6 (в 1980 г. – 3,5). В родильные дома пришли туберкулез, сифилис, алкоголизм, наркомания, ВИЧ и СПИД. Из числа родившихся живыми в 2012 г. патология новорожденных отмечена в 34,1% случаев (в 1980 г. – 7,9%). При уменьшении абсолютной численности детского населения в стране (1989 г. – 33 млн 984 тыс., 2013 г. – 22 млн 817 тыс.) увеличивается распространенность общей заболеваемости (1995 г. – 109 499,6, 2012 г. – 189 007,14 на 100 тыс. детей). Среди всех возрастных

групп населения наиболее резкие изменения происходят среди подростков. Абсолютная численность подростков 15–19 лет уменьшилась с 9 млн 968 тыс. в 1989 г. до 4 млн 963 тыс. в 2008 г.). Подумайте только – в конце 2008 г. в селах России девочек-подростков было всего 786 тыс.! Общая заболеваемость подростков 15–17 лет увеличилась с 71 010,1 в 1995 г. до 124 944,3 на 100 тыс.

Нельзя не сказать об отрицательной роли средств массовой информации (печати, телевидении) по растлению детей и подростков в особо крупных масштабах – на всю страну, от демонстрации насилия до просто бессмысленных и пустых передач. Да, можно не читать газету с непотребными текстами и рисунками. Да, можно выключить телевизор с непотребными клипами и фильмами. Но даже если читать и смотреть, с нами, со взрослыми, уже ничего не случится. Мы не только первый тайм отыграли, но и второй доигрываем. Но кто дал нам право отдавать на растление души наших детей? Это неправда, что запретами ничего не сделаешь. Человек по сути своей труслив. Он боится огласки, наглеет в том случае, когда знает, что не будет наказан. Если то, что должно быть вне закона, вне нашей многовековой морали, будет по-настоящему осуждено и правосудием и обществом, уверяю – многое можно будет обуздать и предотвратить.

В нашей стране всегда были богатые люди, но они никогда и ничего не делали ей во вред. Недавно я была в университетской библиотеке моего любимого Томска. Первые книги для университета поступили в 1878 г.: извозом и рекой была доставлена необычная поклажа – 142 ящика с книгами и манускриптами, 22 626 изданий, многие в роскошных кожаных и сафьяновых переплетах с золотым тиснением работы парижских мастеров. Передал книги граф А.Г. Строганов. Давно уже нет Строганова, но фолианты бесценных подаренных им книг стоят как свидетели его любви к Отечеству. Не проходит дня, чтобы с благодарностью в стенах библиотеки не звучало его имя.

Понимаю некоторую наивность моего обращения к сказочно богатым людям в нашей стране.

Вы же родились в этой стране, на погостах этой страны покоятся ваши предки, и память о ваших добрых делах имеет цену только в этой стране. Помните, как говорила героиня фильма «Гараж», жена Гуськова: «Гуськов, это же твои дети, это же наши дети!».

...Каждое утро я захожу в отделение новорожденных. Несколько часов назад на весь родильный зал прозвучал их первый крик. Что их ждет впереди? Первый зуб, первый шаг, первое слово, первая буква... Я верю, что они преждевременно не сделают последний вздох.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ушакова Галина Александровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
E-mail: petrichl@mail.ru

Этнос, народ, история

Р.И. Нигматулин^{1,2}

¹ Институт океанологии РАН, Москва

² ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

В монографии известного ученого, академика РАН Р.И. Нигматулина «4 Э нашей жизни»* представлены размышления по важнейшим вопросам, касающимся жизни современного общества: социально-экономическим, климатическим, физико-техническим, а также энергетическим и этническим. В данном номере журнала представлена одна из частей книги – «Этнос, народ, история».

Ключевые слова:

межэтнические противоречия, многоэтническое происхождение этносов, этническая картина, этнический процесс, историческая личность, многоязычие личности, многоэтничность личности, многоконфессиональность нации и личности

Ethnos, nation, history

R.I. Nigmatulin^{1,2}

¹ Institute of Oceanology of the Russian Academy of Sciences, Moscow

² M.V. Lomonosov Moscow State University

Reflections on the major questions concerning life of modern society are presented in the monograph of the famous scientist, academician R.I. Nigmatulin of "4 E our life": social and economic, climatic, physics and technology, and also power and ethnic. In this issue of the journal presents the one part of the book – "Ethnos, nation, history."

Keywords:

inter-ethnic contradictions, multi-ethnic origin of ethnos, ethnic pattern, ethnic process, historical personality, multilingualism of the individual, multi-ethnicity of the individual, multi-confessional of the nation and individual

* Нигматулин Р.И. 4 Э нашей жизни: Экология, Энергетика, Экономика, Этнос. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 112 с.

*У России своя ложь и своя истина,
свое безобразие и своя красота,
свой грех и своя святость.*

Вадим Кожин

Народ России – многоэтничный, или многонациональный. В терминах гражданской нации российская нация – многоэтническая. Нас беспокоит, что время от времени возникают межэтнические противоречия, так как они неоднократно приводили к тяжелым конфликтам в прошлом и могут способствовать неустойчивости нашей страны в будущем.

Угро-финские корни в российской нации

Недавно я узнал интересный факт. Русские себя считают славянами. Однако были проведены генетические исследования. Их результаты я узнал от директора Института общей генетики им. Н.И. Вавилова член-корреспондента РАН Николая Казимировича Янковского и от академика Академии наук Республики Башкортостан Эльзы Камилловны Хуснутдиновой. Оказывается, русские по своему происхождению на 98% угро-финны, а не славяне. А татары по своему биологическому происхождению на 92% тоже угро-финны.

В шутку они сформулировали: русские – это финны, говорящие на русском языке, татары по своему биологическому происхождению тоже угро-финны, но говорящие на татарском языке. Иначе говоря, русские – славяне, а татары – турки только по языку и культуре, но не по крови.

Многоэтническое происхождение этносов

Я ни в коем случае не принижая значение культурных корней, но не надо забывать и о своих генах, свидетельствующих о нашем происхождении и об истории наших предков, которые порой разговаривали на разных языках.

Это следует из простых математических оценок. Родителей [первое поколение перед нами

($n = 1$)] у нас $N_1 = 2$, дедов и бабушек [второе поколение перед нами ($n = 2$)] $N_2 = 4$, прадедов и прабабушек [третье поколение от нас ($n = 3$)] $N_3 = 8$ и т.д. Число наших предков в n -м поколении перед нами равно $N_n = 2^n$. На каждые 100 лет приходится 3–4 поколения. Тогда Александр Невский, который жил около 770 лет назад, отстоит от нас на n_{AN} поколений, а число предков у каждого из нас должно было бы быть N_{AN} :

$$n_{AN} \approx \frac{770}{100} \times 3,5 \approx 27 \quad N_{AN} \sim 2^{27} \sim 130 \text{ млн,}$$

что в 1,5 раза больше всего населения мира в XIII в. и раз в 50 всего населения на территории современной России, не говоря о численности отдельно русских, татар, башкир и др. Конечно, были дальнеродственные браки, которые во много раз сокращают число наших далеких предков N_{AN} . Тем не менее полученная простая оценка N_{AN} свидетельствует о том, что у всех нас, не только у наших родственников, но и у представителей, ныне относящих себя к разным российским этносам, должны были быть общие предки, жившие во времена Александра Невского.

А у каждого из нас, в частности у меня, предки, жившие в Средние века, были из разных этносов и говорили на разных языках, т.е. у всех у нас, в том числе у меня, гены разных этносов из Средних веков. Некоторые из моих предков сотрудничали, а некоторые воевали между собой. А потомки каждого из нас через несколько поколений разойдутся по разным этносам. Более того, этническая картина с веками меняется. Поэт Олжас Сулейменов в 1970-е гг. доказывал, что автор «Слова о полке Игореве» был двуязычным.

Есть теорема этнографии, которую мне объяснил выдающийся этнограф, член-корреспондент РАН Раиль Гумерович Кузеев, с которым мне посчастливилось сотрудничать и дружить, когда я работал в Уфе.

Теорема. Этнос не вечен. Вечен этнический процесс

Этническая история, или этнический процесс, формирования нации и народа нашей страны – процесс биологического (генетического), культур-

ного, экономического и военного взаимодействия разных этносов иногда дружественного, а иногда и с боевыми столкновениями. Причем бои были не только между разными этносами, но и между группами одного этноса. Вспомните междоусобные войны между русскими князьями, где родные братья коварно и жестоко убивали друг друга без татаро-монгольского ига¹. При этом противостоящие группы вступали в союзы с группами из других этносов, сопровождая их межэтническими браками.

Формирование русского, татарского, башкирского и других этносов средней России, помимо генетического перемешивания, сопровождалось взаимодействием угро-финской, славянской и тюркской культур.

Очень часто виновником наших бед (коррупции, бестолковости, хамства и др.) выступает так называемое татаро-монгольское иго. Однако предки нынешних татар, в том числе и мои предки, которые были воинами в армии Дмитрия Донского, Ивана III и Ивана IV, к этому игу не имели никакого отношения².

Батый усыновил Александра Невского, а значит, они тесно сотрудничали. Иван Грозный – правнук Мамаю, который был раскольников Золотой Орды. За победу над ним Дмитрий Донской получил благодарность от Тохтамыша – тогдашнего главы Золотой Орды. У Бориса Годунова мать – татарка и т.д. Большинство аристократических фамилий (Кутузовы, Аракчеевы, Тургеневы, Державины и др.) имели в своих гербах знаки, свидетельствующие о предках из Золотой Орды и гордились ими. Гаврила Державин писал:

Татарски песни из-под спуду,

Как луч, потомству сообщу.

Следуя логике татаро-монгольского ига, народы Средней Азии и Кавказа исторический период, когда они стали частью Российской империи и Советского Союза, должны называть «русским игом». Собственно, идею «русского ига» и пытаются внедрить национальные экстремисты

в Украине и в других бывших республиках СССР, пытаясь вытравить из памяти все позитивное и акцентировать внимание только на негативе. Однако в этом периоде тесного взаимодействия культур под «русским игом» у узбеков, казахов, украинцев, татар, грузин и других народов Российской империи и Советского Союза были как **выдающиеся достижения**, так и **социальные трагедии**. Было все. И это наша история, и ее не надо упрощать, эксплуатируя умиленье дружбой народов или гнев на «иго» одного этноса над другим этносом народа России, обвиняя целые этносы в своих бедах. Сейчас «русское иго» кончилось. И что – стало лучше «освободившимся» от этого «ига» народам? Что стало с их производительными силами, уровнем жизни, трудоустройством, образованием, здравоохранением, культурой, наукой? Ведь граждане новых бывших советских, а ныне суверенных республик разбрелись мигрантами по городам России в поисках малоквалифицированной работы и порой живут в ужасающих условиях.

Все такие умиленья и гневны относятся к тому, что М.Ю. Лермонтов незадолго до гибели назвал: «...**темной старины заветные преданья**». Причем к мифическим преданьям, которые лишены здравого смысла.

О сбалансированных оценках исторических эпох и роли личностей в истории

Выше я уже отметил одну из причин (холодный климат с коротким и неустойчивым летом) шараханий при оценках истории нашего Отечества, шумных споров вокруг полярных оценок всех царей и лидеров России. Это разделяет наш народ, ожесточает одних против других.

Каждая историческая личность противоречива и многомерна. При оценке исторической

¹ А какое ожесточение было в Югославии между разговаривавшими на одном языке сербами, хорватами и боснийцами, различающимися только своей религией (сербы – православные, хорваты – католики, боснийцы – мусульмане). А какая ожесточенная война разворачивается между русскими и украинцами.

² Этому посвящен ряд интересных публикаций известного казанского историка Р.С. Хакимова.

личности нельзя ограничиваться одномерной шкалой «злой–добрый». Следует использовать набор показателей страны, достигнутых под его руководством (демография, производительные силы, уровень жизни, здравоохранение, достижения в образовании, культуре и науке, безопасность, обороноспособность и т.д.). И у Петра Великого были как достижения, так и зверские преступные акции. В.И. Ленин, И.В. Сталин, как и Петр I, вздыбли Россию. Они уничтожали как своих врагов, так и невинных несчастных современников. Однако жесточайшего Петра I признают Великим. Мы знаем о беспощадных акциях при завоевании европейцами Америки, но мы признаем достижения последующих поколений при строительстве Новой Америки. Сталин правил страной после революционного подполья, безжалостной и братоубийственной Гражданской войны, когда как для красных, так и для белых гуманность и святость человеческой жизни отошли на второй план, а на первый план вышла цель победить и преобразовать страну по своим лекалам во что бы то ни стало. А кто хотя бы чуть «не с нами, тот против нас». Даже писатель Максим Горький выкрикнул: «Если враг не сдается, его уничтожают».

Примером одностороннего понимания являются также колебательные оценки Николая II и его премьер-министра Петра Аркадьевича Столыпина. Крайне отрицательное восприятие не только революционеров и советских историков, но и выдающихся современников (назову только графа Сергея Витте, писателя Владимира Короленко, великого Льва Толстого, даже Московское хирургическое общество) сменилось восторженными оценками в наше время. Эти восторженные оценки психологически объяснимы, так как уже четверть века не делается радикальных попыток решить коренные социальные проблемы страны: бедность десятков миллионов и аномальное богатство десятков тысяч, что не позволяет обеспечить развитие производительных сил. Столыпин, человек сильной воли и ума, бесстрашно боролся с врагами, добился экономического роста. Но он был одиночкой, зависел от царя, никакой класс его не поддерживал, его реформы сопровождалась скорыми (за 2 дня) на

расправу военно-полевыми судами и казнями. Вы что, поверите, что все эти двухдневные суды были справедливыми? Такого количества казней не было в России после Петра I. Это раскачивало и озлобляло разные классы России. Великий Лев Толстой написал в своем обращении «Не могу молчать», адресованном Петру Столыпину и Николаю II:

«И это делается в той России, в которой не было смертной казни, отсутствием которой как гордился я когда-то перед европейцами. И тут неперестающие казни, казни, казни...

Обращаюсь ко всем участникам непрерывно совершающихся под ложным названием закона преступлений, ко всем вам, начиная от взводящих на виселицу и надевающих колпаки и петли на людей-братьев, на женщин, на детей, и **до вас, двух главных скрытных палачей**, своим попустительством **участвующих во всех этих преступлениях**: Петру Столыпину и Николаю Романову.

Опомнитесь, одумайтесь. Вспомните, кто вы, и поймите, что вы делаете».

«Разве вы можете верить в то, что, не удовлетворяя требованиям... **всего русского народа** и признанным уже большинством людей требованиям самой **первобытной справедливости**, требованиям **уничтожения земельной собственности**, не удовлетворяя даже и другим **требованиям молодежи**, напротив того, раздражая народ и молодежь, вы можете успокоить страну убийствами, тюрьмами, ссылками? Вы не можете не знать, что, поступая так, вы не только **не излечиваете болезнь**, а только **усиливаете ее**, загоняя ее внутрь...»

Вдумайтесь: это предупреждения великого Льва Толстого, а не пропагандиста из революционеров. И его предупреждения **подтвердились!** Нынешние гуру из пропагандистов винят только революционеров, большевиков. Конечно, задним числом мы понимаем, что в этой жестокой борьбе было бы лучше, если бы победил П.А. Столыпин. Но ко времени, когда он возглавил правительство России, из-за того что десятилетиями не решалась проблема безземелья крестьян при наличии огромных пло-

щадей, принадлежащих богатым помещикам, в обстановке нежелания правящих кругов пойти навстречу «требованиям молодежи» в России сложилась «взрывчатая атмосфера». Об этом и предупреждал Лев Толстой. И те искры, которые П.А. Столыпин и тогдашняя правящая элита высекали, привели к тому, что во «взрывчатой атмосфере» тогдашней России «из искры возгорелось пламя», перешедшее в гигантский пожар и взрыв. Разрушительная жестокость революционеров крепла и мужала в борьбе с жестокостью власти. Если число казней во времена Столыпина исчислялось тысячами, то после революции гибли миллионы в Гражданской войне и сотни тысяч во время большевистских реформ с репрессиями против классовых врагов и врагов народа. В этой войне, в которой жестокость только стремительно нарастала, погиб сам П. Столыпин, зверски была уничтожена семья Николая II. Имеет место закон эскалации жестокости:

Жестокость против жестокости имеет свойство нарастать, пока не победит один из самых жестоких, которому удастся уничтожить своих менее удачливых и не всегда менее жестоких соперников. После этого «пламя» жестокости начнет ослабевать, из-за того что иссякают «топливо» и сопротивление.

Революции активизируют как созидательные и благородные силы, так и разрушительные и мерзостные силы. Провидческие стихи Максимилиана Волошина:

*Тот, кто испил хмельной отравы гнева,
Тот станет палачом или жертвой палача.*

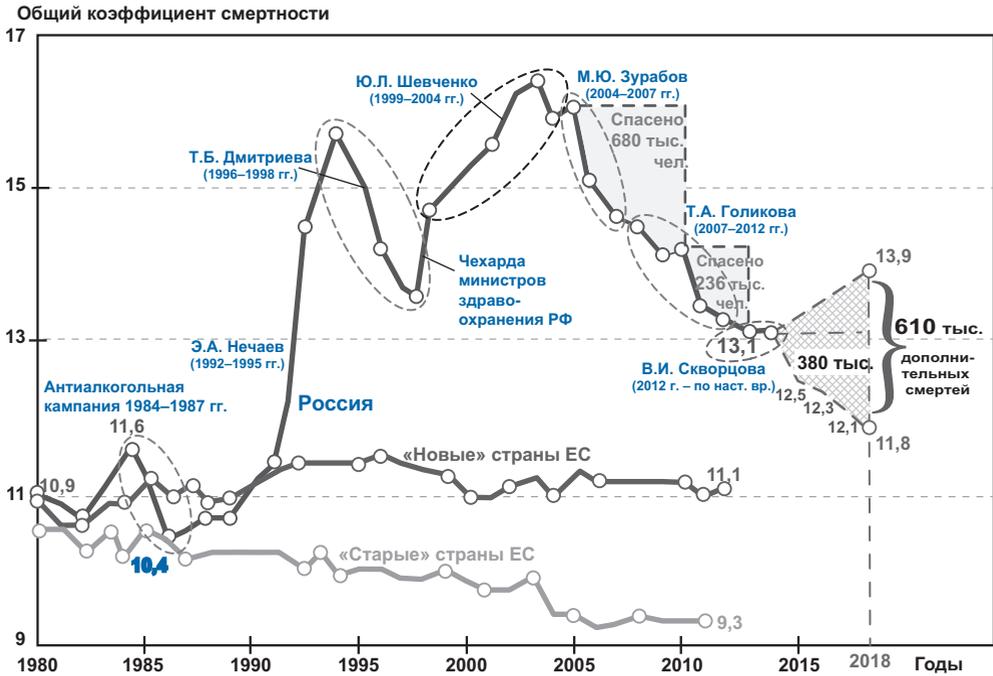
Ответственность за революционные пожары и взрывы несут как власть и правящая элита, так и неистовые революционеры. Неправильно всю вину сваливать только на последнего и победившего. На каждом этапе были свои поджигатели жестокости. Я призываю не к оправданию преступлений и жестокости, не к любви или ненависти к тем или иным личностям, а к всесторонней научной оценке прошлых эпох и исторических личностей с учетом условий, в которых они действовали, причем оценок с минимумом эмоций и негодований, неуместных в науке. Надо формировать правильные исторические уроки, а не публично негодовать.

А ведь сегодня власть и элита опять не хотят решить главную проблему России, о которой писал Лев Толстой, – пропасть между богатыми и бедными. Эта пропасть не только тормозит экономику, но и разрушает производительные силы из-за диссипации ресурсов. При надвигающемся ослаблении экономики это вызовет социальную нестабильность.

Как бы не было неприятно тем, кто ненавидит В.И. Ленина и И.В. Сталина, надо признать, что, помимо жестоких реформ и акций, они решали многие проблемы страны лучше, чем они решаются сейчас. При них были и серьезные достижения. Да, порой оплаченные кровью и страданиями миллионов, а порой спасшие страну. Как у Петра I, так и у многих правителей, которых называют великими.

Не надо обманываться, что революция 1991 г., когда разрушились СССР и советская власть, далась малой жертвой народу России. За нее заплачено 12 млн граждан России, умерших с 1991 по 2012 г. раньше положенного им срока в соответствии с выросшей смертностью (доходившей до уровня сверхсмертности: 16,4 умерших в год на 1000 человек). В эти годы смертность в России (см. рисунок) стала выше смертности в Польше, Чехии, Словакии и Венгрии, хотя до 1990 г. она была (10,5 в год на 1000 человек) ниже смертности в этих странах. Кроме того, в эти же годы, когда в России нищали десятки миллионов и обогащались десятки тысяч, 7 млн детей не родились в результате катастрофического падения рождаемости. И этих неродившихся граждан будет еще долго не хватать России. А сейчас смертность в России, снизившаяся в последние 10 лет (до 13,1 случая в год на 1000 человек), из-за новых реформ здравоохранения и его недофинансирования снова будет расти. Но это только по России. А если к этому добавить Украину и другие республики СССР, цифры станут еще тяжелей. Но ответственность за все указанные жертвы несут как революционеры, так и правящий класс 1970–1980-х гг.

Мы осознаем, что в области культуры мы шли за Европой, где природные условия лучше способствовали развитию цивилизации. Первый великий русский ученый М. Ломоносов получил



Источники: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html; <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>

Данные по ОКС в РФ за 2014 г. предварительные за январь-август. С 2013 по 2017 г. верхняя пунктирная линия построена согласно прогнозам, при которых показатель ОКС будет расти, средняя – согласно прогнозам, когда он останется на уровне 2013 г., а нижняя – согласно прогнозам Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Общий коэффициент смертности (число случаев смертности на 1000 человек). На рисунке напротив соответствующих участков кривой смертности в России указаны фамилии министров здравоохранения РФ и годы их пребывания на этой должности. Составлен Б.И. Нигматулиным и Г.Э. Улумбековой

образование в Германии. В Европе университеты и профессиональное искусство возникли на несколько веков раньше, чем в России. А всего через полтора века Россия стала великой научной державой. Русские, услышав итальянскую оперу, создали великую русскую оперу. Увидев французский балет, создали великий русский балет. Европа чтит русскую литературу и русскую живопись. Увидев европейский спорт, Россия стала спортивной державой. Россия создала великую авиацию и космонавтику. В эти достижения вовлекались представители всех этносов СССР.

Мы показываем, что можем достигать колоссальных высот. И все это на фоне феодализма,

крепостничества, унижений человеческих прав, цензуры, оборонительных и завоевательных войн, и прочее, и прочее.

Поступательное развитие прерывалось революционными и разрушительными преобразованиями, в бескомпромиссной борьбе с несправедливостью и гнетом самодержавия, в борьбе за землю. А потом в удушающей борьбе за коллективизацию села, голодоморы (не только в Украине, но и в России, и, особенно, в Казахстане³), и изнуряющими усилиями в борьбе за индустриализацию. Потом репрессии против «вредителей». А далее – огромные ресурсы на милитаризацию, страшная война, преодоление разрухи, переселение народов,

объявленных предателями. А потом борьба с генетикой и кибернетикой, затем потрясшая коммунистическую веру борьба с культом личности, затем увлекшая интеллигенцию борьба с привилегиями и партократией, за демократию, гласность и прочее, и прочее. А сейчас имеем давление чиновничества за сокращение здравоохранения, культуры, образования и науки под флагом модернизации, наблюдаем унижение профессоров и академиков на фоне разрушительной коррупции и некомпетентности чиновничества. И все это наша общая история – история нашего Отечества с крутыми изломами, когда проявлялись мудрость и глупость, верность и предательство, героизм и трусость. Вспомним простые строки Александра Трифоновича Твардовского (1910–1971):

*Тут ни убавить, ни прибавить, –
Так это было на земле.*

Практически все вышеупомянутые выдающиеся деятели России пострадали от репрессий во времена И.В. Сталина сами или пострадали их родители. Но они все равно сумели стать выдающимися гражданами и патриотами своего Отечества.

Несмотря на имидж жестокой страны, многие интеллектуалы мира смотрели на СССР с сочувствием и надеждой, особенно после победы над фашизмом. В европейских странах были сильны позиции компартий. Американские граждане, участвующие в разработке атомного оружия, бескорыстно и с риском для жизни передавали секреты советской разведке.

Чего только не было! Великого и трагичного, наивного и преступного, гуманного и кровавого. А на фоне «коммунистического тоталитаризма» удивительные достижения в искусстве и науке! Несопоставимые с нынешним «временем свободы и демократии».

А во время разрухи 1918 г. В.И. Ленин защитил Российскую академию наук от попыток ее модернизации революционно настроенными большевиками. В том же году, в частности, по-

становлениями, подписанными им, были созданы Институт географии РАН и Фундаментальная библиотека по общественным наукам РАН. А недавно в библиотеке произошел пожар, из-за того что в институтах РАН в последние годы практически прекратилось финансирование ремонтных работ. Мой Институт океанологии был организован постановлением Правительства СССР, подписанным И.В. Сталиным в декабре 1945 г., через полгода после окончания войны, когда страна была в крови и руинах. А что сейчас? А сейчас уровень обеспечения океанских экспедиций относительно 1980-х гг. сократился в 20 раз! Таких примеров очень много. И все это на фоне растрат на роскошь, утечки капиталов, коррупции, увеселения и т.д.

Для ныне живущих на первый план вышли не опасения государственных репрессий, а опасения отсутствия созидательной воли со стороны нынешнего правительства для решения ключевых проблем страны. Знаменитый русский поэт Виктор Боков (автор популярных песен «Оренбургский платок», «На Мамаевом кургане», «На побывку едет» и др.), за «разговоры» в 1942 г. проведенный 4 года в сибирском ГУЛАГе и 9 лет в ссылке, в 1998 г. написал:

*Я Сталина ругать перестая!
В Сибирь из-за него я не поеду.*

.....
*Что теперь со мной – не пойму:
От ненависти пришел я к лояльности.
Тянет и тянет меня к нему,
К его кавказской национальности.*

Так же как Лев Толстой в романе «Воскресение» описал гнусность тогдашнего российского суда, так и фильм Андрея Звягинцева «Левиафан» показал беззащитность простого человека от мерзости нынешней коррумпированной местной «демократически избранной» власти. Не видя во власти силы преодолеть нынешние мерзости, многие обращаются к аскетическому образу Сталина с его железной волей, хотя мало кто хочет возврата тех жестоких времен.

³ См.: Нигматулин Р.И. Нельзя прожить без правды сущей // Вестник РАН. 2002. Т. 72, № 7.

Характерна поэтическая «Молитва сталиниста» еще одного русского поэта Валерия Алексеева, участника Великой Отечественной войны, с 1948 по 1954 г. проведенного в ГУЛАГе:

*Устрой стране головомайку
И разберись: кто друг, кто враг?!
По тем, кто начал «перестройку»,
Давно соскучился ГУЛАГ.
Для новоявленных баронов,
В царьки шагнувших из нулей,
Колючки ржавой и патронов,
Прошу тебя, не пожалей...*

До какой же степени надо было довести поэтов Виктора Бокова и Валерия Алексеева, чтобы в 2000-е гг. они написали такие стихи? Они не только знали, что Сталин ответственен за разрушительную коллективизацию села, за репрессии, за провалы в начале Великой Отечественной войны и летом 1942 г., но и сами пострадали от преступных репрессий. Они многие годы ненавидели Сталина за это. Так же к нему относился и я вслед за своим отцом, его родными и товарищами. Но опыт последних 25 лет заставил многих понять больше, чем понимают одномерные толкователи истории, которые из-за объяснимого чувства ненависти к Сталину утверждают, что победил народ вопреки Сталину. В отличие от одномерных толкователей многие после многомерного анализа поняли, что, несмотря на катастрофические и преступные провалы, стоившие нашему народу миллионы жизней, в решающий момент Сталин проявил беспощадную силу и мощный интеллект. Он сумел убрать негодных, к которым уже привык, и собрать вокруг себя самых талантливых руководителей и полководцев, многие из которых были в тюрьмах и лагерях. Сталин безжалостно сплотил весь народ как на фронтах, так и в тылу. Не только мужчин, но и женщин, и детей. Он мудро мобилизовал исторический и религиозный дух народа и сумел его направить на защиту погибавшей страны. В эти трагические и кровавые годы он стал непоколебимым вождем своего народа. Именно таких способностей люди не видят у современных руководителей. Концепция «победил народ вопреки Сталину» бессмысленна и является следствием одномерной ненависти к Сталину.

Еще один характерный эпизод из сталинского времени. От академика Н.П. Лаверова я узнал историю про дело «геологов-вредителей», сфабрикованное по ложному доносу в 1949 г. Их обвинили в сокрытии урановых месторождений. В деле 27 человек, среди них 4 академика и члена-корреспондента АН СССР и 10 профессоров. Они безвинно отбыли 5 лет наказания, а 6 человек погибли. Академик Н.П. Лавров изучил архивы и обнаружил, что список «вредителей» был завизирован и некоторыми руководителями АН СССР. Над этим списком есть вопрос И. Сталина: «А что Заварицкий?» Этот вопрос попал к 86-летнему академику В.А. Обручеву. В. Обручев написал: «А.Н. Заварицкий дал стране железную руду горы Магнитной. Такой человек не может быть вредителем». А. Заварицкого не тронули. Что-то зависело и от академиков.

И не дай нам Бог испытать революционный взрыв, после которого власть могут захватить не только жестокие, но и ничтожные. Тогда снова «меч революции», мерзавцы и безумная толпа будут карать и виноватых, и невиновных, а более удачливых испытывать на мужество, пока те, кто «не ведают, что творят» (или их дети), не научатся что-то понимать.

Сейчас ведется много споров о том, каким должен быть учебник истории России для школы. На мой взгляд, нужно, чтобы в нем было стремление понять проблемы наших предков и сочувствовать им. Надо отказаться от одномерных оценок руководителей страны и их оппонентов. В каждой эпохе, у каждого главы государства, оппозиционера и революционера надо отмечать упомянутый выше набор характеристик их деятельности, отмечать и достижения, и провалы, и трагедии с учетом исторических условий в их время. В любом случае нужно воспитывать единое ощущение причастности к своему Отечеству, к своим предкам, порой боровшимся друг с другом. Чтобы на первый план выступали научный анализ «белых, красных и черных сторон», сочувствие своему народу, сострадание невинно убиенным, уважение к достижениям, а не высокомерная ругань своих царей, генсеков, президентов, бунтовщиков и революцио-

неров. Мету ответственности всех вовлеченных в исторические события, виновных в преступлениях, в безумных реформах, отсутствии созидательной воли и интеллекта надо анализировать, но не возвышаться над ними.

Но не менее важно на уроках развивать у школьников память, культуру, способность излагать свои мысли, обосновывать их, чтобы они научились формулировать уроки истории, учитывая открывающиеся факты.

А моральные суждения лучше перенести в художественную литературу, театр и кино, где допустимо и часто интересно творческое воображение художника для домысливания своего варианта художественного образа исторической личности в рамках известных исторических событий. Тут могут быть разные симпатии и антипатии, восхищение и ненависть. Однако надо учитывать, что утверждение пушкинского Моцарта:

*«...гений и злодейство –
две вещи несовместные»*

действует только в мирное время, а во время войн и революций гений и злодейство перемешиваются и совмещаются даже в одном лице.

Многоязычие – основа многоэтнической гармонии

В мире имеется около 7000 языков. 90% населения мира пользуются всего 25 языками. Большинство из оставшихся 10% понимают речь на этих больших языках. Например, малые северные народы России говорят по-русски, хотя у них есть свои языки.

В мире ежегодно исчезают не только виды животного мира, но и 10 малых языков. Я нерелигиозный человек, но когда начинаешь рассматривать живое и неживое, способность языков народов выражать все великое разнообразие жизни, моя научная нерелигиозность ослабевает и даже стремится к нулю. Представьте все разнообразие живого мира, тысячелетиями не только воспроизводящего себя, но и эволюционирующего. Представьте муравьев и пчел с их сложнейшими системами коллективной организации, птичек и огромных птиц, рыбок и огромных рыб, мышек и огромных тигров,

львов, медведей, слонов и китов, разнообразие их инстинктов и, наконец, человека – царя природы. И все это – как результат стохастических молекулярных процессов, начавшихся в неорганической материи «всего» 1–2 млрд лет тому назад. Мой научный атеизм не может победить «предрассудок»: кто-то неведомый с неведомыми помыслами и сверхразумом запустил этот процесс.

Для меня каждый язык любого народа – это нечто божественное. Нельзя придумать живой язык. Эсперанто, придуманный человеком, не приживается. Когда исчезает язык какого-то этноса, умирает часть мировой цивилизации. Это невозвратимая потеря человечества, беда «интеллектуальной экологии».

Я знаю только один пример возрождения практически умершего языка. Это когда евреи, собравшиеся в Израиле из разных стран и разговаривавшие на разных языках (немецком, английском, русском, испанском и др., а также на идише – смеси иврита с немецким и другими европейскими языками), решили возродить свой древний язык иврит. На иврите уже никто не разговаривал, поэтому каждой языковой группе пришлось преодолевать **одинаковый** для всех барьер. И израильтяне смогли. Никто не потерял свой язык с места своего рождения, но каждый приобрел язык своих далеких предков. И это является величайшим национальным и духовным подвигом, скрепившим Израиль. Удивительный факт. Среди людей, страдающих в конце своей жизни болезнью Альцгеймера (потерей памяти из-за деградации мозга), те, кто владел несколькими языками, сохраняют большую память, и болезнь менее критична.

В многоэтнической стране этническая гармония достигается через многоязычие народа. Это очень важно, потому что если язык какого-то малого народа будет рассматриваться как ненужный, многие представители этого народа будут бунтовать даже после утери этого языка. Никто не согласится, если скажут, что его прадеды, которых мы никогда не видели, были хуже, чем прадеды другого. Что один язык лучше другого. Это невозможно и не нужно признавать. Поэтому надо содействовать сохранению всех языков, несмотря

на естественные процессы умирания этносов. Мы смертны, но мы стараемся продлить жизнь каждого, что является фундаментом гуманизма.

И государственность языка меньшинства – это нормально. Должно быть так, чтобы в государственных структурах можно было отстаивать свои интересы на любом языке, на котором говорят народы в этой стране.

Как можно понять президентов Украины, которые говорят о свободном использовании русского языка, но русский язык не должен быть государственным? Хотя он веками был таковым и фактически таковым и оставался. Он *должен* носить статус государственного (конечно, наряду с украинским), т.е. быть под защитой государства. Как можно оправдать правящие режимы в Прибалтике, которые во имя понятного стремления расширить функции латышского, литовского и эстонского языков вопреки европейским нормам препятствуют государственности русского языка, на котором говорят около половины населения? Все такие действия – типичные проявления серости чиновничества и эгоистичного национализма миллионов.

Каждый язык, которым пользуется какая-то заметная часть населения, должен носить государственный статус. В частности украинский язык должен иметь государственный статус в России. Это не значит, что жители страны должны изучать все государственные языки, это значит, что государство должно заботиться о его преподавании в соответствующих школах, об их сохранении и развитии, о возможности людей защищать себя на родном языке. Это особенно важно, если язык сконцентрирован только в этом месте. Более того, общество должно поощрять многоязычие человека и понимать, что каждый язык, дополнительный к языку матери, делает человека интеллектуально богаче и умнее.

У меня есть друг, профессор George Yadigaroglu, он живет в Швейцарии. Он грек, жена у него – франкоязычная швейцарка, у них два сына. При мне сыновья по телефону со своим дедом-греком говорили по-гречески, с мамой – по-французски. Джордж был профессором в США, и его семья жила там. Его сыновья окончили там

школу. Английский – как родной. Потом семья переехала в Швейцарию, и сыновья Джорджа учились в университете в Цюрихе, где обучение велось на немецком языке. Оба инженеры. У них четыре активных (практически родных) языка. Однако они учили еще испанский и турецкий. Сравните их интеллект с одноязычным большинством в России и США?

В Швейцарии 4 государственных языка: немецкий (63% населения), французский (20%), итальянский (6,5%), ретророманский (0,5%).

В Финляндии 5% граждан являются шведскоязычными. Я их спрашивал: «Когда сборные Финляндии и Швеции играют в хоккей, вы за кого болеете?» Ответ: «За команду Финляндии». Иначе говоря, шведскоязычные граждане Финляндии – патриоты Финляндии, той страны, в которой живут. Но свой язык они сохраняют, и финскоязычное большинство помогает им в этом, признав шведский язык вторым государственным языком.

А в Казани и Уфе в татарско-башкирских семьях владеют только русским языком. А когда ведут речь о введении татарского и башкирского языков в школах, большинство возмущается.

Нужно понимать, что ничего хорошего не получится без серьезных усилий учиться, причем не только своей профессии. Появилась свобода: не хочешь – не учишься, что популярно в США. Я против такой свободы. Народ надо **заставлять** учиться и тренировать свой мозг.

В СССР, если ребенок плохо учился, его обрабатывали пионеры, комсомольцы, вызывали маму, потом папу. Если не помогало, писали папе в парторганизацию, что он плохо воспитывает свое дитя. Если бы отец Паганини не заставлял своего сына играть на скрипке, не было бы великого Паганини.

Мы не должны говорить: «Нам не нужен твой осетинский (или еще какой-то) язык». Никто не имеет права обязывать учить чей-то язык, но мы должны помочь его сохранить, раз представляем великую нацию. Это очень важно.

Спокойная ассимиляция относительно небольшого этноса преобладающим этносом сопровождается накоплением скрытой пассионарности, которая может стать разрушительной.

То, что многие башкиры и татары в городах не знают свой родной язык, – очень плохой показатель.

Кстати, для меня башкирский и татарский языки так близки (там в основном только фонетические различия), что, на мой взгляд, они составляют единый татарско-башкирский язык. В 1990-е гг. некоторые возбужденно говорили: «Надо заставить русских учить башкирский язык». Я отвечал: «Вы свою жену и детей сначала обучите, а потом думайте о русских». В Башкортостане, в Татарстане и в других республиках России надо создавать условия для развития башкирского, татарского и, соответственно, остальных языков России и ни в коем случае не возмущаться развитием школ с национальными языками. Надо стимулировать людей изучать национальный язык. Основа межэтнического мира – понимание, что каждый язык – это духовный дар. Языкам небольших народов трудно выживать, но надо делать все, для того чтобы они сохранялись. Вот это и есть государственность всех языков Российской Федерации и важная основа межэтнической гармонии и интеллектуальной силы страны.

Среди моих друзей и коллег много выходцев из республик России и СССР. Они с детства слышали и говорили на титульных языках этих республик: украинском, армянском, узбекском, татарско-башкирском, чеченско-ингушском, бурятском, мордовском, марийском и других языках России и СССР. Я заметил, что они не только обладают более активным умом, но очень часто лучше и грамотнее говорят и пишут на русском языке, чем их коллеги, в том числе и русские, учившиеся только на русском языке. А это особенно заметно у тех, кто язык своих родителей подкрепил занятиями этим языком в школе.

Многие в республиках опасаются, что распыление сил школьника на два языка – русский и язык малой родины – приведет к ухудшению грамотности в русском языке и проблемам при поступлении в вуз. Часто, но не всегда это действительно так к моменту окончания школы. Но к годам 25 двуязычные (а фактически

с двумя родными языками) вырываются вперед. Парадоксально, но их русский язык грамотнее и богаче. Они более фундаментальны и шире смотрят на все обстоятельства. Среди них меньше проявлений химерного национализма. Как в физической культуре, большие усилия в молодости в занятиях спортом приводят к укреплению физической силы и здоровья, так и большие усилия, направленные в молодости на учебу, всегда вознаграждаются развитием более сильного ума.

Мой друг академик Ривнер Фазылович Ганиев, башкир, первые 7 классов учился в татарской школе в Башкортостане, а в 8-м классе перешел в русскую школу. Он сначала мало что понимал на уроках и вынужден был все задания учить наизусть, а в 10-м классе его сочинения по русской литературе читали одноклассникам как образцовые.

В связи с этим для поддержки выпускников национальных школ я предлагаю экзамен ЕГЭ по родному языку для поступления в вуз разрешать сдавать по двуязычному регламенту (русско-татарскому, русско-башкирскому, русско-чеченскому и т.д.): 60% вопросов по русскому языку и 40% – по национальному. Если они получают хорошие баллы, к моменту окончания вузов их русский язык будет богаче и грамотнее, чем у тех, кто изучал и сдавал ЕГЭ только по одному родному языку – русскому. И это сделает нашу страну сильнее.

Все, что здесь обсуждалось по родным языкам, ни в коем случае не должно отвлекать от овладения иностранными языками в школьные годы.

Многоэтничность личности

Помимо многоязычия личности, я хотел бы обсудить не очень распространенное понятие – многоэтничность личности. Объясню на собственном примере. Я татарин, родившийся в Москве, в детстве дома начавший говорить на татарском и русском языках, получивший образование и ставший профессором в Москве. И для меня русский и татарско-башкирский языки и культуры, все русские, татарские и башкирские национальные переживания являются

родными. Я считаю себя и татариним, и русским, и башкиром – и считаю, что это нормально. Это не значит, что все татары и башкиры должны так себя осознавать, но возможность быть носителем духа нескольких этносов – это нормально, тем более что сейчас увеличивается количество Иванов Ахметовичей, Ахметов Петровичей и Владимиров Исааковичей: мама одной национальности, папа – другой. А ведь есть и такие, у которых дедушки и бабушки имеют разные национальности (этническое происхождение). Сейчас мы не указываем в паспорте национальность, не в этом дело. Важно, кем ты себя ощущаешь. Есть такие люди, которые могут про себя сказать: «Я и русский, и еврей, и украинец». Это нормально.

Многоконфессиональность нации и личности

Россия, как и многие страны мира (Индия, Китай, США, ряд европейских стран и др.), многоконфессиональна. В них население исповедует разные религии. Думаю, наступит время, когда появится немало людей, которые будут исповедовать одновременно несколько религий, в частности основные религии в России – христианскую, мусульманскую и иудейскую. Ведь они имеют общую основу. Бог один, только про-

роки (посланцы Бога) для каждой религии свои. По всем трем религиозным воззрениям Создатель дал людям свободу выбора.

Разъяснения пророков часто очень общи и трактуются по-разному. И без науки и духовности мы и наши потомки не сможем находить правильные и справедливые пути в меняющемся мире с растущими возможностями менять и даже разрушать окружающий мир.

В связи с этим вспомню Николая Николаевича Боголюбова (1909–1992), великого русского математика и физика XX в. Он происходил из семьи православного священника и был глубоко верующим христианином. В Азербайджане мне рассказали следующую историю о его пребывании в Баку: ему показали мечеть. Когда он в нее вошел, отошел в угол и стал молиться. Конечно, он произносил христианскую молитву.

Глубоко верующим мусульманином был выдающийся физик-теоретик, нобелевский лауреат Абдус Салам (1926–1996), выходец из Пакистана, кембриджский профессор. Он 5 раз в день совершал свою молитву (намаз), хотя жена его была англичанка.

Для человека с высоким уровнем духовности форма обрядов не является определяющей. В будущем образованные и культурные люди будут способствовать гармонизации многоязычного и многорелигиозного мира.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Нигматулин Роберт Искандерович – академик РАН, доктор физико-математических наук, профессор, директор Института океанологии РАН, заведующий кафедрой газовой и волновой динамики механико-математического факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

E-mail: nigmar@ocean.ru

К 90-летию создания Союза педиатров России

В.Ю. Альбицкий,
С.А. Шер,
Л.А. Закирова

ФГАУ «Национальный научно-практический центр
здоровья детей» Минздрава России, Москва

Статья посвящена 90-летию создания Союза педиатров России. Изучение научных трудов, уставов Общества детских врачей, отчетов, докладов, резолюций съездов показало, что обсуждение на педиатрических форумах актуальных проблем научной и клинической педиатрии, организации медицинской помощи детскому населению способствовало в СССР снижению детской смертности и заболеваемости, сохранению жизни миллионам детей.

Ключевые слова:

Союз педиатров России, Всесоюзное общество детских врачей, съезд, педиатр, дети

To the 90 anniversary of founding of the Society of Pediatricians of Russia

*V.Yu. Albitskiy,
S.A. Sher,
L.A. Zakirova*

Scientific Center of Children's Health of Ministry
of Health, Moscow, Russian Federation

This article is devoted to the 90 anniversary of founding of the Society of Pediatricians of Russia. Studying of scientific works, charters of Society, reports, resolutions of congresses showed that discussion at Pediatric forums the most actual problems of scientific and clinical pediatrics, organization of medical care to the children's population promoted decrease of children mortality and morbidity in the USSR, saving lives to millions of children.

Keywords:

the Society of Pediatricians of Russia, the All-Union Pediatric Society, congress, pediatrician, children

90 лет назад в Советском Союзе возникло профессиональное сообщество детских врачей, сыгравшее исключительно важную роль в развитии отечественной педиатрической науки и построении советской системы охраны здоровья детей.

История Союза педиатров уходит своими корнями в XIX в., когда в России начали создаваться первые медицинские общества, сначала общие для всех врачей, затем – специализированные, в соответствии с интересами врачей-специалистов.

Так, в Санкт-Петербурге 28 ноября 1885 г. появилось первое в России научное педиатрическое общество, основанное по инициативе профессора кафедры педиатрии Военно-медицинской академии Н.И. Быстрова. В создании Петербургского общества детских врачей участвовали 63 учредителя. Председателями правления общества в досоветский период были такие выдающиеся деятели педиатрии, как Н.И. Быстров, К.А. Раухфус, А.А. Руссов, Н.П. Гундобин, А.Д. Зотов. Научное общество объединило работников отдельных учреждений Петербурга, педиатров из других городов, членов-корреспондентов [6]. Согласно уставу, Петербургское общество «служило успехам педиатрии и коллегиальному сближению врачей, занимающихся этой отраслью медицинской науки». В обязанности членов общества входило следить за развитием педиатрии, физическим воспитанием детей, обращать внимание на эпидемические болезни и меры по предупреждению их распространения, рассматривать вопросы, касающиеся специальности, с административными учреждениями, земствами, благотворительными обществами, поддерживать между врачами связь на началах уважения к науке и к своему званию, публиковать результаты своих научных трудов в периодических изданиях [25].

Московское общество детских врачей образовалось из частного кружка педиатров 5 марта 1892 г. Его основателем и первым руководителем был профессор и директор детской клиники медицинского факультета Московского университета Н.Ф. Филатов. Учредителями Московского общества детских врачей стали 30 докторов, в том числе Н.Ф. Филатов, С.И. Веревкин, А.Э. Гиппиус, Н.С. Корсаков, Н.Ф. Миллер, А.А. Остроглазов и др. Они приняли устав Московского общества детских врачей, в котором сформулировали цель, состоявшую в «научной разработке вопросов как теоретических, так и практических, относящихся к области педиатрии» [26].

С целью улучшения охраны здоровья детей общество неоднократно избирало специальные комиссии. В частности в Петербурге в разные годы были организованы Комиссии по

выработке мер к уменьшению детской смертности в России, по обсуждению права врача делать операции детям без согласия родителей [13]. Создавались и смешанные комиссии. Так, в 1894–1897 гг. Петербургское общество детских врачей совместно с Обществом русских врачей образовали комиссию (С.С. Боткин, К.А. Раухфус, В.Ф. Фельдт и др.), успешно занимавшуюся сбором и анализом материала по применению в России противодифтерийной сыворотки [14]. В 1900 г. Московским обществом была избрана Комиссия по вопросу о предохранительных мерах против дифтерии в составе его членов А.Э. Гиппиуса, А.Н. Устинова, Н.В. Яблокова, Г.Н. Габричевского и др. В том же году работала комиссия по организации приютов для покинутых детей в составе Н.Ф. Филатова, директора Софийской детской больницы Н.В. Яблокова и главного врача Московского воспитательного дома А.Н. Устинова, высказавшаяся «за необходимость организации призревания незаконных детей на началах явного приема с документами матери и метрикой ребенка...» [19].

Со временем научные общества детских врачей были организованы в других городах России: в Киеве – в 1900 г., в Казани – в 1912 г. Их возглавляли профессора кафедр, руководители детских клиник и больниц, незаурядные ученые. Подобные общества были самостоятельными или являлись педиатрической секцией единого научного медицинского общества города. Однако в конце концов назрела необходимость в координации деятельности обществ, распространения передового опыта и объединения усилий детских врачей всей страны.

В 1908 г. профессор И.В. Троицкий из Харькова, первым выдвинувший идею о созыве I Всероссийского съезда детских врачей, представил на обсуждение проект устава Общества детских врачей России, цель которого состояла в научно-практической разработке учения о детских болезнях как самостоятельной отрасли клинической медицины [18, 12].

27–31 декабря 1912 г. в Петербурге произошло знаменательное для истории педиатрии событие – **I Всероссийский съезд детских врачей.**

Это был единственный в дореволюционной России съезд педиатров. Председателем съезда избрали создателя и директора Петербургской детской больницы им. принца Ольденбургского К.А. Раухфуса, выступившего с приветственным словом: «Потребность в единении русских педиатров давно уже назрела и осуществилась основанием обществ детских врачей в Москве, Петербурге, Харькове, Киеве, и теперь показалось своевременным раскинуть пределы единения шире, обнимая ими всю Россию созывом всероссийских съездов и основанием Всероссийского общества детских врачей» [20].

На I Всероссийском съезде детских врачей центральное место занимали доклады о детской смертности, актуальной в то время в России проблеме. С программным докладом «Попечение о детях грудного возраста в России» на съезде выступил доктор Н.А. Русских из Екатеринбурга. В его выступлении прозвучали основные принципы мероприятий по снижению детской смертности: забота государства о беременной и кормящей женщине, улучшение социального положения матерей, их просвещение по вопросам грудного вскармливания. Пристальное внимание на съезде привлек доклад Г.Н. Сперанского «Опыт устройства и ведения специальной лечебницы для детей грудного возраста», где он высказал мысль о необходимости работы при родильных учреждениях педиатра для успешного противостояния детской смертности. Доктор А.О. Гершензон из Одессы предложил при каждом роддоме учредить должность врача-педиатра и «возбудить ходатайство пред Министерством народного просвещения об устройстве при детских клиниках (университетов) отделений грудных детей с образцовыми молочными кухнями» с целью борьбы с детской смертностью [4]. Об опыте работы по охране здоровья грудного ребенка в роддоме имени С.В. Лепехина в Москве сделал доклад Г.А. Грауэрман. В связи с открытием в 1907 г. кожной пробы Пиркетта, на съезде было проведено специальное заседание по туберкулезу, на котором выступили с докладами по туберкулинодиагностике Н.И. Ланговой, И.Я. Винокуров, И.М. Арлюк и др. Принятая съездом резолюция

гласила: «Охрана материнства и младенчества должна составлять обязанность общественного управления и государства» [5].

На I съезде было внесено предложение об основании Всероссийского общества детских врачей и представлен проект устава этой профессиональной организации. Данный съезд стал началом объединения педиатров страны, но до революции этому не суждено было осуществиться.

Предложение об образовании Общества детских врачей вносилось на первых съездах Советского периода: на **II Всероссийском съезде педиатров**, проходившем в Москве в 1923 г. совместно со II Всероссийским противотуберкулезным съездом, и **III Всесоюзном съезде детских врачей**, состоявшемся в 1925 г. в Ленинграде под председательством профессора А.А. Киселя [1]. Именно по поручению III съезда педиатров был составлен проект устава Всесоюзного общества детских врачей, однако окончательно он был принят 2 года спустя [28].

Официальное образование Всесоюзного общества детских врачей состоялось на **IV съезде**, проходившем в **Москве с 30 мая по 4 июня 1927 г.** В принятом уставе Всесоюзного общества детских врачей подчеркивалось, что оно создано с «целью объединения проживающих на территории СССР врачей, работающих в области педиатрии, педологии и охраны материнства и младенчества для совместной разработки теоретических и практических вопросов в указанных областях» [24].

Съезд выдвинул основные задачи Всесоюзного общества, заключавшиеся в координации деятельности научных обществ педиатров страны, подготовке и проведении Всесоюзных съездов детских врачей. Обществу присвоили имя великого русского педиатра Н.Ф. Филатова. Делегаты IV съезда создали Совет общества из 20 членов, в правление которого вошли выдающиеся отечественные педиатры А.А. Кисель, П.С. Медовиков, В.И. Молчанов, Г.Н. Сперанский, В.О. Мочан, Н.Ф. Альтгаузен, В.Я. Гольд [29].

На первых двух предвоенных, IV и V, съездах педиатров в центре внимания находились проблемы желудочно-кишечных заболеваний

(«летних поносов») и детских инфекций, являвшихся основными причинами детской смертности. Так, на IV съезде большой интерес вызвали выступления Г.Н. Сперанского, внесшего дополнения в классификацию острых расстройств пищеварения и методику рационального вскармливания ребенка, и Н.И. Лунина – по активной и пассивной иммунизации при дифтерии и кори. Участники V съезда (1935 г.) обсуждали проблемы патогенеза острых и хронических расстройств пищеварения у детей (Г.Н. Сперанский, М.С. Маслов, А.Ф. Тур и др.), борьбы с детскими инфекциями (А.И. Доброхотова, Н.М. Николаев, А.А. Колтыпин, Ю.А. Менделева и др.). Научное обоснование терапевтических и превентивных мер способствовало тому, что уровень младенческой смертности в стране к 1940 г. по сравнению с 1913 г. сократился с 273 до 180 на 1000 родившихся живыми, т.е. в 1,5 раза.

На V съезде впервые в истории педиатрических съездов внимание было обращено к вопросам детского здравоохранения, организации лечебной помощи школьникам и детского питания. По докладу О.П. Ногиной съезд вынес решение о необходимости строительства новых детских больниц и детских отделений в общих больницах с выделением карантинных отделений и изоляторов с целью борьбы с внутрибольничной инфекцией. На V съезде правлению Всесоюзного общества детских врачей было поручено сформировать «общества детских врачей во всех союзных республиках по типу Общества детских врачей РСФСР» [15].

Следует отметить, что в 1933 г. было создано Общество детских врачей РСФСР, которое к концу 1937 г. насчитывало 55 отделений, в том числе в автономных областях и республиках [7]. В 1940 г. Общество детских врачей РСФСР вошло во Всесоюзное общество, построенное по принципу ассоциации обществ детских врачей союзных республик. Также было принято решение о передаче обязанностей правления Всесоюзного общества до проведения VI Всесоюзного съезда детских врачей правлению Всесоюзного общества с включением в его состав представителей трех республиканских обществ: Всеукраинского, Узбекского и Азербайджанского.

Перед отделениями Общества детских врачей стояла основная задача – помочь органам здравоохранения в борьбе с дальнейшим снижением детской заболеваемости и смертности [8].

С началом Великой Отечественной войны Общество детских врачей сосредоточило свою деятельность на организационных вопросах по улучшению медицинского обслуживания местного и эвакуированного детского населения. В 1942 г. в план совещаний обществ были включены вопросы обеспечения детей до 1 года молочными смесями через молочные кухни, контроля работы лечебно-профилактических учреждений, санитарного состояния и медицинского обслуживания детских эвакуированных коллективов, анализ летальности инфекционных заболеваний, повышение квалификации педиатров [27]. Несмотря на невероятные трудности военного времени, педиатрическое сообщество не допустило эпидемии детских инфекций.

На послевоенных VI (1947 г.) и VII (1957 г.) педиатрических съездах программными темами были хронические расстройства питания, пневмонии, септико-токсические состояния, рахит, инфекционные заболевания, туберкулез. Обсуждались такие актуальные проблемы, как полная ликвидация массовых детских инфекций, борьба с болезнями периода новорожденности и тяжелыми формами пневмонии, пришедшими на смену острым кишечным заболеваниям в качестве ведущих причин младенческой смертности. Подчеркивалось, что реорганизация больничной и поликлинической помощи, включая объединение детских больниц с консультациями-поликлиниками, становление специализированной помощи детям способствовали улучшению физического развития ребенка, снижению заболеваемости и смертности детей [21].

VI съезд принял пересмотренный устав общества, в соответствии с которым оно стало именоваться Всесоюзным педиатрическим научным обществом [23]. В резолюции VII съезда подчеркивалось, что охрана материнства и детства, созданная в первые годы советской власти, за 40 лет «выросла в стройную систему государственных мероприятий, обеспечивающих матерям и детям через широкую сеть учреж-

дений здравоохранения общедоступную, бесплатную и квалифицированную медицинскую помощь» [16].

В 1957 г. в Москве состоялась конференция детских врачей РСФСР, на которой было принято решение вновь создать Всероссийское общество детских врачей. В декабре 1959 г. в Москве созывается Первый республиканский съезд детских врачей РСФСР. В его программу были включены такие темы, как улучшение медицинского обслуживания детей в РСФСР, проблемы ревматизма, туберкулеза у детей, патологии новорожденных, а также организационные вопросы [17].

Основное внимание последующих съездов Всесоюзного общества детских врачей было обращено на достижение стратегической цели советской системы охраны материнства и младенчества – снижению высокого уровня младенческой смертности в СССР. Выступая на VIII съезде детских врачей (1962), министр здравоохранения СССР С.В. Курашов отметил снижение уровня младенческой смертности за 5 лет (1957–1961 гг.) до 33 на 1000 родившихся детей, сокращение заболеваемости дифтерией и полиомиелитом более чем в 5 раз. Он подчеркнул важность постановки всех беременных на учет в первые 3 мес гестационного периода, их полноценное обследование на Rh-фактор, токсоплазмоз, своевременное лечение токсокозов беременности, негативно влияющих на плод, расширение специализированных отделений для недоношенных [10].

В 1964 г. в Ленинграде состоялся II Всероссийский съезд детских врачей под председательством А.Ф. Тура, который отметил снижение уровня детской смертности и больничной летальности. Кроме педиатров, в работе съезда принимали участие вирусологи и микробиологи (академик АМН СССР А.А. Смородинцев, В.И. Иоффе и др.). Ученые обсуждали меры по дальнейшему снижению уровня острых детских инфекций, ликвидации некоторых из них и вопросы вакцинации [22].

На годы так называемого застойного периода пришлось IX (1967 г.), X (1974 г.) и XI (1982 г.) съезды детских врачей СССР и IV (1973 г.) – VI (1981 г.) съезды педиатров РСФСР. Их цен-

тральной темой стала охрана здоровья матери, плода и новорожденного. На X и XI съездах педиатров о задачах антенатальной охраны плода и организации медицинской помощи новорожденным доложила заместитель министра здравоохранения СССР Е.Ч. Новикова. Она подчеркнула необходимость развития медико-генетических консультаций, специализированных роддомов и специализированной помощи новорожденным, дальнейшее внедрение диспансерного наблюдения за беременными, особенно из групп риска, значение двухэтапной системы выхаживания недоношенных, введение в практику яслей-садов и школ массовых осмотров, скрининг-тестов, методов профилактики кариеса зубов, нарушений остроты зрения и осанки. В докладе К.С. Ладодо и Г.В. Яцык было отмечено, что разработанные отечественные адаптированные кисломолочные смеси «Малютка» и «Малыш», обладающие высокой биологической активностью и антибактериальными свойствами, можно использовать в питании не только здоровых, но и больных детей с кишечными расстройствами, сепсисом [2, 30].

На последнем XII Всесоюзном съезде детских врачей (1988 г.) заместитель министра здравоохранения СССР А.А. Баранов в своем докладе проанализировал организацию медицинской помощи детям, показатели здоровья детей, включая младенческую смертность по отдельным регионам страны, выделил территории с низким, средним и высоким ее уровнями и представил дифференцированные по этим территориям пути снижения детской смертности. Реализация намеченных на съезде инновационных организационных и лечебно-диагностических технологий дала убедительный результат. На съезде выступал председатель Советского детского фонда им. В.И. Ленина А.А. Лиханов, рассказавший о программе фонда, его деятельности по оказанию социальной, профессиональной и этической помощи детям, об учреждении фондом ежегодной премии лучшим сельским и городским педиатрам [9].

Съезд принял резолюцию, в которой отмечалось, что по уровню младенческой смертности наша страна отстала от большинства развитых стран: в 5 раз от Японии, в 2,5 раза от США

и ГДР, хотя в Белоруссии, Прибалтике, на Украине и в отдельных регионах РСФСР уровень младенческой смертности довольно низкий. В резолюции подчеркивалось, что «при умелой организационной работе, высокой квалификации медиков, профессиональном отношении к делу, отечественная система охраны материнства и детства позволит достичь позитивных результатов», что «снижение младенческой смертности в нашей стране – это дело профессиональной чести советских педиатров» [9]. Реализация намеченных на последнем съезде советских педиатров инновационных организационных и лечебно-диагностических технологий (региональный подход, введение в номенклатуру учреждений системы здравоохранения перинатальных центров, а также использование современных методов выхаживания новорожденных) дали убедительный результат. За последние 3 года советской власти младенческая смертность снизилась на 7%, а в условиях тяжелейшего социально-экономического кризиса 1990-х гг. ее уровень не увеличился, как это случилось с другими показателями здоровья населения [3].

Поскольку в 1991–1992 гг. в политической, экономической и социальной жизни страны произошли принципиальные изменения, правление Всероссийского общества вынуждено было переходить на новые формы и методы работы. Однако проведение очередного пленума или конференции общества стало проблематичным в связи со значительной инфляцией и девальвацией в стране, а значит, невозможностью получения из территориальных филиалов членских взносов. Предпринятые усилия по изысканию спонсоров не увенчались успехом, и при неоднократных обсуждениях на пленуме было решено переименовать общество в Союз педиатров России. В связи с этим в июне 1993 г. «правление Всероссийского общества рекомендовало передать свои функции новой организации – Союзу педиатров России, который, по существу, стал преемником общества» [11].

25–26 января 1994 г. в Москве состоялась Российская ассамблея «Охрана здоровья матери и ребенка», а 27 января по инициативе заведу-

ющего кафедрой детских болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова профессора А.А. Баранова созвана специальная Учредительная конференция, на которой в качестве правопреемника Всероссийского общества детских врачей было создано общественное профессиональное объединение – Союз педиатров России (СПР). Председателем исполкома Союза педиатров единогласно избрали профессора, члена-корреспондента РАМН А.А. Баранова, а его заместителями – профессоров А.Г. Румянцева и Г.А. Самсыгину.

С 1994 по 2000 г. Союз педиатров активно проводил форумы российских детских врачей. Всего их было организовано 13, в том числе 1 съезд, 2 национальные ассамблеи, 6 конгрессов, 3 научно-практических конференций.

С 1995 по 2000 г. Союзом педиатров были проведены 6 конгрессов в хронологическом порядке по следующей тематике: 1) «Новые технологии в педиатрии»; 2) «Болезни органов пищеварения у детей. Питание здорового и больного ребенка»; 3) «Экологические и гигиенические проблемы педиатрии»; 4) «Охрана психического здоровья детей и подростков»; 5) «Здоровый ребенок»; 6) «Неотложные состояния у детей».

Анализ истории профессионального сообщества отечественных детских врачей в качестве СПР позволяет выделить следующие отличительные особенности деятельности и вехи его развития.

Во-первых, съезды или конгрессы педиатров России начали собираться каждый год, а с 1999 г. ежегодно стали проводить научно-практическую конференцию, которая с 2007 г. проходит под названием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии». В дополнение к этим обязательным профессиональным встречам часто организуются форумы педиатров страны, в том числе с международным участием, посвященные общественно значимым проблемам или юбилейным датам в сфере охраны здоровья детского населения. Формат ежегодных представительных форумов детских врачей страны имел неоспоримое значение не только для развития научной педиатрии и повышения эффективности оказания медицинской помощи детям, но и для:

а) бескомпромиссного всестороннего обсуждения наиболее острых, болезненных проблем в системе охраны здоровья детского населения; б) привлечения внимания власти и общества к этим проблемам и в) мобилизации усилий педиатров страны и местных органов здравоохранения на их решение.

Во-вторых, к работе форумов, проводимых СПР, активно привлекали представителей законодательной и исполнительной власти РФ, а также широкую общественность.

В-третьих, международное сотрудничество СПР по сравнению с аналогичной деятельностью всесоюзного и всероссийского обществ детских врачей получило дальнейшее развитие, приобрело принципиально новый формат как в количественном, так и в качественном содержании.

В-четвертых, приоритетным направлением стало внедрение инновационных технологий в систему повышения квалификации медицинских кадров.

Начиная с 2006 г. на съездах и конгрессах СПР в жизнь стал воплощаться основной принцип Всемирной федерации медицинского образования – непрерывного профессионального развития (школы педиатра, аллерголога-иммунолога, ревматолога, организатора здравоохранения и др.) с последующей выдачей сертификатов.

В-пятых, СПР активно оказывает поддержку студентам педиатрических факультетов и молодым специалистам, привлекая их к научной работе, организуя конкурсы научных работ в рамках съездов и конгрессов. В них принимают участие молодые люди из большинства регионов России, ближнего и даже дальнего зарубежья.

В-шестых, СПР – одна из немногих профессиональных общественных медицинских организаций, которая начиная с 2011 г. в рамках своих съездов и конгрессов проводит ежегодные форумы детских медицинских сестер, участники которых обсуждают острые проблемы сестринского дела, обмениваются опытом, участвуют в конкурсе «Детская медицинская сестра» в различных номинациях («Участковая медицинская сестра», «Старшая медицинская сестра», «За верность профессии», «Медсестра – наставник молодежи»).

В-седьмых, СПР сохраняет и умножает традиции отечественной педиатрии. В уставе СПР записано: «...как и прежде в царской и советской России, в объединении усилий практических врачей, ученых и работников высшей педиатрической школы для решения благороднейшей задачи – неустанного повышения эффективности деятельности по охране здоровья детского населения страны» [31].

Заключение

Таким образом, истоки основания СПР уходят в далекое прошлое – XIX в. Потребовалось более четырех десятилетий усилий и целенаправленной работы выдающихся деятелей российской педиатрии, в том числе таких ее классиков, как К.А. Раухфус, Н.Ф. Филатов, Н.П. Гундобин, А.А. Кисель, чтобы детские врачи страны создали свою профессиональную организацию, деятельность которой вписала яркую главу в историю охраны здоровья детей в Советском Союзе и Российской Федерации.

В 1920–1930-е гг. на съездах педиатров в центре внимания находились проблемы желудочно-кишечных заболеваний, бывших основными причинами детской смертности. Во время Великой Отечественной войны педиатры не допустили эпидемий детских инфекций. В послевоенные годы на педиатрических съездах особое внимание обращали на борьбу с болезнями периода новорожденности и тяжелыми формами пневмонии. В конце 1980-х гг. были предложены и внедрены инновационные подходы по снижению младенческой смертности. Безусловно, успехи общества во многом связаны с активным участием в его работе таких корифеев отечественной педиатрии, как А.А. Кисель, Г.Н. Сперанский, М.С. Маслов, В.И. Молчанов, А.Ф. Тур, Ю.Ф. Домбровская, В.П. Бисярина, М.Я. Студеникин, В.А. Таболин, Ю.Е. Вельтищев, В.А. Мазурин.

Так, съезды Всесоюзного и Всероссийского обществ детских врачей, являясь коллективным собранием профессионалов для обсуждения актуальных проблем научной и клинической педиатрии, вписали яркую страницу в историю

советской системы охраны здоровья детей, способствовали снижению детской смертности и заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

Проведенная в Москве 24–25 февраля 1994 г. Первая российская ассамблея «Охрана здоровья матери и ребенка» фактически стала местом первого осмысления педиатрами с привлечением широкой общественности чрезвычайно острых проблем медико-демографической ситуации в стране, состояния репродуктивного здоровья населения, сохранения здоровья детей и подростков в условиях тяжелейшего социально-экономического кризиса.

Проведенные в 1990-е гг. съезды и конгрессы СПР, особенно российские Национальные ассамблеи (1994 и 1998 гг.), приобрели особый статус, поскольку к их работе привлекались профильные комитеты законодательной власти, широкий круг ведомств исполнительной власти, общественных организаций. Тем самым решалась важнейшая задача – донести до властных структур информацию о состоянии здоровья детского населения и предложить первоочередные меры по оказанию ему профилактической и лечебной помощи.

Изучение истории СПР в XXI в. – дело будущих историков отечественной педиатрии.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Альбицкий Валерий Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России (Москва)

E-mail: albicky@nczd.ru

Шер Стелла Абельевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России (Москва)

E-mail: anastel@mail.ru

Закирова Лилия Александровна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России (Москва)

E-mail: lminikaeva@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аркавин Я.С. 2-й Всероссийский съезд педиатров в Москве // Врач. дело. 1923. № 16–17. С. 445–446.
2. Балева Л.С. XI Всесоюзный съезд детских врачей // Вопр. охраны материнства и детства. 1983. Т. 28, № 9. С. 71–76.
3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения). Вып. 9. М.: Союз педиатров России, 2009. 392 с.
4. Быстренин Н.Н. Под впечатлением Первого Всероссийского съезда детских врачей. Саратов, 1914. 22 с.
5. Власов В.А., Семенов Е.И. Съезды детских врачей и их роль в развитии отечественной педиатрии // Педиатрия. 1957. № 10. С. 21–29.
6. Гиппиус А.Ф. Историческая заметка о медицинских обществах в Москве // Труды Общества детских врачей, состоящих при Императорском Московском университете с приложением протоколов заседаний Общества. Год первый. М.: Товарищество типографии А.И. Мамонова, 1893. С. 3–7.
7. Дормидонтов А.А. Педиатрическая общественность на новых путях // Вопр. материнства и младенчества. 1935. № 1. С. 25–28.
8. Дормидонтов А.А. План работы Общества детских врачей в СССР в 1940 г. // Педиатрия. 1940. № 6. С. 116–117.
9. Ефимова А.А., Яцык Г.В., Шляхтина С.Э. XII Всесоюзный съезд детских врачей // Вопр. охраны материнства и детства. 1989. Т. 34, № 8. С. 70–75.
10. Кисляк Н.С. VIII Всесоюзный съезд детских врачей // Педиатрия. 1962. № 9. С. 88–94.
11. Мазурин А.В. Всероссийское научно-практическое общество детских врачей: история, вклад в развитие педиатрии (к 40-летию создания) // Педиатрия. 1997. № 1. С. 88.
12. Майданник В.Г. История организации международной ассоциации детских врачей и Первого съезда: факты известные и неизвестные // Педиатрия. 2005. № 2. С. 104–108.
13. Первое десятилетие Общества детских врачей в Санкт-Петербурге. 1885–1895. СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1896. 154 с.
14. Раухфус К.А. Успехи применения противодифтерийной сыворотки в России. По материалам, собранным соединенной комиссией Общества детских врачей и Общества русских врачей в Санкт-Петербурге. СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1898. 136 с.
15. Резолюция V Всесоюзного съезда детских врачей // Материалы V Всесоюзного съезда детских врачей. 5–10 июня 1935 г. Ленинград: Ленинградское отделение ОГИЗ, Биомедгиз, 1936. С. 9–10.
16. Резолюция VII съезд детских врачей СССР // Педиатрия. 1958. № 2. С. 88–95.
17. Сперанский Г.Н. Первый Республиканский Всероссийский съезд детских врачей // Вопр. охраны материнства и детства. 1959. Т. 4, № 5. С. 3–5.

18. Троицкий И.В. Устав (проект) Общества детских врачей России. Харьков: Типография журнала «Мирный труд», 1908. 15 с.

19. Труды Общества детских врачей, состоящих при Императорском Московском университете с приложением протоколов заседаний Общества. Год десятый. 1901–1902. М. : Товарищество «Печатня С.П. Яковлева, 1902. С. 11–13, 35–36.

20. Труды Первого Всероссийского съезда детских врачей в Санкт-Петербурге, с 27–31 декабря 1912 г. Издание Оргкомитета под ред. Г.Б. Конухеса. СПб.: Типо-литография Н.Л. Ныркина, 1913. 697 с.

21. Труды VI Всесоюзного съезда детских врачей, посвященного памяти профессора Н.Ф. Филатова. 26 мая – 1 июня 1947 г. М. : Госиздательство медицинской литературы, 1948. 536 с.

22. Тур А.Ф. Открытие II Всероссийского съезда детских врачей // Труды Второго Всероссийского съезда детских врачей. 19–24 октября 1964 г., Ленинград. Ответ. редактор Л.С. Кутина. М., 1966. С. 5–9.

23. Устав Всесоюзного педиатрического научного общества // Труды VI Всесоюзного съезда детских врачей, посвященного памяти

профессора Н.Ф. Филатова. 26 мая – 1 июня 1947 г. М. : Госиздательство медицинской литературы, 1948. С. 509–514.

24. Устав Общества детских врачей. М. : Экономическая жизнь, 1927. 20 с.

25. Устав Общества детских врачей в С-Петербурге. СПб. : Типо-литография П.И. Шмидта, 1886. 15 с.

26. Устав Общества детских врачей, учрежденного при Императорском Московском университете с разрешения Министерства Народного Просвещения в 1891 г. М. : Типо-литография Выс. утв. Т-ва И.Н. Кушнерев и Ко, 1892. 14 с.

27. Ярославская М.М. Общества детских врачей должны перестроить план своей работы на военный лад // Педиатрия. 1942. № 4. С. 7–9.

28. III Всесоюзный съезд детских врачей. 3 июня 1925 г. Ленинград. Бюллетень № 1. Л., 1925. 12 с.

29. IV Всесоюзный съезд детских врачей. Москва, 1927. Программа и тезисы. М., 1927. 118 с.

30. X Всесоюзный съезд педиатров // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 1975. № 4. С. 3–6.

31. Союз педиатров России. М., 2009. С. 19.

REFERENCES

1. Arkavin Ya.S. The 2nd All-Russian congress of pediatricians in Moscow. Vrachebnoe delo [Medical business]. 1923; Vol. 16–17: 445–6. (in Russian)

2. Baleva L.S. XI All-Union Congress of pediatricians. Voprosy okhrany materinstva i detstva [Issues of Protection of Motherhood and Childhood]. 1983; Vol. 28 (N 9): 71–6. (in Russian)

3. Baranov A.A., Albitskiy V.Yu. The mortality of children population in Russia (tendencies, causes, and ways to reduce). Vol. 9. Moscow: Soyuz peditrov Rossii, 2009: 392 p. (in Russian)

4. Bystrenin N.N. Under the impression of the First all-Russian Congress of pediatricians. Saratov, 1914: 22 p. (in Russian)

5. Vlasov V.A., Semenov E.I. Congresses of pediatricians and their role in the development of Pediatrics. Peditriya [Pediatrics]. 1957; Vol. 10: 21–9. (in Russian)

6. Gippius A. F. A historical note on medical societies in Moscow. Proceedings of the Society of children's doctors, including at the Moscow Imperial University with the application protocols of the meetings of the Society. Year first. Moscow: Tovarishestvo tipografii A.I. Mamontova, 1893: 3–7. (in Russian)

7. Dormidontov A.A. Pediatric public in new ways. Voprosy materinstva i mladenchestva [Issues of Motherhood and Infancy]. 1935; Vol. 1: 25–8. (in Russian)

8. Dormidontov A.A. The work plan of the Society of children's doctors in the Soviet Union in 1940. Peditriya [Pediatrics]. 1940; Vol. 6: 116–7. (in Russian)

9. Efimova A.A., Yatsyk G.V., Shlyakhtina S.E. XII all-Union Congress of pediatricians. Voprosy okhrany materinstva i detstva [Issues of Protection of Motherhood and Childhood]. 1989; Vol. 34 (N 8): 70–5. (in Russian)

10. Kislyak N.S. VIII All-Union Congress of Pediatricians. Peditriya [Pediatrics]. 1962; Vol. 9: 88–94. (in Russian)

11. Mazurin A.V. All-Russian scientific-practical society of children's doctors: the history, contribution to the development of Pediatrics (the 40th anniversary). Peditriya [Pediatrics]. 1997; Vol. 1: 88 p. (in Russian)

12. Maydannik V.G. History of the international Association of pediatricians and the First Congress: facts known and unknown. Peditriya [Pediatrics]. 2005; Vol. 2: 104–8. (in Russian)

13. The first decade of the Society for pediatric doctors in St. Petersburg. 1885–1895. Saint Petersburg: Tipografiya M.M. Stasyulevicha, 1896: 154 p. (in Russian)

14. Raukhfus K.A. The success of the use of diphtheria serum in Russia. Materials collected by the Conjoint Board of the Society for pediatric physicians and the society of Russian physicians in St. Petersburg. Saint Petersburg: Tipografiya M.M. Stasyulevicha, 1898: 136 p. (in Russian)

15. Resolution V All-Union Congress of children's doctors. Materials of V All-Union Congress of pediatricians. 5–10 June 1935.

Leningrad: Leningradskoe otdelenie OGIZ, Biomedgiz, 1936: 9–10. (in Russian)

16. Resolution of the VII Congress of children's doctors of the USSR. Peditriya [Pediatrics]. 1958; Vol. 2: 88–95. (in Russian)

17. Speranskiy G.N. The first Republican Congress of children's doctors. Voprosy okhrany materinstva i detstva [Issues of Protection of Motherhood and Childhood]. 1959; Vol. 4 (N 5): 3–5. (in Russian)

18. Troitskiy I.V. Charter (draft) Society of Pediatricians of Russia. Kharkov: Tipografiya zhurnala «Mirnyy trud», 1908: 15 p. (in Russian)

19. Proceedings of the Society of children's doctors, including at the Moscow Imperial University with the application protocols of the meetings of the Society. Year the tenth. 1901–1902. Moscow: Tovarishestvo «Pechatnya S.P. Yakovleva, 1902: 11–13, 35–36. (in Russian)

20. Proceedings of the First all-Russian Congress of children's doctors in St. Petersburg, 27–31 December 1912. Edition of the organizing Committee under the editorship of G.B. Konukhes. Saint Petersburg: Tipolitografiya N.L. Nyrkina, 1913: 697 p. (in Russian)

21. Proceedings of the VI All-Union Congress of pediatricians dedicated to the memory of Professor N. F. Filatov. May 26 – June 1, 1947. Moscow: Gosizdatelstvo meditsinskoy literatury, 1948: 536 p. (in Russian)

22. Tur A.F. Opening of the II All-Russian Congress of children's doctors. Proceedings of the Second All-Russian Congress of pediatricians. 19–24 October 1964, Leningrad. Response. editor L.S. Kutina. Moscow, 1966: 5–9. (in Russian)

23. Charter-Union of the pediatric academic society. Proceedings of VI all-Union Congress of pediatricians dedicated to the memory of Professor N. F. Filatov. May 26 – June 1, 1947. Moscow: Gosizdatelstvo meditsinskoy literatury, 1948: 509–14. (in Russian)

24. The Charter of the Society of children's doctors. Moscow: Ekonomicheskaya zhizn, 1927: 20 p. (in Russian)

25. The Charter of the Society of children's doctors in St. Petersburg. SPb.: Tipo-litografiya P.I. Shmidta, 1886: 15 p. (in Russian)

26. The Charter of the Society of children's doctors, founded at Moscow Imperial University with the permission of the Ministry of Education in 1891. Moscow (in Russian). Tipo-litografiya Vys. utv. T-va I.N. Kushnerev i Ko, 1892: 14 p. (in Russian)

27. Yaroslavskaaya M.M. Society of children's doctors have to rebuild the plan on a war footing. Peditriya [Pediatrics]. 1942; Vol. 4: 7–9. (in Russian)

28. III All-Union Congress of pediatricians. June 3 1925, Leningrad. Bulletin N 1. Leningrad, 1925: 12 p. (in Russian)

29. IV All-Union Congress of pediatricians. Moscow, 1927. Program and abstracts. Moscow, 1927: 118 p. (in Russian)

30. X All-Union Congress of Pediatricians. Peditriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo [Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky]. 1975; Vol. 4: 3–6.

31. The Union of pediatricians of Russia. Moscow, 2009. 19 p. (in Russian)