

О закрытии родильных домов в Удмуртии

В Удмуртской Республике сегодня одной из сложных и острых медико-социальных проблем является проблема, сложившаяся в службе родовспоможения, состоящая в нарастающем сокращении количества родильных домов и отделений, имеющая следующие важные аспекты:

- обоснованное раздражение населения Республики, лишаящегося возможности гарантированного, своевременного и качественного получения самого важного вида медицинской помощи — акушерской помощи;
- формирование у населения крайне отрицательного образа руководства Удмуртской Республики, постоянно выводящего средства республики через псевдоконцессии, сокращающего расходы на здравоохранение, включая самые необходимые направления, дезорганизуя систему здравоохранения и, при этом, постоянно повышающего расходы на госаппарат;
- вызванное снижением рождаемости отрицательное влияние на демографию, являющуюся для России в целом и каждого региона в отдельности одной из самых злободневных проблем.

Доводы властей Удмуртии, инициировавших процесс сокращения родовспомогательной службы Республики, достаточно просты. Они состоят в том, что малые родильные дома и родильные отделения в районах республики не в состоянии оказывать качественную медицинскую помощь, что вызывает высокие показатели детской и материнской смертности, поскольку они:

- имеют низкий уровень материально-технического обеспечения;
- находятся в плохом состоянии, не соответствующем современным требованиям;
- не имеют достаточного кадрового обеспечения;
- работающие там специалисты, не имея постоянной практики, утрачивают профессиональные навыки.

Соответственно, по мнению республиканского руководства, расходы на содержание таких подразделений нецелесообразны.

С 2015 года в Удмуртии были закрыты родильные отделения в следующих районах: Шарканский, Граховский, Киясовский, Якшур-Бодьинский, Красногорский, Сюмсинский, Кезский, Юкаменский, Каракулинский, Вавожский, Мало-Пургинский, Алнашский, Балезинский. Только в результате резкого общественного резонанса было предотвращено

заккрытие родильного отделения в Увинском районе. Таким образом, на сегодняшний день в Удмуртии ликвидировано, практически, 93% сельской акушерской службы.

В г. Ижевске в 2019 году был ликвидирован родильный дом №3. В 2022 году было принято решение о ликвидации родильного дома №2 при ГКБ №4.

В результате оптимизации службы родовспоможения в течение нескольких последних лет в Удмуртии осталось всего шесть населённых пунктов, в которых сохранилась возможность принимать роды в специализированных учреждениях (рис. 1):

Воткинск: Воткинская районная больница	40 коек
Глазов: Глазовская районная больница	38 коек
Можга: Можгинская районная больница	35 коек
Сарапул: Сарапульская районная больница	40 коек
Ува: Увинская районная больница	15 коек
Ижевск: РД №2 БУЗ УР ГКБ №4	65 коек
РД №5 БУЗ УР ГКБ №7	60 коек
РД №6 БУЗ УР РКДЦ	84 койки
РД №7 БУЗ УР РКБ №1	166 коек

Итого: 543 койки*

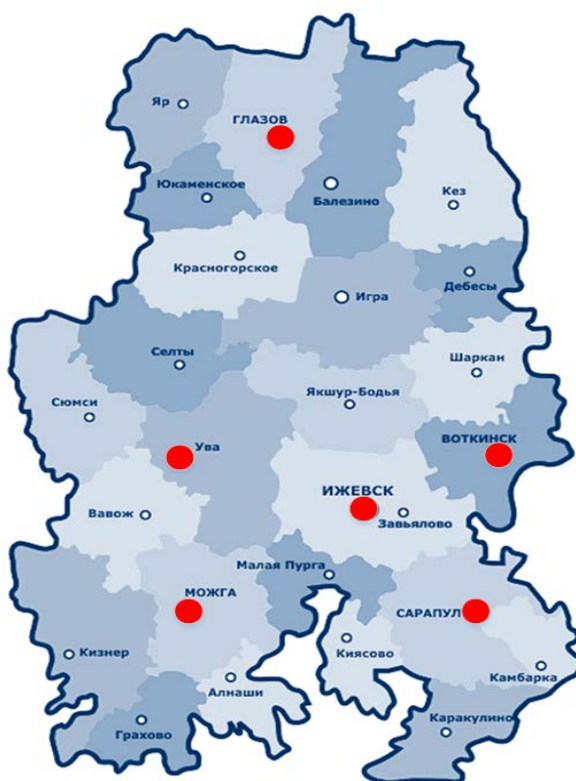


Рис. 1. Населённые пункты Удмуртии, сохранившие родильные дома.

Также в нескольких районных больницах республики сохранены койки для беременных с патологией:

Балезино: Балезинская районная больница	2 койки
Вавож: Вавожская районная больница	2 койки
Грахово: Граховская районная больница	2 койки
Якшур-Бодья: Якшур-Бодьинская районная больница	2 койки
Каракулино: Каракулинская районная больница	2 койки

Итого: **10 коек***

Таким образом, всего в Удмуртии для беременных и родильниц в настоящее время в наличии есть 553 койки*, подлежащие распределению в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 февраля 2014 г. №65н «Об утверждении методических рекомендаций по определению норматива числа коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности в акушерских стационарах III группы, норматива числа коек патологии новорожденных и недоношенных детей»

МЗ УР утверждает, что благодаря закрытию маломощных родильных отделений в районах и централизации акушерской службы в межрайонные центры городов республики и родильные дома г. Ижевска, в республике значительно снизились показатели младенческой смертности (рис. 2).

В связи с этим интерес представляет анализ и этого, и нескольких других показателей, динамика которых также позволяет оценивать состояние акушерской помощи в Удмуртии:

- материнская смертность;
- перинатальная смертность;
- количество аборт;
- рождаемость.

Анализ соответствующих сведений, представленных в диаграммах, позволяет составить более полное представление о процессах, происходящих в службе родовспоможения, а также увидеть влияние на них оптимизации, активно проводимой властями республики.

Также была проанализирована возрастная структура женского населения городов и сельских районов и её связь с развитием акушерской службы республики.

* — возможно, цифры не вполне точные, поскольку точная информация о специализированном коечном фонде в ЛПУ в открытых источниках (на информационных ресурсах МЗ УР, ТФОМС УР, ЛПУ) отсутствует.

Анализ и обсуждение фактического материала

В основу проведённого анализа было положено утверждение руководства Удмуртской Республики, состоящее в том, что основной задачей оптимизации службы родовспоможения является ликвидация неэффективного сельского звена с переводом женщин, нуждающихся в оказании акушерской помощи в города республики. Целью проводимой оптимизации, по мнению руководства республики, является повышения качества специализированной медицинской помощи и соответствующее улучшение основных медико-демографических показателей в Удмуртии. В ходе реализации принятых решений с 2015 года в Удмуртии были ликвидированы сельские родовые отделения в тринадцати районах республики (около 93% от их общего количества) и один родильный дом в г. Ижевске. Готовится к ликвидации ещё один родильный дом Ижевска.

В качестве положительного подтверждения обоснованности ранее принятых и принимаемых мер МЗ УР отметил снижение младенческой смертности.

Однако в ходе проведённого анализа, основанного на официальных данных, была выявлена иная, гораздо более сложная и негативная картина, описывающая состояние акушерской службы в Удмуртии, сложившееся в результате проводимой оптимизации.

При проведении анализа как по младенческой смертности, так и по другим показателям, нами использовались также относительные процентные значения, демонстрирующие степень различия исследуемых показателей в динамике их развития. Показатели сопоставлялись друг с другом как внутри территориальных групп (городское и сельское население, республика в целом) за разные годы, так и между разными группами населения за тот или иной год.

С учётом того, что в анализе использовались показатели генеральной совокупности, а не выборки, а также с учётом значительности отличий — как правило, десятки процентов — можно утверждать, что отличия между сравниваемыми показателя являются статистически достоверными.

Все использованные при проведении анализа сведения были взяты из открытых источников и представляют собой отчёты МЗ УР и Удмуртстата. По отдельным годам в отчётности МЗ УР информация о показателях отсутствовала без пояснения причин и, соответственно, эти периоды в анализ не включались.

Младенческая смертность

При анализе диаграммы с показателями младенческой смертности (рис. 3), действительно, на первый взгляд, наблюдается их снижение с наилучшими результатами в 2020 году.

Поскольку ликвидация акушерских подразделений осуществлялась в сельских районах республики, целью анализа были, прежде всего, показатели и их динамика именно в районах, а не в городах Удмуртии. И тут мы, к сожалению, можем говорить о значительном росте младенческой смертности в сельских районах республики, наблюдаемом в 2021 году, в котором **показатель превысил значение предыдущего года на 30,2%**.

Наглядным также оказался анализ динамики разрыва показателя младенческой смертности между городским и сельским населением. Так, **в 2014-2016 гг., разрыв достигал уровня 72,1-80,5%**. К 2018-2019 году разрыв снизился до 30,8-38,5%, а в 2020 году уровни, практически сравнялись. **Но в 2021 году разрыв вновь вырос, почти удвоившись, достигнув уровня 64,7%** (рис. 2).

Выявленную картину динамики показателя младенческой смертности в Удмуртии можно расценивать как следствие дисбаланса территориальной структуры акушерской и педиатрической помощи, когда в результате воздействия комплекса причин организационного характера в районах сохраняется низкая выживаемость детей в возрасте до 1 года.

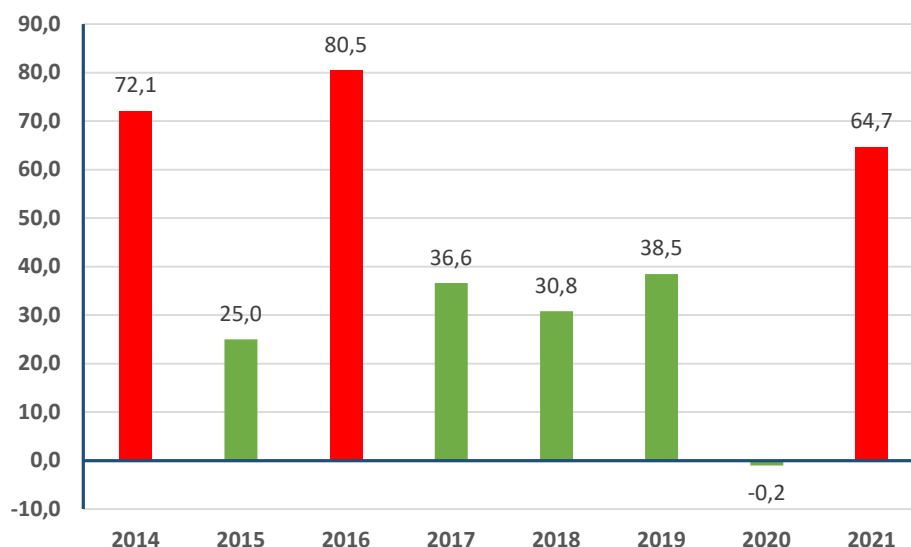


Рис. 2. Различия между показателями младенческой смертности в городах и сельских районах Удмуртской Республики (%)

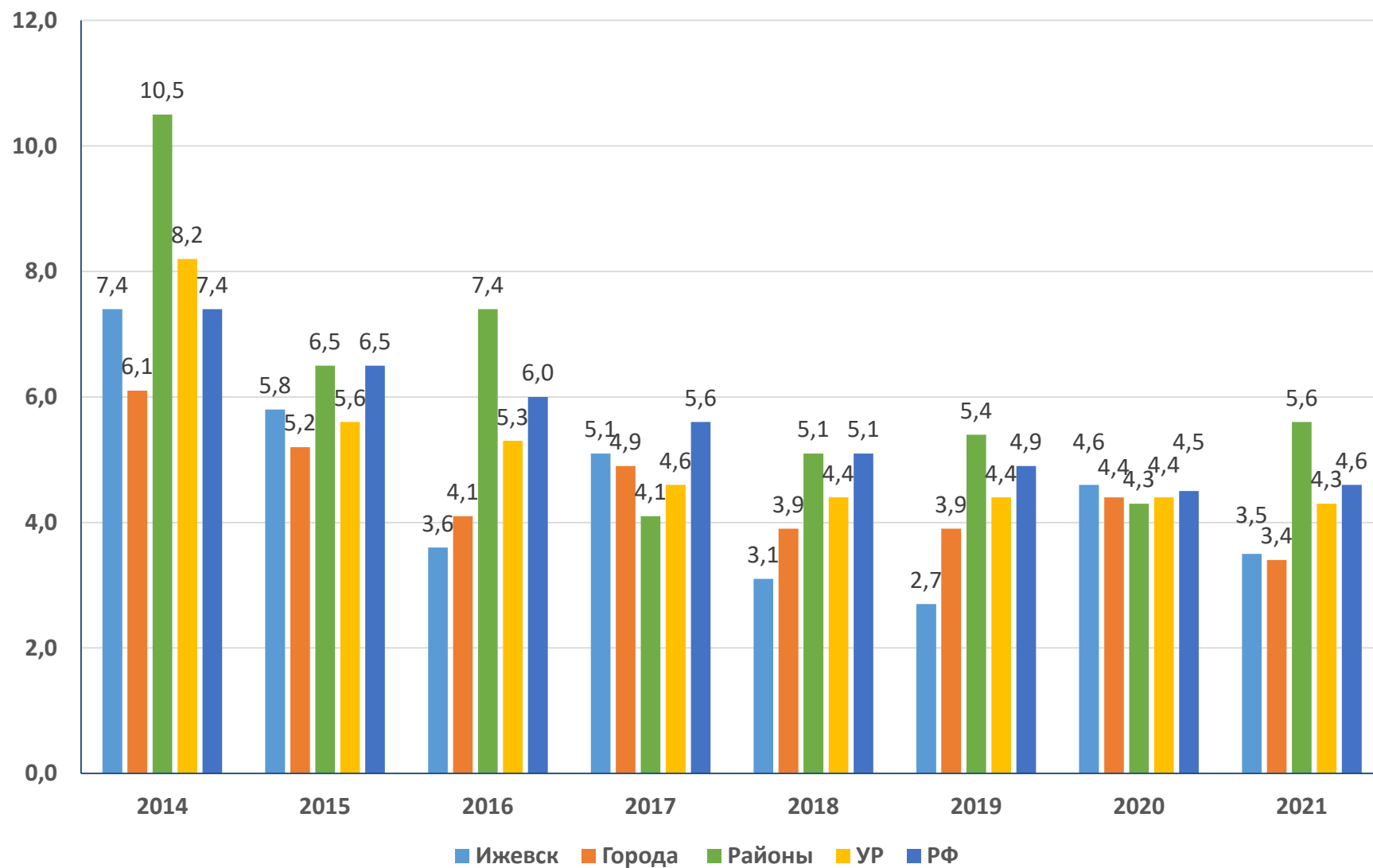


Рис. 3. Показатели младенческой смертности в УР (на 1000 живорожденных) за 2014-2021 гг.

Материнская смертность

Особый интерес вызывает динамика такого показателя, как материнская смертность (рис. 6), поскольку он в значительной мере отражает не только качество приёма родов, но и качество протекания всего дородового периода у женщин, уровень медицинской помощи, получаемой ими в течение всей беременности, готовность плода к рождению и женского организма к родам.

При анализе динамики разрывов показателя у женщин, проживающих в городах и сельских районах (рис. 4) было установлено, что после значительных колебаний в 2015 и 2016 годах (так, в 2015 году материнская смертность в районах превышала городской показатель на 53%, а в 2016 году, напротив, была на 71% ниже городского значения), к 2018 году произошло выравнивание показателей, когда разрыв между ними составлял 10,5%. Однако уже в следующем, 2019 году, мы наблюдаем резкий рост материнской смертности в районах республики, когда показатель в них превысил городское значение на 244,5%, притом, что в 2016 и 2018 годах материнская смертность в районах была на 71,0% ниже городской и на 10,5% выше, соответственно (рис. 4).

Тяжелая эпидемиологическая ситуация 2021 года, вызванная Ковид-19, повлияла на смертность в целом, значительно увеличив её. Однако следует указать на то, что материнская смертность в сельских районах в этом году также возросла и превысила городские значения на 70,1%, что едва ли может быть объяснено одной лишь только сложной эпидемиологической обстановкой (рис. 4).

Не может не обратить на себя внимания рост показателя материнской смертности в сельских районах республики в 2019 и 2021 годах после снижения, наметившегося в 2015-2018 гг. (рис. 5). Так, показатель 2015 года в 2019 году был превышен в 1,6 раза, а в 2021 и вовсе в 3,3 раза (рис. 5).

Эти наблюдения также свидетельствуют о дисбалансе в службе родовспоможения в республике. В результате мер, принятых руководством республики без какого-либо организационно-методического обоснования специализированные медицинские структуры и сельское население, оказались разобщены между собой, что не могло не отразиться на доступности и качестве необходимой акушерской медицинской помощи и не вызвать рост материнской смертности.

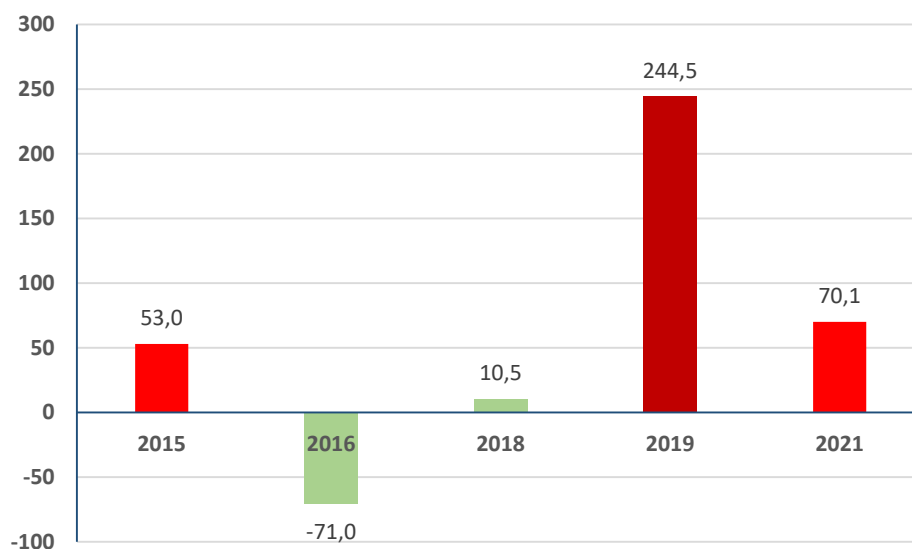


Рис. 4. Различия между показателями материнской смертности в городах и сельских районах Удмуртской Республики (%)

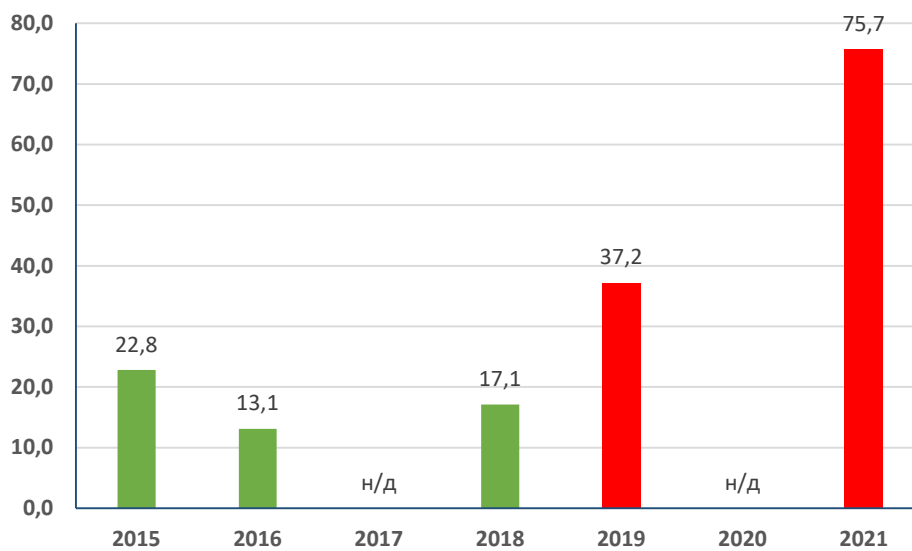


Рис. 5. Динамика показателя материнской смертности в районах Удмуртской Республики (на 100 000 живорождённых) за 2015-2021 гг.

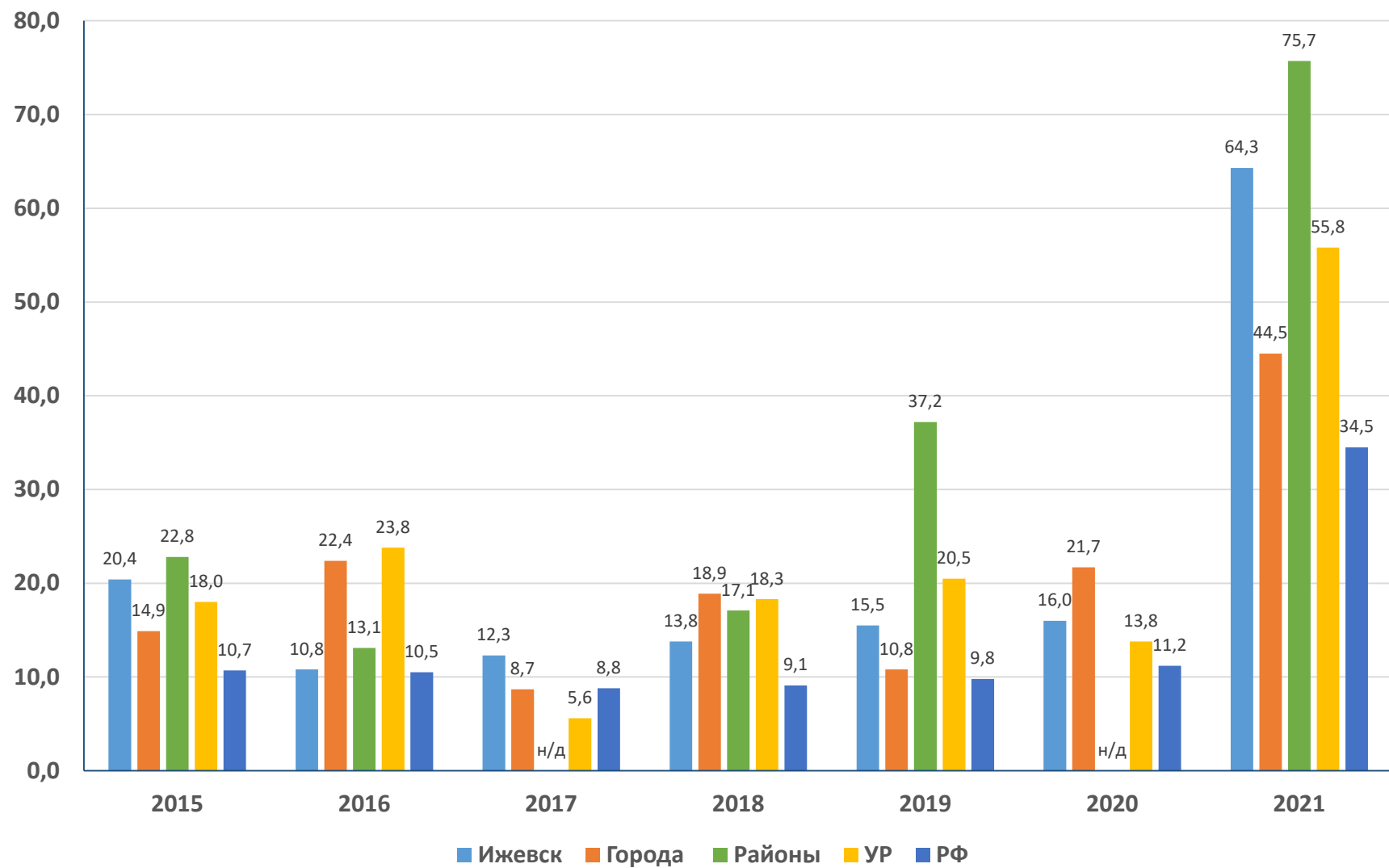


Рис. 6. Показатели материнской смертности в УР (на 100 000 живорождённых) за 2015-2021 гг.

Перинатальная смертность

Также значительный интерес представляет динамика перинатальной смертности — статистического показателя, отражающего все случаи смерти плода или новорожденного в период от 22-й недели беременности до 7-х суток после рождения (перинатальный период) (рис. 8). Перинатальная смертность включает в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность (смертность детей в возрасте 0-6 суток).

На рис. 7 представлена динамика изменения соотношения между показателями перинатальной смертности целевых групп — городского и сельского населения.

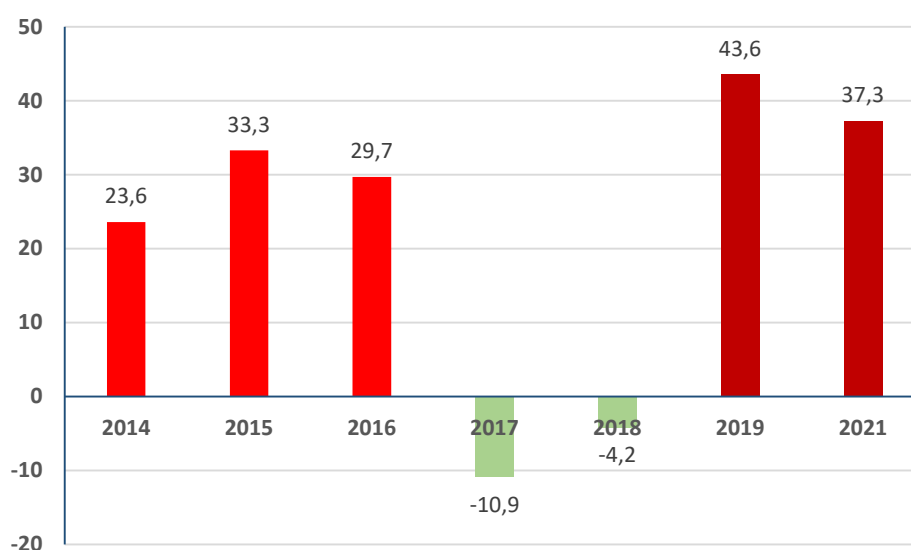


Рис. 7. Различия между показателями перинатальной смертности в городах и сельских районах Удмуртской Республики (%)

В 2014-2016 гг. наблюдается превышение перинатальной смертности в сельских районах, соответственно, на **23,6%, 33,3% и 29,7%** (рис. 7). В 2017 и 2018 годах в районах произошло снижение показателя и в районах он стал ниже, чем в городах на 10,9% и 4,2%, соответственно. Однако в 2019 и 2021 мы **вновь наблюдаем превышение перинатальной смертности в сельских районах, но только в ещё большей степени, чем это было ранее — на 43,6% и 37,3%, соответственно.**

Наблюдаемая картина позволяет говорить о том, что, в конечном итоге, изменения в акушерской службе, осуществленные в последнее время в результате принятых управленческих решений, оказали негативное влияние и на этот важный показатель.

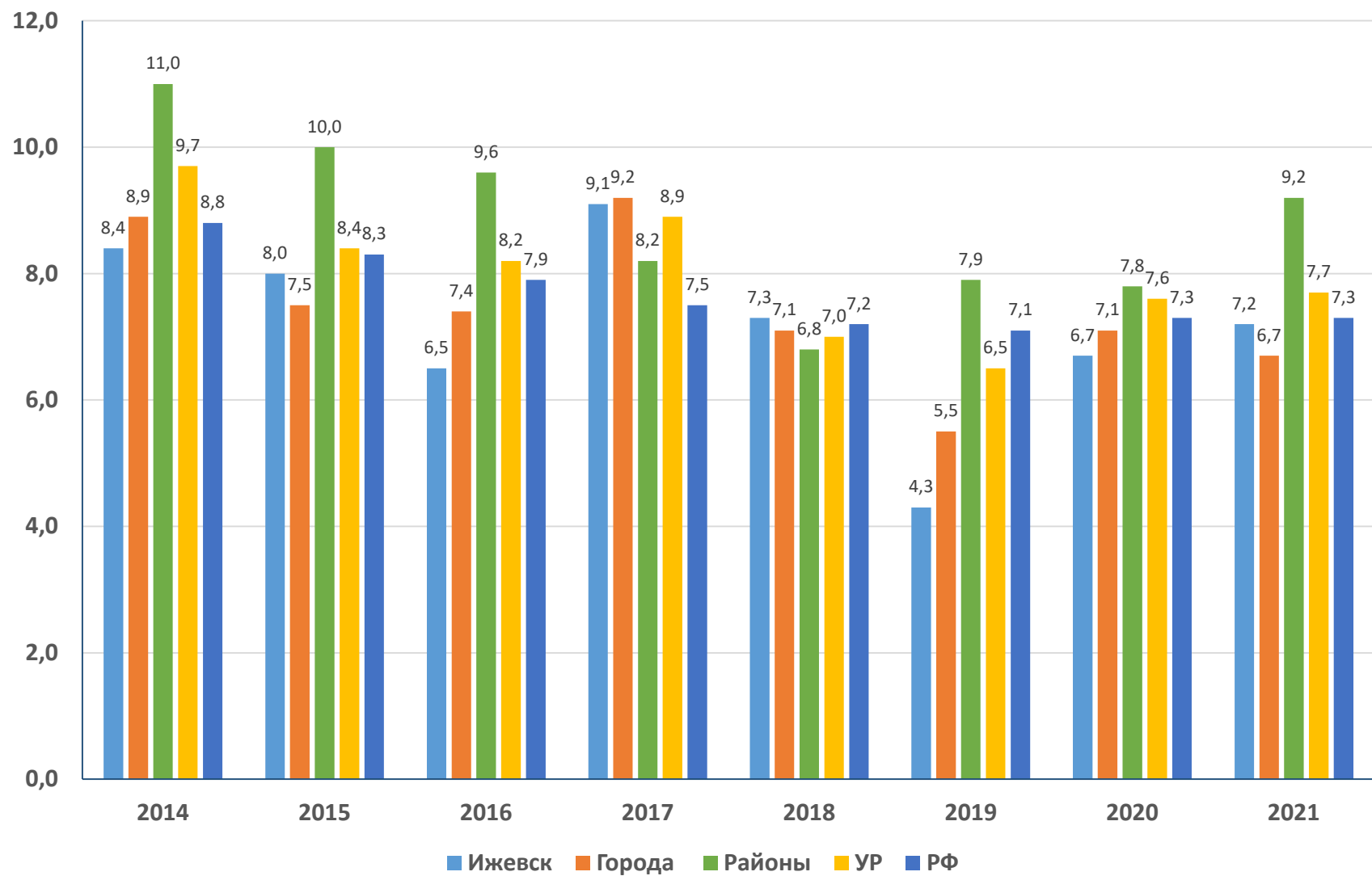


Рис. 8. Перинатальная смертность в УР (на 1000 родившихся живыми и мёртвыми) за 2014-2021 гг.

Уровень аборт

В Удмуртской Республике, как в России в целом, наблюдается устойчивое снижение уровня абортов. Это безусловно положительное явление, свидетельствующее о всё более осмысленном отношении народа к жизни и здоровью, к нравственным ценностям. Диаграмма на рис. 10 демонстрирует динамику уровня абортов в Удмуртии с 2015 по 2021 гг., которая подтверждает сказанное выше.

Представленные данные позволяют отметить особенность, имеющую отношение к анализируемой проблеме. Она состоит в том, что **в сельских районах уровень абортов значительно ниже, чем в городах республики — так, в 2015 и 2020 годах он был ниже более чем в два раза — 107,5% и 103,9%, соответственно (рис. 9).** Причины этого могут быть различными, это может быть комплекс причин, но вне зависимости от них, вне зависимости от мотивации женщин (их семей), важным является то, что женщины (их семьи) в районах республики, в целом, готовы сохранять беременность и рожать.

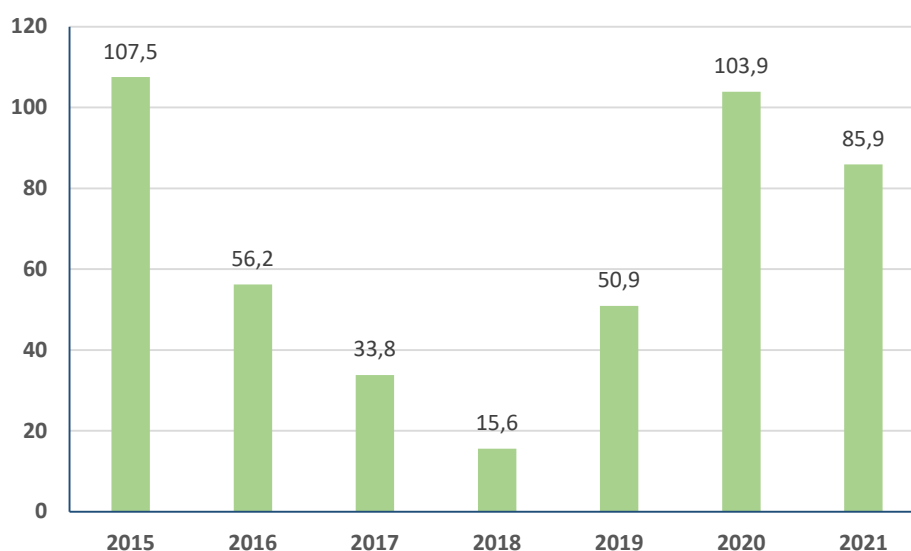


Рис. 9. Различие между уровнями абортов в городах и сельских районах Удмуртской Республики (%)

Динамика уровня абортов показывает сохраняющуюся более выраженную приверженность к сохранению беременности у женщин, проживающих в сельской местности. На этом основании можно утверждать, что при создании необходимых условий именно в районах представляется возможным более эффективно обеспечить рост рождаемости. В условиях нарастающего демографического кризиса это имеет крайне важное значение. Из сделанного наблюдения следует, что республика обязана уделять вопросам женского здоровья в сельской местности не меньшее внимание, чем в городах республики и создавать для беременных и родильниц, условия, соответствующие современным нормативно-правовым требованиям.

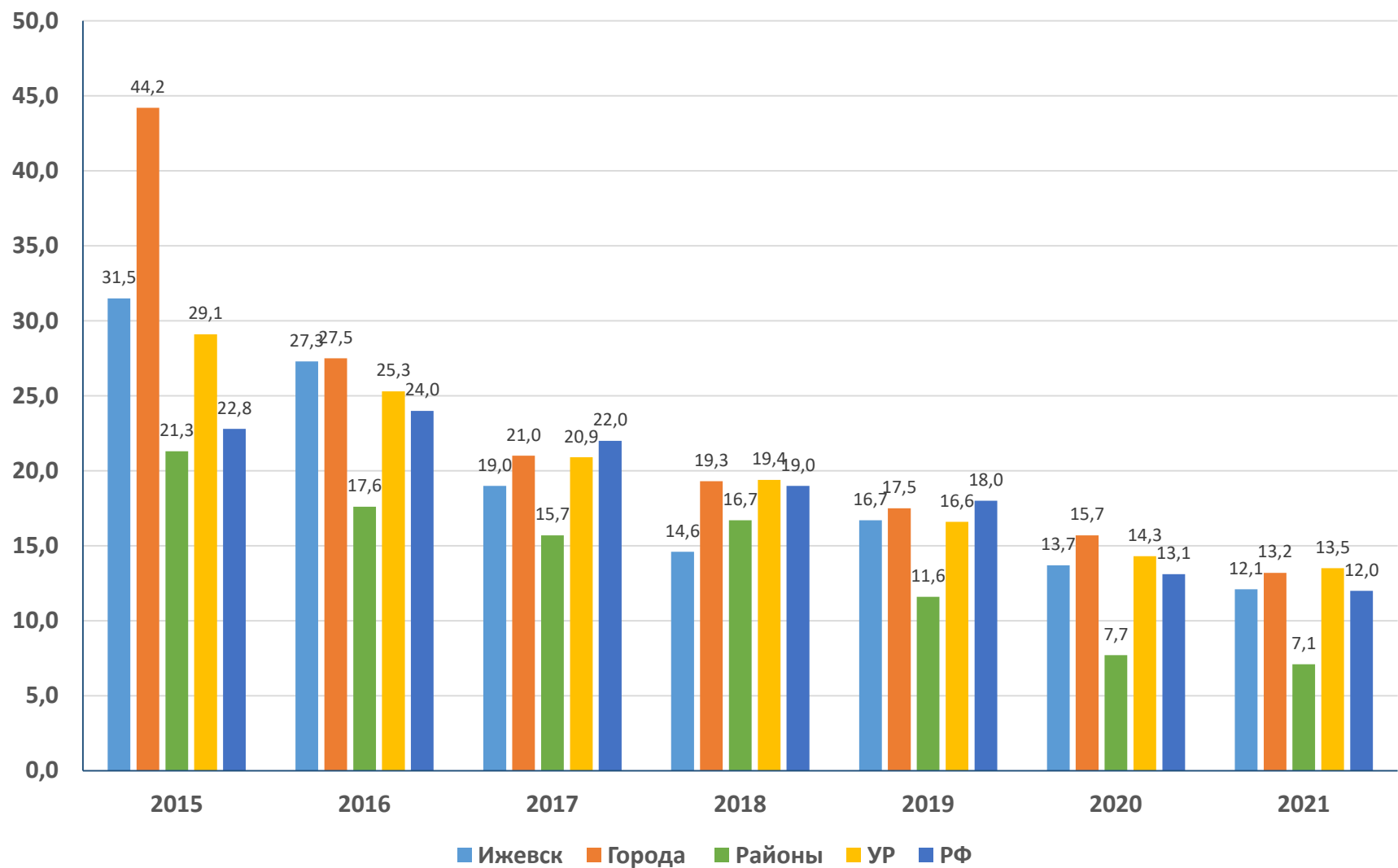


Рис. 10. Уровень абортов в УР (на 1000 женщин фертильного (15-49 лет) возраста) за 2015-2021 гг.

Рождаемость

Также нами была рассмотрена динамика рождаемости в Удмуртии. К сожалению, в России в целом и в подавляющем большинстве регионов страны наблюдается снижение рождаемости. Представленные в диаграмме на рис. 11 сведения с 2007 по 2021 год это подтверждают.

С учётом цели проводимого анализа нами были рассмотрено соотношение коэффициентов рождаемости городского и сельского населения в Удмуртии. Динамика выраженного в процентах различия между этими двумя группами представлена в диаграмме на рис. 12. Обращает на себя внимание то, что с 2007 по 2014 годы различие колебалось в диапазоне от 23% до 39%, а начиная с 2015 резко снизилось, достигнув в 2017 году 3,4%.

Очень демонстративно то, что коэффициент рождаемости в городах республики, который имел одинаковые значения в 2007 и 2017 годах (11,7 на 1000 человек населения) в 2007 году уступал сельскому коэффициенту рождаемости 32,5%, а в 2017 году лишь 3,4%. Это могло бы свидетельствовать о том, что, либо женщины в городах стали рожать намного больше, чем в сельской местности, либо о том, что женщины в сельской местности стали рожать намного меньше, чем рожали ранее. С учётом всех известных обстоятельств очевидным является именно второй вариант.

К сожалению, наблюдаемая динамика рождаемости подтверждает негативное влияние на неё действий, осуществленных руководством республики в отношении акушерской службы. Ликвидация районного звена родовспоможения вызвала обеспокоенность населения, которая трансформировалась в страх, в опасение невозможности качественного и своевременного получения акушерской помощи.

Помимо имеющего крайне важное значение для деторождения психологического, эмоционального компонента, говоря о снижении рождаемости в сельских районах, следует прямо указать на **прямое нарушение Приказа МЗ РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»**, осуществлённое при принятии решений о ликвидации акушерской помощи в районах Удмуртии. Речь идёт о принципиальной **невозможности исполнения требования приказа о 20-ти минутной доступности**, содержащегося в Приложении №3 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утверждённом указанным Приказом МЗ РФ.

Даже если допустить то, что все станции скорой медицинской помощи будут полностью укомплектованы нормативным количеством медицинского персонала и исправного транспорта, **осуществить своевременную доставку**

беременной, оказавшейся в критическом состоянии в родильное отделение, с учётом загруженности дорожной сети, состояния дорог в разное время года, для подавляющего большинства мест проживания не представляется возможным.

Утверждения руководства о пустующих городских родильных домах не соответствуют действительности, что подтверждается информацией в открытых источниках, в социальных сетях, в которых беременные и роженицы обмениваются между собой впечатлениями и говорят о койках, стоящих в коридорах и других крайне неприятных и опасных проявлениях дезорганизации службы, вызванной управленческими решениями руководства республики (например, https://vk.com/wall5420002_4699). Очевидно то, что эта информация, как противоречащая утверждениям руководства республики, никак не официализируется.

Следует указать на то, что у населения, практически, нет претензий к медицинскому персоналу родильных домов, который работает в условиях запредельных нагрузок. Все претензии и недовольство адресованы именно руководству республики и МЗ УР.

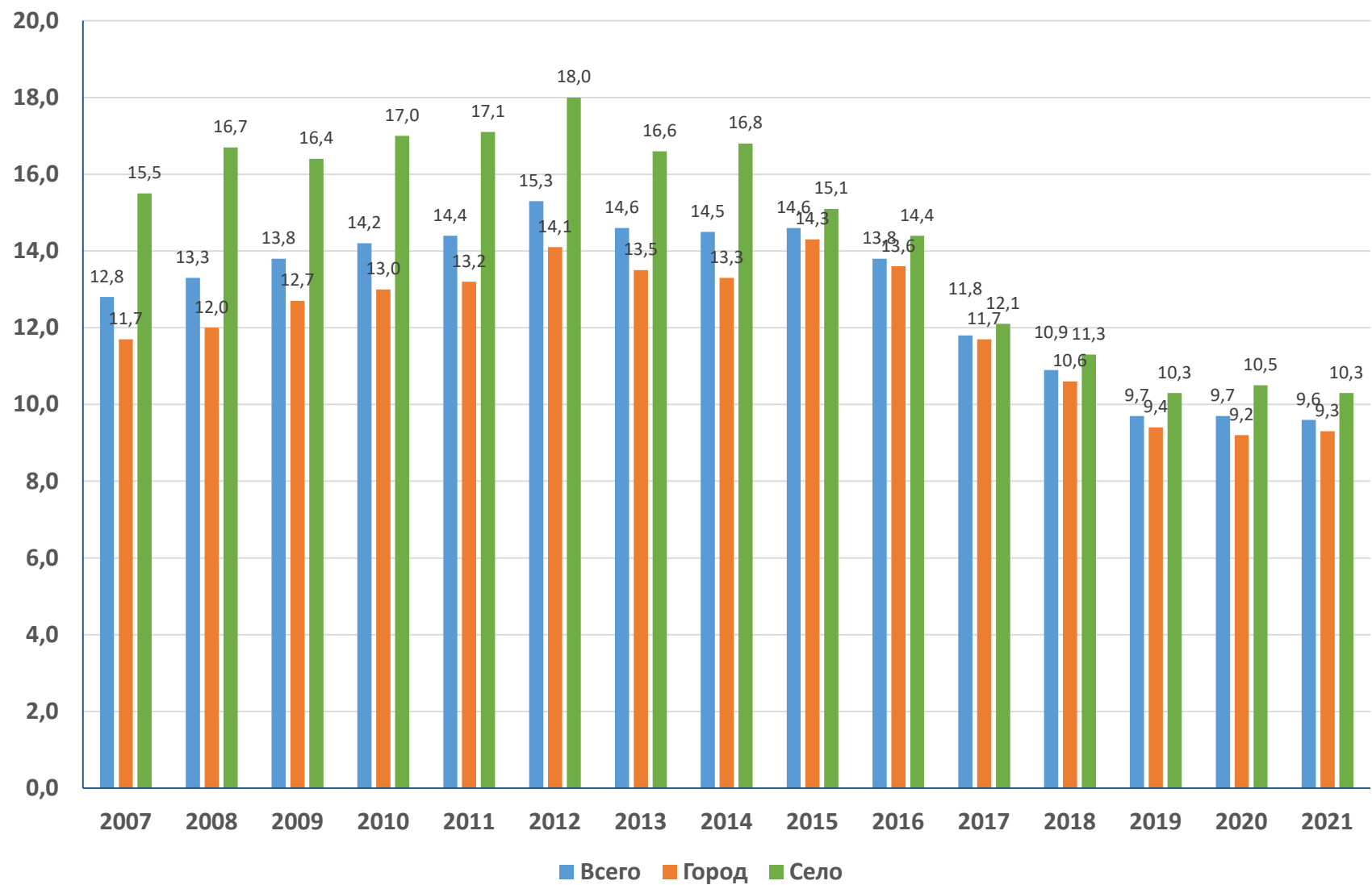


Рис. 11. Общие коэффициенты рождаемости населения в УР (на 1000 человек населения) за 2007-2021 гг.

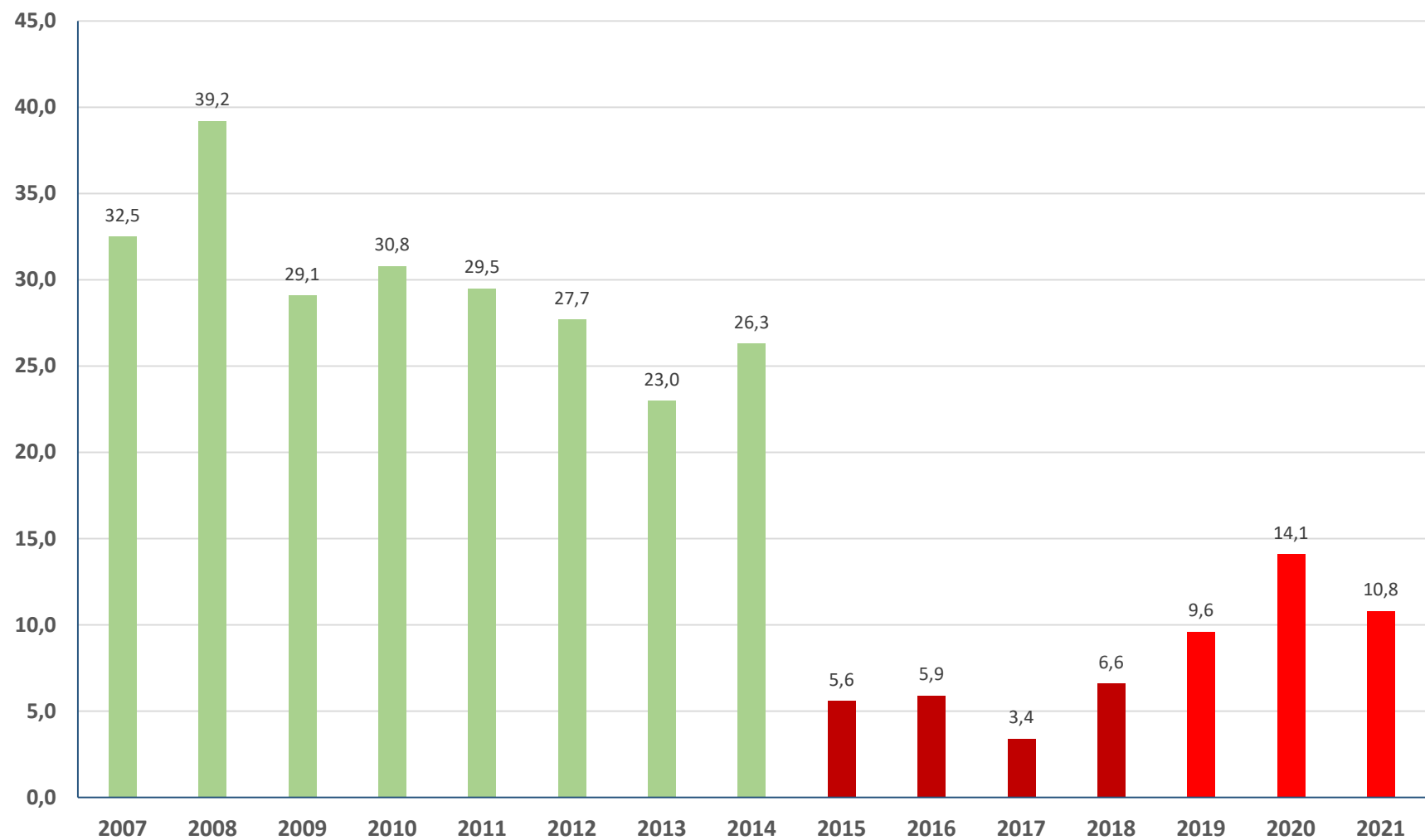


Рис. 12. Соотношение коэффициентов рождаемости городского и сельского населения в УР (на 1000 человек населения, %) за 2007-2021 гг.

О значении возрастно-половой структуры населения для планирования акушерской помощи в Удмуртии

При анализе состояния службы родовспоможения обязательным является оценка возрастно-половой структуры населения республики. **Имеющиеся цифры не только прямо указывают на ожидаемый уровень предстоящих потребностей системы здравоохранения, но и позволяют ориентироваться в вопросах определения стратегии и тактики развития акушерской службы.**

На рис. 13 представлено распределение населения Удмуртии по полу и возрасту с указанием демографических волн по состоянию на начало 2022 года. Демографические волны возрастной пирамиды отражают изменения в характере прироста и убыли населения под влиянием нарушений в численности и возрастной структуре населения или в интенсивности его воспроизводства, вызванных, например, войной. Такая деформация надолго оставляет след в возрастной структуре населения, проходя через все более и более младшие возрасты, в течение столетия и более.

На возрастную структуру может положительно влиять принятие социально значимых законодательных актов (о продолжительности отпуска по беременности и родам, пособия при рождении ребенка, «материнском капитале» и т.п.).

Изменения в возрастно-половой структуре оказывают прямое влияние на демографические и социально-экономические явления, волнообразно меняя число рождений и смертей, масштабы трудовых ресурсов, мобилизационные возможности вооружённых сил государства и т.п.

Органы государственной власти определяя социально-демографическую политику, политику экономического развития регионов и страны в целом, обязаны учитывать демографические волны:

- во-первых, с целью компенсации демографических потерь, вызванных теми или иными негативными факторами (войнами, экономическими и политическими кризисами и т.п.);
- во-вторых, с целью адекватного планирования бюджетных расходов в социальной сфере, не допуская автоматического переноса параметров бюджета периодов демографического спада на следующий период его роста.

Контурсы диаграммы на рис. 13, в той или иной степени, повторяют рисунок как общероссийской возрастно-половой структуры населения, так и структуры во многих других регионах страны.

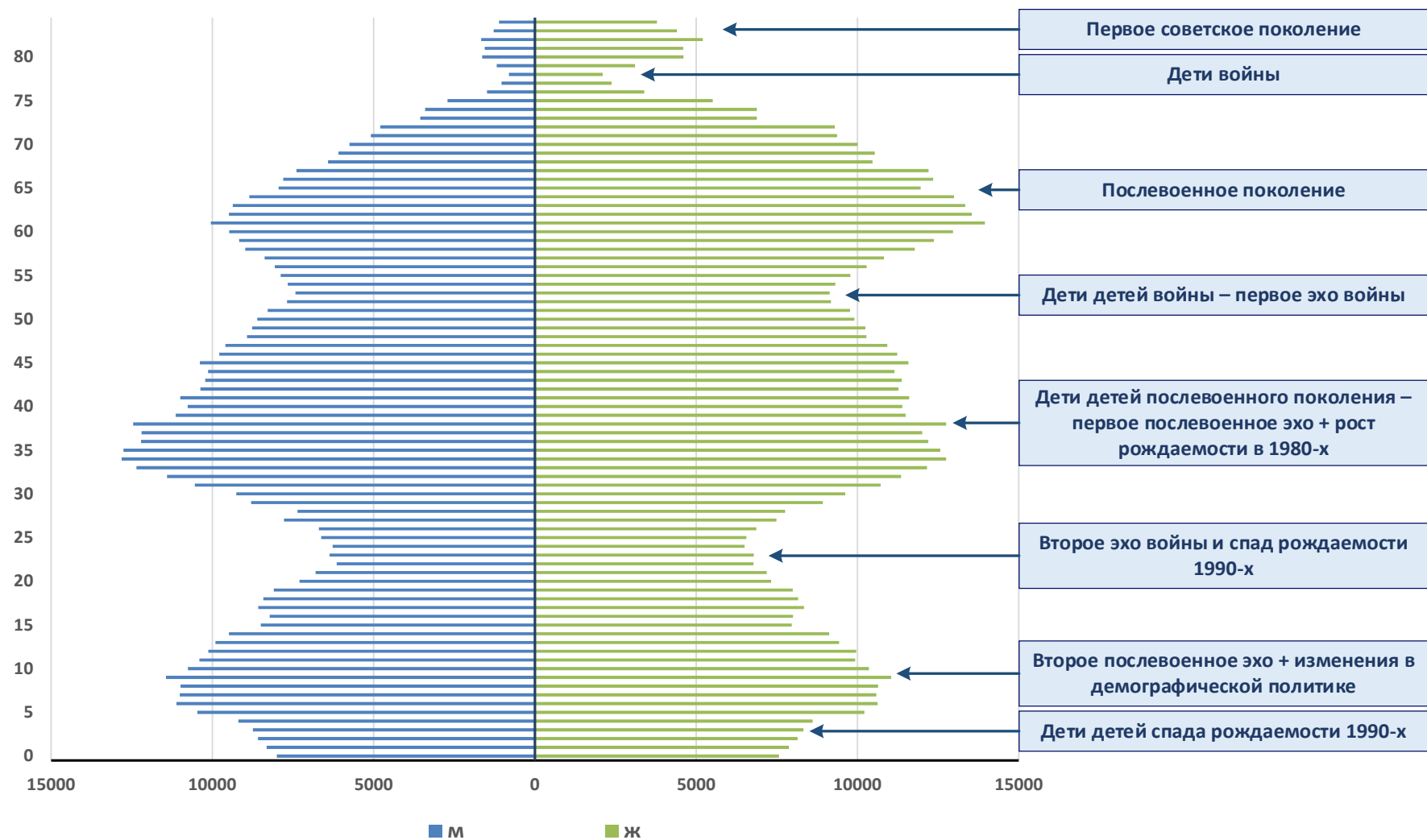


Рис. 13. Распределение населения Удмуртской Республики по полу и возрасту с указанием демографических волн по состоянию на начало 2022 года.

При оценке развития акушерской службы в Удмуртии в обязательном порядке следует обратиться к информации о возрастной структуре женской части населения республики. Это необходимо для адекватной реализации национального проекта «Демография» и исполнения обязанностей руководства республики по обеспечению соответствия учреждений здравоохранения нормативно-правовым требованиям и объективным потребностям населения республики.

Для наглядного представления демографического состояния в республике нами было выделено городское и сельское женское население Удмуртии в возрасте от нуля до 49 лет — официальной верхней границы женского фертильного возраста (рис. 14).

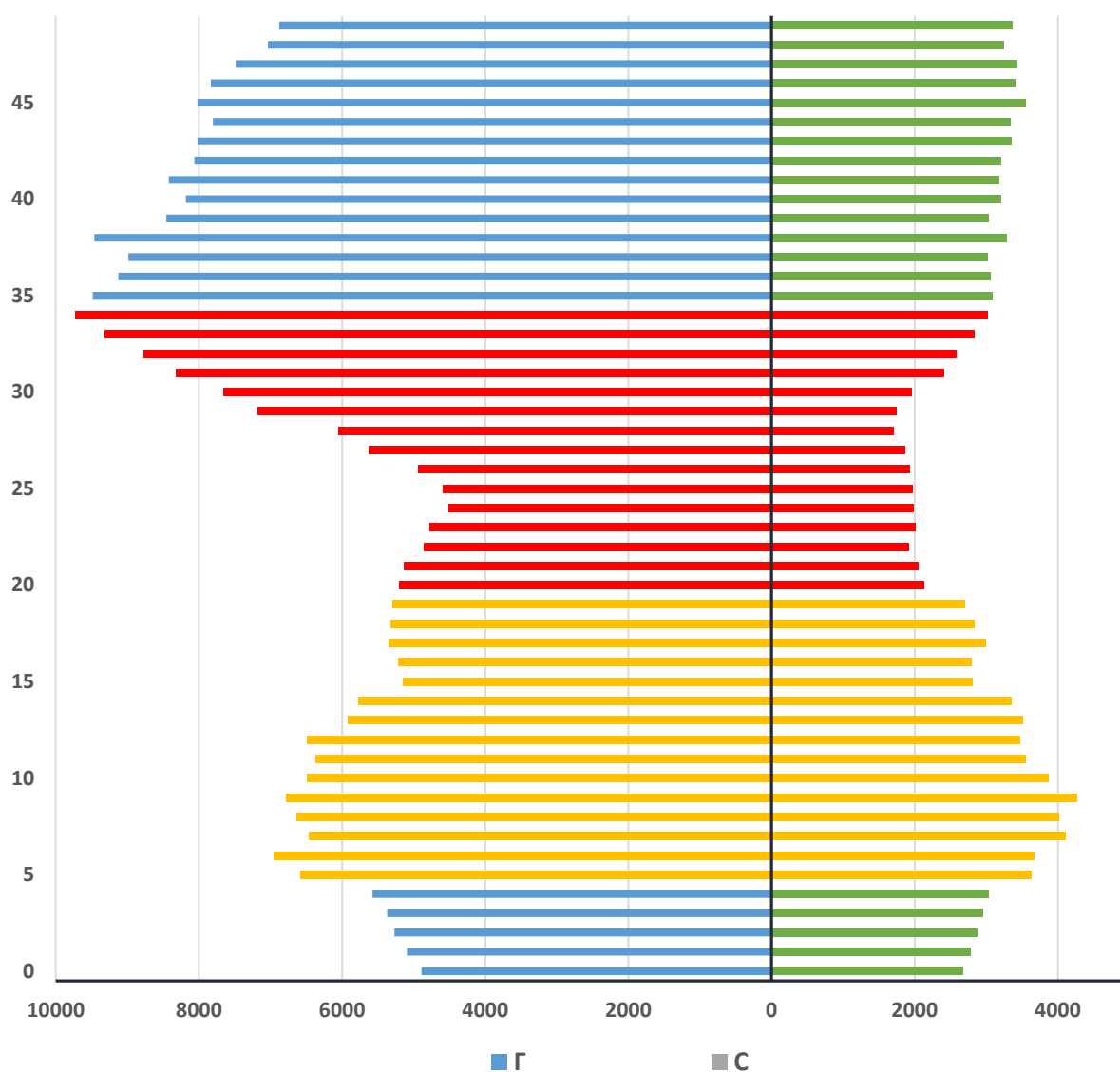


Рис. 14. Распределение проживающих в сельских районах и городах девочек, девушек и женщин в возрасте от нуля до 49 лет по состоянию на начало 2022 года.

По данным института демографии НИУ ВШЭ имени А.Г. Вишневого (Демоскоп Weekly, №911-912, 7 сентября - 20 сентября 2021) по состоянию на 2020 год наиболее высокая рождаемость в России отмечается у женщин в трёх возрастных группах: 20-24, 25-29 и 30-34 года (рис. 15). Именно эти возрастные группы обеспечивают около 80% рождаемости.

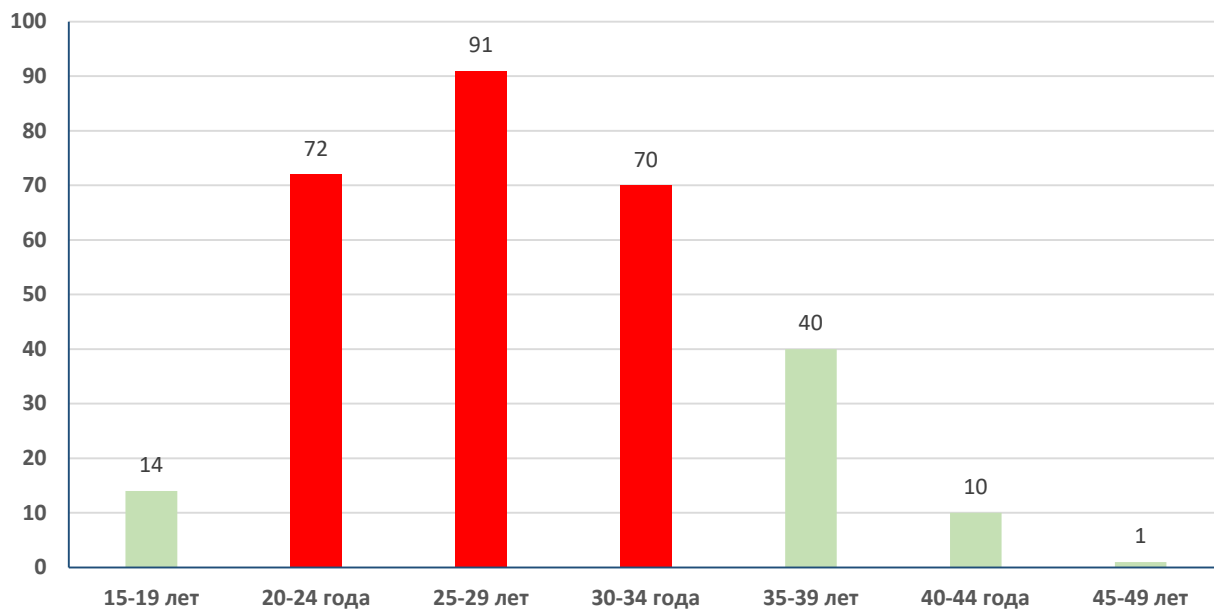


Рис. 15. Возрастные коэффициенты рождаемости у женщин разных возрастных групп в Российской Федерации в 2020 году (родившихся на 1000 женщин соответствующей возрастной группы).

Соответственно, данные группы, составившие первую когорту, включающие в себя женщин, которые сегодня вносят основной вклад в рождаемость в Удмуртии, были выделены нами в диаграмме на рис. 14 красным цветом. Также мы видим, что именно эти возрастные группы сформированы, по преимуществу, девочками, родившимися во время демографического спада (см. рис. 13) — это дети «второго эха войны» и социальной катастрофы 1990-х и именно в них наблюдается наименьшее количество женщин.

Но при этом мы также видим, что уже сейчас возрастные группы с наибольшей рождаемостью вновь стали увеличиваться в объёме, поскольку они начинают наполняться детьми, рождёнными во время очередной демографической волны — волны, обусловленной «вторым послевоенным эхом», усиленной положительными изменениями в демографической политике государства, направленными на стимулирование рождаемости. И этот рост будет продолжаться на протяжении, практически пятнадцати (!) последующих лет, как в городе, так и в сельской местности.

Женское население, находящееся сейчас в возрасте от пяти до 19 лет, которое в ближайшие 15 лет обеспечит около 80% рождаемости в республике, было отнесено нами ко второй когорте. В диаграмме на рис. 14 эта когорта была выделена оранжевым цветом.

Для понимания того, как количественно соотносятся эти две когорты, первая когорта тех, кто обеспечивает 80% рождаемости сейчас и вторая когорта, включающая в себя тех, кто будет делать это в ближайшие 15 лет, нами было выполнено сравнение их численности, как по отдельности — в городах и сельских районах, так и без территориального разделения. В диаграмме на рис. 16 представлено соотношение численности городского и сельского населения по когортам.

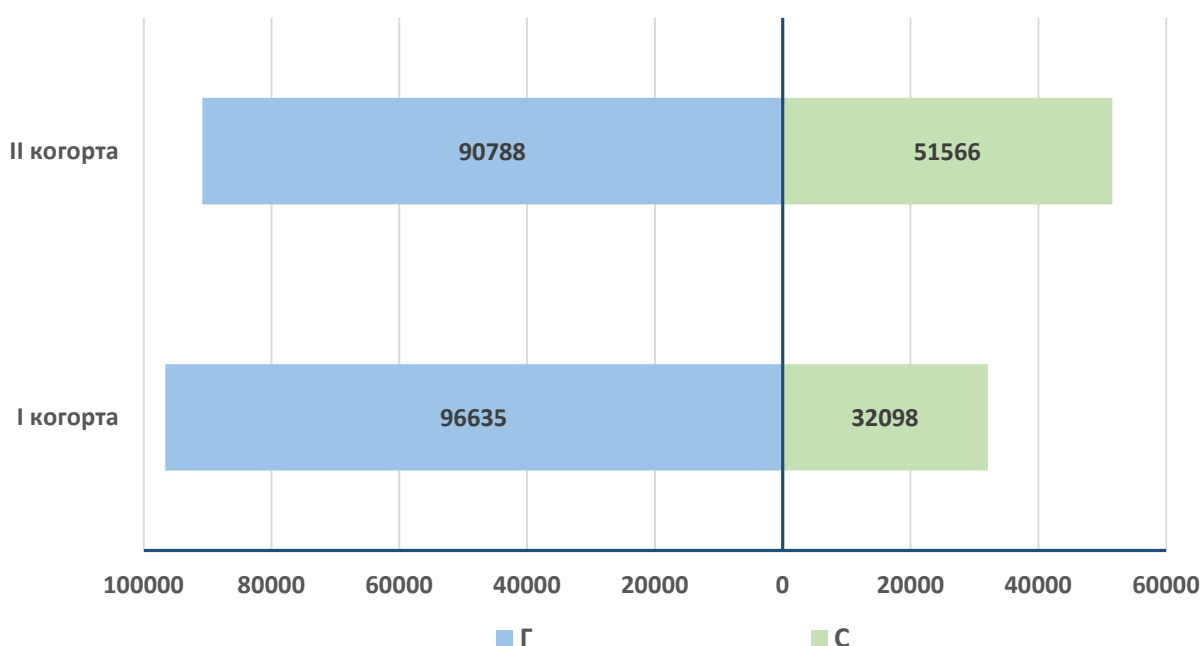


Рис. 16. Численность городского и сельского женского населения в когортах, включающих возрастные группы, обеспечивающие 80% рождаемости в настоящее время и в предстоящие 15 лет.

Общая численность женского населения в I и II когортах составила 128733 и 142354 человек, соответственно. В диаграмме на рис. 17 представлены различия (%), как между численностью когорт в целом, так и городского и сельского женского населения из обеих когорт в отдельности, рассчитанные по данным, представленным на рис. 16. **Численность когорты II в городах ниже, чем когорте I на 6,1%, в сельских же районах она, напротив, выше на 60,7%. В целом вторая когорта превосходит первую по численности на 10,6%.**

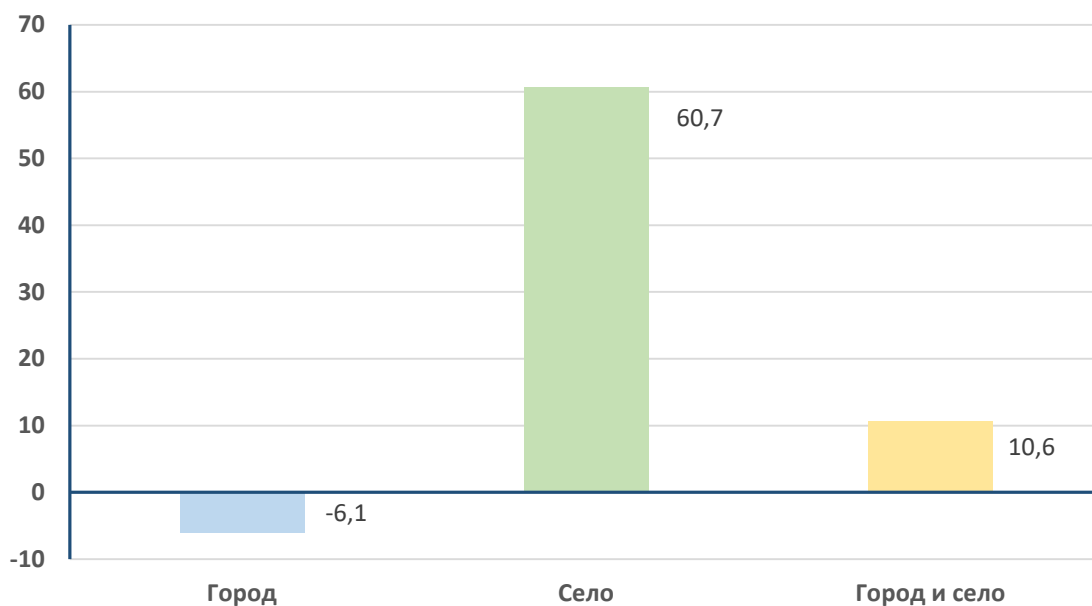


Рис. 17. Различия численности между I и II когортами в целом, а также для городского и сельского женского населения в отдельности (%).

Из представленных результатов прямо следует, что **женское население Удмуртии, которое обеспечит основной вклад в рождаемость в следующий период, превосходит нынешнее на 10,6%.** При этом в сельских районах превышение составляет **60,7% (!).**

Совершенно очевидно, что при адекватной реализации государственной демографической, социально-экономической политики в республике, этот **рост женского населения в состоянии обеспечить так остро необходимый прирост рождаемости.**

Также очевидно, что эту важнейшую и народную, и государственную потребность в детях необходимо обеспечивать всем необходимым — от женских консультаций и родильных домов, до детских садов и школ.

Основываясь на полученных результатах **можно с уверенностью утверждать, что в Удмуртии какие-либо действия, направленные на сокращение акушерской службы, на ликвидацию родильных отделений и родильных домов КАТЕГОРИЧЕСКИ НЕДОПУСТИМЫ, как в прошлом, так и сейчас.**

Напротив, республика, и, прежде всего, сельские районы, уже сегодня нуждаются в дополнительных акушерских койках к тому их количеству, которое было до оптимизации. Это обусловлено тем, что **в ближайшие полтора десятилетия, как было показано выше, республика БУДЕТ ИСПЫТЫВАТЬ ВСЁ ВОЗРАСТАЮЩУЮ ПОТРЕБНОСТЬ В АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЕ.**

О закрытии в г. Ижевске родильного дома №2 при ГКБ №4

С учётом всей представленной выше информации ликвидация родильного дома №2 является абсолютно недопустимой по следующим основаниям:

- родильный дом №2 расположен и оказывает помощь женщинам в самом крупном районе г. Ижевска — Ленинском районе;
- в родильном доме №2 нет ни одного критически важного дефекта, который бы препятствовал его функционированию. Все имеющиеся вопросы по его внутреннему устройству относятся к числу разрешимых;
- население Ленинского района, по преимуществу, исповедует ислам — религию, которая сегодня в стране в наибольшей степени сохраняет традиционные устои. Именно население, исповедующее ислам и приверженное традиционным ценностям, способно наиболее эффективно реагировать на меры государственной демографической политики;
- родильный дом №2 расположен таким образом, что именно он наиболее близок к населённым пунктам западной, юго-западной и южной частей Завьяловского района и к Мало-Пургинскому району. Кроме того, в него при определённых обстоятельствах, могут обращаться жители и других районов этого направления.

И самое важное обстоятельство, препятствующее ликвидации родильного дома №2 — с учётом ожидаемого в ближайшие годы роста рождаемости вследствие подхода очередной демографической волны, обусловленной «вторым послевоенным эхом», усиленной положительными изменениями в демографической политике государства, а также положительными изменениями в демографической политике России, решение вопроса о существовании родильного дома №2 возможно **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПОСЛЕ СТРОИТЕЛЬСТВА НОВОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА, ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕННОГО В ЛЕНИНСКОМ РАЙОНЕ г. ИЖЕВСКА** и в той же локации, что связано с наличием в ГКБ №4 детского реанимационного отделения, способного оказывать неонатологическую помощь, а также в силу высокой востребованности его населения и населения окружающих сельских районов в родильном доме.

Отдельный вопрос по решению руководства республики о ликвидации родильного дома №2 состоит в том, каким образом им было исполнено

требование Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно ст. 29.1. Ликвидация медицинских организаций, прекращение деятельности обособленных подразделений медицинских организаций, которая была введена в действие Федеральным законом от 29.12.2017 №465-ФЗ.

Так, согласно требованиям закона (ч. 2 ст. 29.1) в отношении медицинской организации, подведомственной исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации или органу местного самоуправления, **принятие решения о ее ликвидации, прекращении деятельности ее обособленного подразделения осуществляется на основании положительного заключения комиссии по оценке последствий принятия такого решения, которая создается исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации и в состав которой на паритетной основе входят представители законодательного (представительного) органа государственной власти субъекта Российской Федерации, исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации, представительного органа муниципального образования, на территории которого находится медицинская организация или ее обособленное подразделение, органа местного самоуправления, осуществляющего полномочия учредителя медицинской организации, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, указанных в части 3 статьи 76 настоящего Федерального закона, и общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья. Порядок проведения оценки последствий принятия такого решения, включая критерии этой оценки, а также порядок создания комиссии по оценке последствий принятия такого решения и подготовки ею заключений устанавливается исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.**

Неизвестно, каким образом принимались решения о ликвидации 93% родильных отделений в сельских районах Удмуртии и каким образом при этом было соблюдено требование ч. 3 ст. 29.1:

В отношении единственной медицинской организации, подведомственной исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, расположенной в сельском населенном пункте, принятие решения о ее ликвидации, прекращении деятельности ее обособленного подразделения осуществляется в порядке, установленном частью 2 настоящей статьи, с учетом мнения жителей данного сельского населенного пункта, выраженного по результатам общественных (публичных) слушаний, проведение которых организуется

исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим полномочия учредителя указанной медицинской организации. Порядок проведения общественных (публичных) слушаний, предусмотренных настоящей частью, и определения их результатов определяется исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2014 года N 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации».

Безусловно, необходима самая строгая проверка того, кем и каким образом принимались решения о ликвидации учреждений и подразделений акушерской службы в Удмуртии.

Краткое заключение

Если бы власти республики были действительно озабочены развитием демографии, то они бы уже сейчас попытались сформировать программу действий, направленных на компенсацию предстоящего через 15 лет демографического спада, когда в детородный возраст начнут входить дети детей, рождённых в 1990-е годы (см. рис. 13, 14).

Результаты проведённого анализа прямо указывают на то, что вместо ликвидации районного звена акушерской службы и родильных домов в г. Ижевске, **руководство республики обязано было предпринимать меры по кадровому и материально-техническому обеспечению акушерской помощи.**

Среди проблем, которыми следовало бы решать руководству республики и профильному министерству следует указать на наиболее острые:

- отсутствие эффективной системы подготовки и повышения качества специалистов акушерского и гинекологического профиля;
- отсутствие перинатального центра;
- катастрофическое состояние детской хирургической службы;
- приведение в соответствие деятельности перинатального консилиума;
- восстановление районного звена акушерской службы;
- развитие педиатрической помощи в сельских районах;
- развитие направления по оказанию помощи беременным с патологией.

Невозможно решать демографическую проблему, повышать рождаемость, лишая людей возможности рожать в современных и безопасных условиях.

Однако, вместо этого руководство Удмуртии, не имея никаких объективных оснований, исходя исключительно из стремления сокращения бюджетных расходов, перераспределения объёмов медицинской помощи и полукриминальных планов по навязыванию населению частной медицины, осуществило, фактически, антисоциальные, антидемографические действия, в результате которых Удмуртия вплотную столкнулась со следующими остро негативными последствиями:

- потеря и так недостающих в необходимом количестве акушеров-гинекологов районного звена, быстрое восполнение которых, на фоне кадрового кризиса в здравоохранении, в короткие сроки осуществить, практически, невозможно;

- отрицательная динамика показателей, отражающих состояние акушерской службы в сельских районах республики — рост младенческой, перинатальной и материнской смертности, снижение рождаемости;
- формирование негативного образа республиканской власти, не только неспособной улучшить или, хотя бы, сохранять состояние системы здравоохранения, но и целенаправленно её разрушающей.

Необходимо отдельно указать на то, что **власти республики для реализации демографической политики в Удмуртии (подобно властям многих других регионов), в рамках своей компетенции не предпринимали и не предпринимает никаких позитивных действий. Всё, что реализуется положительного — это общедоказательные меры, предусмотренные федеральными властями (пособия, материнский капитал и др.).**

Необходима проверка соблюдения требований ст. 29.1. Ликвидация медицинских организаций, прекращение деятельности обособленных подразделений медицинских организаций (введенной в действие Федеральным законом от 29.12.2017 №465-ФЗ) Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно.

Согласно требованиям, содержащимся в ст. 81 Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В ч. 3 ст. 81 прямо указано, что Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи **могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность**

превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

Также, в ч. 4 ст. 81 указывается на то, что при формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

...

- 2) особенности половозрастного состава населения;**
- 3) уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;**
- 4) климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций...**

Проверка соблюдения всех указанных в материале требований тем более необходима, поскольку во время обсуждений вопросов о ликвидации акушерских структур представители руководства ссылались на, якобы, прямые распоряжения Министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко, что невозможно, поскольку такого рода заявления федерального министра прямо бы противоречили законодательству РФ.

На основании всего сказанного, в качестве ключевого вывода о действиях руководства республики, можно говорить о том, что они направлены не на исполнение требований национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение», не на развитие демографии в Удмуртии, не на рост рождаемости и укрепления здоровья населения, а на стремление максимально, не считаясь с человеческими потерями, сократить бюджетные расходы, нарушая при этом действующее законодательство РФ.

Такого рода деятельность может быть квалифицирована как превышение служебных полномочий и халатность. В случае же выявления финансовых нарушений, связанных с выводением денежных средств, лоббирования частных интересов, речь может идти и о других нарушениях УК РФ.