

Тяжелые роды:

К чему приводит оптимизация российских роддомов

Появление на свет ребенка – один из важнейших моментов в жизни человека. При этом для матери процесс родов является одновременно радостным и тревожным, ведь традиционно он может сопровождаться целым рядом сложностей.

До современного этапа развития медицины нормой во всем мире была высокая материнская смертность в результате развития осложнений во время и после беременности и родов. Высока была и перинатальная смертность: из нескольких рожденных женщиной детей выжить могла, например, лишь половина. В настоящее время благодаря развитию медицины проблемы осложнений при беременности и родах в развитых странах фактически преодолены; доля смертельных исходов сведена к историческому минимуму.

В России широкая сеть государственных родильных домов была создана в советское время. Советские родильные дома подвергались критике в связи с бытовыми условиями для рожениц, недостаточным оснащением, некоторыми негативными с точки зрения развития ребенка практиками, например преждевременным отделением ребенка от матери. Тем не менее, благодаря действительно массовому открытию роддомов удалось добиться постоянного снижения показателей смертности и числа осложнений, а также высокой территориальной доступности таких учреждений: они появились фактически в каждом городе и районе.

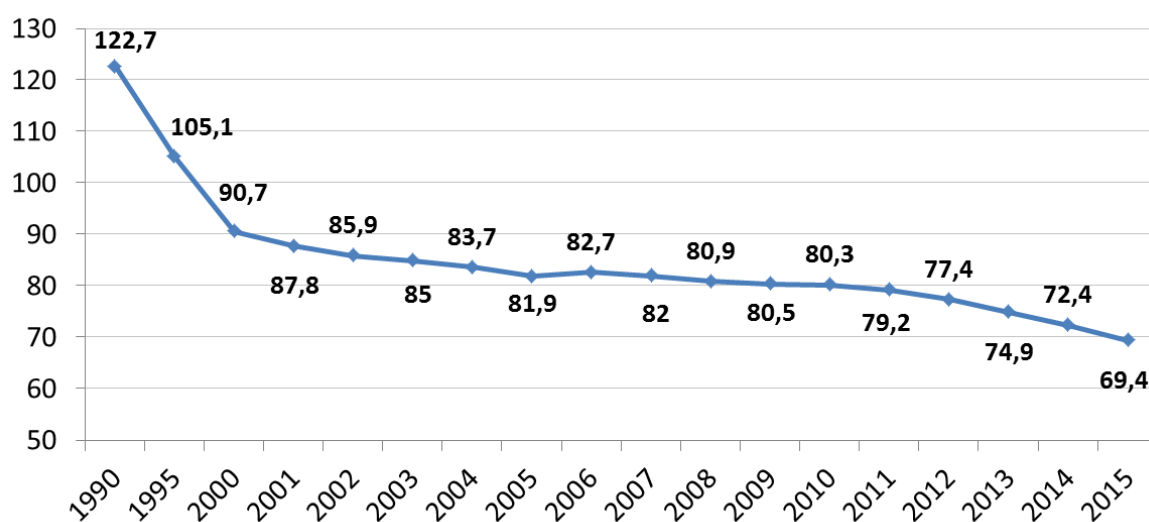
В настоящее время систему родильных домов в России коснулся общий для всей социальной сферы процесс т.н. «оптимизации» – сокращения числа медучреждений и их штата под эгидой повышения эффективности работы оставшихся подразделений. Во многом, этот процесс предусматривает закрытие родильных отделений в небольших населенных пунктах, перевод нагрузки на роддома и перинатальные центры в относительно крупных городах. В данном исследовании ЦЭПР разбирается, к каким последствиям может привести оптимизация сети российских роддомов, несет ли она в себе риски или угрозы для российских рожениц.

Как и зачем оптимизируют российские роддома?

Система родовспоможения в России, как совокупность акушерских и неонатологических учреждений здравоохранения, претерпела существенные изменения в постсоветский период. Существовавшая в СССР разветвленная сеть акушерских стационаров, включавшая в себя ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты) и родильные отделения районных больниц, охватывала даже удаленные территории страны, сравнительно небольшие населенные пункты.

Одним из центральных процессов в данной сфере за последние десятилетия стало сокращение инфраструктуры родовспоможения. Если в 1990 году в РСФСР функционировало 122,7 тысяч больничных коек для беременных женщин и рожениц, то в 2015 году их число составило 69,4 тысячи¹. Таким образом, за 25 лет количество коек сократилось на 43,4%. В расчете на 10 000 населения их число сократилось за данный период с 34,1 до 19,6 коек, или на 42,5%.

Число больничных коек для беременных женщин и рожениц, тысяч²



В период 2000-2015 гг. число коек сократилось почти на четверть – с 90,7 до 69,4 тысяч коек, или на 23,5%. В расчете на 10 000 населения сокращение менее существенно – с 23,1 до 19,6 коек (15%).

По числу больничных коек для беременных и рожениц современная Россия существенно уступает РСФСР предвоенных лет. Так в 1940 году в республике функционировало 90,7 тысяч коек, что на четверть больше, чем

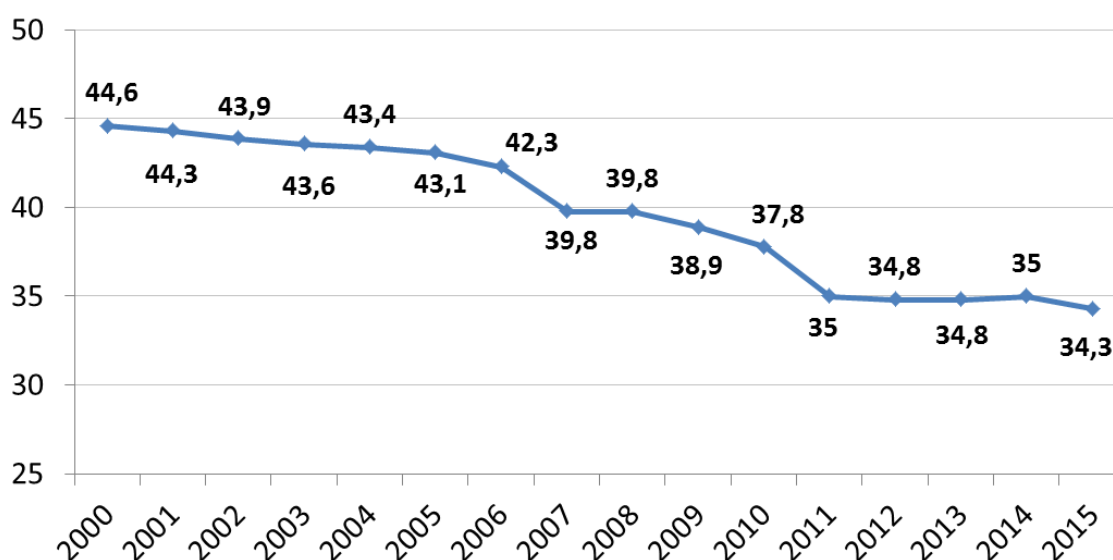
¹ Здесь и далее, по данным Российского статистического ежегодника – 2016, издание Росстата, http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078

² По данным Росстата, информация из сборников «Здравоохранение в России» за различные годы http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734

в настоящее время. Их текущее количество сопоставимо с показателем 1945 года (62,9 тысяч), когда социальная инфраструктура страны лежала в руинах.³

Число фельдшерско-акушерских пунктов в период с 2000 по 2015 год сократилось на 23,1% – с 44,6 до 34,3 тысяч учреждений. **Их количество сопоставимо с показателем РСФСР первых послевоенных лет.** Так в 1945 году, в условиях военной разрухи и разрушения инфраструктуры, в республике работало 31,4 тысячи фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, а в 1956 году – уже 43,4 тысячи, что на 21% больше, чем в 2015 году.⁴

Число фельдшерско-акушерских пунктов, тысяч⁵



За это же время с 16 до 14,3 тысяч, или на 10,6% **уменьшилось количество женских консультаций**, детских поликлиник, отделений (кабинетов).

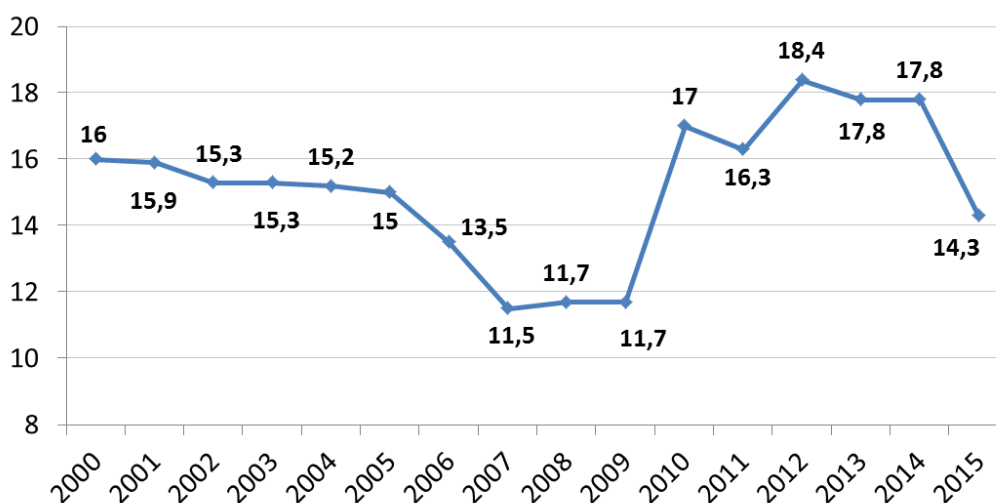
Интересно, что их число планомерно падало с 2000 по 2009 год, вероятно, из-за общего падения рождаемости в стране. При этом в 2010 году было зафиксировано резкое увеличение количества учреждений, достигшее пика в 2012 году. С тех пор их число опять падает – особенно существенное сокращение зафиксировано в 2015 году.

³ По данным статистического сборника «РСФСР за 40 лет», издание ЦСУ РСФСР, <http://istmat.info/node/17077>

⁴ Там же

⁵ По данным Росстата, информация из сборников «Российский статистический ежегодник» за различные годы, http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078

Число женских консультаций, детских поликлиник, отделений (кабинетов), тысяч⁶



Необходимо отметить, что сокращение инфраструктуры родовспоможения никогда не декларировалось властью в РФ как самоцель. Реформирование системы родовспоможения в постсоветской России ставило задачу улучшения показателей младенческой и материнской смертности, широкого доступа населения к высокотехнологической медпомощи.

Начиная с 2006 года, ключевым процессом «перестройки» российской системы родовспоможения стало **строительство региональных и федеральных перинатальных центров** – наиболее развитых, технически оснащенных и крупных медучреждений в данной сфере. Также в 2010-е годы на территории каждого из регионов **родовспоможение было организовано в виде трехуровневой системы.**

К первому уровню относятся самые маленькие родильные отделения (до 500 родов в год, принимаются лишь женщины с низкой степенью перинатального риска), ко второму – более крупные «межмуниципальные» роддома, к третьему – родильные дома и перинатальные центры, как правило, расположенные в региональных центрах, способные оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медпомощь⁷.

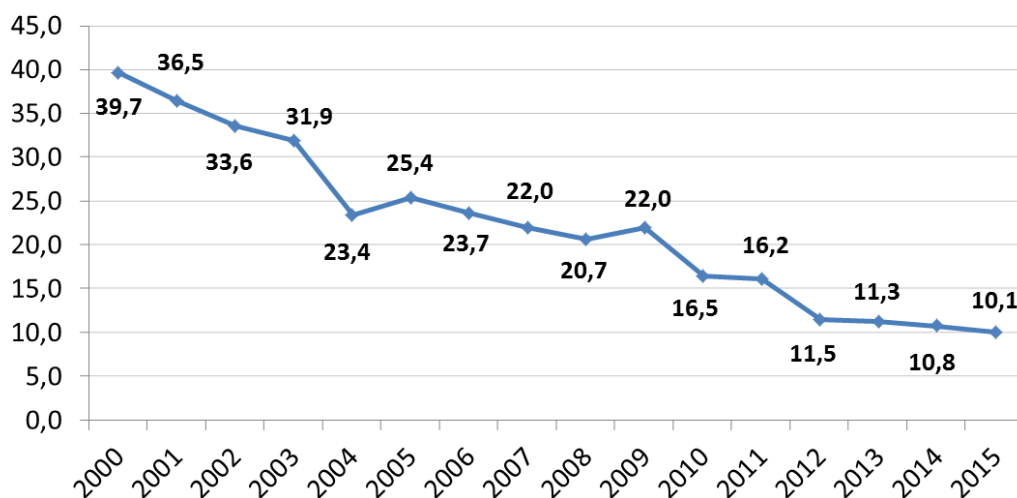
Координация между данными уровнями осуществляется по принципу т.н. «маршрутизации» – определенного порядка, по которому женщина по итогам «мониторинга беременности» в зависимости от выявленных рисков направляется в соответствующее (по техническому оснащению, квалификации врачей и условиям пребывания) медицинское учреждение.

⁶ Там же

⁷ <http://government.ru/orders/selection/405/14957/>

Эти и другие меры, действительно, привели к существенному улучшению показателей младенческой и материнской смертности.

Материнская смертность, случаев на 100 000 родов живых детей⁸



Материнская смертность в России в период с 2000 по 2015 год **снизилась почти в 4 раза** – с 39,7 до 10,1 случаев на 100 000 родившихся живыми детей. По этому показателю Россия приблизилась к большинству развитых стран, где материнская смертность составляет 6-9 случаев на 100 000 родов живых новорожденных (Великобритания – 9, Канада – 7, Германия – 6 и т.д.⁹).

Ввиду того, что число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода, в настоящее время сравнительно невелико, значения показателей материнской смертности, рассчитанные для регионов Российской Федерации, подвержены значительным колебаниям. Тем не менее, эти данные представляют интерес, **свидетельствуя о неравномерности качества работы системы родовспоможения на различных территориях РФ.**

По данным за 2015 год, значение коэффициента материнской смертности варьировалось от 0 в двадцати регионах до 57 умерших на 100 тысяч родившихся живыми в Магаданской области. Крайне высокой материнская смертность в 2015 году была также в Томской области (48), Республике Бурятия и Орловской области (по 35 умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тысяч родившихся живыми).¹⁰

Помимо улучшения ситуации в области материнской смертности, статистика показывает также существенное снижение количества случаев смерти детей в перинатальный период – от 22-й недели беременности до 7 суток после рождения. Коэффициент перинатальной смертности (на 1000

⁸ По данным Росстата, http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo23.xls

⁹ <http://knoema.ru/atlas>

¹⁰ <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/barom05.php>

родившихся живыми и мертвыми) за период с 2000 по 2015 год снизился на 37,1% – с 13,18 до 8,29 случаев.¹¹

Однако и в случае с перинатальной смертностью, прослеживается неравномерность данного показателя для различных территорий страны. Значение коэффициента перинатальной смертности варьировалось в 2015 году от 4,3 умерших в перинатальном периоде на 1000 родившихся живыми и мертвыми в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (в том числе 3,2 мертворожденных и 1,2 умерших в возрасте до 7 дней) до 18,8 в Чукотском автономном округе (10,1 и 8,8 соответственно).¹²

В ходе «перестройки» системы родовспоможения обнаружилось, что неблагоприятные исходы беременности и родов, по статистике, случаются чаще всего в наименее оснащенных и наиболее удаленных учреждениях первого уровня. Исходя из этого, одним из основных шагов стало перераспределение нагрузки между тремя уровнями медучреждений. На практике – стало открываться больше перинатальных центров, а «кочевая мощность» каждого из них еще больше увеличиваться. Однако происходить это стало во многом за счет сокращения услуг и сотрудников (а зачастую – и самих родильных отделений) учреждений первого уровня¹³.

Таким образом, существенная часть родильных отделений «на местах» подверглась и продолжает подвергаться т.н. «оптимизации». В ходе оптимизационного процесса родильное отделение может быть ликвидировано полностью, либо может быть урезано штатное расписание, ограничена специализация учреждения. Например, в отделении могут отменить круглосуточное дежурство врача-неонатолога (а значит, на ночные роды он будет приезжать из дома в нерабочее время), сократить пост детских медсестер (и тогда их работу будут вынуждены выполнять акушерки), уменьшить список медикаментов и технических устройств, рассчитанных на помощь в случае экстренных родов¹⁴.

В рамках функционирующей в России страховой системы здравоохранения работает принцип, по которому деньги из системы ОМС (обязательного медицинского страхования) следуют в лечебное учреждение «вслед за пациентом»: относительно обеспечены финансово лишь

¹¹ По данным Демографического ежегодника России – 2015, издание Росстата, http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312

¹² <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/barom05.php>

¹³ <https://livinginfrastructures.wordpress.com/blog/breaks/>

¹⁴ Там же

медучреждения с большим числом «клиентов», расположенные в крупных населенных пунктах¹⁵.

В этих условиях сокращение числа родов в конкретном родильном отделении делает его «нерентабельным» или «убыточным» для больницы, в структуру которой оно входит – возрастает вероятность его закрытия. Таким образом, **одним из последствий разделения учреждений родовспоможения на три уровня и сопутствующей оптимизации стало уменьшение числа роддомов и отделений в удалении от региональных центров, «на местах».**

К каким последствиям приводит оптимизация?

В 2015 году Общероссийский народный фронт провел мониторинг учреждений родовспоможения в 72 субъектах. Как выяснили в ОНФ, в рамках оптимизации здравоохранения в 2014–2015 гг. (менее чем за полтора года) в регионах было закрыто 25 роддомов, 16 родильных отделений в больницах, сокращено в общей сложности 1756 акушерских коек. По данным мониторинга, не стали сокращать акушерские койки только в 35 субъектах РФ, что составляет половину исследованных регионов¹⁶.

Эксперты указывают, что неизбежным следствием переноса нагрузки на крупные роддома и перинатальные центры и подобного сокращения местных родильных отделений является **падение территориальной доступности услуг родовспоможения.**

Например, «в худшем случае», в небольшом городе или сельском поселении, расположенном в отдалении от регионального центра, в ходе оптимизации закрывается единственное родильное отделение. Или «в лучшем случае», родильное отделение продолжает работать и даже находится в пешей доступности, но являясь учреждением первого уровня, может обеспечивать лишь самые простые услуги. Если в процессе беременности обнаруживаются осложнения, беременную женщину перенаправляют из такого родильного отделения в региональный центр.

Так в роддоме города Балахна Нижегородской области, являющимся учреждением родовспоможения первого уровня, в силу отсутствия врачей-неонатологов не обеспечивается круглосуточное оказание медицинской помощи новорожденным. Потоки беременных, поступающих на роды,

¹⁵ На неэффективность страховой системы здравоохранения в России ЦЭПР указывал в исследовании «ЗдравоЗащитное. Оптимизация российской системы здравоохранения в действии»

¹⁶ <http://onf.ru/2015/08/06/eksperty-onf-sokrashchenie-akusherskih-koek-privodit-k-uhudsheniyu-demograficheskoy/>

перенаправляются в Дзержинский перинатальный центр, расположенный в нескольких десятках километров от роддома¹⁷.

Проблемы, связанные с оптимизацией родильных отделений и роддомов, коснулись существенной части регионов России, причем не только характеризующихся большой территорией, сложными климатическими условиями или малой плотностью населения.

Примером является угроза закрытия акушерского отделения ГБУЗ МО «Можайская ЦРБ», против которого протестуют жители и представители медицинского сообщества Можайского района Московской области (население 136,8 тысяч человек). Можайская ЦРБ в целом принадлежит ко второму уровню системы оказания медицинской помощи, лишь родильное отделение до сих пор относится к первому уровню, предполагающему прием простых родов и нагрузку менее 500 родов в год. При этом отделение имеет хорошую статистику работы (в 2016 году проведено 891 родов, материнская смертность составила 0%, перинатальная – 2,4%)¹⁸.

По информации сотрудников больницы, несмотря на протесты, родильное отделение планируется либо полностью ликвидировать, либо существенно сократить, оставив всего несколько коек и только для рожениц с нормальной беременностью и категорически без патологий. Всем остальным роженицам придется рожать в новом перинатальном центре в городе Наро-Фоминске (расположен в 67 км от Можайска). В настоящее время, по информации пациентов роддома, там осуществляется родоразрешение беременных лишь без акушерской экстрагенитальной патологии – таких женщин лишь 8% от общего числа рожениц. В связи с этим уже принято решение о сокращении коек роддома до 15, что, с высокой вероятностью, приведёт к сокращению персонала, утечке квалифицированных кадров и снижению уровня и доступности медицинской помощи населению в Можайском районе.

Так ситуацию комментируют местные жители: *«До Наро-Фоминска добираться больше часа. А если стремительные роды или не дай бог, что серьезнее?!»*; *«Третьего сына рожала в Наро-Фоминске, когда наш Можайский роддом закрыли на профилактику. Еле успела доехать, после отхождения вод до рождения прошло полтора часа! А если бы я не успела?»*.

¹⁷ <http://gpplus.ru/novosti/narodnyie-novosti/news4806.html>

¹⁸ По информации руководства учреждения

Проблема касается не только Можайского района Подмосковья. За местное родильное отделение беспокоятся жители Фрязино – перинатальный центр строится в соседнем Щелкове. Аналогичная ситуация в Воскресенске – открытие центра ожидается в соседней Коломне¹⁹.

Согласно подсчетам специалистов фонда «Здоровье», масштабное закрытие родильных коек за последние годы произошло в сорока регионах. Без роддомов остались девять районов Удмуртии, пять районов Ростовской и пять – Владимирской областей. На 60% сократилось количество роддомов в Волгоградской области. В **Тверской области** за пределами регионального центра **осталось лишь два роддома** (в г. Ржев и г. Вышний Волочек)²⁰.

В Ярославской области с 2013 года прекратили работу семь родильных отделений в сельских районах – в Пошехонье, Борисоглебском, Данилово, Брейтове, Некоузе, Мышкине и Большом селе²¹. В результате **за пределами Ярославля осталось лишь три роддома** в наиболее крупных городах Рыбинске, Переславле-Залесском и Ростове Великом.

В Борисоглебском районе жители устраивали массовые акции протеста против закрытия роддома. Еще в 2012 году там возникла ситуация, в которой 10 беременных женщин в знак протеста забаррикадировались в роддоме и отказались его покидать. Характерна ситуация с закрытием родильного отделения в Пошехонье: ближайший роддом находится в Рыбинске, расположенном в 60 км от этого города. Расстояние кажется сравнительно небольшим, если не знать состояние дороги «Рыбинск-Пошехонье» – его местные жители не характеризуют иначе, как чудовищное. Дорога в ямах и ухабах способна причинить урон даже автомобилю, не говоря о рисках передвижения по ней сотен беременных женщин.

Массовое закрытие районных роддомов создает проблему **повышенной нагрузки на «уцелевшие» в ходе оптимизации отделения**, что в свою очередь провоцирует текучку: чтобы освободить койку для новой роженицы, только родившую женщину выписывают в сжатые сроки.

В **Волгоградской области** за пределами Волгограда и его города-спутника Волжского осталось лишь **5 роддомов из ранее существовавших 33 (!) отделений**. Как комментировал в СМИ один из волгоградских акушеров-гинекологов, *«уничтожение акушерской службы в сельских районах не может объясняться ничем, кроме намеренного вредительства. Иногда счет идет на секунды, а учитывая наши дороги, учитывая*

¹⁹ <https://regnum.ru/news/society/2256645.html>

²⁰ <http://mirnov.ru/obshchestvo/socialnaja-sfera/rody-s-prepjatstvijami.html>

²¹ <https://regnum.ru/news/society/2156042.html>

*отсутствие грамотной санавиации... Это что-то из области фантастики, мрачной антиутопии, которая начинает воплощаться в реальности. Та же Иловля (один из населенных пунктов, где закрыли роддом) – это 73 километра от Волгограда. Если вести роженицу в областной центр, это в лучшем случае час с лишним, на хорошей машине. А есть ведь и более отдаленные поселки».*²²

Жительница села Александровка Киквидзенского района Волгоградской области рассказывала, что ей придется добираться до роддома в Волгограде 300 (!) км: «я и десятки других беременных женщин, которые живут в нашем районе, остались без квалифицированной медицинской помощи. Мне предложили рожать в областном перинатальном центре. Это 300 км от дома. Как я туда доберусь, и не рожу ли по дороге, и кто меня там будет навещать, учитывая, что муж и родители заняты работой в родном поселке, никому не известно».²³

Есть и другие примеры регионов с серьезными транспортными проблемами. Так роженицам некоторых районов Курганской и Пермской областей для того, чтобы родить, приходится преодолевать расстояние в 200-300 километров, зачастую, по бездорожью²⁴. В связи с закрытием роддома женщины Кавалеровского района Приморского края вынуждены ездить рожать в г. Дальнегорск (70 км). По мнению местных жителей, дорога является достаточно опасной, зимой на ней постоянно гололедица²⁵.

Таким образом, на практике за неделю или несколько дней до предварительной даты родов **женщина вынуждена самостоятельно добираться до крупного города либо регионального центра и госпитализироваться в роддом второго либо третьего уровня**. С одной стороны, техническое оснащение, квалификация врачей и другие условия такого роддома обеспечивают большую безопасность родов. Такого рода перемещение рожениц поддерживают официальные лица: так директор департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ Елена Байбарина в интервью заявила, что «порой лучше проехать 200 километров (до крупного роддома), чем подвергать себя и ребенка риску; пусть это будет менее удобно, но значительно более безопасно и качественно».

²² <http://v1.ru/text/news/608985.html>

²³ <http://smartnews.ru/regions/volgograd/4134.html#ixzz4hQpX7oox>

²⁴ <http://mirnov.ru/obshchestvo/socialnaja-sfera/rody-s-prepjatstvijami.html>

²⁵ <https://democrator.ru/petition/pomogite-sohranit-rajonnye-rodilnye-doma/>

С другой – расположение крупного роддома не учитывает социальные и транспортные затруднения беременной женщины, которой необходимо на последних сроках беременности добраться до роддома (например, при отсутствии в семье автомобиля), а после вернуться домой с новорожденным ребенком. Не учитываются обстоятельства, способные еще более усугубить данные сложности, например наличие на момент родов у женщины малолетних детей или значительное увеличение времени пути ввиду дорожных условий вроде гололедицы или снегопада. Игнорируется достаточно распространенная проблема страха женщины перед родами в чужом месте. Наконец, необходимость длительных переездов для рожениц несет риски дорожных родов с возможными осложнениями (кровотечение, асфиксия, эклампсия и т.д.).

Заккрытие районных роддомов увеличивает опасность осложнений при преждевременных родах, когда женщину необходимо срочно доставить в родильное отделение. Некоторые роженицы, дабы избежать рисков, заранее переезжают в город, где расположено родильное отделение, например, если там проживают родственники, или есть возможность снять жилье, оплатить длительное проживание в самом медучреждении. Роженицы, у которых нет такой возможности, вынуждены лишь надеяться на удачу – что роды пройдут планово, а при преждевременных родах хватит времени доехать до отделения. Характерным является история одной из жительниц Волгоградской области: *«В свое время я планировала рожать детей в назначенные сроки. А они родились на две и три недели раньше. Ошибка, природа — не знаю. И родила не дома, а у родителей в деревне. Там была акушерка в возрасте, опытная. Слава Богу, все обошлось благополучно и быстро. А если бы везти за 40 км?»*.²⁶

Имеющие опыт родов женщины подчеркивают, что перераспределение рожениц в перинатальные центры из-за закрытия районных роддомов нерационально, противоречит логике: *«Перинатальный центр - это учреждение для сложных случаев, с экстр-оборудованием. А "просто рожать" надо поближе к дому. Меня со вторым ребенком на скорой забрали на даче – ночь, гроза. Пока добрались до роддома, уже полное раскрытие, еле-еле успели. И это всего 60 км. А если больше?»*; *«Беременным без осложнений роддома достаточно. Зачем забивать перинатальный центр неосложненными случаями, лишая тем самым реально нуждающихся в квалифицированной помощи?»*.²⁷

²⁶ <http://smartnews.ru/regions/volgograd/4134.html>

²⁷ <https://democrator.ru/petition/pomogite-sohranit-rajonnye-rodilnye-doma/>

Данную позицию подтверждают и эксперты: *«Роды не всегда происходят по плану, а чтобы принять экстренные роды, врачи должны совершенствовать свою квалификацию, что, в свою очередь возможно при наличии достаточно большой практики. Если в районном центре закрыть роддом и оставить только дежурного врача акушера, его профессиональные навыки будут скоро утрачены. Подчеркивается, что перинатальные центры должны быть дополнением, а не альтернативой роддому, они должны заниматься трудными случаями, быть научно-консультативными пунктами в регионе.»*²⁸

Характерен комментарий, описывающий ситуацию в перинатальном центре Белгородской области: *«Обращает на себя внимание очередь из женщин: сотни человек, бегающие по корпусам со слезами на глазах. На первом этаже стоит автомат по выдаче талонов на прием к врачу. Когда девушка подошла, то он ей выдал талон на следующий день. Девушка стала возмущаться, что она приехала из города Старый Оскол (150 км от Белгорода), и ей дорого обходится это время. При входе с левой стороны есть касса, где можно оплатить данную услугу и попасть на прием в течение двух часов. Правда это стоит денег...».*

Эксперты подчеркивают, что **перемещение роженицы** в роддома, расположенные в крупных городах и уцелевшие при оптимизации, ведет не только к неудобству, но и к **существенным дополнительным затратам семьи на родовспоможение**. В целом родовспоможение в России является бесплатным: услуги женской консультации и выдача родового сертификата, по которому женщина направляется в роддом в общем порядке, производятся за счет средств системы ОМС. Но необходимость временного переезда в относительно крупный город, поездки туда во время беременности на обследование (особенно при отсутствии личного транспорта) требуют очевидных затрат. Можно говорить о **фактически платном родовспоможении для женщин из всех населенных пунктов, в которых были «оптимизированы» родильные отделения.**

Таким образом, **проблемы падения территориальной доступности фактически не учитываются в реформировании системы родовспоможения** и не заложены в существующую трехуровневую модель маршрутизации рожениц.²⁹

²⁸ Там же

²⁹ <https://livinginfrastructures.wordpress.com/blog/breaks/>

Как рожают в российской тюрьме?

Особым, во многом замалчиваемым в обществе вопросом является рождение детей женщинами, находящимися в местах лишения свободы, их содержание в тюремных условиях.

Согласно официальной информации ФСИН России, в учреждениях системы исполнения наказаний содержатся 48 620 женщин, в том числе 39 447 – в исправительных колониях, лечебно-исправительных учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях и 9 173 – в следственных изоляторах и помещениях, функционирующих в режиме следственного изолятора при колониях. При 13 женских колониях (расположены в Мордовии, Московской, Нижегородской, Саратовской, Владимирской, Кемеровской, Ростовской областях, Красноярском крае) имеются дома ребенка, в которых проживает 577 детей.³⁰ Как правило, когда у женщины обнаруживают беременность, ее отправляют в одну из таких колоний.³¹

При этом в России существует лишь две женские колонии, при которых работают роддома: ФКУ ИК-5 УФСИН России по Челябинской области в г. Челябинске и ФКУ ИК-2 УФСИН России по Республике Мордовия в п. Явас.³² Женщины, содержащиеся в других женских колониях и СИЗО, рожают в обычных роддомах.

Женщину, у которой начинаются схватки, этапируют в ближайший к месту заключения роддом. Поездка может совершаться как в машине скорой помощи, так и в тюремном автозаке. Роженицу должен сопровождать конвой. По словам правозащитников, до сих пор в маленьких городах или там, где есть проблемы с организацией конвоя, встречается такая практика, когда женщину приковывают наручниками во время родов, если рядом с ней не присутствуют трое сопровождающих.

После родов возможны два основных варианта развития событий. При благоприятном развитии событий, женщине могут позволить остаться в роддоме на 3-4 дня. После процедуры кесарева сечения, женщина остается в роддоме до снятия швов. В это время ребенок находится в палате с матерью под конвоем. В других случаях мать могут сразу же после родов отвезти обратно в место лишения свободы и поместить в больницу при нем, ребенок же остается на несколько дней в роддоме для прохождения необходимых процедур. В таком случае новорожденный лишается грудного

³⁰ <http://xn--h1akk1.xn--p1ai/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/>

³¹ <https://snob.ru/selected/entry/59453>

³² <https://letidor.ru/pravo/a0-deti-rozhdennye-v-tyurme-7388.shtml>

вскармливания, получает психологическую травму от послеродовой разлуки с матерью.

В СИЗО после возвращения матери из роддома ее с ребенком переводят в камеру для беременных и мам с детьми. В колониях, если в них не предусмотрен режим совместного проживания матери и ребенка, их спустя некоторое время (месяц, максимум два) разлучают; новорожденный перемещается в дом ребенка, мать же возвращается в отряд. По распорядку, мать может ходить на кормление ребенка несколько раз в день. Разлучение матери и ребенка не позволяет выработать удобный ее ребенку график питания: от стрессов и из-за многих других факторов молоко может пропасть. Зачастую, кормление прекращается через два месяца. Из-за разрыва с ребенком постепенно притупляются материнские чувства.³³

Правозащитники подчеркивают вред разлуки матери и ребенка: *«даже с точки зрения грудного вскармливания, такой режим не гуманен, а с точки зрения акта заботы, пробуждения материнского инстинкта, а, как известно, не у всех он изначально есть, это пагубно. Естественно, эта жестокая система больше всего затрагивает ребенка, поскольку такой ребенок заранее дискриминирован. Он лишен материнской любви»*.³⁴

Лишь часть заключенных женщин имеет возможность проживать совместно с ребенком: в российских колониях имеется около 200 мест (комнат) совместного проживания. Чтобы попасть в такие комнаты, необходимо быть на хорошем счету у администрации колонии, что не всегда зависит от хорошего поведения заключенной.³⁵ По данным правозащитников, польза совместного проживания находит статистические подтверждения: заболеваемость детей, рожденных в тюрьме, при совместном проживании снижается на 43%.³⁶

Когда ребенку исполняется три года, его, в случае отсутствия родственников или возможности у них оформления опекуна, отправляют в детский дом.

Совместное проживание матери и ребенка является нормой для мест лишения свободы в развитых странах. По данным ФСИН, совместное проживание организуется до возраста ребенка в три месяца в США (в ряде штатов другие правила, например в Вашингтоне – до трех лет, Нью-Йорке – до четырех лет); до шести месяцев — в Нидерландах и Новой

³³ <https://snob.ru/selected/entry/59453>

³⁴ <https://letidor.ru/pravo/a0-deti-rozhdennye-v-tyurme-7388.shtml>

³⁵ <https://snob.ru/selected/entry/59453>

³⁶ <https://letidor.ru/pravo/a0-deti-rozhdennye-v-tyurme-7388.shtml>

Зеландии; до 12 месяцев — в Швеции и Австралии; до 18 месяцев — в Великобритании; до двух лет — в Финляндии; до трех лет — в Италии, Испании, Дании, Швейцарии; до четырех лет — в Канаде и Латвии. В некоторых странах возраст пребывания детей в местах лишения свободы варьируется от типа тюрьмы, либо устанавливается региональными властями (Германия).³⁷

По данным Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, к настоящему моменту ФСИН России разработала «дорожную карту», предусматривающую постепенный переход к совместному проживанию матерей с детьми до трех лет. В 2016 году совместное проживание с детьми в отдельных помещениях было организовано примерно для 20% заключенных матерей, к концу 2017 года их должно быть уже 40%, а к 2021 году — 100%.³⁸ По мнению экспертов, очень важно, чтобы эти планы были реализованы, не оставшись на уровне деклараций.

Необходимо отметить, что проводимое сокращение сети роддомов и родильных отделений в России создает дополнительные проблемы и для рожаящих в заключении женщин. Длительные переезды в крупные роддома, не подвергшиеся сокращению, в условиях конвоирования на автозаке создают тяжелые условия для рожениц, особенно перенесших осложнения при родах.

Примером может являться упомянутая выше ситуация вокруг родильного отделения в г. Можайске. В расположенную в этом же городе женскую колонию ФКУ ИК-5 УФСИН России по Московской области направляются заключенные беременные женщины из целого ряда регионов ЦФО. В ней имеется дом ребенка на 50 мест. Ранее заключенные колонии получали медицинскую помощь и рожали в акушерском отделении ГБУЗ МО «Можайская ЦРБ», которое было оборудовано специализированной палатой и индивидуальным родильным залом, специально предусмотренным для рожениц из женской колонии. В связи с присвоением отделению статуса медицинского учреждения первого уровня, заключенные беременные и роженицы вынуждены ездить в Наро-Фоминск (67 км), что создает серьезные трудности с конвоированием, перемещением и сменой поста охраны.

Без преувеличения крайне тяжелые, нечеловеческие условия для рожениц, отбывающих наказание, несовместимы с принятыми в развитых странах стандартами содержания в местах лишения свободы. Особенно

³⁷ <https://www.kommersant.ru/doc/3281546>

³⁸ <https://www.kommersant.ru/doc/3281545>

несправедливым установленный в РФ порядок выглядит в отношении женщин, находящихся в СИЗО, чья вина на момент родов не установлена судом. По мнению экспертов, облегчение положения осужденных и находящихся под следствием рожениц должно быть неотъемлемой составляющей общей либерализации уголовного и уголовно-процессуального законодательства, пенитенциарной практики.

Выводы

В советское время в РСФСР была создана достаточно однородная, равномерно распределенная по территории республики система родовспоможения, характеризовавшаяся высокой территориальной доступностью, но зачастую низким качеством услуг, недостаточным объемом высокотехнологической помощи.

Проводимая в России оптимизация сети роддомов ставила своей целью увеличение эффективности их работы, обеспечение высокотехнологичной помощью всех нуждающихся в ней рожениц. Основным шагом в этом процессе стало строительство в регионах перинатальных центров – наиболее развитых, технически оснащенных и крупных медучреждений.

С одной стороны, перенос фактически всей нагрузки на крупные роддома, расположенные в столицах регионов, и перинатальные центры уменьшил риски осложнений и смертельных исходов в процессе родовспоможения. На фоне общего развития медицины, технического переоснащения роддомов эти меры позволили добиться существенного улучшения показателей эффективности системы родовспоможения.

Так в период с 2000 по 2015 год в России почти **в 4 раза снизилась материнская смертность** – с 39,7 до 10,1 случаев на 100 000 родившихся живыми детей. По этому показателю Россия приблизилась к большинству развитых стран, где материнская смертность составляет 6-9 случаев на 100 000 родов живых новорожденных (Великобритания – 9, Канада – 7, Германия – 6 и т.д.). **Коэффициент перинатальной смертности** (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) за этот период **снизился на 37,1%** – с 13,18 до 8,29 случаев. Несмотря на общее улучшение показателей, необходимо отметить, что данные по материнской и перинатальной смертности существенно отличаются в разных регионах России, свидетельствуя о неравномерности качества работы системы родовспоможения на различных территориях РФ.

С другой стороны, политика оптимизации привела к **беспрецедентному сокращению сети роддомов в стране, сжатию инфраструктуры родовспоможения.**

В 2010-е годы на территории каждого из регионов родовспоможение было организовано в виде трехуровневой системы. Относительно небольшие роддома «на местах», в основном, перешли в статус учреждений первого уровня, где принимаются лишь женщины с низкой степенью перинатального риска. Такие роддома, расположенные в небольших городах и сельской местности, подверглись массовой ликвидации либо сокращению штата и функционала.

В условиях внедренной в РФ страховой системы здравоохранения, когда деньги из системы ОМС следуют в лечебное учреждение «вслед за пациентом», относительно обеспеченными финансово остались лишь медучреждения с большим числом «клиентов», расположенные в крупных населенных пунктах. Небольшие же родильные отделения стали «нерентабельными» или «убыточными» для больницы, в структуру которой они входят. Закрытие роддомов, как и оптимизация социальной инфраструктуры на территории России в целом, усиливает отток населения из сельской местности и малых городов, провоцирует вымирание российской глубинки.

В результате оптимизации **в некоторых субъектах РФ за пределами региональных столиц почти не осталось районных роддомов.** Так в Тверской области за пределами административного центра осталось лишь два роддома (в Ржеве и Вышнем Волочке), в Ярославской – три роддома (В Рыбинске, Переславле-Залесском и Ростове Великом). В **Волгоградской области** за пределами Волгограда и его города-спутника Волжского осталось **лишь 5 роддомов из ранее существовавших 33 (!) отделений.**

Количественно процесс оптимизации характеризует **сокращение коек для беременных женщин и рожениц:** за 25 постсоветских лет их число сократилось **на 43,4%.** В период с 2000 по 2015 год число коек сократилось почти на четверть – с 90,7 до 69,4 тысяч.

По числу больничных коек для беременных и рожениц современная **Россия значительно уступает РСФСР предвоенного 1940 года** (90,7 тысяч). Их текущее количество сопоставимо с показателем 1945 года (62,9 тысяч), когда социальная инфраструктура страны лежала в руинах.

Число **фельдшерско-акушерских пунктов** за период 2000-2015 гг. **сократилось на 23,1%** – с 44,6 до 34,3 тысяч учреждений. С 16 до 14,3

тысяч, или на 10,6% уменьшилось количество женских консультаций, детских поликлиник, отделений (кабинетов).

Текущее число фельдшерско-акушерских пунктов также **приближается к показателю РСФСР первых послевоенных лет**. В 1945 году в только что вышедшей из войны республике работало 31,4 тысячи фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов. В 1956 году их число выросло уже до 43,4 тысяч, что на 21% больше, чем в настоящее время.

Закрытие районных родильных отделений породило проблему низкой территориальной и транспортной доступности оставшихся роддомов для населения, проживающего за пределами крупных городов. На практике за неделю или несколько дней до предварительной даты родов женщина вынуждена самостоятельно добираться до крупного города либо регионального центра и госпитализироваться в роддом второго либо третьего уровня.

Расположение таких роддомов не учитывает социальные и транспортные затруднения беременной женщины, которой необходимо на последних сроках беременности добираться до роддома (например, при отсутствии в семье автомобиля), а после вернуться домой с новорожденным ребенком. Не учитываются обстоятельства, способные еще более усугубить данные сложности, например наличие на момент родов у женщины малолетних детей или значительное увеличение времени пути ввиду дорожных условий вроде гололедицы или снегопада. Игнорируется достаточно распространенная проблема страха женщины перед родами в чужом месте. Наконец, необходимость длительных переездов для рожениц несет риски дорожных родов с возможными осложнениями (кровотечение, асфиксия, эклампсия и т.д.). **Закрытие районных роддомов увеличивает опасность осложнений при преждевременных родах, когда женщину необходимо срочно доставить в родильное отделение.**

Перемещение женщин в роддома, расположенные в крупных городах, ведет не только к неудобству, но и к **существенным дополнительным затратам семьи на родовспоможение**. Необходимость временного переезда в другой город, поездки во время беременности на обследование (особенно при отсутствии личного транспорта) требуют очевидных затрат. Ввиду этого, можно говорить о **фактически платном родовспоможении для женщин из всех населенных пунктов, в которых были «оптимизированы» родильные отделения.**

Таким образом, **проблемы падения территориальной доступности фактически не учитываются в реформировании системы родовспоможения** и не заложены в существующую трехуровневую модель маршрутизации рожениц.

Особым, во многом замалчиваемым в обществе вопросом является рождение детей женщинами, находящимися в местах лишения свободы, их содержание в тюремных условиях. Лишь в двух российских женских колониях функционируют собственные роддома. Заключенные остальных колоний рожают в обычных роддомах.

Женщины этапируются и содержатся в них под конвоем; до сих пор встречается практика, когда женщину приковывают наручниками во время родов. После рождения ребенка, его в большинстве случаев на несколько дней разлучают с матерью: новорожденный лишается грудного вскармливания, получает психологическую травму от послеродовой разлуки.

В СИЗО ребенок впоследствии проживает вместе с матерью. В колониях же только часть заключенных женщин имеет такую возможность: имеется лишь около 200 мест совместного проживания на всю Россию. Остальные дети живут в домах ребенка при женских колониях, матери имеют право навещать их ограниченное время. Разлучение матери и ребенка не позволяет выработать удобный ее ребенку график питания: от стрессов и из-за многих других факторов молоко может пропасть. Из-за разрыва с ребенком постепенно притупляются материнские чувства. При этом совместное проживание матери и ребенка является нормой для мест лишения свободы в развитых странах.

Необходимо отметить, что проводимое сокращение сети роддомов и родильных отделений в России создает дополнительные проблемы и для рожаящих в заключении женщин. Длительные переезды в крупные роддома, не подвергшиеся сокращению, в условиях конвоирования на автозаке создают тяжелые условия для рожениц, особенно перенесших осложнения при родах. Примером может являться ситуация вокруг родильного отделения в Можайске, в котором ранее рожали заключенные расположенной в этом городе крупной женской колонии. В настоящее время в результате сокращения функционала отделения, заключенные беременные и роженицы вынуждены ездить в Наро-Фоминск (67 км), что создает серьезные трудности с конвоированием, перемещением и сменой поста охраны.

Без преувеличения крайне тяжелые, нечеловеческие условия для рожениц, отбывающих наказание, несовместимы с принятыми в развитых странах стандартами содержания в местах лишения свободы. Особенно несправедливым установленный в РФ порядок выглядит в отношении женщин, находящихся в СИЗО, чья вина на момент родов не установлена судом. Облегчение положения осужденных и находящихся под следствием рожениц должно быть неотъемлемой составляющей общей либерализации уголовного и уголовно-процессуального законодательства, пенитенциарной практики.