

# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НЕРЮНГРИНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) – ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ



ГЛАВА МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «НЕРЮНГРИНСКИЙ РАЙОН»  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
Владимир Викторович Кожевников

Здравоохранение Нерюнгринского района имеет свой опыт и традиции, что позволяет оказывать квалифицированную медицинскую помощь населению на высоком профессиональном уровне. Дальнейшее развитие медицины состоит в увеличении бюджетного финансирования, решении кадровых вопросов, внедрении в практику современных методов диагностики и лечения больных и совершенствовании профилактических мероприятий. Уже сегодня приобретен для больницы компьютерный 16-срезовый томограф, ведется реконструкция двухэтажного дома под общежитие для молодых специалистов. Больница пос. Чульман вошла в число «пилотных» по республике, здесь будет внедрена новая отраслевая система оплаты труда, ориентированная на конечный результат работы. Большое влияние на социальную ситуацию в целом оказал национальный проект в сфере здравоохранения. Все проблемы в одночасье решить невозможно, поэтому необходима систематическая и плановая работа по достижению поставленных целей.

Истоки службы здоровья горожан, как и многих организаций и предприятий нынешнего Нерюнгри, берут начало от поселка Чульман и его больницы. 9 июня 1935 года согласно Указу Верховного совета СССР в Чульмане открывается больница на 10 коек, которую возглавил фельдшер Н. О. Олешов, где население получало первичную медико-санитарную помощь.

В годы Великой Отечественной войны часть врачей-мужчин была призвана в армию. Медработники трудились в военных комиссиях, осматривали раненых, которые направлялись из Большого Невера в Якутию. Поскольку Тимптонский район был южными воротами Якутии, в Чульмане был открыт санпропускник. Его работники обеспечивали эпидблагополучие местного населения. С 1943 года заведующим санпропускником назначается фельдшер Г. Бурейшин. Все, кто ехал в сторону Алдана, проходили санитарную обработку. Это предупреждало распространение педикулеза, а значит, и распространение сыпного тифа.

1



НЕРЮНГРИ СЕГОДНЯ

Именно его отделение в виде здравпункта работало в небольшом поселке Нерюнгри до начала 70-х годов, когда на самом высоком уровне было принято решение о строительстве в Южной Якутии производственно-территориального угольного комплекса.

30 сентября 1976 года Министр здравоохранения Якутской АССР П. А. Петров подписывает приказ об открытии с октября 1976 года больницы в Нерюнгри. Главным врачом назначается Ю.Н. Устюжанин, который проработал в этой должности до декабря 1980 года. С 1981 года по 1992 год больницу возглавлял Владлен Михайлович Маренный, заслуженный врач ЯАССР, награжденный еще в 1981 году орденом Трудового Красного знамени, в 1986 году – орденом Дружбы Народов.

Сеть медицинских учреждений района сегодня:

- Нерюнгринская городская больница – 615 коек; проектная мощность поликлиник – 1350 посещений в смену;
- Чульманская городская больница – 105 коек; проектная мощность поликлиник – 255 посещений в смену;
- Серебрянборская городская больница – 95 коек; проектная мощность поликлиники – 87 посещений в смену;
- Золотинская участковая больница – 25 коек; проектная мощность поликлиники – 30 посещений в смену;
- Противотуберкулезный коечный диспансер – 25 коек; проектная мощность поликлиники – 110 посещений в смену;
- Кожно-венерологический коечный диспансер – 50 коек; проектная мощность поликлиники – 150 посещений в смену;
- Психоневрологический коечный диспансер – 64 койки; проектная мощность поликлиники – 30 посещений в смену;
- Наркологический коечный диспансер – 30 коек; проектная мощность поликлиники – 80 посещений в смену;
- ФАП пос. Нагорный;
- ФАП с. Хатыми;
- СПК;
- ССМП.

Общая коечная мощность – 1009, мощность поликлиник – 2095 посещений в смену.



2



16-СРЕЗОВЫЙ СПИРАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТОМОГРАФ SIEMENS

С 2005 года оказание медицинской помощи населению пос. Беркамит в рамках Программы государственных гарантий осуществляется негосударственным учреждением здравоохранения «Узловая поликлиника на станции Беркамит ОАО «РЖД».

Лечебно-профилактические учреждения Нерюнгринского района по состоянию на 01.01.2008 обслуживают 88 250 человек (из них 15 783 детей и 3978 подростков). Работающее население – 46 030 человек.

В Нерюнгринском районе в селе Иенгра проживают малочисленные народности Севера – эвенки – 945 человек, из них взрослые – 611 (женщины – 344), дети – 270, подростки – 64.

Показатель рождаемости по Нерюнгринскому району в 2006 году – 10,2, в 2007 году – 11,2 на 1000 населения, что ниже, чем в среднем по РС (Я) (15,9), и близко к показателю рождаемости в Российской Федерации (11,3) (табл. 1).

Ситуация с рождаемостью в настоящее время отражает значительные перемены в репродуктивном поведении населения страны, которые произошли за очень короткий по демографическим меркам период.

Увеличение рождаемости произошло в результате реализации основных направлений Послания Президента Российской Федерации в области демографии и здравоохранения: введения материнского капитала, родовых сертификатов, увеличения детских пособий.

Показатель общей смертности на 1000 человек населения по Нерюнгринскому району составил в 2005 году – 8,6, в 2006 году – 8,6, в 2007 году – 7,9. Показатель смертности снизился и продолжает оставаться ниже общереспубликанского показателя (9,7) и показателя смертности по Российской Федерации (14,6) (табл. 2).

Возросло влияние на смертность таких факторов, как алкоголизм, курение, дорожно-транспортные происшествия, насильственные причины.

После болезней системы кровообращения второе место в структуре причин смерти занимают несчастные случаи, отравления и травмы. Среди этих неестественных причин смерти крайнюю озабоченность вызывает рост числа погибших от убийств, самоубийств, от случайных отравлений алкоголем. На третьем месте онкологические заболевания.

На протяжении уже многих лет общие тенденции в смертности населения страны определяет ситуация со смертностью лиц трудоспособного возраста. В этой группе мужчины составляют около 80%. Уровень мужской смертности в 4 раза выше уровня женской смертности. В развитых странах смертность мужчин трудоспособного возраста в 2–4 раза ниже, чем в России.



Таблица 1

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЖДАЕМОСТИ

Наименование населенного пункта	Число родившихся человек			Показатель рождаемости на 1000 человек населения		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
с. Иенгра	23	14	19	18,6	11,4	15,3
пос. Серебряный Бор	43	31	40	8,8	6,4	8,2
пос. Чульман	84	90	102	7,7	8,5	9,7
г. Нерюнгри (+Беркакит)	847	716	813	12,9	10,9	11,7
Итого по району	1062	904	988	11,8	10,2	11,2
Республика Саха (Якутия)	13591	13793	15199	14,3	14,4	15,9

Таблица 2

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ

Наименование населенного пункта	Число умерших человек			Показатель смертности на 1000 человек населения		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
с. Иенгра	23	18	14	18,6	14,6	11,3
пос. Серебряный Бор	40	33	25	8,2	6,8	5,1
пос. Чульман	146	148	132	13,5	13,9	12,6
г. Нерюнгри	512	533	523	7,8	8,1	7,5
Итого по району	772	771	700	8,6	8,6	7,9
Республика Саха (Якутия)	9696	9264	9224	10,2	9,7	9,7

Показатель естественного прироста на 1000 человек населения в Нерюнгринском районе увеличился с 1,6 в 2006 году до 3,3 в 2007 году (табл. 3).

В Нерюнгринском районе показатель младенческой смертности имеет тенденцию к снижению и в целом не отличается от республиканских и общероссийских показателей. В течение 5 лет интенсивный показатель снизился с 17,6 до 11,1. Показатель младенческой смертности составил в 2007 году 11,1 на 1000 родившихся, что несколько выше, чем в 2006 году – 10,9. Показатель младенческой смертности увеличился за счет увеличения постнатальной смертности (в 2007 году – 7,1‰, то есть 7 человек, в 2006 году – 3,3‰, то есть 3 человека, в 2005 году – 4,3‰, то есть 2 человека). В 2007 году случаев поздней неонатальной смертности не отмечалось. Если в предыдущие годы в структуре младенческой смертности лидировали перинатальные причины, то в 2007 году на 1-м месте – врожденные аномалии (45,5%), на 2-м – заболевания органов дыхания (36,4%), на 3-м месте – перинатальные причины (18,2%). Среди врожденных аномалий лидируют пороки развития сердечно-сосудистой системы, что указывает на недостаточную пренатальную диагностику.

В 2005 году 80% всех случаев младенческой смертности приходилось на раннюю неонатальную смертность, в 2007 году преобладает постнатальная смертность, на долю которой приходится 63,6% от всех умерших на первом году жизни, что свидетельствует о недостаточной ра-



Таблица 3

## ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА НАСЕЛЕНИЯ

Наименование населенного пункта	Естественный прирост, абсолютное число человек			Показатель на 1000 человек населения		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
с. Иенгра	0	-4	5	0	-3,2	4,0
пос. Серебряный Бор	3	-2	15	0,6	0,9	3,1
пос. Чульман	-62	-58	-30	-5,5	-5,4	-2,9
г. Нерюнгри	335	183	290	5,7	2,8	4,2
Итого по району	290	133	288	2,9	1,6	3,3
Республика Саха (Якутия)				4,1	4,7	6,2

боте педиатрической службы в районе. Произошло увеличение количества умерших детей до 1 года на дому: в 2006 году – 3 детей, в 2007 году – 4 детей. Ведущей причиной смерти на дому стали заболевания органов дыхания, что свидетельствует о недостаточном наблюдении врачами-педиатрами, но в то же время носит и социальный характер, так как никто из родителей погибших детей не обращался за медицинской помощью. Тем не менее медработниками направлено 60 представлений в органы опеки и четырех родителей лишили родительских прав.

Для снижения смертности на дому необходимо усилить работу педиатрической службы по выявлению социально неблагополучных семей.

## Стационарная помощь

В 2000 году с целью экономии бюджетных средств из общего коечного фонда выделена 241 койка дневного пребывания. В итоге обеспеченность круглосуточной койкой составила 86 на 10 тыс. населения и дневной – 27,3 соответственно.

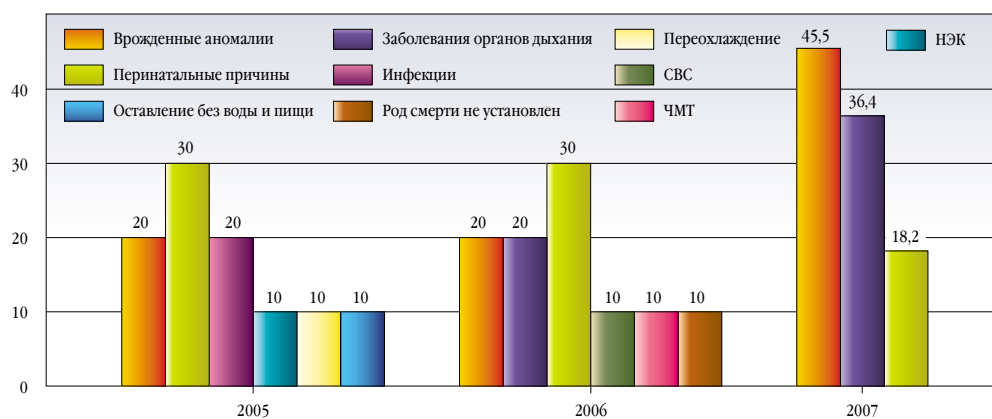
Среднегодовая занятость круглосуточной койки по ЛПУ Нерюнгринского района: 2005 год – 310,28, 2006 год – 327,1, 2007 год – 334,9; по РС (Я) в 2005 году – 332, в 2006 году – 316. Объем оказания стационарной помощи на 1000 жителей составил 3415,3 в 2007 году, 3326,0 в 2006 году, 3883 в 2005 году (норматив 2812,5). Уровень госпитализации на 1000 жителей составил 342,0 в 2007 году, в 2006 году – 295,5; 297,5 в 2005 году; 204,6 (норматив 196,0). Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 12,3 в 2007 году, 12,4 в 2006 году, 11,4 в 2005 году (норматив 14,3). Все плановые больные поступают в стационарные отделения обследованными. Объем оказания стационарозамещающей помощи на 1000 жителей составил 752,4 в 2007 году, 1023,0 в 2006 году, 1069 в 2005 году (норматив 577). Среднегодовая занятость койки дневного пребывания в стационаре по ЛПУ Нерюнгринского района: в 2005 году – 266, в 2006 году – 260,7, в 2007 году – 183,5; по РС (Я) в 2005 году – 253, в 2006 году – 250.

## Амбулаторно-поликлиническая помощь

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи в течение 2005–2007 годов несколько снизились в абсолютных величинах – с 835 240 до 779 830 посещений, но в структуре удельный вес медицинской помощи, оказанной по ОМС, возрос с 51% до 75,6%.



3



СТРУКТУРА ПРИЧИН МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
ПО НЕРЮНГРИНСКОМУ РАЙОНУ

Объем оказания амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 жителей составил 8832,3 (в том числе по ОМС 6678) в 2007 году, 9046,0 в 2006 году, 9464 в 2005 году (норматив 9188).

Программа государственных гарантий (ПГГ) лечебными учреждениями в 2005–2007 годах исполнена: по стационарной помощи на 100%, по амбулаторно-поликлинической – на 95%, по стационарозамещающей – до 101%.

Отмечается общая тенденция приведения в соответствие с федеральными нормативами объемов оказания медицинской помощи. Вместе с тем видна диспропорция в оказании стационарной помощи и стационарозамещающей. Низкая обеспеченность круглосуточной койкой (86 на 10 тыс. населения) ведет к интенсивной ее работе. Высокая обеспеченность койками дневного пребывания и уменьшение планового объема (с 2007 года) приведет к ее неэффективному использованию, хотя данная медицинская услуга востребована. Дальнейшее уменьшение объемов приведет к сокращению коечного фонда, хотя разумная оптимизация тут необходима. Ситуацию усугубляет уменьшение финансирования отрасли из всех источников. В 2007 году в связи с дефицитом средств местного бюджета и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) ПГГ профинансирована на 81,4%.

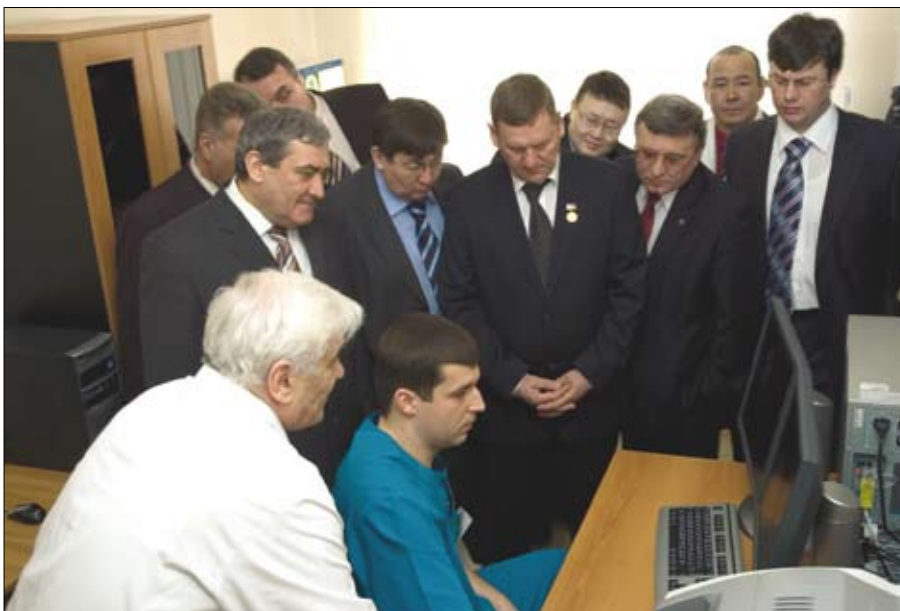
Конечно, муниципальное здравоохранение нуждается в переменах, необходимо устранить дисбаланс между защищенными объемами медпомощи в рамках ПГГ и ее финансированием. Необходимо изменить схему финансирования, где деньги поступают в ЛПУ не только за пролеченного больного, а и в зависимости от показателей состояния здоровья прикрепленного населения. И заработная плата медицинских работников должна зависеть прежде всего от качественных показателей в работе.

Важнейшими задачами здравоохранения Нерюнгринского района на 2008 год являются:

- Выполнение Программы государственных гарантий обеспечения граждан РС (Я) бесплатной медицинской помощью, целевых программ с привлечением существующих источников финансирования (республиканский и местный бюджет, средства ТФОМС и внебюджетные средства).
- Финансирование отрасли в соответствии с расчетными нормативами без дефицита. Внедрение отраслевой системы оплаты труда, ориентированной на конечный результат.
- Исполнение мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» согласно сетевому графику.
- Выполнение основных направлений Послания Президента Российской Федерации в области демографии и здравоохранения.
- Дальнейшее ориентирование отрасли на профилактическое направление с приоритетным развитием первичного звена, оказание медицинской помощи с использованием ма-



4



ОТКРЫТИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА (СЛЕВА НАПРАВО: ПРЕЗИДЕНТ РС (Я) В.А. ШТЫРОВ, ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РС (Я) Ю.С. КУПРИЯНОВ, ГЛАВА МО «НЕРЮНГРИНСКИЙ РАЙОН» В.В. КОЖЕВНИКОВ)

лозатратных стационарозамещающих технологий. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Оптимизация медицинской помощи.

- Проведение работы по формированию принципов здорового образа жизни, развитию массовой физкультуры и спорта.
- Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения за счет использования всех источников финансирования.
- Внедрение эффективных методов организации медицинской помощи населению.
- Внедрение в практику новых технологий профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации больных, в том числе в рамках системы добровольного медицинского страхования и хозрасчета.