

Таблица 3

Финансирование по разделу «Совершенствование системы спасения и эвакуации пострадавших в ДТП», тыс. руб.

Мероприятия	Всего	2008	2009	2010	2011
Итого:	17420,0	4080,0	6180,0	3580,0	3580,0
4.1.1. 1. Аварийно-спасательный автомобиль АСМ-41 с АСИ «Спрут» на базе КАМАЗ-43106 – 1 единица	2600,0	-	2600,0	-	-
4.1.2. 1. Организация и оборудование центрального пульта ГУ РЦМК для отслеживания места нахождения бригад СМП ТМП. Оборудование средствами связи и навигации бригад санавиации, ТМП СМП в крупных городах на территории РС (Я)	4500,0	1500,0	1000,0	1000,0	1000,0
2. Оснащение бригад экстренного реагирования ГУ РЦМК	4400,0	1100,0	1100,0	1100,0	1100,0
3. Организация и оснащение ТМП вдоль автодорог федерального и республиканского значения	4000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
4. Обучение сотрудников УГАИ и МЧС навыкам оказания первой медицинской помощи	1920,0	480,0	480,0	480,0	480,0

больничных учреждений ускорит оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим.

Общеизвестно, что 30 % пострадавших при различных авариях и катастрофах погибают от несвоевременного оказания медицинской помощи (от не оказания первой медицинской помощи, от немотивированного удлинения фазы изоляции, от отсутствия трассовых медицинских пунктов и бригад экстренного реагирования и многих других факторов).

Участие санитарной авиации (вертолетов) существенно повышает возможности службы медицины катастроф.

Для медицинского обеспечения

населения в г. Якутске, близлежащих районов, на автомобильных трассах федерального и республиканского значений при ЧС и ДТП, а также для интеграции нашей службы со службой скорой медицинской помощи предлагаем следующее:

1. Использовать вертолеты санитарной авиации при чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях (на автотрассах федерального и республиканского значения), для чего необходимо на уровне Правительства РС (Я) решить вопрос закупки вертолетов и самолетов малой авиации.

2. Создать трассовые медицинские пункты.

3. Обучать всех сотрудников ГИБДД методам оказания первой медицинской помощи.

4. Все посты ГИБДД должны быть оснащены аптечками первой медицинской помощи с соответствующим содержанием.

5. Необходимо начать реализацию закона Республики Саха (Якутия) «О государственной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в РС (Я) на 2007-2011 годы», подписанного президентом В. Штыровым 08 ноября 2007 г., на которую выделено на 4 года 17 420,00 тыс. руб., в т.ч. по годам: 2008 г. - 4 080,0 тыс. руб., 2009 г. - 6 180,0 тыс., 2010 г. - 3 580,0 тыс. и 2011 г. - 3 580,0 тыс. руб.

Экономическая эффективность при реализации вышеуказанных финансовых средств составит:

1. Показатель производства ВРП в расчёте на душу населения в 2006 г. – 216 300 руб.

2. Средний возраст погибших 33,5 лет.

3. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) в РС (Я), по данным на 2007 г., – у мужчин – 59,8 лет, у женщин – 71,9 лет.

4. Возраст дожития – 26,3 года.

Показатель производства ВРП на душу населения 44 погибших составил бы 250302360,0 руб. Данный показатель не рассчитан на 89 пострадавших, 53 госпитализированных и 36 пострадавших, получивших амбулаторное лечение, которые получили временную нетрудоспособность, а могли бы, будучи здоровыми, значительно увеличить эту цифру.

У.Е. Макарова

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В МЕСТАХ КОМПАКТНОГО ПРОЖИВАНИЯ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Одним из важных компонентов национальной безопасности является здоровье населения и в современном мире оно расценивается как одно из естественных прав человека.

МАКАРОВА Ульяна Егоровна – к.м.н., ученый секретарь ЯНЦ СО РАМН.

Рассматривая проблемы состояния здоровья коренных малочисленных народов Севера (КМНС), проживающих в Республике Саха (Якутия), и организации медицинского обслуживания данной категории населения, следует учитывать, что Крайний Север являет-

ся наиболее проблемной территорией России. Помимо трудностей, характерных для этого региона, на территории Якутии существует ряд сложностей, влияющих на качество организации медицинского обслуживания населения, такие как: неоднородность и экс-

тремальность климатогеографических условий; большая площадь территории и крайне низкая плотность населения, которые затрудняют организацию охраны здоровья, медико-санитарной помощи, так как она согласовывается с принципами нормативного штатного обеспечения, ориентированного на численность населения без учета степени его подвижности и площади расселения; удаленность, отсутствие дорог и коммуникаций; слабое развитие экономической и социально-культурной базы северных улусов по сравнению с центральными районами, что всегда было причиной более ущемленного положения жителей и которое многократно усилилось при переходе к рыночным отношениям; неоднородность населения и наиболее выраженный в последние годы миграционный процесс, связанный с общей социально-экономической реформой и политическими событиями в стране; промышленное освоение Севера, приводящее к загрязнению окружающей среды обитания человека. В шести улусах северного региона Якутии развита горнодобывающая промышленность, а в настоящее время вводятся все новые и новые объекты освоения. Эти территории веками являются местами расселения коренных жителей, которые преимущественно заняты оленеводством, звероводством, рыбным и пушным промыслом.

На территории Республики Саха (Якутия) располагаются 20 районов, имеющих 79 населенных пунктов компактного проживания КМН Севера. Безусловно, каждая из этих территорий и групп населения требует особых подходов при организации здравоохранения и медицинского обслуживания, что представляет сложную задачу, не всегда успешно решаемую. Поэтому в настоящее время наиболее актуальными становятся меры особой идеологии организации здравоохранения в отношении различных социальных и этнических групп, рекомендуемые ВОЗ, где указывается и "разработка устойчивых систем здравоохранения для удовлетворения потребностей населения". При этом подчеркивается, что здоровье людей, принадлежащих к наиболее уязвимым группам, является основным объектом и одновременно показателем обоснованности тактики медицинской службы. Начальным этапом такой политики здравоохранения должно быть изучение гарантированной доступности к медико-санитарным услугам и степени удовлетворения потребностей различных категорий

населения. Медико-санитарные службы, являющиеся первым уровнем контакта с населением, должны быть максимально приближены к местам жизни и работы КМН, а работа учреждений здравоохранения должна базироваться на высокотехнологичной помощи, оказываемой на дому.

В России приоритетным в работе здравоохранения становится усиление и закрепление профилактической деятельности. Однако не все профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия для людей, ведущих кочующий образ жизни, доступны, изредка проводимые медицинские осмотры не могут в полном объеме удовлетворить их потребности. В последние годы в Государственном докладе о состоянии здоровья населения РС (Я) не находят отражения статистические показатели по коренным малочисленным народам, хотя в республике проживает около 60% КМН Севера России, а также не выполнена ни одна программа по оздоровлению данной категории населения.

На территории РС (Я), по переписи 2002 г., проживает свыше 30 тыс. представителей КМНС, и среди них более 300 кочующих семей, в которых насчитывается более 2000 чел. В силу вышеуказанных и других факторов для этой группы характерны крайне негативные демографические процессы, что подтверждается статистическими данными [3]. По расчетам сектора социальных исследований Института проблем малочисленных народов Севера СО РАН (ИПМНС), рождаемость в 1993 по сравнению с 1985 г. сократилась у эвенков на 11,4%, эвенов – на 23,8, чукчей – на 70,0, юкагиров – на 41,7, в целом по КМНС – на 26,6%. Повышение смертности за этот период составило у эвенков 20,2%, эвенов – 25,7%, у долган и юкагиров – в 2-3 раза. При этом 30% смертей составляют суицид и травматизм. Снижение естественного прироста составляет у эвенков – 3,5%, эвенов – 10,2, чукчей – 71,4, юкагиров – 41,75%. Средняя продолжительность жизни мужчин в 1999 г. оказалась равной 54 годам,

женщин – 65, что более чем на 10 лет меньше по сравнению с Россией, на 16 лет – с Севером Европы и США.

С явным преимуществом данная группа населения лидирует в заболеваемости туберкулезом, алкоголизмом, психическими расстройствами и другими заболеваниями.

В России, в том числе и в Якутии, всегда существовали сложности в организации противотуберкулезной работы на отдаленных участках Крайнего Севера. Широкое внедрение бригадного экспедиционного метода оказания противотуберкулезной помощи населению в местах компактного проживания позволило значительно снизить напряженность эпидемиологической ситуации среди оседлого коренного населения. Среди группы населения, ведущей кочевой образ жизни и труда, качественное проведение противотуберкулезных мероприятий (ФЛГ, туберкулиновые пробы, наблюдение в очагах инфекции и противорецидивные мероприятия и т.д.) практически невозможно по многим причинам (транспортно-производственным и климатогеографическим, дороговизны вертолетного обслуживания и т.д.). Основные показатели противотуберкулезной работы среди данной категории населения можно увидеть на примере данных за 2003г.

По данным Якутского НИИ туберкулеза, на начало 2003 г. в местах компактного проживания КМН на учете по туберкулезу состояли 938 чел., что составляет 3,1% данной категории населения в РС (Я), из них 116 больных активной формой туберкулеза, в том числе 37 бактериовыделителей (табл.1). В отчетных формах не предусматривается графа, где можно было указать, сколько человек из них проживает в местах производственного кочевья, труднодоступных участках, сколько детей, какие оздоровительные мероприятия проводились в таких очагах инфекции и т.д. Эти данные явились бы основными показателями эффективности противотуберкулезной работы среди КМН в местах их компактного проживания. В настоящее

Таблица 1

Основные показатели противотуберкулезной работы среди КМНС РС (Я) за 1999-2003 гг. (по данным ЯРМИИЦ)

	1999	2000	2001	2002	2003	2003 по РС (Я)
Заболеваемость	94,8	86,0	108,3	86,7	111,4	75,5
Болезненность	460,8	433,3	420,0	365,0	369,3	244,1
Бациллярность контингента	155,8	130,0	137,8	122,8	117,8	86,5
Смертность	30,7	10,1	16,5	10,0	6,4	9,9

время судить об этом крайне сложно. Показатель заболеваемости среди КМН РС (Я) в 2003 г составил 111,4 на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше, чем по республике – 75,5. Болезненность туберкулезом среди малочисленных народов также в 1,5 раза выше, чем в среднем по республике. В структуре болезненности превалирует туберкулез органов дыхания – 88,7%. У каждого четвертого больного – туберкулезный процесс с распадом легочной ткани, больше трети больных – бактериовыделители. Бациллярность данного контингента на 100 тыс. населения составляет 117,8, что выше по РС (Я) в 1,4 раза. Укомплектованность фтизиатрическими кадрами неполная, в 4 улусах (Булунский, Нижнеколымский, Кобяйский, Оймяконский) она составляет не более 50%. В течение ряда лет нет врача-фтизиатра в Эвено-Бытантайском, Аллаиховском улусах. Неудовлетворительно осуществляются меры социальной профилактики туберкулеза, даже те, которые предусмотрены Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» №77-ФЗ от 18.06.2001г. За 5 лет из числа заразных больных, проживающих в общежитиях и многонаселенных квартирах, где имелись дети, изолированную квартиру никто не получил.

Следует отметить, что в нашей республике появилась тенденция снижения заболеваемости туберкулезом народов Севера. Если в 2000 г. показатель заболеваемости составлял 86,0 на 100 000 населения, то в 2006г. он несколько снизился (до 84,5 на 100 000 населения) и все же остается выше республиканского на 11,7 на 100 000 населения. Отмечается значительное повышение (до 35,9%) заболеваемости туберкулезом среди женщин данной категории населения. Таким образом, в Республике Саха (Якутия) у КМНС сохраняется наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу [4].

Наиболее остро стоит вопрос алкоголизации населения, особенно у коренных жителей. Потребление алкоголя из года в год принимает угрожающие размеры, увеличивается женский и детский алкоголизм. По данным ЯРМИАЦ, в 2003г. в МКП КМНС число женщин, состоящих на учете по поводу хронического алкоголизма, увеличилось по сравнению с 2001 и 2002 гг. (табл.2).

Известно, что на каждого жителя республики приходится потребления

алкоголя до 6-9 л в год в пересчете на чистый спирт [1], считая непьющих и детей младшего возраста. Алкоголизм среди населения имеет широкое распространение, причем рост детского и женского алкоголизма, имеет неблагоприятную социальную основу. Существует мнение, что процесс формирования алкоголизма у КМНС в 2,2 раза быстрее, чем у других представителей Крайнего Севера. Это, безусловно, зависит от экстремальных условий жизни и, возможно, объясняется генетической особенностью организма, связанной с низкой способностью утилизировать этанол [2]. Поэтому злоупотребление алкоголем усугубляет физическую, психологическую и моральную, финансовую деградацию населения. Такое кризисное состояние души и тела способствует сохранению случаев заболевания психическими расстройствами на высоком уровне, а среди женщин – и увеличению (табл.3).

Важно отметить, что кроме факторов природной среды оказывают воздействие на здоровье населения и техногенные факторы. Возрастающие масштабы загрязнения окружающей среды производственными отходами золотодобывающей промышленности,

нарушение флоры и фауны под влиянием подземных ядерных взрывов, которые были произведены на территории Якутии в «мирных» целях, не исключают возможность их негативного влияния на состояние здоровья людей. По данным ЯРМИАЦ, число впервые выявленных больных злокачественными заболеваниями среди КМНС за 2003г. по сравнению с 2001 г. увеличилось, при этом число больных онкологическими заболеваниями пищевода увеличилось в 3 раза (табл.4).

В структуре общей заболеваемости в МКП КМНС, по данным Госкомитета по статистике РС (Я), на первом месте стоит патология органов дыхания (в 2002 г. 333 на 100 000 населения), второе место занимают травмы и отравления – 74, на третьем – болезни органов пищеварения – 63. Причем имеют тенденцию постоянного увеличения показатели болезней нервной системы и др. (табл.5).

В настоящее время здоровье человека отражает не только уровень его жизни, но и уровень его сознания, которое формирует потребность человека быть здоровым, что в определенной степени зависит от санитарного просвещения населения. В этом плане ГУ РСМП МЗ РС (Я) проводится боль-

Таблица 2

Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами (по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Число больных под наблюдением на конец отчетного года - всего			Из них женщин		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, всего	680	531	610	155	140	147
в т.ч. алкогольные психозы	1	7	6			
хронический алкоголизм	528	415	522	113	124	125
наркомания	-	-	-			-
токсикомания	-	-	-	1		-
Употребление алкоголя с вредными последствиями	149	108	82	41	16	24

Таблица 3

Число заболеваний психическими расстройствами (по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Всего больных			Из них женщин		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Психические расстройства – всего	456	334	396	168	148	159
Органические психозы и (или) слабоумие	30	31	15	27	17	10
Шизофрения	51	40	45	33	25	36
Легкая умственная отсталость	214	175	206	72	81	64
Др. формы умственной отсталости	60	41	48	19	10	18

Таблица 4

Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями КМН РС (Я)
(по данным ЯРМИАЦ)

Заболевание	Всего состоит на учете на конец отчетного года			Из них с момента установления диагноза 5 лет и более		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Злокачественные новообразования – всего	57		64	19		30
В том числе:						
пищевода	2		6			
желудка	6		6	2		3
ободочной кишки	2		2	1		2
прямой кишки	3		3			
гортани	1		1			1
трахеи, бронхов, легкого	7		9	3		4
молочной железы	9		10	6		7
шейки матки	4		2	1		1
яичника	1		4			3
щитовидной железы	5		5	1		1
Злокачественные лимфомы	1		1	1		1
Лейкемия	1		1			1

Таблица 5

Заболеваемость населения в районах проживания коренных малочисленных Севера РС (Я) по основным группам болезней
(по данным Госкомитета по статистике РС (Я))

	Абс. число			На 1000 населения		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003*
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, всего	21517	42190	17612	349	743	311
в том числе:						
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1110	2402	539	18	42	10
Новообразования	52	200	49	1	3	1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания	121	618	118	2	11	2
Болезни крови и кроветворных органов	146	438	179	2	8	3
Психические расстройства	290	223	109	5	4	2
Болезни нервной системы	382	948	383	6	17	7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	680	1743	501	11	31	9
Болезни уха и сосцевидного отростка	406	699	339	7	12	6
Болезни системы кровообращения	559	1120	441	9	20	8
Болезни органов дыхания	11184	18888	9117	182	333	161
Болезни органов пищеварения	1448	3583	1602	24	63	28
Болезни мочеполовой системы	936	1836	822	15	32	15
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1431	2490	895	23	44	16
Болезни костно-мышечной системы	461	1491	607	7	26	11
Врожденные аномалии	32	82	16	1	1	0,3
Травмы, отравления	1769	4190	1488	29	74	26

* Расчет показателей произведен на среднегодовую численность населения на 2003 г. по итогам ВПР

шая организационная и методическая работа по профилактике неинфекционных заболеваний, по пропаганде медицинских и гигиенических знаний, формированию здорового образа жизни и укреплению здоровья населения. Однако, по отчетным данным, ни од-

ной беседы, лекции и других оздоровительных мероприятий не было проведено в местах кочевья, прекрасные школы "здоровья" охватывают только оседлое население, проживающее в наиболее крупных населенных пунктах.

Помимо вышеуказанных фактов кризисного состояния этой группы населения следует отметить, что многие семьи данной категории населения давно находятся за чертой бедности, среди них отмечается колоссальная безработица, у многих представителей КМНС нет жилища в поселках, значительное снижение калорийности пищевых продуктов сочетается с изменением типа питания. В современных условиях хозяйствования существующие родовые общины далеко не совершенны, не могут обеспечивать своих членов и их семей санаторно-курортными путевками, оплатой проезда до места отдыха и другими льготами, которыми пользуются работники госучреждений, и т.д.

В России в советские времена охране здоровья и медицинскому обслуживанию народов Севера уделялось значительное внимание. На первом этапе своего развития советское здравоохранение на Крайнем Севере даже опережало зарубежные страны. Затем деятельность государства перетерпела много трансформаций, а в последние годы все законодательства и положения в части охраны здоровья народов Севера стали носить формальный, декларативный характер. В настоящее время в России сделан крутой поворот развития истории, который привел к новым потрясениям аборигенные сообщества, и, возможно, многие из них уже не смогут возродиться.

Неблагополучное состояние (хотя и в меньшей степени) характерно для аборигенных народов и других приарктических стран. Именно уязвимость этой группы населения привела к созданию в этих странах особых подходов и особых форм охраны здоровья, специально направленных на преодоление медицинских проблем. Например, в США на Аляске помимо "штатного" (государственного, военного, общественного, частного) здравоохранения действует Alaska Area Native Health Service (Служба здоровья районов проживания коренных народов Аляски) - региональное отделение Федеральной индейской службы здоровья, имеющее свои задачи, приоритеты, планирование, финансирование и входящее в состав Департамента общественного здравоохранения США. Особые формы здравоохранения для коренных народов действуют и в Канаде.

Из всего сказанного можно сделать выводы:

1. Коренные малочисленные народы Севера в РС (Я), ведущие традиционную жизнедеятельность, являются наиболее нуждающимися в социальной, психологической и медицинской помощи.

2. Некоторые показатели состояния здоровья КМНС крайне неблагоприятные, демографической ситуации – нестабильные.

3. В настоящее время в РС (Я) нет официальной статистической и оперативной отчетности и анализа состояния здоровья КМН Севера.

4. Существующая система охраны здоровья населения РС (Я) в большей степени не доступна группе населения,

ведущей кочевой и полуседлый образ жизни, и живущим на труднодоступных участках рыбакам и охотникам.

5. Не разработана методика организации всеобщей диспансеризации и санитарного просвещения данной категории населения

6. Население самых труднодоступных отдаленных участков Севера остается недостаточно защищенным, нужны кардинальные изменения стратегии и тактики здравоохранения, безотлагательные научно обоснованные практические меры.

Литература

1. Донской Ф.С. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока

во второй половине XX века / Ф.С. Донской. – Новосибирск., 2006. – Т.3. – 417 с.

2. Кершенгольц Б.М. Алкоголизация и наркотизация – главная угроза генофонду народов Севера и пути их профилактики / Б.М. Кершенгольц // Материалы Международной конференции «Проблемы охраны генофонда народов Севера», п. Черский, 14-15 апреля 1995 г. - 1995. - С.60-69.

3. Сосин П.В. Социальная инфраструктура мест компактного проживания малочисленных народов Севера Республики Саха (Якутия) / П.В. Сосин. – Новосибирск, 2005.-192 с.

4. Тырылгин М.А. Этно-территориальные особенности современного развития туберкулезной эпидемии в Республике Саха (Якутия) / М.А. Тырылгин // Проблемы туберкулеза в Якутии: эпидемиология, организация и лечение: сб. науч. тр.- Якутск, 2007.-С. 9-15.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

УСПЕХИ ОТРАСЛИ – РЕЗУЛЬТАТ УСИЛИЙ КАЖДОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Открывая итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) министр Вячеслав Александров поблагодарил коллег за обеспечение успешной реализации в 2006-2007 гг. приоритетного национального проекта «Здоровье», а заместитель Председателя Правительства республики Юрий Куприянов призвал главных врачей стабильное состояние отрасли, которое держится в республике на протяжении нескольких лет, изменить на позитивное.

Самым значительным социально-политическим событием двух последних лет в республике стала работа по реализации приоритетных национальных проектов. В докладе министра на итоговой коллегии было отмечено, что в результате реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» достигнуты следующие индикативные показатели: улучшена материально-техническая база учреждений первичного звена, на 50% обновлен парк санитарного автотранспорта, увеличилась заработная плата медицинских работников, повысился квалификационный уровень медицинских работников, улучшились качество и доступность медицинской помощи населению.

В 2006-2007 гг. на реализацию проекта было направлено 1,2 млрд. руб. из средств федерального бюджета, 472 млн. руб. – из республиканского бюджета.

Республика получила 577 единиц диагностического оборудования на 273 млн. руб., 139 единиц санитарного автотранспорта, оснащенного совре-

менным диагностическим оборудованием.

На новом диагностическом оборудовании за 2 года проведено 1,7 млн. исследований, значительно повысилось качество проводимых исследований, появилась возможность проведения дополнительных специализированных исследований в поликлиниках. Сократилось ожидание обследования в амбулаторно-поликлинических учреждениях до 4 дней.

За счет обновления автопарка медицинской «скорой помощи» время ожидания бригад «скорой помощи» сократилось в городской местности с 23 до 17 мин, в сельской – до 13 мин.

За 2007 г. сданы в эксплуатацию 12 объектов здравоохранения общей мощностью 110 коек и 425 посещений в смену, общей стоимостью 594637 тыс.руб.

Республика участвует в реализации трех федеральных целевых программ: «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Дети России», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».

В 2007 г. Государственная целевая программа «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2007-2011 годы» финансировалась по 16 подпрограммам на общую сумму 701,3 млн. руб., в том числе из федерального бюджета 320,3 млн., из республиканского – 381,0 млн. руб.

Республика включена также в проект Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

и СПИД» и в программу Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу, на 2005-2010 годы».

В 2007 г. Якутия вошла в перечень регионов Российской Федерации, участвующих в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению Камчатской и Магаданской областей, Корякского автономного округа и Республики Саха (Якутия).

Все это позволило добиться стабилизации некоторых медико-демографических показателей и сохранить доступность медицинской помощи для широких слоев населения. Якутия относится к тем немногим регионам Российской Федерации, где сохраняется естественный прирост населения. В 2007 г. в республике родилось на 1486 детей больше, чем в 2006. Показатель рождаемости на 1000 населения составил 15,9%, что на 10,4% выше показателей 2006г. Показатель общей смертности, как и в 2006г., составил 9,7 на 1000 населения. Уменьшился показатель материнской смертности (26,3 на 100 000 живорожденных против 36,7 в 2006г.). Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся составил 10,7% (2006 г. – 10,6).

Говоря о задачах отрасли на 2008 г., министр поставил в своем докладе, а коллегия обсудила, и те животрепещущие вопросы, которые требуют сегодня неотлагательного коллегиального решения.

Заседание коллегии завершилось награждением большой группы ме-