



## Интеграция Целей устойчивого развития до 2030 года в стратегические программы сектора здравоохранения Кыргызстана и страновую стратегию развития до 2040 года.



Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»  
Кыргызская Республика  
Бишкек 720040  
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: [office@hpac.kg](mailto:office@hpac.kg)

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения [www.hpac.kg](http://www.hpac.kg)

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования. Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет, и необязательно отражают официальное мнение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

## Содержание

Список сокращений .....	4
I. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. ....	6
II. Адаптация Целей Устойчивого Развития (ЦУР) до 2030 года в секторе здравоохранения. ....	14
2.1 Актуальность вопросов охраны здоровья населения в контексте развития страны....	14
2.2 Предложения по интеграции ЦУР в долгосрочную Концепцию устойчивого развития .....	16
2.3 Предложения по индикаторам для отслеживания прогресса реализации ЦУР в области здравоохранения. ....	22
III. Заключение .....	26
Приложение 1: Взаимосвязь задач Целей в области устойчивого развития (ЦУР), связанные со здравоохранением, с государственными стратегическими документами (ГСД). ....	28
Приложение 2: Предлагаемые индикаторы по Целям устойчивого развития, связанные со здравоохранением .....	38
Приложение 3: ПАСПОРТА К ИНДИКАТОРАМ ЦЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	58

## Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГСД	Государственные стратегические документы
ИОДХ	Интегрированное обследование домохозяйств
КР	Кыргызская Республика
ЛС	Лекарственные средства
МДИ	Медико-демографическое исследование
МЗ	Министерство здравоохранения
МИКО	Мультииндикаторное кластерное обследование
НВиКД	Наличные выплаты из кармана домохозяйств
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НСК	Национальный статистический комитет
НСУР	Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 гг.
ООН	Организация объединенных наций
ПГГ	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью
ППУР	Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы
РЗ	Репродуктивное здоровье
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦУР	Цели устойчивого развития

## **ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ**

Работа по адаптации Целей Устойчивого Развития в секторе здравоохранения Кыргызской Республике проводилась ОФ «Центр анализа политики здравоохранения» в рамках Двухлетнего соглашения между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) на 2016-2017 годы и благодаря финансовой помощи, предоставленной ВОЗ Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC) на реализацию проекта «Усиление мониторинга и оценки, и также политического диалога в рамках программы «Ден Соолук». ОФ «Центр анализа политики здравоохранения» выражает огромную благодарность сотрудникам Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования и Национального статистического комитета, а также Всемирной организации здравоохранения, в частности Ярно Хабихту (Представителю ВОЗ в Кыргызской Республике), Мелитте Жакаб (аналитику по вопросам политики здравоохранения ЕРБ ВОЗ), Бетине Менне (координатору по вопросам здравоохранения и развития ЕРБ ВОЗ), Тине Даннеманн Пурнат (Европейская инициатива по медицинской информации), Бактыгуль Акказиевой (консультанту по вопросам финансирования здравоохранения ЕРБ ВОЗ), Осконбеку Молдокулову (сотруднику Странового офиса ВОЗ). Мы благодарны за все комментарии полученные от национальных и международных партнеров во время консультаций в 2016 году.

## I. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.

На Саммите ООН, прошедшем в сентябре 2015 года государства-члены Организации Объединенных Наций приняли **Повестку дня в области устойчивого развития до 2030 года**, в основу которой легли Цели устойчивого развития (ЦУР). Повестка дня ставит своей целью достижение справедливого, основанного на правах, равноправного и инклюзивного мира. Она обязывает заинтересованные стороны работать вместе для продвижения устойчивого и инклюзивного экономического роста, социального развития и защиты окружающей среды к всеобщей выгоде, включая женщин, детей, молодежь и будущие поколения. Для реализации данной всеобщей повестки дня потребуется комплексный подход к устойчивому развитию и коллективным действиям на всех уровнях для решения современных задач, при этом, доминирующей задачей является «не оставить никого позади» и решить проблему неравенства и дискриминации в качестве основной отличительной черты.

Цели устойчивого развития учитывают различные национальные условия, потенциал и уровень развития, а также национальные стратегии и приоритеты.. Целевые показатели носят глобальный характер, при этом каждая страна самостоятельно устанавливает свои собственные национальные цели, руководствуясь глобальными задачами, одновременно принимая во внимание национальные условия. Цели и задачи включают в себя экономические, социальные и экологические составляющие и учитывают их взаимосвязи в процессе достижения целей устойчивого развития во всех его аспектах.

**Таблица 1. Цели устойчивого развития**

№ Цели	Название
Цель 1	Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах
Цель 2	Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства
Цель 3	Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте
Цель 4	Обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех
Цель 5	Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек
Цель 6	Обеспечение наличия и рационального использования водных ресурсов и санитарии для всех

<b>№ Цели</b>	<b>Название</b>
Цель 7	Обеспечение всеобщего доступа к недорогим, надежным, устойчивым и современным источникам энергии для всех
Цель 8	Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех
Цель 9	Создание стойкой инфраструктуры, содействие всеохватной и устойчивой индустриализации и инновациям
Цель 10	Сокращение неравенства внутри стран и между ними
Цель 11	Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов
Цель 12	Обеспечение перехода к рациональным моделям потребления и производства
Цель 13	Принятие срочных мер по борьбе с изменением климата и его последствиями
Цель 14	Сохранение и рациональное использование океанов, морей и морских ресурсов в интересах устойчивого развития
Цель 15	Защита и восстановление экосистем суши и содействие их рациональному использованию, рациональное лесопользование, борьба с опустыниванием, прекращение и обращение вспять процесса деградации земель и прекращение процесса утраты биологического разнообразия
Цель 16	Содействие построению миролюбивого и открытого общества в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях
Цель 17	Укрепление средств осуществления и активизация работы в рамках Глобального партнерства в интересах устойчивого развития

Каждая цель включает в себя от 5 до 19 задач, которые состоят из целевых ориентиров и средствами их выполнения, поддерживаемых мировым сообществом. Всего таких ориентиров и средств – 169, в том числе 126 целевых ориентиров и 43 меры. Целевые ориентиры сформулированы таким образом, что представляют собой зачастую и задачу, и количественные показатели достижения цели к 2030 г. Всего было определено порядка 229 количественных показателей для отслеживания прогресса по достижению целей устойчивого развития.

Часть Целей устойчивого развития ранее входили в Цели развития тысячелетия, к ним относятся цели по бедности, здравоохранению, образованию, охране окружающей среде, гендерному равенству. Однако, несмотря на то, что ЦУР сохранили некоторую преемственность с ЦРТ, но все же они охватывают гораздо больший круг вопросов развития, как на глобальном, так и национальном уровнях. Они отошли от целей социального сектора и охватили такие сектора, как

экономическое развитие, вопросы прав уязвимых групп, совершенствование государственного управления и многие другие вопросы. ЦУР обладают следующими свойствами, которые отличают их от ЦРТ<sup>1</sup>:

- i. "беспрецедентны по масштабу", охватывает все секторы стратегического руководства и развития, а также экономические, экологические и социальные детерминанты здоровья;
- ii. являются "комплексными и неделимыми", что означает, что цели и задачи взаимосвязаны и самостоятельны, требуют слаженности политики в вертикальном и горизонтальном формате и предполагают приверженность многосекторальным общегосударственным и общесоциальным подходам;
- iii. "глобальны по своей природе и универсально применимы" и, таким образом, значимы для всех стран (как развитых, так и развивающихся), "при учете различных национальных реалий, возможностей и уровней развития";
- iv. уделяют особое внимание социальной справедливости и охвату труднодоступных групп населения, что отражено в виде обещания того, что "никто не будет оставлен позади"; признается важная роль учета гендерных особенностей, равенства и прав человека, и они предоставляют собой интегрированную организационную структуру, связывающую множество задач, стоящих перед обществом, также отмечается важность мира и безопасности как необходимых условий для устойчивого развития;
- v. "инклюзивны", что означает, что выполнение задач и целей возможно только в партнерстве.

Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте — важные составляющие устойчивого развития. Однако, несмотря на достигнутые за последние годы значительные успехи в улучшении здоровья и благосостояния людей, неравенство в сфере доступа к здравоохранению по-прежнему сохраняется. Доступ к здоровью и благополучию является одним из базовых прав человека, что делает более актуальным вопрос по обеспечению всех людей без исключения возможностями по получению качественными услугами в области здравоохранения и медицинского обслуживания. При этом, необходимо учитывать, что улучшение здоровья населения будет во многом зависеть и от успешности реализации задач не только входящих в ЦУР 3, но и в другие ЦУР.

---

<sup>1</sup> К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. Европейский региональный комитет, шестьдесят шестая сессия. Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.



Рисунок 1. Здоровье в эпоху Целей устойчивого развития



Предпосылками для формулирования задач в рамках ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» послужили ведущие принципы, которые были установлены в двенадцатой общей программе ВОЗ «Не только отсутствие болезней»:

- I. **Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения:** предоставление странам возможности поддерживать или расширять доступ к основным службам здравоохранения и финансовой защите, а также содействие обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения в качестве объединяющей концепции в глобальном здравоохранении.
- II. **Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем, решение незавершенных и будущих задач:** ускорение темпов достижения существующих целей в области охраны здоровья до 2015 года и в последующий период. Этот приоритет включает завершение ликвидации полиомиелита и некоторых забытых тропических болезней.
- III. **Решение проблемы неинфекционных заболеваний, психического здоровья, насилия, травматизма и инвалидности.**
- IV. **Реализация положений Международных медико-санитарных правил:** обеспечение того, чтобы все страны смогли выполнить требования в отношении наличия потенциала, указанные в Правилах.
- V. **Расширение доступа к основной, высококачественной, эффективной и приемлемой по цене медицинской продукции** (лекарственным средствам, вакцинам, средствам диагностики и другим медицинским технологиям).
- VI. **Решение проблем, связанных с социальными, экономическими и экологическими детерминантами здоровья,** как средство улучшения результатов функционирования системы здравоохранения и уменьшения неравенства в области охраны здоровья в странах и между ними.

ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» предусматривает 13 универсально применимых задач, реализация которых будет отслеживаться посредством 26 индикаторов, принятых на глобальном уровне.

**Таблица 2. Задачи и индикаторы ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».**

Задачи	Индикаторы
3.1. К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений	3.1.1. Коэффициент материнской смертности
	3.1.2. Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками
3.2. К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до 5 лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до 5 лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений	3.2.1. Смертность детей в возрасте до пяти лет
	3.2.2. Неонатальная смертность
3.3. К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями	3.3.1. Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по полу, возрасту и принадлежности к основным группам населения
	3.3.2. Заболеваемость туберкулезом на 1000 человек
	3.3.3. Заболеваемость малярией на 1000 человек
	3.3.4. Заболеваемость гепатитом В на 100 000 человек
	3.3.5. Число людей, нуждающихся в помощи в лечении тропических болезней, которым не уделяется должного внимания
3.4. К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия	3.4.1. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний
	3.4.2. Смертность от самоубийств
3.5. Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	3.5.1. Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (медикаментозные, психосоциальные и реабилитационные услуги и услуги по последующему уходу)
	3.5.2. Злоупотребление алкоголем (определяемое в соответствии с

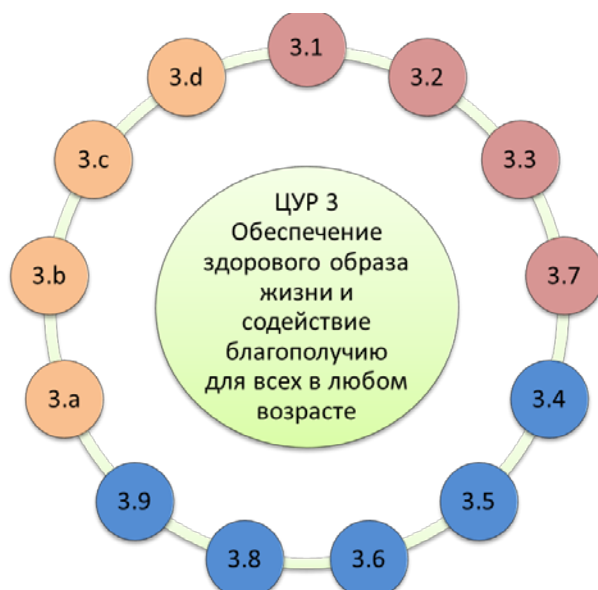
Задачи	Индикаторы
	национальными особенностями употребление алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет) в литрах чистого алкоголя в календарный год
3.6. К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1. Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий
3.7. К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах	3.7.1. Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами 3.7.2. Рождаемость среди подростков (в возрасте от 14 и моложе, и в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе
3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико- санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех	3.8.1. Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения) 3.8.2 Доля населения с высокими расходами домохозяйства на здравоохранение от общих расходов или доходов домохозяйства
3.9. К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв	3.9.1. Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и окружающей среде 3.9.2. Смертность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены (от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) для всех) 3.9.3 Смертность от неумышленного отравления
3.а.Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах	3.а.1. Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет

Задачи	Индикаторы
<p>3.b .Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех</p>	<p>3.b.1. Доля населения, имеющего доступ к недорогим лекарственным средствам и вакцинам на устойчивой основе</p> <p>3.b.2. Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения</p>
<p>3.c . Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах</p>	<p>3.c.1. Число медицинских работников на душу населения и их распределение</p>
<p>3.d . Нарращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья</p>	<p>3.d.1. Потенциал Международных медико - санитарных правил (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения</p>

Задачи 3.1, 3.2, 3.3 и 3.7, относящиеся к здоровью матери и ребенка и к инфекционным болезням, основаны на достижениях и опыте выполнения ЦРТ. Вместе с тем, остальные задачи – новые, и хотя на протяжении многих лет они оставались важными целями в отношении здоровья, в ЦРТ они не входили. Задачи 3.4, 3.5, 3.6, 3.8 и 3.9 касаются неинфекционных заболеваний, психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, дорожно-транспортных происшествий, всеобщего охвата услугами здравоохранения и доступа к качественной медико-санитарной помощи, опасных химических веществ и загрязнения окружающей среды. Задачи 3.a, 3.b, 3.c и 3.d называются "средствами выполнения" и затрагивают такие вопросы, как глобальная

безопасность в отношении здоровья, кадровые ресурсы здравоохранения, доступ к продукции медицинского назначения и научные исследования и разработки<sup>2</sup>.

**Рисунок 2. Задачи в рамках ЦУР 3**



Из имеющихся 13 задач, входящих в ЦУР 3, наиболее ключевой является задача 3.8 «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех».

**Рисунок 3. Взаимосвязь между задачами ЦУР 3**

ЦУР 3 Обеспечение здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте		
Задача 3.8: Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.		
<b>Незавершенная и расширенная повестка ЦРТ</b>	<p>3.1: К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений;</p> <p>3.2: Положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до 5 лет;</p> <p>3.3: Положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней; обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями;</p> <p>3.7: Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья; обеспечить интеграцию РЗ в национальные программы и стратегии.</p>	<b>Средства выполнения задач ЦУР</b>
<b>Новые задачи ЦУР 3</b>	<p>3.4: Уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ, улучшить психическое здоровье и благополучие;</p> <p>3.5: Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ (злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем);</p> <p>3.6: К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий;</p> <p>3.9: Существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв.</p>	

<sup>2</sup> К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. Европейский региональный комитет, шестьдесят шестая сессия. Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Данный подход определяет всеобщий охват услугами здравоохранения в качестве ключевой задачи, реализация которой позволит достичь целевых показателей и по другим задачам. Как показано на рисунке 3, все задачи в рамках ЦУР 3 можно разделить на (а) те, которые направлены на продолжение мер, установленных в ЦРТ, (б) новые задачи; и (в) средства по выполнению задач ЦУР 3. Реализация всех этих задач будет с одной стороны оказывать влияние на улучшение всеобщего охвата услугами здравоохранения, а с другой стороны реализация задачи 3.8 позволит достичь большей согласованности и сокращения фрагментации в секторе здравоохранения и способствовать усилению систем здравоохранения стран.

## **II. Адаптация Целей Устойчивого Развития (ЦУР) до 2030 года в секторе здравоохранения.**

### **2.1 Актуальность вопросов охраны здоровья населения в контексте развития страны.**

Здоровье является одним из важнейших факторов общественного развития во всех экономических системах. Здоровье населения является не только самоцелью, но и одним из необходимых условий экономического роста страны. Здоровье касается ключевого элемента производительных сил — непосредственно производителя с его способностями к работе и навыками к труду, только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда. Будучи неотъемлемым свойством трудовых ресурсов, здоровье, наряду с другими качественными характеристиками рабочей силы (образованием, квалификацией), оказывает существенное влияние на темпы социально-экономического развития общества.

Состояние здоровья населения непосредственно зависит от социально-экономических условий, иначе говоря, уровень здоровья населения служит самым точным, адекватным отражением качества жизни. Многие негативные проблемы здоровья населения связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организация досуга населения, алкоголизм, наркомания, постоянный психоэмоциональный стресс и прочее). Поэтому одним из ключевых элементов социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения, исходя из чего можно сказать, что здравоохранение является особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье. В современных условиях развития общества здравоохранение имеет исключительно важное социальное значение и является одним из ключевых звеньев социальной сферы.

В Кыргызстане уже имеется опыт по интеграции глобальных инициатив в документы, определяющие национальную политику развития. Согласно *Национальному добровольному докладу*, подготовленного Кыргызстаном в 2015 году для ежегодного обзора на уровне министров в Экономическом и Социальном Совете ООН, Первым документом в стране, в котором появились ЦРТ, являлся первый отчет о прогрессе в достижении ЦРТ, опубликованный в 2003 году. Этот отчет задал систему национальных целей, задач и целевых индикаторов, которые впоследствии стали основной базой для включения их в национальные документы развития. При этом, первым национальным стратегическим документом, включившим в себя напрямую показатели ЦРТ, как часть разрабатываемой государственной политики, стала программа развития здравоохранения на 2006-2010 гг. «Манас Таалими». Именно в ней впервые отслеживалась динамика индикаторов ЦРТ 4, 5 и 6, причем именно не как показателей здравоохранения, а как «индикаторов Целей развития тысячелетия». Одним из приоритетных направлений в сфере здравоохранения была провозглашена его ориентация на достижение ЦРТ. В дальнейшем, в национальные стратегические документы также стали включаться элементы ЦРТ, однако до разработки Национальной стратегии устойчивого развития (НСУР), в большинстве своем показатели, отслеживающие прогресс реализации ЦРТ отсутствовали.

Начиная с 2012 года, вопросы устойчивого развития в Кыргызстане выносятся на первое место. Фактически система ЦРТ уже заложила основы устойчивого развития, рассматривая развитие как комплексную проблему. Все это отразилось в подготовке и принятии двух стратегических документов на национальном уровне: Национальной стратегии устойчивого развития на период 2013-2077 гг. и Программы по переходу к устойчивому развитию на 2013-2017 гг. Несмотря на то, что они были приняты до 2015 г., оба этих документа ставят во главу угла именно устойчивое развитие.

Что касается государственной политике в секторе здравоохранения, то она описана в ряде национальных и секторальных стратегических документов, таких как Национальная Стратегия Устойчивого Развития (2012-2017), Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы, Стратегией охраны и укрепления здоровья населения КР до 2020 года ("Здоровье - 2020"), Национальной программой реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016 годы. Программа Ден-Соолук внедряется на основе широкосекторального подхода и достигнуто соглашение с партнерами по развитию о его продлении до 2018 г. Кроме того, существуют различные специфические программы, направленные на реализацию мер политики по конкретным направлениям в секторе здравоохранения.



**Рисунок 4. Определение политики в секторе здравоохранения**



В Приложении 1 представлены различные государственные документы, которые уже на текущий момент отражает отдельные элементы задач, входящих в ЦУР3 и задач, имеющих отношение к здоровью. При этом, там представлены стратегические документы разных уровней, как национальных и секторальных, так и определяющие меры политики по определенным задачам или направлениям.

Данный подход позволяет в дальнейшем интегрировать все задачи в рамках ЦУР, исходя из национальных приоритетов. Иначе говоря, часть задач может быть интегрирована в национальные стратегические документы, такие как долгосрочная Концепция устойчивого развития или НСУР-II. Оставшиеся задачи могут стать частью программы реформирования сектора здравоохранения, которая будет разработана на смену текущей программы Ден соолук. Более детальные меры политики по достижению целевых показателей по этим задачам будут отражены в специфических программах внутри сектора здравоохранения.

## **2.2 Предложения по интеграции ЦУР в долгосрочную Концепцию устойчивого развития**

Во исполнение поручения Вице-премьер-министра Кыргызской Республики О. Панкратова от 7 июля 2016 года №16-2530 и №16-2531, Министерством здравоохранения была создана рабочая группа по адаптации ЦУР в секторе здравоохранения, в которую вошли представители Министерства здравоохранения, Фонда ОМС, Национального статистического комитета, республиканских учреждений здравоохранения и т.д. Деятельность рабочей группы осуществлялась при активной поддержке Всемирной организации здравоохранения. Рабочей группой были разработаны предложения по интеграции ЦУР-3 в проект Концепции устойчивого развития КР до 2030 года.



Исходя из анализа текущей ситуации предлагается в качестве сформулировать **цель** развития сектора здравоохранения до 2030 года как создание условий для эффективной профилактики и лечения различных заболеваний, повышения доступности и качества медицинских услуг, особенно для бедных слоев населения, направленных на снижение уровня заболеваемости населения с учетом ЦУР-3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» и других целей, связанных со здравоохранением.

Реализации политики в секторе здравоохранения будет сконцентрирована на следующих приоритетах:

- 1) Снижение бремени заболеваемости населения;
- 2) Повышение потенциала общественного здравоохранения;
- 3) Укрепление и дальнейшее развитие системы здравоохранения.

Ниже, приводится таблица, где представлена информация, каким образом задачи, предложенные в проект Концепции устойчивого развития Кыргызской Республики до 2030 года могут быть взаимоувязаны с задачами в рамках ЦУР-3 и другими Целями, имеющих отношение к здоровью.

**Таблица 3. Взаимосвязь политики в секторе здравоохранения в рамках проекта Концепции устойчивого развития КР до 2030 года с Целями Устойчивого Развития**

Проект Концепции устойчивого развития КР	ЦУР
<b>Приоритет 1: Снижение бремени заболеваемости населения</b>	
Повысить доступность и качество медицинской помощи для населения	<u>ЦУР3:</u> 3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения
	<u>ЦУР3:</u> 3.b Оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечить доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении гибких возможностей в целях охраны здоровья населения, и, в частности, обеспечить доступ к медикаментам для всех.
	<u>ЦУР-3:</u> 3.c Существенно увеличить объем финансирования здравоохранения и обеспечить

Проект Концепции устойчивого развития КР	ЦУР
	<p>дальнейший набор, формирование, подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах</p> <p><u>ЦУР-1</u>: 1.5 Укрепить жизнестойкость малоимущих и находящихся в уязвимом положении лиц и уменьшить их подверженность обусловленным изменением климата стихийным бедствиям и другим экономическим, социальным и экологическим потрясениям и катастрофам</p>
<p>Продолжать мероприятия по улучшению здоровья матери и ребенка</p>	<p><u>ЦУР-3</u>: 3.1 Сократить глобальный показатель материнской смертности до менее чем 70 случаев на 100 000 живорожденных</p> <p><u>ЦУР-3</u>: 3.2 Положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений</p> <p><u>ЦУР-3</u>: 3.7 Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья</p> <p><u>ЦУР-2</u>: 2.1. Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию</p> <p><u>ЦУР-2</u>: 2.2 окончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 году согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин, пожилых людей</p>
	<p><u>ЦУР-5</u>: 5.6 Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и</p>

Проект Концепции устойчивого развития КР	ЦУР
	итогами документами
Стабилизировать распространение ВИЧ-инфекции	<u>ЦУР-3:</u> 3.3 Положить конец эпидемии СПИДа, туберкулеза, малярии и запущенных тропических заболеваний и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями
Повысить качество предоставляемых мед. услуг на различных уровнях системы здравоохранения по борьбе с туберкулезом, гепатитом и другими инфекционными заболеваниями, в том числе передаваемыми через воду	<u>ЦУР-3:</u> 3.3 Положить конец эпидемии СПИДа, туберкулеза, малярии и запущенных тропических заболеваний и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями
	<u>ЦУР-3:</u> 3.9 Существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв
	<u>ЦУР-6:</u> 6.1 Обеспечить всеобщий и справедливый доступ к безопасной питьевой воде для всех
	<u>ЦУР-6:</u> 6.2 Обеспечить для всех доступ к надлежащим и справедливым услугам в области санитарии и гигиены и положить конец открытой дефекации
Повысить эффективность профилактики и контроля неинфекционных заболеваний	<u>ЦУР-3:</u> 3.4 Сократить на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и улучшение психического здоровья и благополучия
	<u>ЦУР-3:</u> 3.6 Вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий
	<u>ЦУР-3:</u> За «Укрепить, в соответствующих случаях, осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака во всех странах»
Обеспечить доступную психосоциальную помощь для снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидизации лиц с психическими расстройствами	<u>ЦУР-3:</u> 3.4 Сократить на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и улучшение психического здоровья и благополучия
<b>Приоритет 2: Повышение потенциала общественного здравоохранения</b>	
Повысить эффективность деятельности службы общественного здравоохранения, ориентированную на потребности населения	<u>ЦУР-3:</u> 3.5 Укреплять профилактику и лечение наркомании, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем.
	<u>ЦУР-3:</u> 3.9 Существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв

Проект Концепции устойчивого развития КР	ЦУР
Усилить государственный надзор за объектами водоснабжения	<u>ЦУР-3</u> : 3.9 Существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв.
	<u>ЦУР-6</u> : 6.1. Обеспечить всеобщий и справедливый доступ к безопасной питьевой воде для всех
	<u>ЦУР-6</u> : 6.2. Обеспечить для всех доступ к надлежащим и справедливым услугам в области санитарии и гигиены и положить конец открытой дефекации, уделяя особое внимание потребностям женщин и девочек и лиц, находящихся в уязвимом положении
Снизить уровень заболеваний, связанных с безопасностью продуктов питания и обеспечением сбалансированного питания	<u>ЦУР-3</u> : 3.9 Существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв
	<u>ЦУР-2</u> : 2.1 Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию
<b>Приоритет 3: Укрепление и дальнейшее развитие системы здравоохранения</b>	
Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения через совершенствование государственных программ по обеспечению медико-санитарной помощью и повышение рационального использования финансовых ресурсов	<u>ЦУР-3</u> : 3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения
	<u>ЦУР-3</u> : 3.с Существенно увеличить объем финансирования здравоохранения и обеспечить дальнейший набор, формирование, подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах
	<u>ЦУР-1</u> : 1.5 Укрепить жизнестойкость малоимущих и находящихся в уязвимом положении лиц и уменьшить их подверженность обусловленным изменением климата стихийным бедствиям и другим экономическим, социальным и экологическим потрясениям и катастрофам
Обеспечить более эффективное использование финансовых средств, направляемых на льготное лекарственное обеспечение социально-уязвимых слоев населения	<u>ЦУР-3</u> : 3.b Оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечить доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право

Проект Концепции устойчивого развития КР	ЦУР
	развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении гибких возможностей в целях охраны здоровья населения, и, в частности, обеспечить доступ к медикаментам для всех.
Предотвратить отток и улучшить качество медицинского и фармацевтического образования	<u>ЦУР-3:</u> 3.с Существенно увеличить объем финансирования здравоохранения и обеспечить дальнейший набор, формирование, подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах
Внедрить унифицированные и стандартизированные медицинские информационные системы в практическое здравоохранение	<u>ЦУР-17:</u> 17.18 К 2020 году усилить оказание поддержки в наращивании потенциала развивающимся странам, в целях значительного увеличения объема имеющихся качественных, своевременных и надежных данных, дезаггрегированных по признакам дохода, пола, возраста, расы, этнической принадлежности, миграционного статуса, состояния здоровья, географического местоположения и другим параметрам, актуальным в национальных условиях.

Данные предложения в последующем еще требуют проведения консультаций по дальнейшей приоритезации. Однако, в ходе определения приоритетов необходимо иметь ввиду, что государство взяло на себя определенные обязательства по охране здоровья населения и которые закреплены в различных нормативных документах. В частности, статья 47 **Конституции** Кыргызской Республики говорит о том, что *«Каждый имеет право на охрану здоровья»*, при этом *«Бесплатное медицинское обслуживание, а также медицинское обслуживание на льготных условиях осуществляется в объеме государственных гарантий, предусмотренных законом»*. В этих целях, Правительством утверждается **Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью**, которая определяет гарантированный объем, виды и условия предоставления медико-санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики, обеспечивает реализацию прав граждан республики на получение медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, независимо от форм собственности и участвующих в данной программе.

**Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»** является основным нормативным правовым актом, регулирующим вопросы охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике. В рамках данного Закона регулируются вопросы прав граждан на защиту и охрану своего здоровья,

определение полномочий органов государственной власти и местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан, правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения, а также определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников и т.д.

**Закон «Об общественном здравоохранении»**, который ставит перед собой задачи по (i) охране здоровья населения; (ii) формировании здорового образа жизни граждан; (iii) профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний. В данном документе государство берет на себя обязательство по осуществлению надзора в таких вопросах как безопасность питьевой воды, пищевых продуктов и питания, воздушной среды и т.д.

Существуют еще ряд законодательных документов определяющих ответственность государства по обеспечению охраны здоровья граждан республики.

Однако, помимо национальных обязательств, Кыргызстан, являясь одним из государств-участников международных организаций, также взял на себя ряд обязательств, определенных на глобальном уровне и включенных в ЦУР. Например:

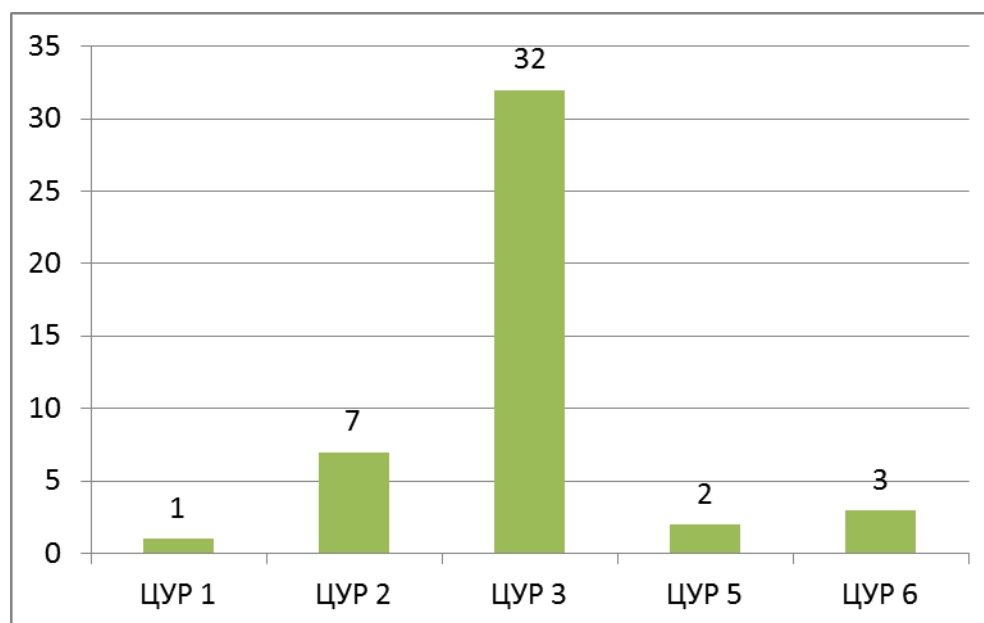
- Политическая декларация, принятая на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам профилактики и борьбе с неинфекционными заболеваниями.
- Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа.
- Резолюция 67/81 Генеральной Ассамблеи ООН по Всеобщему охвату населения медицинскими услугами
- Резолюция 66/115 Генеральной Ассамблеи ООН по здоровью и окружающей среде, а также здоровью и стихийными бедствиями и др.
- Резолюцию 69 сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения по вопросам здравоохранения в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.
- Резолюция «К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ»

### **2.3 Предложения по индикаторам для отслеживания прогресса реализации ЦУР в области здравоохранения.**

Одновременно с разработкой предложений по интеграции ЦУР 3 и задач, относящихся к здоровью в Концепцию устойчивого развития, рабочая группа по адаптации ЦУР в секторе здравоохранения провела работа, в ходе которых были выработаны предложения по отслеживанию прогресса их реализации. Данная

работа включала в себя процесс обсуждения и согласования набора индикаторов с различными заинтересованными сторонами. В качестве отправной точки при формировании набора индикаторов для сектора здравоохранения, послужило поручение Вице-премьер-министра Кыргызской Республики О.Панкратова от 7 июля 2016 года. В данном поручении всеми министерствам и ведомствам было предписано провести инвентаризацию Целей и задач устойчивого развития и индикаторов по их мониторингу, при этом данное поручение уже включало в себя предварительное распределение ЦУР и входящих в них задач по ответственным органам. Согласно данного поручения, Министерству здравоохранения необходимо было предоставить свои предложения не только касательно ЦУР 3, но также по другим задачам, относящимся к вопросам здоровья населения. В результате проведенной работы, был подготовлен набор национальных индикаторов для отслеживания прогресса реализации ЦУР в секторе здравоохранения, который включает в себя 45 индикаторов, из них 32 индикатор для ЦУР 3 и 13 индикаторов для других ЦУР. По каждому из этих индикаторов были определены источники данных, базовые показатели за 2015 год и рассчитаны целевые показатели до 2030 года (Приложение 2).

**Рисунок 5. Распределение национальных индикаторов, относящихся к вопросам здоровья населения по ЦУР.**



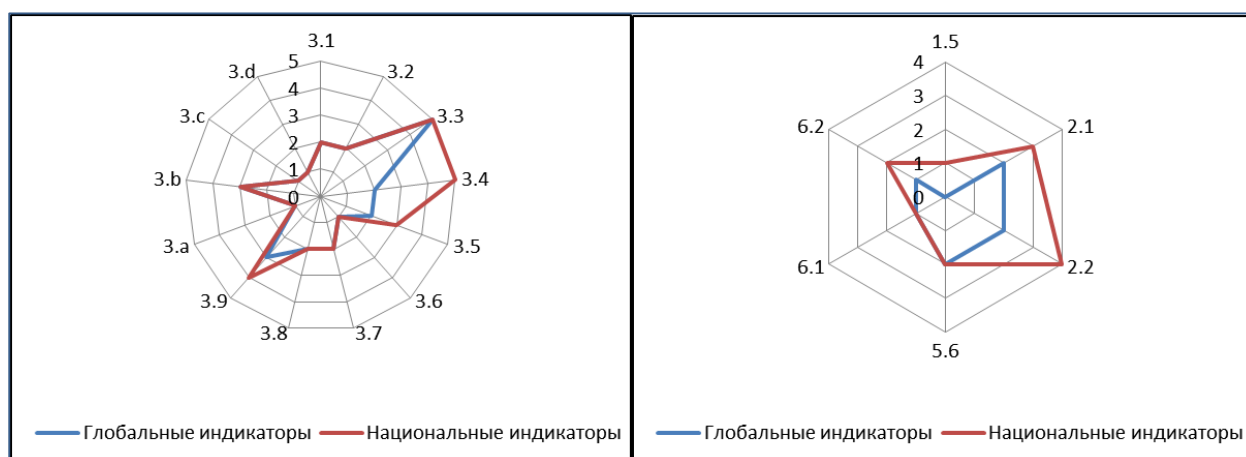
При работе над перечнем индикаторов, рабочая группа руководствовалась рядом критериев по отбору индикаторов:

- 1) Одним из ключевых принципов при определении набора индикаторов было достижение как можно большей сопоставимости национальных индикаторов с глобальными, что должно облегчить процесс подготовки страновых отчетов по прогрессу реализации ЦУР в будущем. Однако, добиться полного совпадения глобальных и национальных индикаторов не

представляется возможным, так как часть глобальных индикаторов имеет обобщенную формулировку и **нуждается в локализации согласно национального контекста**.

- 2) При рассмотрении показателей, предпочтение отдавалось количественным индикаторам.
- 3) Индикаторы должны иметь простую формулировку и быть доступными для понимания.
- 4) Для индикаторов должны быть разработаны методика сбора и определены источники данных. Предпочтение отдавалось показателям, по которым уже имеется опыт сбора данных и которые использовались для анализа ситуации в секторе здравоохранения или для отслеживания реализации различных программ в секторе здравоохранения.

**Рисунок 6. Сопоставимость национальных и глобальных индикаторов по вопросам здоровья.**



Как видно из рисунка 6, практически по всем глобальным показателям в рамках ЦУР 3 были подобраны аналоги национальных индикаторов. Исключением стали лишь два индикатора:

- (1) 3.3.5 «Число людей, нуждающихся в помощи в лечении тропических болезней, которым не уделяется должного внимания» - был исключен ввиду того, что он не актуален для Кыргызстана.
- (2) 3.b.3 «Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения» - в настоящее время отсутствуют официальные данные, которые могли бы дать полную информацию об объемах внешней помощи.

В то же время, при разработке индикаторов по отслеживанию прогресса реализации задач, относящихся к здоровью в других ЦУР, рабочей группой было предложено 13 национальных индикаторов, тогда как на глобальном уровне определено лишь 8.



Как уже указывалось ранее, одним из важных критериев отбора индикаторов было наличие подтвержденных источников данных. При работе над индикаторами, рабочая группа определила три основных источника данных:

- 1) Административные данные: большая часть информации поступает из рутинных отчетов различных государственных ведомств, таких как Министерство здравоохранения, Фонд обязательного медицинского страхования, Республиканский медико-информационный центр, Национальный статистический комитет и т.д.
- 2) Крупномасштабные обследования: для сбора информации необходимо проведение регулярных специализированных крупномасштабных обследований, таких как: Мульти-ноогоиндикаторное кластерное обследование, Медико-демографическое исследование, Модуль по здравоохранению Интегрированного обследования домохозяйств, Обзор выписанных пациентов и т.д.
- 3) Специализированные исследования и отчеты: источниками информации для индикаторов могут служить различные отчеты и результаты исследований, проведенные международными организациями, НПО и т.д.

Также, в целях более эффективного мониторинга прогресса реализации ЦУР по вопросам здравоохранения и интеграции в национальную систему мониторинга ЦУР, для каждого предложенного национального индикатора был разработан паспорт, в котором представлена следующая информация:

**Таблица 4. Структура паспортов для предлагаемых индикаторов по ЦУР 3 и задачам, относящимся к здоровью**

№	Категория	Описание
1.	Название индикатора	Название индикатора и официально признанное толкование/определение индикатора
2.	Определение индикатора	Краткое описание текущего индикатора
3.	Единица измерения	Точная информация, в каких единицах измеряться данный индикатор
4.	Тип индикатора	Указывается, является ли индикатор количественным или качественным
5.	Целевое предназначение	Описание цели для чего необходим сбор и анализ данного индикатора
6.	Сбор, обработка данных и методы расчеты	Описание методологии/стандартов сбора данных для формирования индикатора, методов расчета индикатора включая формулы и составляющие компоненты (если индикатор расчетный). Также, дается описание релевантных официальных национальных и международных методологий и стандартов, связанных со сбором, расчетом и

№	Категория	Описание
		предоставлением индикатора.
7.	Источники данных	Описание официальных источников получения данных для индикатора и/или данных для компонентов необходимых для расчета индикатора
8.	Дополнительные источники данных	Описание альтернативных источников получения данных при их наличии
9.	Периодичность сбора и отчетности	Описание существующей периодичности сбора данных по текущему показателю
10.	Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Необходимость в дополнительных расходах, помимо государственного финансирования для отслеживания данного индикатора.
11.	Дополнительная информация и ссылки	Описание дополнительной справочной информации, включая описание толкования, методов сбора, обработки данных, а так же внешних источников дополнительной информации связанной с данным индикатором.

### III. Заключение

В настоящее время сектор здравоохранения является одним из лидеров по адаптации ЦУР в Кыргызской Республике. Несмотря на то, что на национальном уровне пока еще не выработаны четкие критерии и процедуры по определению приоритетов среди ЦУР и задач, которые в них включены, а также по их последующей интеграции в национальные стратегические документы, Министерство здравоохранения при поддержке Всемирной организации здравоохранения и других партнеров по развитию готово представить свои предложения. В настоящее время, Кыргызстан начал процесс разработки долгосрочной концепции устойчивого развития до 2040 года, планируется разработка среднесрочной стратегии НСУР-II, кроме того, близится завершение программы Ден соолук и предстоит разработать следующую программу по развитию сектора здравоохранения республики. Основываясь на складывающейся ситуации, важно достичь согласованности секторальной программы, как с национальными долгосрочными и среднесрочными программами устойчивого развития, так и с глобальными Целями устойчивого развития. Исходя из тех задач, которые были сформулированы на глобальном уровне, политика в сфере здравоохранения должна быть направлена на обеспечение всеобщего охвата медицинскими услугами, которая в свою очередь предполагает решение вопросов в области человеческих ресурсов, лекарственного обеспечения, финансирования здравоохранения, обеспечение

доступа к услугам. Также, усилия в секторе здравоохранения будут направлены на сокращение бремени заболеваний, и прежде всего от НИЗ.

При этом, необходимо будет завершить работу по согласованию имеющихся предложений по интеграции ЦУР в секторе здравоохранения и индикаторов по их отслеживанию в соответствии с национальным контекстом. Необходимо также помнить о том, что существует ряд вызовов и рисков реализации ЦУР в секторе здравоохранения, таких как:

- Недостаточная политическая приверженность, которая может привести к задержкам в реализации задач или их неисполнению.
- Показатели детской и материнской смертности являются чувствительными к социально-экономическому положению страны.
- Отток квалифицированных кадров, как из аппарата Министерства здравоохранения, так и из сектора здравоохранения из-за низкого уровня заработной платы.
- Неисполнение запланированных мероприятий в случае недостаточного финансирования.
- Отсутствие эффективных механизмов в стране по межсекторальному взаимодействию.
- Мониторинг реализации ЦУР потребует дополнительных финансовых ресурсов для проведения специализированных обследований (например, МДИ, МИКО, Модуль по здравоохранению ИОДХ и др.).
- Учитывая большое количество ЦУР, входящих в них задач и индикаторов по отслеживанию прогресса их реализации, для страны мониторинг ЦУР может оказаться тяжелым бременем, что влечет необходимость проведения приоритезации как самих ЦУР, так задач и индикаторов.

**Приложение 1: Взаимосвязь задач Целей в области устойчивого развития (ЦУР), связанные со здравоохранением, с государственными стратегическими документами (ГСД).**

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
<b>Цель 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах</b>		
1.3 Внедрить на национальном уровне соответствующие системы и меры социальной защиты для всех	Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы (ППУР)	Подглава 4.3. Здравоохранение. Задачи: (i) повысить доступность уязвимых слоев населения к услугам специализированной медицинской помощи; (ii) обеспечить рациональное и эффективное использование финансовых средств, направляемых на льготное лекарственное обеспечение социально уязвимых слоев населения; (iii) гарантировать социально-уязвимым слоям населения предоставление базовых медицинских услуг на бесплатной основе.
	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020").	Подглавы: 3.1. Солидарность; 3.2. Сокращение неравенства; 3.3. Продвижение концепции здоровья в течение всей жизни.
	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью.	Утверждается Постановлением Правительства КР в соответствии с Законом Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике", в целях повышения эффективности социальной защиты уязвимых групп населения. Перечень категорий граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по ПГГ бесплатно и на льготных условиях, раздел I «Категории граждан, имеющих право на бесплатное получение медико-

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
		санитарной помощи на амбулаторном уровне и в стационарах по социальному статусу».
1.3 Внедрить на национальном уровне соответствующие системы и меры социальной защиты для всех	Программа по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы.	Глава 6. Основные приоритетные направления Программы, § 5. Снижение неравенства в доступности к медицинской помощи независимо от географических условий проживания, транспортной доступности и уровня доходов.
1.5 Укрепить жизнестойкость малоимущих и находящихся в уязвимом положении лиц и уменьшить их подверженность обусловленным изменением климата стихийным бедствиям и другим экономическим, социальным и экологическим потрясениям и катастрофам	Программа сектора здравоохранения Кыргызской Республики по адаптации к изменению климата на период 2011-2015 годы	Задачи Программы направлены на профилактику и снижение инфекционной и неинфекционной заболеваемости, снижение смертности населения, обусловленной с влиянием неблагоприятных климатических факторов, предупреждение несчастных случаев в результате чрезвычайных природных явлений, разработку мероприятий по обеспечению безопасной питьевой водой и продуктами питания, а также улучшение инфраструктуры системы общественного здравоохранения для оказания населению квалифицированной медицинской помощи в условиях изменяющегося климата. Главы: Влияние изменения климата и факторы риска для здоровья, Влияние изменения климата на продовольственную безопасность, Влияние изменения климата на безопасность продуктов питания, Безопасная питьевая вода и изменение климата.
	Программа продовольственной безопасности и питания в Кыргызской Республике на 2015-2017 годы	Цель: Обеспечение наличия в Кыргызской Республике основных видов продовольствия в соответствии с установленными нормативами и повышение устойчивости снабжения населения страны продуктами питания.

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
<b>Цель 2. Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства</b>		
2.1 Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию	Программа продовольственной безопасности и питания в Кыргызской Республике на 2015-2017 годы	Подглавы: 2.2. Доступность продовольствия. Цель. Обеспечить стабильный доступ к продовольствию для уязвимых групп населения и защитить их от воздействия высоких цен на продовольствие. 2.3. Использование продовольствия и сбалансированное питание. 2.4. Безопасность питания
	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Подглава 10.4. Укрепление здоровья населения
2.2 Покончить со всеми формами недоедания	Программа продовольственной безопасности и питания в Кыргызской Республике на 2015-2017 годы	Подглавы: 2.2. Доступность продовольствия. Цель. Обеспечить стабильный доступ к продовольствию для уязвимых групп населения и защитить их от воздействия высоких цен на продовольствие. 2.3. Использование продовольствия и сбалансированное питание.
<b>Цель 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте.</b>		
3.1 Сократить глобальный показатель материнской смертности до менее чем 70 случаев на 100 000 живорожденных.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Подглавы 5.2. Здоровье матери и ребенка; 13. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.
	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Глава 8. Здоровье матери и новорожденного

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
	«Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008 – 2017 годы»	Цель программы - снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, улучшение качества медицинской помощи матерям и новорожденным с равными возможностями и во всех регионах страны.
	Коммуникационная стратегия по вопросам безопасного материнства в рамках программы «Действия сообществ по вопросам здоровья» (приказ МЗ КР от 05.06.2015г. №305).	Цель коммуникационной стратегии - повысить информированность и понимание целевыми группами основных аспектов безопасного материнства, тем самым повысить их заинтересованность, участие и ответственность за здоровье женщины в периоды беременности, родов и в послеродовом периоде.
	Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы (ППУР)	Подглава 4.3. Здравоохранение.
3.2 Положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Подглавы 5.2. Здоровье матери и ребенка; 13. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.
	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Глава 9. Здоровье ребенка
	Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы (ППУР)	Подглава 4.3. Здравоохранение.
	«Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008 – 2017 годы»	Цель программы - снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, улучшение качества медицинской помощи матерям и новорожденным с равными возможностями и во всех регионах страны.

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
<p>3.3 Положить конец эпидемии СПИДа, туберкулеза, малярии и запущенных тропических заболеваний и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями</p>	<p>Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")</p>	<p>Подглавы: 5.3. ВИЧ-инфекция; 5.4. Туберкулез. Главы: 10. Повышение потенциала общественного здравоохранения; 12. Создание среды для здоровья населения 13. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.</p>
	<p>Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.</p>	<p>Главы: 10. Туберкулез; 11. ВИЧ-инфекция</p>
	<p>Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы</p>	<p>Цель Программы - стабилизация и последующее снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции в КР.</p>
	<p>Программа «Туберкулез-IV» на 2013-2016 годы»</p>	<p>Цель Программы "Туберкулез-IV" - дальнейшее снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза в Кыргызской Республике</p>
	<p>Программа по предупреждению восстановления местной передачи малярии в Кыргызской Республике на 2014-2018 годы</p>	<p>Целями Программы являются поддержание стойкого эпидемиологического благополучия, предупреждение возобновления местной передачи малярии, международная сертификация страны, как свободной от малярии.</p>
	<p>Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013-2017 годы (ППУР)</p>	<p>Подглава 4.3. Здравоохранение.</p>
<p>3.4 Сократить на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством</p>	<p>Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")</p>	<p>Глава 5. Снижение бремени заболеваний. Подглава 5.1. Неинфекционные заболевания.</p>



ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
профилактики и лечения и улучшение психического здоровья и благополучия.	Программа по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы.	Цель Программы создание национальной системы профилактики и контроля НИЗ в Кыргызской Республике.
	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Глава 12. Общественное здравоохранение, § 1. Усиление межсекторального подхода к деятельности общественного здравоохранения.
3.5 Укреплять профилактику и лечение наркомании, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем.	Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики	Глава 2.3. Сокращение спроса на незаконные наркотики 2.3.1. Первичная наркопрофилактика 2.3.2. Вторичная наркопрофилактика 2.3.3. Третичная наркопрофилактика
3.6 Вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Глава 13. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.
3.7 Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Глава 13. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.
	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью.	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по ПГГ бесплатно и на льготных условиях, раздел II Категории граждан, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по клиническим показаниям основного заболевания на амбулаторном и стационарном уровнях
3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения.	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Глава III. Ожидаемые результаты и ключевые услуги по приоритетным направлениям Программы «Ден соолук».

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
3.9 Существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Глава 12. Создание среды для здоровья населения
3.a. Укрепить, в соответствующих случаях, осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")	Глава 11. Профилактика: детерминанты здоровья и факторы риска
	Программа по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы.	Глава 6. Основные приоритетные направления Программы, §1 Формирование национальной политики профилактики и контроля НИЗ на основе межсекторального подхода и партнерства
	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Главы 7. Сердечно-сосудистые заболевания; 12. Общественное здравоохранение § 1. Усиление межсекторального подхода к деятельности общественного здравоохранения.

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
<p>3.b Оказать поддержку в проведении научных исследований и разработке вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечить доступность недорогих основных лекарств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении гибких возможностей в целях охраны здоровья населения, и, в частности, обеспечить доступ к медикаментам для всех.</p>	<p>Программа Правительства Кыргызской Республики по развитию сферы обращения лекарственных средств в Кыргызской Республике на 2014-2020 годы</p> <p>Программа "Иммунопрофилактика" на 2013-2017 годы</p>	<p>Целью Программы является обеспечение доступности жизненно важных, безопасных, эффективных и качественных ЛС для граждан Кыргызской Республики и их рациональное использование.</p> <p>Целью Программы является снижение заболеваемости и смертности от предупреждаемых с помощью вакцин инфекционных болезней посредством обеспечения устойчивого охвата населения иммунизацией, повышения доступа к вакцинам гарантированного качества и активной пропаганды иммунизации на основе доказательной медицины, а также достижение к 2015 году ЦРТ</p>
<p>3.c Существенно увеличить объем финансирования здравоохранения и обеспечить дальнейший набор, формирование, подготовку и</p>	<p>Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020")</p>	<p>Главы: 8. Человеческие ресурсы; 6. Укрепление и дальнейшее развитие системы здравоохранения; 7. Финансирование и развитие медицинского страхования</p>

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
удержание медицинских кадров в развивающихся странах.	Национальная программа реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016гг.	Главы: 14. Финансирование здравоохранения; 15. Формирование ресурсов для системы здравоохранения. § 1. Инвестирование в человеческие ресурсы
<b>Цель 5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек</b>		
5.6 Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020").	Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, неинфекционных заболеваний.
	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью.	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по ПГГ бесплатно и на льготных условиях, раздел II Категории граждан, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по клиническим показаниям основного заболевания на амбулаторном и стационарном уровнях
<b>Цель 6. Обеспечение наличия и рациональное использование водных ресурсов и санитарии для всех</b>		
6.1 Обеспечить всеобщий и справедливый доступ к безопасной питьевой воде для всех	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020").	Глава 10. Повышение потенциала общественного здравоохранения, подглавы: 10.1. Эпидемиологический надзор за болезнями; 10.2. Меры защиты здоровья; 12. Создание среды для здоровья населения
	Программа сектора здравоохранения Кыргызской Республики по адаптации к изменению климата на период 2011-2015 годы	Глава «Безопасная питьевая вода и изменение климата»
6.2 Обеспечить для всех доступ к надлежащим и справедливым услугам в области санитарии и гигиены и положить конец открытой	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020").	Подглавы: 10.1. Эпидемиологический надзор за болезнями; 10.2. Меры защиты здоровья; 12. Создание среды для здоровья населения

ЦУР	ГСД	Соответствующие разделы
дефекации		
<b>Цель 7. Обеспечить доступ к недорогостоящим, надежным, устойчивым и современным источникам энергии для всех</b>		
7.1 Обеспечить всеобщий доступ к недорогостоящим, надежным и современным энергетическим услугам.	Программа сектора здравоохранения Кыргызской Республики по адаптации к изменению климата на период 2011-2015 годы 8.5. Программа развития социальной защиты населения Кыргызской Республики на 2015-2017 годы.	Глава «Пилотный проект по использованию солнечных панелей для больниц»
<b>Цель 17. Укрепление средств достижения устойчивого развития и активизация работы механизмов глобального партнерства в интересах устойчивого развития</b>		
17.18 К 2020 году усилить оказание поддержки в наращивании потенциала развивающимся странам, в целях значительного увеличения объема имеющихся качественных, своевременных и надежных данных, дезагрегированных по признакам дохода, пола, возраста, расы, этнической принадлежности, миграционного статуса, состояния здоровья, географического местоположения и другим параметрам, актуальным в национальных условиях.	Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года ("Здоровье - 2020") Программа электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016-2020 годы.	Глава 9. Внедрение унифицированных и стандартизированных медицинских информационных систем Разработана в целях эффективной реализации Программы Правительства КР по внедрению электронного управления («электронное правительство») в государственных органах исполнительной власти и органах МСУ КР на 2014-2017 годы. Основная цель электронного здравоохранения - повышение качества, доступности медицинского обслуживания населения и внедрение персонифицированного учета оказания медицинской помощи гражданам на основе широкомасштабного использования информационно-коммуникационных технологий.

**Приложение 2: Предлагаемые индикаторы по Целям устойчивого развития, связанные со здравоохранением**

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
<b>Цель 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах</b>							
1.5 Укрепить жизнестойкость малоимущих и находящихся в уязвимом положении лиц и уменьшить их подверженность обусловленным изменением климата стихийным бедствиям и другим экономическим, социальным и экологическим потрясениям и катастрофам		1.5.1 Количество больниц, оказывающие медицинскую помощь при ЧС, которые имеют «Индекс безопасности больниц»	МЗ, на основе специализированных исследований		4 больницы	Все больницы национального и областного уровня	<i>Индикатор предложен ВОЗ. Данные могут быть получены только при проведении оценки основанной на методологии ВОЗ «Индекс Безопасности Больницы». В 2016 году оценка безопасности проводилась при поддержке ВОЗ. Планируется проведение оценки в 2017 г.</i>

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
<b>Цель 2. Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства</b>							
2.1 Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию	2.1.1 Распространенность недоедания	2.1.1 Число женщин детородного возраста с анемией	НСК (МДИ, крупномасштабное исследование)	МЗ, USAID	35%	21%	<i>Индикаторы предложены группой ОЗМиР.</i> В соответствии со Стратегией по Расширенным мероприятиям по питанию (SUN) в КР, принятой на основании присоединения КР к Глобальному РМП движению, которая имеет прямую связь с целями ЦУР 2,14 на 2016-2020 г. определены несколько индикаторов, связанных с недоеданием: снижение числа женщин с анемией на 40 % к 2025 году и детей с низким весом при рождении на 25%
		2.1.1.а. Число детей с низким весом при рождении	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	5,9% (2014)	4,40%	

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	2.1.2 Уровень умеренного или острого отсутствия продовольственной безопасности населения (на основе шкалы оценки уровня отсутствия продовольственной безопасности)	2.1.2. Уровень умеренного или острого отсутствия продовольственной безопасности населения (на основе шкалы оценки уровня отсутствия продовольственной безопасности)	НСК, административные данные/ Бюллетень продовольственной безопасности		НСК, базовые и целевые показатели будут уточнены		Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). Обсудить индикатор с НСК
2.2 К 2030 году покончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 году согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин, пожилых людей	2.2.1 Распространенность задержки роста среди детей в возрасте до пяти лет (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя роста к возрасту ребенка в соответствии с нормами роста детей, установленными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), <-2)	2.2.1. Распространенность задержки роста среди детей в возрасте до пяти лет	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	12,9% (2014)	7%	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). В соответствии со Стратегией по Расширенным мероприятиям по питанию (SUN) в КР на 2016-2020 г. Сокращение низкорослости детей на 30% сделаны расчеты до 2025г.



ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	2.2.2. Распространённость неполноценного питания среди детей в возрасте до 5 лет в разбивке по виду (истощение или избыточный вес) (среднеквадратичное отклонение от 2 показателя веса к возрасту в соответствии с нормами роста детей, установленных ВОЗ >+2 или <-2)	2.2.2. Количество детей с истощением	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	2,8% (2014)	не выше 2,8%	Совпадают с индикатором ЦУР (уровень 1) и индикаторами Стратегии по Расширенным мероприятиям по питанию (SUN) в КР
		2.2.3. Доля детей с избыточной массой тела и ожирением до 5 лет	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	7,0% (2014)	не более 7%	Совпадают с индикатором ЦУР (уровень 1) и индикаторами Стратегии по Расширенным мероприятиям по питанию (SUN) в КР
		2.2.4. Доля детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании в первые 6 месяцев	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	41,1% (2014)	61%	Индикатор предложен ЮФПА и ЮНИСЕФ, имеется в Стратегии по Расширенным мероприятиям по питанию (SUN) в КР

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
<b>Цель 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте.</b>							
3.1 Сократить глобальный показатель материнской смертности до менее чем 70 случаев на 100 000 живорожденных.	3.1.1 Коэффициент материнской смертности	3.1.1 Коэффициент материнской смертности на 100000 живорожденных	НСК, административные данные	МЗ	38,5	34,2	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). Целевой показатель определен как снижение коэффициента материнской смертности (КМС) по меньшей мере на 1/3 к 2030 г. по сравнению с расчетным показателем за 2010 г.(51,3)
	3.1.2 Доля родов, принятых квалифицированным и медицинскими работниками	3.1.2. Доля родов в присутствии любого квалифицированного персонала	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	98,4% (2014г.)	не менее 99%	Совпадает с индикатором ЦУР
3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет, при этом все страны	3.2.1 Смертность детей в возрасте до пяти лет на 1000 живорождений	3.2.1 Коэффициент детской смертности на 1000 живорождений	НСК, административные данные	МЗ	21,5	не более 25,0	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1)

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений	3.2.2 Неонатальная смертность на 1000 живорождений	3.2.2 Неонатальная смертность на 1000 живорождений	НСК, административные данные	МЗ	14,0	не более 12	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1)
3.3 К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями	3.3.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных (в разбивке по возрастной группе, полу и принадлежности к основным группам населения)	3.3.1.Число новых заражений (оценочное количество) на 1000 среднегодового населения, в том числе:	РЦ «СПИД» /Программа «Спектрум		0,16	0,05	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). Работа программы «Спектрум» поддерживается при помощи доноров только до 2020 года.
		мужчины			0,23	0,06	Расчеты произведены на оценочное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин, основываясь на прогноз программы «Спектрум», 2015 г.
		женщины			0,08	0,03	(новых случаев среди мужчин - 698, население 2 948 932; женщин -250,

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
							население – 3 008 339).
		3.3.1.a Число новых заражений (оценочное количество) на 1000 среднегодового населения по возрасту:	РЦ «СПИД» / Программа «Спектрум»				Расчеты произведены на оценочное число новых случаев ВИЧ-инфекции, по возрасту основываясь на прогноз программы «Спектрум», 2015 г. (новых случаев среди возрастной группы 0-14 лет - 4, население 2 948 932; 15 лет и старше – 944 новых случая, население – 4 078 402).
		0-14 лет			0,002	0	
		15 лет и старше			0,23	0,06	

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	3.3.2 Заболеваемость туберкулезом на 1000 человек в год	3.3.2. Заболеваемость туберкулезом на 1000 человек в год	РМИЦ	НЦФ	0,98	0,64	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). Целевые показатели рассчитаны на основе фактических данных годового (%) снижения показателя заболеваемости согласно Национальной противотуберкулезной программе за последние 10 лет.
	3.3.3 Заболеваемость малярией на 1000 человек в год	3.3.3. Количество местных случаев малярии	РМИЦ		0	0	Согласно Документа по предварительным уровням для показателей достижения ЦУР для стран, в которых нет местных случаев малярии, данный индикатор не показан. В КР за последние годы не регистрируются случаи малярии, и страна идет на

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
							элиминацию этой инфекции.
	3.3.4 Число новых заражений гепатитом В на 100 000 человек в год	3.3.4 Число новых заражений гепатитом В на 100 000 человек в год	РМИЦ		5,9	не более 5	Совпадает с ЦУР (уровень 2).
	3.3.5 Число людей, нуждающихся в помощи в лечении тропических болезней, которым не уделяется должного внимания						Исключить данный индикатор, не актуален для КР
3.4 К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия	3.4.1 Смертность от сердечнососудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний	3.4.1.a Смертность от болезней системы кровообращения на 100тыс. населения	НСК, административные данные	МЗ	297	252,6 (ежегодное снижение на 1% )	Совпадает с ЦУР, разделены на 4 показателя (уровень 2)
		3.4.1.b Смертность от новообразований на 100тыс. населения	НСК, административные данные	МЗ	64,5	60,0	
		3.4.1.c Смертность от сахарного диабета на 100тыс. населения	НСК, административные данные	МЗ	6,0	4,0	

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
		3.4.1.d Смертность от хронических респираторных заболеваний на 100тыс. населения	НСК, административные данные	МЗ	21,0	16,0	
	3.4.2 Смертность от самоубийств	3.4.2. Смертность от самоубийств на 100 тыс. населения	НСК, административные данные	МЗ	7,0	5,0	Совпадает с Индикатором ЦУР (уровень 2)
3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	3.5.1 Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (медикаментозные, психосоциальные и реабилитационные услуги и услуги по последующему уходу)	3.5.1. Заболеваемость наркотической зависимостью на 100 тыс. человек в год	РМИЦ, административные данные		6,5	6,2 (снижение на 5%)	Индикатор предложен МЗ, поскольку нет данных об охвате лечением, предложены 2 индикатора по заболеваемости наркотической и алкогольной зависимости
		3.5.1.а. Заболеваемость алкогольной зависимостью на 100 тыс. человек в год	РМИЦ, административные данные		23,5	22,3 (снижение на 5%)	

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	3.5.2 Злоупотребление алкоголем (определяемое в соответствии с национальными особенностями употребления алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет) в литрах чистого алкоголя в календарный год	3.5.2. Употребление алкоголя на душу населения в литрах чистого алкоголя в календарный год	НСК, административные данные	МЗ	4,29 литров	3,86 литров (снижение на 10%).	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1), однако в стране ведутся расчеты на среднегодовую численность всего населения. (По ЦУР населения от 15 лет).
3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1 Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1. Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения	НСК		15,6	15,0	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1)
3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья	3.7.1 Процентная доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	3.7.1 Процентная доля замужних женщин в возрасте от 15 до 49 лет, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	НСК (МДИ, крупномасштабное исследование)	МЗ, USAID	36,3% (2012)	40,0%	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1)



ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
в национальных стратегиях и программах	3.7.2. Рождаемость среди подростков (в возрасте от 10 до 14 лет и в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе	3.7.2. Рождаемость среди подростков (число родившихся на 1000 женщин данной возрастной группы)	НСК, административные данные	МЗ	0,01	не более 0,01	Совпадает с индикатором ЦУР (уровень 1). Показатель разделен на 2 индикатора. Согласно Документа по предварительным предлагаемым уровням для показателей достижения целей в области ЦУР было высказано о нецелесообразности сбора данных в возрасте 10-11 лет из-за редкости случаев. НСК ведет сбор данных о рождаемости среди подростков в возрасте 12-14 лет и 15-19 лет
		до 15 лет (12-14 лет)			0,01	не более 0,01	
		от 15-19 лет			42,3%	35,0%	

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех	3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном	3.8.1. Послеродовое наблюдение за новорожденным после выписки из медицинского учреждения в течение 2 дней после выписки из роддома (в разбивке по квинтилям индекса благосостояния).	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF	24,7% (2014)	70%	Согласно Документа по предварительным предлагаемым уровням для показателей достижения целей в области ЦУР данный индикатор отнесен к уровню 3. Всеобщий охват услугами в области здравоохранения в таком определении является комплексным показателем, включающим в себя множество показателей, относящегося к охвату услугами здравоохранения, по большинству из которых есть данные. В настоящее время нет международного стандарта для измерения охвата медико-санитарными услугами. Сбор наборов по дезаггерированным данным требует дополнительной

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	3.8.2 Доля населения с высокими расходами домохозяйства на здравоохранение от общих расходов или доходов домохозяйства	3.8.2. Доля домохозяйств с НВиКД свыше 40% от их платежеспособности	НСК (ИОДХ, Модуль по здравоохранению)	ВОЗ	15% (2014)	11%	
3.9 К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв	3.9.1 Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и окружающей среде	3.9.1. Смертность от токсического действия окиси углерода на 100тыс. населения	НСК, административные данные		0,7	не более 0,5	Согласно Документа по предварительным предлагаемым уровням для показателей достижения целей в области ЦУР индикатор отнесен к уровню 1 и в качестве показателя подверженности воздействия могут быть взяты степень загрязнения воздуха при использовании твердого топлива в домашних условиях

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
	3.9.2 Смартность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены (от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) для всех)	3.9.2.a Смартность от ОКИ (острые кишечные инфекции) на 100 000 населения	НСК, административные данные		1,9	не более 1,5	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 2. Административных данных, отслеживающих качество воды в стране нет, поэтому МЗ предложены 2 показателя по смертности от заболеваний, связанных с использованием некачественной воды.
		3.9.2.b Смартность от брюшного тифа на 100 000 населения	НСК, административные данные		0,02	не более 0,02 (единичные случаи)	
	3.9.3 Смартность от неумышленного отравления	3.9.3. Смартность от случайных отравлений и воздействия ядовитых веществ	НСК, административные данные		7	не более 5,0	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 2.
3.a. Активизировать, при необходимости, осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах	3.a.1 Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет	3.a.1 Распространенность употребления табака	МЗ (STEPS, GYTS, специализированные исследования)	ВОЗ	25,7% (2014 от 25-64 лет) 8,2% (GYTS, 2014г. от 13-15 лет)	снижение на 15%.	Данные могут быть представлены только на основании данных исследований, STEPS – планируется проведение в 2017 году, GYTS - не известно

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
3.b Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для	3.b.1 Доля населения, имеющих постоянный доступ по цене к жизненно-важным ЛС	3.b.1.1 Доля государственного финансирования, выделяемая на закупку вакцин	МЗ, оперативные данные		75,20%	90%	<i>Индикатор предложен МЗ, Доля средств выделяемых на закупку вакцин и размер подушевого норматива могут показывать доступ населения к недорогим лекарствам.</i>
		3.b.1.2 Размер подушевого норматива, направляемого на льготное лекарственное обеспечение по ДПОМС на уровне ПМСП.	ФОМС, оперативные данные		50 сом	не менее 60 сом.	
	3.b.2. Доля целевого населения, охваченного всеми прививками включенными в национальный календарь прививок	3.b.2. Полный охват прививкам детей в возрасте 24-35 месяцев	НСК (МИКО, крупномасштабное исследование)	МЗ, UNICEF		80,4% (2014)	не менее 96%

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех	3.b.3 Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения						Согласно данным НСК «Предварительные предлагаемые уровни для показателей достижения целей в области устойчивого развития по состоянию на 24 марта 2016 года» приведенные данные относятся к странам-донорам, от которых поступает информация, поэтому необходимо исключить данный показатель??????

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
3.c Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах	3.c.1 Число медицинских работников на душу населения и их распределение	3.c.1 Количество врачей и средних медицинских работников на 10000 населения.	РМИЦ, административные данные		Количество врачей - 21,9, средних медицинских работников - 55,9	Количество врачей -35,0, средних медицинских работников в - 65	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 2
3.d Нарастивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья	3.d.1 Потенциал международных медико-санитарных правил (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения	3.d.1 Количество санитарно-карантинных пунктов (СКП), организованных согласно ММСП	МЗ, оперативные данные		7 (2015)	11	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 2. Индикатор предложен МЗ

ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
<b>Цель 5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек</b>							
5.6 Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и итоговыми документами	5.6.1 Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, самостоятельно принимающих обдуманное решение о сексуальных отношениях, применении противозачаточных средств и обращении за услугами по охране репродуктивного здоровья	5.6.1. Доля замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были осведомлены о каком-либо современном методе контрацепции	НСК (МДИ, крупномасштабное исследование)	МЗ, USAID	94,4% (2012)	не менее 95%	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 2,
		5.6.2. Количество законодательных и нормативных правовых актов, гарантирующих женщинам в возрасте от 15 до 49 лет доступ к услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья информации и образованию в		МЗ	3	5	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 3. Планируется принять два документа: 1. Государственная комплексная программа поддержки семьи и ухода за детьми на 2017-2027 гг. 2. Национальная программа охраны репродуктивного



ЦУР	Глобальные Индикаторы	Национальные индикаторы	Источник данных		Базовый показатель, 2015 г.	Целевой показатель в 2030г.	Комментарии
			Ответственная организация	Соисполнители			
		этой сфере					здоровья на 2017-2030 гг.
<b>Цель 6. Обеспечение наличия и рациональное использование водных ресурсов и санитарии для всех</b>							
6.1 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех	6.1.1 Доля населения, пользующегося услугами водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	6.1.1. Доступность населения к улучшенным источникам питьевой воды	НСК (МДИ, МИКО)	МЗ, USAID, UNICEF	85,9% (2012)	не менее 95%	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 1,
6.2 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к надлежащим санитарно-гигиеническим средствам и положить конец открытой дефекации, уделяя особое внимание потребностям женщин и девочек и лиц, находящихся в уязвимом положении	6.2.1 Доля населения, использующего организованные с соблюдением требований безопасности услуги санитарии, включая устройства для мытья рук с мылом и водой	6.2.1. Доступность населения к улучшенным санитарным сооружениям (улучшенный туалет не общего пользования)	НСК (МДИ, МИКО)	МЗ, USAID, UNICEF	95,1% (2012)	98%	Индикатор ЦУР отнесен к уровню 1,
		6.2.1а. Доля домохозяйств, в которых имеется место для мытья рук с наличием мыла и воды	НСК (МДИ, МИКО)	МЗ, USAID, UNICEF	86,8% (2012)	95%	

Приложение 3:

**ПАСПОРТА К ИНДИКАТОРАМ ЦЕЛЕЙ  
УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ СЕКТОРА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

## ЦЕЛЬ 1. ПОВСЕМИСТНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ НИЩЕТЫ ВО ВСЕХ ЕЕ ФОРМАХ

1.5 К 2030 году повысить жизнестойкость малоимущих и лиц, находящихся в уязвимом положении, и уменьшить их незащищенность и уязвимость перед вызванными изменением климата экстремальными явлениями и другими экономическими, социальными и экологическими потрясениями и бедствиями

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	1.5.1 Количество больниц, оказывающие медицинскую помощь при ЧС, которые имеют «Индекс безопасности больниц»
Обоснование/Определение индикатора	Оценка индекса безопасности – способность больницы выдержать воздействие факторов, вызвавших чрезвычайную ситуацию, сохранив при этом работоспособность при максимально возможной пропускной способности.
Единица измерения	Количество больниц
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Результаты оценки безопасности больниц дают возможность оценить готовность больниц к чрезвычайным ситуациям и предоставлять рекомендации по улучшению готовности, и в соответствии с этим планировать мероприятия по подготовке и реагированию на чрезвычайные ситуации.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Сбор данных основан на методологии ВОЗ «Индекс Безопасности Больницы».</p> <p>Параметры объединены в четыре модуля, каждый из которых представляет один из основных составных компонентов безопасности больницы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Угрозы, влияющие на безопасность больниц, и роль больницы в подготовке и реагировании на чрезвычайные ситуации и бедствия.</li> <li>2. Структурная безопасность</li> <li>3. Неструктурная безопасность</li> <li>4. Подготовка и реагирование на чрезвычайные ситуации и бедствия</li> </ol> <p>В процессе оценки каждому параметру присваивается один из трех уровней безопасности: «Низкий», «Средний» или «Высокий». Данные оценки вносятся в специальный формуляр «Контрольный перечень вопросов» и впоследствии обрабатываются компьютерной программой «Вычислитель индекса безопасности», которая автоматически вычисляет «Индекс безопасности больницы», представляющий собой числовое выражение безопасности оцененной больницы, т.е. её способности выдержать воздействие факторов, вызвавших чрезвычайную ситуацию, сохранив при этом работоспособность при максимально возможной пропускной способности. Наряду с вычислением общего индекса безопасности, Программа, вычисляет индекс безопасности по каждому модулю в отдельности.</p> <p>Величина Индекса безопасности больницы может варьировать от 0,00 до 1,00.</p>
Источники данных	МЗ

Дополнительные источники	Данные исследования по оценке "Индекс безопасности больниц"
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Для проведения оценки безопасности больниц, необходимы дополнительные средства. В 2016-2017 году оценка безопасности больниц национального и областного уровня проводилась при поддержке ВОЗ.
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Группа безопасности, к которой относится больница, обозначается, следующим образом: А (aba), В (bbc), С (ccb), и т.п., где заглавная буква указывает на группу к которой отнесена больница в соответствии с величиной общего индекса безопасности, а строчные буквы – группа к которой отнесена больница в соответствии с величиной индекса безопасности по каждому модулю в отдельности.</p> <p>В зависимости от величины индекса безопасности, оцениваемая больница относится к одной из трех групп безопасности:</p> <p>1. Если величина индекса безопасности находится в диапазоне между 0,66 и 1,00, больница относится к группе А, которая указывает на то что её безопасность высокая. Вполне вероятно, что больница сможет работать в случае чрезвычайных ситуаций и бедствий. Тем не менее, рекомендуется продолжать выполнение среднесрочных и долгосрочных мероприятий, направленных на усиление способности больницы реагировать на чрезвычайные ситуации и бедствия, а также на повышения её уровня безопасности.</p> <p>2. Если величина индекса безопасности находится в диапазоне 0,36 до 0,65, больница относится к группе В, что указывает на то что её безопасность находится на среднем уровне. Необходимы меры вмешательства в короткие сроки. Текущие уровни безопасности и подготовки больницы к реагированию на чрезвычайные ситуации и бедствия таковы, что безопасность пациентов и персонала, а также способность больницы работать во время и после чрезвычайных ситуаций и бедствий подвержены потенциальному риску.</p> <p>3. Если величина индекса безопасности находится в диапазоне между 0,00 до 0,35, больница относится к группе С, что указывает на то что её безопасность низкая. Необходимы срочные меры вмешательства. Больница вряд ли сможет работать во время чрезвычайных ситуаций и бедствий или после них, а существующие уровни безопасности и мероприятия по реагированию на чрезвычайные ситуации и бедствия недостаточны для защиты жизней пациентов и персонала больницы во время чрезвычайных ситуаций и бедствий, а также после них.</p>	

## ЦЕЛЬ 2. ЛИКВИДАЦИЯ ГОЛОДА, ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И УЛУЧШЕНИЕ ПИТАНИЯ И СОДЕЙСТВИЕ УСТОЙЧИВОМУ РАЗВИТИЮ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

2.1. Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию

2.1.1 Индикатор ЦУР: Распространенность недоедания

Общее описание	
Название индикатора	2.1.1 Число женщин детородного возраста с анемией
Обоснование/Определение индикатора	Доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) с анемией
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Результаты МДИ предназначены для обеспечения информацией, необходимой для оценки существующих социальных программ, а также разработки новых стратегий по улучшению состояния здоровья и медицинских услуг для женщин и детей Кыргызской Республики. Данное исследование также способствует расширению базы данных показателей здоровья и демографии в международном масштабе.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Исследования проводились Национальным статистическим комитетом КР совместно с Министерством здравоохранения КР</p> <p>Данные в МДИ основаны на опросе женщин, которые провели ночь в домохозяйстве до проведения опроса. Распространенность анемии, основанная на уровнях гемоглобина, поправлена на высоту (для детей и женщин) и курение (для женщин) с использованием формул CDC (CDC, 1998). В число женщин, имеющих анемию включались женщины с уровнем гемоглобина от 11.9 г/дл и менее (для небеременных женщин) и 10.9 г/дл и менее (для беременных женщин).</p> <p>Анкета Домохозяйства и Индивидуальные анкеты были составлены на основе стандартных анкет, разработанных программой MEASURE DHS. Типовые анкеты МДИ были адаптированы к условиям Кыргызской Республики экспертами Национального Статистического Комитета (НСК) и Министерства Здравоохранения РК (МЗ). Кроме того, были учтены предложения, внесенные USAID, ряда подразделений ООН, включая Программу Развития ООН (UNDP), Детский Фонд ООН (UNICEF) и Фонд Народонаселения ООН (UNFPA), а также других международных и неправительственных организаций. Первоначально анкеты были разработаны на английском языке, после чего их перевели на кыргызский и русский языки.</p>
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	нет

Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в 1997 и 2012г.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Анемия - является состоянием, характеризующимся низким уровнем гемоглобина в эритроцитах, который необходим для переноса кислорода к тканям и органам. Примерно половина бремени анемии в мире является результатом дефицита железа. Дефицит железа, в основном, происходит вследствие неадекватного потребления биоусвояемого железа, особенно в периоды увеличенной потребности в железе (как, например, во время беременности), и повышенной потери крови из-за паразитов и инфекций, таких как малярия. Анемия является особенно серьезной проблемой для беременных женщин, ведущей к преждевременным родам и низкому весу при рождении.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	2.1.1.а. Число детей с низким весом при рождении
Обоснование/Определение индикатора	Доля детей, имеющих при рождении вес менее 2500 граммов от общего числа детей, родившихся живыми, которые были взвешены при рождении
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить состояние здоровья матерей и новорожденных. Позволяет оценить эффективность программ, внедряемых в республике, планировать профилактические и лечебные мероприятия по вопросам материнства и детства.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин (МИКО) проводится Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат. управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы МИКО. В данном обследовании использовалось три типа вопросников. Вопрос о весе ребенка при рождении включает в себя вопросник №3 о детях в возрасте до 5 лет, в соответствии с которым для каждого проживающего в домохозяйстве ребенка в возрасте до 5 лет опрашиваются мать или лицо, осуществляющее за ним уход.</p> <p>Расчет: Число детей, родившихся последними в течение 2 лет до проведения обследования, вес которых при рождении оценивался как менее 2500 граммов X 100 / число детей, родившихся живыми, которые были взвешены при рождении</p>
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	РМИЦ, данные рутинной статистики
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Вес при рождении является наглядным индикатором не только состояния здоровья и питания матери, но и шансов новорожденного на выживание, рост, долгосрочное здоровье и психосоциальное развитие. Низкий вес при рождении (менее 2500 граммов) ассоциирован с рядом серьезных рисков для здоровья детей. Дети, которые не получили достаточного количества питательных веществ в утробе матери, больше подвержены риску смерти в первые дни, месяцы и годы жизни. Выжившие дети с низким весом при рождении часто страдают нарушением иммунной защиты организма и имеют повышенный риск развития таких заболеваний, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, некоторые виды рака, анемия. Низкий вес при рождении также связан с более низким IQ и когнитивными нарушениями, что влияет на их успеваемость в школе и их возможности трудоустройства во взрослой жизни.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	2.1.2. Уровень умеренного или острого отсутствия продовольственной безопасности населения (на основе шкалы оценки уровня отсутствия продовольственной безопасности) <i>Методология обсуждается с НСК</i>
Обоснование/Определение индикатора	
Единица измерения	
Тип индикатора	
Целевое предназначение	
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	
Источники данных	
Дополнительные источники данных:	
Периодичность сбора и отчетности	
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	



**2.2. К 2030 году покончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 году согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин, пожилых людей**

Индикатор ЦУР: 2.2.1 Распространенность задержки роста среди детей в возрасте до пяти лет (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя роста к возрасту ребенка в соответствии с нормами роста детей, установленными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), <-2)

Общее описание	
Название индикатора	2.2.1. Распространенность задержки роста среди детей в возрасте до пяти лет
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение низкорослых детей в возрасте до 5 лет среди детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка статуса питания на основании роста относительно возраста
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить статус питания детей, оценить эффективность программ, внедряемых в республике, планировать профилактические и лечебные мероприятия по вопросам здоровья и питания детей.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат.управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. В ходе МИКО вес и рост всех детей в возрасте до пяти лет измерялся с помощью антропометрического оборудования, рекомендованного ЮНИСЕФ. Расчет: Число детей в возрасте до 5 лет, имевшие недостаточный рост относительно возраста (с процентом ниже 2SD) X 100 / число детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка антропометрических данных (рост относительно возраста)
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлялось при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
Дополнительная информация и ссылки	
<b>Рост относительно возраста</b> – это измерение линейного роста. Дети, у которых отношение роста к возрасту более чем на два стандартных отклонения меньше медианного значения данного показателя для эталонного населения (2SD), считаются низкорослыми. Задержка в росте является результатом хронического недоедания в течение длительного периода, а также в результате повторных и хронических заболеваний.	

Индикатор ЦУР: 2.2.2. Распространённость неполноценного питания среди детей в возрасте до 5 лет в разбивке по виду (истощение или избыточный вес) (среднеквадратичное отклонение от 2 показателя веса к возрасту в соответствии с нормами роста детей, установленных ВОЗ >+2 или <-2)

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	2.2.2. Количество детей с истощением
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение детей с истощением в возрасте до 5 лет среди детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка статуса питания на основании веса относительно роста
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить статус питания детей, оценить эффективность программ, внедряемых в республике, планировать профилактические и лечебные мероприятия по вопросам здоровья и питания детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат.управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. В ходе МИКО вес и рост всех детей в возрасте до пяти лет измерялся с помощью антропометрического оборудования, рекомендованного ЮНИСЕФ. Расчет: Число детей в возрасте до 5 лет, имевшие недостаточный вес относительно роста (с процентом ниже 2SD) X 100 / число детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка антропометрических данных (вес относительно роста)
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Дети, чей «вес для определенного роста» ниже медианного веса детей в контрольной популяции более чем на 2SD, классифицируются как <i>истощенные</i>. Истощение, или худоба, обычно является результатом недавно перенесенного заболевания или острого дефицита питания.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	2.2.3. Доля детей с избыточной массой тела и ожирением до 5 лет
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение детей с избыточной массой тела и ожирением в возрасте до 5 лет среди детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка статуса питания на основании веса относительно роста
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить статус питания детей, оценить эффективность программ, внедряемых в республике, планировать профилактические и лечебные мероприятия по вопросам здоровья и питания детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат.управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. В ходе МИКО вес и рост всех детей в возрасте до пяти лет измерялся с помощью антропометрического оборудования, рекомендованного ЮНИСЕФ. Расчет: Число детей в возрасте до 5 лет, имевшие избыточный вес относительно роста (с процентом выше 2SD) X 100 / число детей в возрасте до 5 лет, которым проводилась оценка антропометрических данных (вес относительно роста)
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Дети, чей вес более чем на единицы <i>выше</i> среднего веса детей того же роста в эталонной популяции, считаются <i>тучными</i> (избыточная масса и ожирение). Дети, у которых отношение веса к росту более чем на 2 SD выше медианного значения для эталонного населения классифицируются как имеющие умеренно или сильно выраженный избыточный вес (ожирение).</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	2.2.4. Доля детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании в первые 6 месяцев
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля детей в возрасте 0-5 месяцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить статус питания детей, оценить эффективность программ, внедряемых в республике, планировать профилактические и лечебные мероприятия по вопросам здоровья и питания детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат.управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. Данные о практике кормления младенцев и детей раннего возраста основаны на ответах матерей, касающихся приема пищи и жидкости в течение дня или ночи до опроса. В отношении младенцев до 6 месяцев исключительно грудное вскармливание относится к детям, которые получили только грудное молоко (а также витамины, минеральные добавки или лекарства). Расчет: Число детей в возрасте 0- 5 месяцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании X 100 / общее число детей в возрасте 0-5 месяцев в опрошенных домохозяйствах
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Правильное кормление грудных детей и детей раннего возраста может увеличить их шансы на выживание, а также способствует улучшению здоровья и развития ребенка, особенно в критический период в возрасте от рождения до двух лет. Грудное вскармливание в первые годы жизни предохраняет детей от инфекций, обеспечивает идеальный источник питательных веществ, является экономичным и безопасным. Раннее переключение на детское питание может способствовать задержке роста и нехватке микроэлементов, и может быть небезопасным, если санитарно-гигиенические условия, в том числе питьевая вода, не легкодоступны. Исследования показали, что длительное кормление грудью, потребление соответствующих возрасту ребенка, безопасных твердых, полутвердых и мягких продуктов в достаточном количестве в возрасте от 6 месяцев, улучшает здоровье и развитие, а также дает возможность уменьшить задержку в росте во время первых двух лет жизни. ЮНИСЕФ и ВОЗ рекомендуют начинать грудное вскармливание младенцев в течение одного часа после рождения, а также кормить их исключительно грудью в течение первых шести месяцев жизни и продолжать кормить грудью до 2 лет и более.</p> <p>Данные опроса по практике кормления имеют ряд ограничений, некоторые из которых относятся к способности респондента представить полный отчет о приеме пищи и жидкости ребенком, так как бывают ошибки в воспоминаниях, а также незнание случаев, когда ребенка кормили другие люди.</p>	

## ЦЕЛЬ 3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОДЕЙСТВИЕ БЛАГОПОЛУЧИЮ ДЛЯ ВСЕХ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ.

3.1 Сократить глобальный показатель материнской смертности до менее чем 70 случаев на 100 000 живорожденных.

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.1.1. Коэффициент материнской смертности на 100000 живорожденных
Обоснование/Определение индикатора	По определению ВОЗ, под материнской смертностью понимается смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, от акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), а также рожениц и родильниц в течение 42 дней после окончания беременности. Позволяет оценить эффективность программ в области материнства и детства.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Коэффициент материнской смертности рассчитывается - число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности x100 000 / число живорожденных.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, с нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
Не входят в понятие «материнская смертность» случаи смерти в результате убийства, самоубийства, отравления, травмы и прочих насильственных причин.	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.1.2. Доля родов, в присутствии любого квалифицированного персонала
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля родов в присутствии любого квалифицированного персонала
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя, в комплексе с другими показателями, позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства и разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат. управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы МИКО. МИКО включает ряд вопросов, позволяющих определить долю родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом. Квалифицированный медицинский персонал включает в себя врачей, медицинских сестер и акушеров. Расчет: число родов в присутствии любого квалифицированного персонала у женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили ребенка в течение двух лет до проведения обследования x100/ общее число родов у женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили ребенка в течение двух лет до проведения обследования
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
В трех четвертях всех случаев материнской смертности, смерть матери наступает во время родов и в послеродовой период сразу после родов. Единственной важнейшей мерой по обеспечению безопасного материнства является присутствие компетентного медицинского работника с акушерскими навыками при каждом роде и наличие транспорта для доставки в медицинское учреждение для оказания акушерской помощи в экстренных случаях.	

3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений.

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.2.1 Коэффициент детской смертности на 1000 живорождений
Обоснование/Определение индикатора	Показатель, определяющий уровень смертности детей в возрасте до пяти лет, который показывает вероятность того, что ребенок, родившийся в определенный год, умрет до достижения пятилетнего возраста.
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства и разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом, социального благополучия, качества лечебно-профилактического обслуживания женщин и детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании медицинских свидетельств о смерти и перинатальной смерти, прошедших регистрацию в органах ЗАГС. Первичная обработка и свод данных по умершим детям осуществляется на уровне областных органов государственной статистики. Свод данных по стране осуществляется Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики. Расчет: количество умерших детей в возрасте до 5 лет x 1000 / число родившихся живыми
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет выбран ЮНИСЕФ как особый, наиболее важный показатель положения детей в различных государствах, как принципиальный индикатор детского населения.</p> <p>По определению ВОЗ, живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или иные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, прорезана ли пуповина и отделилась ли плацента - каждый продукт такого зачатия рассматривается как живорожденный.</p>	



<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.2.2 Неонатальная смертность на 1000 живорождений
Обоснование/Определение индикатора	В соответствии с действующим определением ВОЗ, неонатальная смертность – это смерть детей в первые 0-27 суток после рождения на 1000 живорожденных.
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических и лечебных мероприятий, а также эффективность программ по вопросам охраны материнства и детства, разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании медицинских свидетельств о смерти и перинатальной смерти, прошедших регистрацию в органах ЗАГС. Первичная обработка и свод данных по умершим детям осуществляется на уровне областных органов государственной статистики. Свод данных по стране осуществляется Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики. Расчет: количество детей, умерших в возрасте до одного месяца (0-27 полных суток) X 1000 / число родившихся живыми
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Неонатальный период начинается с рождения и заканчивается через 27 полных суток после рождения. Неонатальную смерть (смерть среди живорожденных в течение первых 27 полных суток жизни) можно подразделить на раннюю неонатальную смерть, которая наступает в течение первых 6 суток жизни и позднюю неонатальную смерть, которая наступает после с 7 по 27 полных суток жизни.</p>	



**3.3 К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями**

Индикатор ЦУР: 3.3.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных (в разбивке по возрастной группе, полу и принадлежности к основным группам населения)

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.1.Число новых заражений (оценочное количество) на 1000 среднегодового населения.
Обоснование/Определение индикатора	По рекомендации ЮНЭЙДС (объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД) истинное количество лиц, живущих с ВИЧ в стране рассчитывает программа прогнозирования «СПЕКТРУМ». Фактическое количество зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией полностью не отражает заболеваемость ВИЧ-инфекцией.
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный, интенсивный
Целевое предназначение	Изучение заболеваемости ВИЧ-инфекции среди населения, показатель воздействия проводимых профилактических мероприятий
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Прогноз заболеваемости проводится программой прогнозирования «СПЕКТРУМ» на основе ежегодного обновления данных в программе специалистами РЦ «СПИД» - количества зарегистрированных ЛЖВ, количество ЛЖВ на АРТ, количество беременных, получающих АРВ препараты и др. Команда UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД) каждый год усовершенствует версию программы и оценивает предварительный прогноз. Расчет: количество всех новых случаев ВИЧ (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») X 1000 / (среднегодовое население страны - количество инфицированных ВИЧ лиц)
Источники данных	РЦ «СПИД»
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год или 1 раз в 2 года
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS <a href="http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/">http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/</a>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.1. Число новых заражений (оценочное количество) на 1000 среднегодового населения по полу (муж/жен)
Обоснование/Определение индикатора	По рекомендации ЮНЭЙДС (объединенная программа ООН по ВИЧ\СПИД) истинное количество лиц, живущих с ВИЧ в стране рассчитывает программа прогнозирования «СПЕКТРУМ». Фактическое количество зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией полностью не отражает заболеваемость ВИЧ-инфекцией.
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный, интенсивный
Целевое предназначение	Изучение заболеваемости ВИЧ-инфекции среди населения, с учетом гендерного подхода, отражает эффективность проводимых профилактических программ среди мужского и женского населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Прогноз заболеваемости проводится программой прогнозирования «СПЕКТРУМ» на основе ежегодного обновления данных в программе специалистами РЦ «СПИД» - количества зарегистрированных ЛЖВ, количество ЛЖВ на АРТ, количество беременных, получающих АРВ препараты и др. Команда UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ\СПИД) каждый год усовершенствует версию программы и оценивает предварительный прогноз.</p> <p>Расчет: <math>\text{Оценочное количество новых случаев ВИЧ мужчин (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») } \times 1000 /</math> (среднегодовое мужское население страны - количество инфицированных ВИЧ мужчин)</p> <p>Расчет: <math>\text{Оценочное количество новых случаев ВИЧ женщин (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») } \times 1000 /</math> (среднегодовое женское население страны - количество инфицированных ВИЧ женщин)</p>
Источники данных	РЦ» СПИД»
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год или 1 раз в 2 года к июню месяца следующего отчетного года
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS  <a href="http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/">http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/</a></p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.1.а Число новых заражений (оценочное количество) на 1000 среднегодового населения по возрасту (0-14 лет, 15 и старше)
Обоснование/Определение индикатора	По рекомендации ЮНЭЙДС (объединенная программа ООН по ВИЧ\СПИД) истинное количество лиц, живущих с ВИЧ в стране рассчитывает программа прогнозирования «СПЕКТРУМ». Фактическое количество зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией полностью не отражает заболеваемость ВИЧ-инфекцией.
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	Количественный, интенсивный
Целевое предназначение	Изучение повозрастной заболеваемости ВИЧ-инфекции среди населения, отражает эффективность проводимых профилактических программ среди детей и взрослых.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Прогноз заболеваемости проводится программой прогнозирования «СПЕКТРУМ» на основе ежегодного обновления данных в программе специалистами РЦ «СПИД» - количества зарегистрированных ЛЖВ, количество ЛЖВ на АРТ, количество беременных, получающих АРВ препараты и др. Команда UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ\СПИД) каждый год усовершенствует версию программы и оценивает предварительный прогноз.</p> <p>Расчет 1: Оценочное количество новых случаев ВИЧ среди детей младше 15 лет (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») X 1000 / (среднегодовое население страны 0-14 лет - количество инфицированных ВИЧ лиц в возрасте 0-14 лет)</p> <p>Расчет 2: Оценочное количество новых случаев ВИЧ в возрасте 15 лет и старше (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») X 1000 / (среднегодовое население страны возрасте 15 лет и старше - количество инфицированных ВИЧ лиц 15 лет и старше )</p>
Источники данных	РЦ «СПИД»
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год или 1 раз в 2 года <b>к июню месяцу следующего отчетного года</b>
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS  <a href="http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/">http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/</a></p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.2 Заболеваемость туберкулезом на 1000 человек в год
Обоснование/Определение индикатора	Показатель впервые установленным диагнозом туберкулеза на 1000 человек населения в год
Единица измерения	промилле,
Тип индикатора	количественный, интенсивный
Целевое предназначение	Анализ показателя заболеваемости туберкулезом позволяет оценить состояние эпидемиологической ситуации среди населения республики в целом и в разрезе административных территорий, эффективность проводимых лечебных и профилактических мероприятий программ по борьбе с туберкулезом, действующих в республике. Данный показатель заболеваемости также используется для оценки здоровья населения в целом, социального благополучия, качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании экстренных извещений о впервые выявленном инфекционном заболевании, которые поступают в Центры профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора (ЦПЗиГСЭН) в он-лайн режиме по Автоматизированной информационной системе «Слежение за инфекционной и паразитарной заболеваемостью населения и безопасность продуктов питания» (АИС СИПЗНиБПП). Сводные данные отражаются в формах государственной статистической отчетности (ежемесячной форме №1 «Отчет об инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваниях» и годовой форме № 8 «Отчет о заболеваниях активным туберкулезом»). Сведения о случаях заболевания туберкулезом содержатся также в отчетной форме №33 здрав. Расчет индикатора: абсолютное число впервые выявленных случаев туберкулеза X 1000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	НЦФ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.3 Количество местных случаев малярии
Обоснование/Определение индикатора	Уровень впервые в жизни выявленных в отчетном году случаев заболеваний малярией на 1000 человек населения
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении малярии.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании экстренных извещений о впервые выявленном инфекционном заболевании, которые поступают в организации ГСЭН. Сводные данные отражаются в ежемесячной форме государственной статистической отчетности № 1 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях». Расчет индикатора: абсолютное число впервые выявленных случаев малярии x 1000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	ЦГСЭН
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>На сегодняшний день случаи малярии в стране за последние годы не регистрируются, и страна идет на элиминацию этой инфекции.</p> <p>При расчете показателя по-месячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.3.4 Число новых заражений гепатитом В на 100 000 человек в год
Обоснование/Определение индикатора	Уровень впервые в жизни выявленных в отчетном году случаев заболеваний гепатитом В на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении гепатита В. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом, качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании экстренных извещений о впервые в жизни выявленном инфекционном заболевании, которые поступают в организации ГСЭН. Сводные данные отражаются в ежемесячной форме государственной статистической отчетности № 1 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях». Расчет индикатора: абсолютное число впервые выявленных случаев гепатита В x 100 000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	ЦГСЭН
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, с нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.	

**3.4 К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия**

Индикатор ЦУР: 3.4.1 Смертность от сердечнососудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.4.1. Смертность от болезней системы кровообращения на 100 000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от болезней системы кровообращения в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий и программ в отношении неинфекционных заболеваний. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от болезней системы кровообращения и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100 000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, по нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма 2 «Сведения о числе родившихся, браков, разводов и умерших по причинам смерти» – ежемесячно, с отставанием на 1,5 мес. от отчетного месяца и форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p> <p>При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.4.1.а Смертность от новообразований на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от новообразований в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от новообразований и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году X 100000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, по нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма 2 «Сведения о числе родившихся, браков, разводов и умерших по причинам смерти» – ежемесячно, с отставанием на 1,5 мес. от отчетного месяца и форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p> <p>При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	



<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.4.1.b Смертность от сахарного диабета (СД) на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от сахарного диабета в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий и программ в отношении неинфекционных заболеваний. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от сахарного диабета и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.4.1.с Смертность от хронических респираторных заболеваний на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от хронических респираторных заболеваний в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий и программ в отношении неинфекционных заболеваний. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от хронических респираторных заболеваний и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году X 100000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.4.2. Смертность от самоубийств на 100 000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от самоубийств (преднамеренных самоповреждений) в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении самоубийств. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от самоубийств (преднамеренных самоповреждений) и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100 000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ, МВД
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, по нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма 2 «Сведения о числе родившихся, браков, разводов и умерших по причинам смерти» – ежемесячно, с отставанием на 1,5 мес. от отчетного месяца и форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p> <p>При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

### 3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.5.1 Заболеваемость наркотической зависимостью на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень впервые в жизни выявленных в отчетном году случаев заболеваний с наркотической зависимостью на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении наркотической зависимости. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании учетной формы №030-1/v, которая заполняется на каждого пациента впервые поступившего на стационарное лечение. Сводные данные отражаются в ежегодной форме, утверждаемой МЗ КР и НСК. Расчет индикатора: абсолютное число впервые выявленных случаев наркотической зависимости x 100 000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	РЦН
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.5.1.а. Заболеваемость алкогольной зависимостью на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень впервые в жизни выявленных в отчетном году случаев заболеваний алкогольной зависимостью на 100 000 человек населения в возрасте от 15 лет и старше
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении алкогольной зависимости. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании учетной формы №030-1/v, которая заполняется на пациента, впервые поступившего на стационарное лечение. Расчет индикатора: абсолютное число впервые выявленных случаев алкогольной зависимости в возрасте от 15 лет и старше x 100000/среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	РЦН
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в квартал, с нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.5.2. Употребление алкоголя на душу населения в литрах чистого алкоголя в календарный год
Обоснование/Определение индикатора	Потребление населением различных видов алкогольных напитков, приобретаемых в организациях розничной торговли и общественного питания, в натуральном выражении и в пересчете на абсолютный алкоголь
Единица измерения	В литрах на душу населения
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Уровень потребления алкоголя считается одной из трех наиболее приоритетных проблем в области общественного здравоохранения в мировом масштабе. Несмотря на то, что в целом алкоголь употребляет только половина населения планеты, он является третьим в мире ведущим фактором риска заболеваний и преждевременной смерти — после табакокурения и высокого артериального давления.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<i>Методология будет обсуждена с НСК</i> Расчет потребления алкогольных напитков в натуральном выражении осуществляется органами государственной статистики на республиканском уровне на основе данных о производстве, импорте, экспорте и с учетом изменения запасов в оптовой, розничной торговле и промышленности. Общий объем потребления алкогольных напитков в пересчете на абсолютный алкоголь определяется как сумма потребления отдельных видов алкогольных напитков, пересчитанных в абсолютный алкоголь. Потребление алкогольных напитков на душу населения в пересчете на абсолютный алкоголь определяется путем деления общего объема потребления всех видов алкогольных напитков, пересчитанных на абсолютный алкоголь, на среднегодовую численность населения.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	Данные исследований (КАР). Глобальные доклады Всемирной организации здравоохранения о положении в области алкоголя и здоровья <a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/#">http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/#</a>
Периодичность сбора и отчетности	Ежегодно
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Для получения более полных данных о потреблении алкогольных напитков в натуральном выражении используется балансовый метод расчета потребления.</p> <p>Схема баланса в общем виде выражается следующей формулой:</p> $Зн + Пр + И = Пот + Э + Зк,$ <p>где Зн, Зк – товарные запасы продукции (товаров) на начало и конец отчетного периода; Пр – производство продукции за отчетный период; И – импорт товаров; Пот – объем потребления товаров на внутреннем рынке; Э – экспорт товаров.</p> <p>Согласно вышеприведенной формуле балансовый метод расчета объема потребления</p>	

алкогольной продукции на внутреннем рынке осуществляется по следующей формуле:

$$\text{Пот} = \text{Зн} + \text{Пр} + \text{И} - \text{Э} - \text{Зк}.$$

Для пересчета отдельных видов алкогольных напитков в натуральном выражении в абсолютный алкоголь используются коэффициенты, отражающие содержание в одном литре алкогольных напитков 100-процентного спирта. По отдельным видам алкогольных напитков коэффициенты составляют:

Водка 0,4

Ликеро-водочные изделия 0,3

Вина виноградные 0,14

Напитки винные виноградные 0,18

Вина плодово-ягодные 0,18

Напитки винные плодово-ягодные 0,18

Коньяк, включая коньячный напиток 0,4

Вина шампанские и игристые 0,11

Пиво 0,04

Напитки слабоалкогольные 0,06

Пересчет полученного балансовым методом объема потребления отдельных видов алкогольных напитков из натурального выражения в абсолютный алкоголь осуществляется путем умножения объема потребления в натуральном выражении на соответствующий коэффициент пересчета.

### 3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно- транспортных происшествий

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.6.1. Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий на 100 000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий дорожно-транспортных происшествий. Уровень данного показателя также используется для оценки здоровья населения в целом и качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших в результате дорожно-транспортных происшествий и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100 000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	НСК, МВД
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, по нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма 2 «Сведения о числе родившихся, браков, разводов и умерших по причинам смерти» – ежемесячно, с отставанием на 1,5 мес. от отчетного месяца и форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p> <p>При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	



**3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах**

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.7.1. Процентная доля замужних женщин в возрасте от 15 до 49 лет, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение замужних женщин в возрасте 15-49 лет, использующие современные методы контрацепции, среди замужних женщин в возрасте 15-49 лет
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора позволит оценить доступ женщин репродуктивного возраста к современным средствам контрацепции, разработать планы по устойчивому обеспечению контрацептивами женщин из групп риска для снижения риска младенческой и материнской смертности. Результаты исследования необходимы для оценки существующих социальных программ, а также разработки новых стратегий по улучшению состояния здоровья и медицинских услуг для женщин и детей КР.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Исследования проводились НСК КР совместно с МЗ КР. Данные в МДИ основаны на опросе женщин, которые провели ночь в домохозяйстве до проведения опроса. Анкета Домохозяйства и Индивидуальные анкеты были составлены на основе стандартных анкет, разработанных программой MEASURE DHS. Типовые анкеты МДИ были адаптированы к условиям Кыргызской Республики экспертами Национального Статистического Комитета (НСК) и Министерства Здравоохранения РК (МЗ). Расчет: Доля замужних женщин в возрасте 15-49 лет, использующие любой современный метод контрацепции, на момент проведения исследования, для отсрочки или ограничения деторождения от общего числа замужних женщин в возрасте 15-49 лет, опрошенных при проведении исследования $\times 100 /$ доля замужних женщин в возрасте 15-49 лет с общей потребностью в планировании семьи (сумма доли замужних женщин в возрасте 15-49 лет, имеющих неудовлетворенную потребность в планировании семьи + доли замужних женщин в возрасте 15-49 лет, использующих любой современный метод контрацепции на момент проведения исследования)
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	МИКО
Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в КР в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР

#### **Дополнительная информация и ссылки**

Современные методы включают женскую стерилизацию, мужскую стерилизацию, противозачаточные таблетки, внутриматочные средства (ВМС), инъекционные методы, импланты, мужской презерватив, пену/желе, и метод лактационной аменореи.

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.7.2. Рождаемость до 15 лет (12-14 лет) (число родившихся на 1000 женщин данной возрастной группы)
Обоснование/Определение индикатора	Уровень рождаемости девочек-подростков в возрасте до 15 лет среди 1000 девочек-подростков данной возрастной группы
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора позволит оценить эффективность проводимых в республике программ, существующих стратегий по улучшению репродуктивного здоровья женщин. Оценить эффективность информационных кампаний по данному вопросу. Планировать мероприятия по улучшению здоровья женщин и детей в КР.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах ЗАГС и актовых записей о рождении. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: Число родивших девочек-подростков в возрасте до 15 лет X 1000 / среднегодовое число девочек-подростков данной возрастной группы
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	-
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.7.3. Рождаемость от 15-19 лет (число родившихся на 1000 женщин данной возрастной группы)
Обоснование/Определение индикатора	Уровень рождаемости девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет среди 1000 девочек-подростков данной возрастной группы
Единица измерения	промилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора позволит оценить эффективность проводимых в республике программ, существующих стратегий по улучшению репродуктивного здоровья женщин. Оценить эффективность информационных кампаний по данному вопросу. Планировать мероприятия по улучшению здоровья женщин и детей в КР.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах ЗАГС и актовых записей о рождении. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: Число родивших девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет X 1000 / среднегодовое число девочек-подростков данной возрастной группы
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

**3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех**

Индикатор ЦУР: 3.8.1 Охват основными медико- санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения)

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.8.1. Послеродовое наблюдение за новорожденным после выписки из медицинского учреждения в течение 2 дней после выписки из роддома (в разбивке по квинтилям индекса благосостояния).
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили живого ребенка за последние 2 года и чей ребенок получал послеродовое наблюдение со стороны любого медицинского работника после выписки из медицинского учреждения в течение 2 дней (в разбивке по квинтилям индекса благосостояния).
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить масштаб предоставления своевременных необходимых услуг детям, оценить эффективность программ, внедряемых в республике.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат. управлениями областей и г.г.Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. Для опроса в рамках МИКО был разработан и утвержден модуль «Послеродовое наблюдение», предназначенный для сбора информации о контактах новорожденных и матерей с источником медицинских услуг, а не о содержании медицинского наблюдения. Необходимость такого подхода объясняется тем, что по мере расширения программ ПРН возникает необходимость в измерении их масштаба и обеспечении надежной платформы для предоставления необходимых услуг. Расчет: число женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили живого ребенка за последние 2 года и чей ребенок получал послеродовое наблюдение со стороны любого медицинского работника после выписки из медицинского учреждения в течение 2 дней (в разбивке по квинтилям индекса благосостояния) X 100 / число женщин в возрасте 15-49 лет, которые родили живого ребенка за последние 2 года
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	нет

Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Обследование осуществлялось при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Время родов и период, следующий непосредственно за родами, являются тем критическим окном возможностей, когда можно осуществить вмешательство в целях сохранения жизни, как матери, так и новорожденного.</p> <p><b>Послеродовой визит</b> означает отдельный визит с целью наблюдения за состоянием новорожденного и проведения ему лечебно–профилактических мероприятий</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.8.2. Доля домохозяйств с НВиКД свыше 40% от их платежеспособности
Обоснование/Определение индикатора	Доля домохозяйств, с высокими расходами на здравоохранение относительно общих расходов или доходов домохозяйства (более 40% от их платежеспособности)
Единица измерения	проценты
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный индикатор позволяет оценить степень затрат на здравоохранения которые могут составить значительную долю общих расходов домохозяйства. Основным вопросом является то, как расходы на здравоохранения (включая лекарственные средства и другие затраты на здоровье), оказывают влияние на уровень жизни домохозяйств.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Порогом катастрофических наличных платежей является часть бюджета домохозяйства или платежеспособность домохозяйства. Наличную выплату можно считать катастрофическим расходом, если она превышает, например, 25% бюджета домашнего хозяйства, при этом бюджет определяется как общий доход или общая сумма потребления (т. е., фактические расходы).</p> $\sum_i w_i 1 \left( \frac{\text{расходы на здравоохранения домохозяйств}}{\text{общие расходы или доходы домохозяйств}} > \tau \right),$ <p>где <math>i</math> обозначает домашнее хозяйство, <math>1()</math> функция индикатора, <math>w_i</math> соответствует весам выборки обследования, <math>\tau</math> представляет собой порог непропорциональных расходов на здравоохранение.</p>
Источники данных	НСК (Интегрированное обследование домашних хозяйств, Модуль по здравоохранению)
Дополнительные источники данных:	
Периодичность сбора и отчетности	Сбор данных по Модулю здравоохранения ИОДХ проводился в 2001, 2004, 2007, 2010 и 2015 годах
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась техническая и финансовая помощь Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Министерством международного развития Великобритании (DfID) и Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC).
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

**3.9 К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв**

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.9.1. Смертность от токсического действия окиси углерода на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от токсического действия окиси углерода в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий для предотвращения пожаров и других случаев, при которых может возникнуть отравление угарным газом. Уровень данного показателя также используется для оценки социального благополучия населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от токсического действия окиси углерода и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).	



<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.9.2.а Смертность от кишечных инфекций на 100 000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от кишечных инфекций в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических мероприятий, санитарной грамотности населения. Уровень данного показателя также используется для оценки социально-экономического благополучия населения, а также качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от кишечных инфекций и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100000/ среднегодовая численность постоянного населения
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в месяц, по нарастающей - год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма 2 «Сведения о числе родившихся, браков, разводов и умерших по причинам смерти» – ежемесячно, с отставанием на 1,5 мес. от отчетного месяца и форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p> <p>При расчете показателя ежемесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.9.2.b Смертность от брюшного тифа на 100000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от брюшного тифа в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических и противоэпидемических мероприятий, санитарной грамотности населения. Уровень данного показателя также используется для оценки социально-экономического благополучия населения, а также качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от брюшного тифа и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году/ среднегодовая численность постоянного населения x 100 000.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.9.3.Смертность от случайных отравлений и воздействия ядовитых веществ
Обоснование/Определение индикатора	Уровень смертности от случайных отравлений и воздействия ядовитых веществ в отчетном году на 100 000 человек населения
Единица измерения	киломилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий для предотвращения смертности от случайных отравлений и воздействия ядовитых веществ.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основе медицинских свидетельств о смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС. Агрегированные данные собираются и обрабатываются областными управлениями статистики и Национальным статистическим комитетом КР. Расчет индикатора: абсолютное число умерших от случайных отравлений и воздействия ядовитых веществ и зарегистрированных в органах ЗАГС в отчетном году x 100000/ среднегодовая численность постоянного населения.
Источники данных	НСК
Дополнительные источники данных:	РМИЦ
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>По договоренности с Национальным статистическим комитетом КР база данных по смертности передается Республиканскому медико-информационному центру Министерства здравоохранения КР (форма С52 «Смертность населения по причинам смерти» – ежегодно, в июне месяце года, следующего за отчетным).</p>	

**3. а. Активизировать, при необходимости, осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах**

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.а.1 Распространённость употребления табака
Обоснование/Определение индикатора	Оценка распространённости употребления табака среди населения разных возрастных групп
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данные о распространённости табака позволяют планировать мероприятия по сокращению потребления и спроса на табак, а также помогают стране в выполнении обязательств по Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Распространённость употребления табака в КР проводится при поддержке международных доноров, в 2014 году было проведено два исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– GYTS глобальный опрос подростков с 13-15 лет об употреблении табака и STEPS – инструмент ВОЗ, опрос лиц от 25-64 лет по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний в КР.</li> </ul> <p>GYTS – использует глобальную стандартизованную методологию, включающую проведение двухэтапной выборки школ, которые отбираются с вероятностью, пропорциональной их количеству. Исследование использует стандартную анкету с основными вопросами, наряду с ними разрешается включать дополнительные вопросы, удовлетворяющую потребности страны по ключевым индикаторам потребления табака и борьбы против табака.</p> <p>STEPS – инструмент ВОЗ по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний в КР, является выборочным репрезентативным на уровне страны исследованием. Используется анкета ВОЗ, адаптированная в КР (Основной модуль. Употребление табака)</p>
Источники данных	Данные исследований STEPS, GYTS, <a href="#">др. исследований</a>
Дополнительные источники данных:	Другие репрезентативные исследования, проводимые на оценку потребления табака на национальном уровне
Периодичность сбора и отчетности	По мере проведения исследований
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	STEPS и GYTS проводились при технической и финансовой поддержке ВОЗ и CDC
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>В КР GYTS проведен в 2014 году МЗ в сотрудничестве с МОНИК, STEPS также был проведен в 2014 году МЗ в сотрудничестве с НЦКиТ и КГМИИиПК.</p> <p><a href="http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/">http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/</a></p> <p><a href="http://www.who.int/chp/steps/instrument/en/">http://www.who.int/chp/steps/instrument/en/</a></p>	

3.b Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.b.1.1 Доля государственного финансирования, выделяемая на закупки вакцин
Обоснование/Определение индикатора	Процентное соотношение числа государственных расходов на закупку вакцин к общему числу расходов на закупку вакцин из всех источников.
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	В соответствии с Европейским Планом действий в отношении вакцин на 2015-2020г. программы «Иммунопрофилактика» на 2013-2017гг. определена задача по «обеспечению финансовой стабильности национальных программ иммунизации» и усилению политической приверженности программе иммунизации и обеспечение ее финансовой устойчивости из средств государственного бюджета. Поэтому отслеживание данного индикатора позволит усилить поддержку вопросов иммунизации в обеспечении стабильного и долгосрочного доступа к внутреннему финансированию (цели ЕПДВ 1 и 5) с учетом национальных и глобальных целей РПИ.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Расчет: число государственных расходов на закупку вакцин X 100/ общее число расходов на закупку вакцин из всех источников
Источники данных	МЗ
Дополнительные источники данных:	РЦИ, отдел Поставок ЮНИСЕФ, секретариат ГАВИ
Периодичность сбора и отчетности	2 раза в год
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет

#### Дополнительная информация и ссылки

Совместный отчет ВОЗ/ЮНИСЕФ,

(1) ВОЗ ([http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/))

(2) ЮНИСЕФ (<http://www.data.unicef.org/child-health/immunization>)

Европейский План действий в отношении вакцин [www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/)

отчет Кыргызстана в секретариат ГАВИ <https://appsportal.gavialliance.org>

Программа «Иммунопрофилактика» на 2013-2017гг.

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.b.1.2 Размер подушевого норматива, направляемого на льготное лекарственное обеспечение по ДПОМС на уровне ПМСП.
Обоснование/Определение индикатора	Финансовые средства, направляемые исключительно на льготное лекарственное обеспечение на 1 человека.
Единица измерения	Сом/чел
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	С учетом данного показателя формируется бюджет льготного лекарственного обеспечения по ДПОМС на текущий год.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Подушевой норматив формируется исходя из объема поступающих средств ОМС. Утверждается Наблюдательным советом по здравоохранению и обязательному медицинскому страхованию.
Источники данных	ФОМС
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	ежегодно
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Льготное лекарственное обеспечение дает возможность определенной категории населения приобретать в аптеках по рецептам семейного врача ГСВ ряд лекарственных средств по льготным ценам.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.b.2. Полный охват прививками детей в возрасте 24-35 месяцев
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля детей в возрасте 24-35 месяцев, которым до первого дня рождения сделаны все прививки, рекомендованные согласно национальному календарю прививок (корь – до второго дня рождения)
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Уровень вакцинации детей позволяет оценить эффективность проводимых в республике профилактических мероприятий по борьбе с управляемыми инфекциями, действующих национальных программ, стратегий в отношении охраны здоровья матери и ребенка. Уровень вакцинации входит в индикаторы здоровья 2020, ЦРТ и др. международных программ.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Результаты МИКО предоставили оценку охвата иммунизацией детей Кыргызской Республики в возрасте 12–23 месяца и 24–35 месяцев. Информация об охвате прививками была собрана обо всех детях в возрасте до трех лет. Всех матерей или опекунов просили предоставить карту прививок. Однако в Кыргызстане медицинская карточка ребенка (МЗ форма 112) и формы записей прививок (МЗ форма 063) в основном хранятся в местных медицинских учреждениях и очень редко — дома. Поэтому в данном исследовании сведения о вакцинации переписывались из этих форм в медицинских учреждениях, и реже — со слов матерей или лиц, осуществляющих уход. Конечный результат охвата прививками основан на информации, полученной как на основе информации из медицинских карт, так и на основе опроса матерей или лиц, осуществляющих уход.</p> <p>Расчет: число детей в возрасте 24-35 месяцев, которым до первого дня рождения сделаны все прививки, рекомендованные согласно национальному календарю прививок (корь – до второго дня рождения) X 100/ число детей в возрасте 24-35 месяцев в опрошенных домохозяйствах</p>
Источники данных	МИКО
Дополнительные источники данных:	МДИ
Периодичность сбора и отчетности	МИКО проводилось в КР в 2006 и 2014гг., МДИ – в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении МИКО оказывалась финансовая и техническая помощь Детским Фондом ООН (UNICEF), при проведении МДИ - помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данных исследований предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР.



### Дополнительная информация и ссылки

Согласно руководящим принципам ВОЗ, ребенок должен получать прививки для профилактики туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, гепатита В, Гемофилус инфлюэнца тип В, паротита и краснухи. Все дозы основного ряда рекомендуется получить в течение первого года жизни. Хотя в зависимости от эпидемиологической ситуации в стране, первая доза вакцин против кори и краснухи, могут быть рекомендованы в 12 месяцев или позже. Рекомендуемое количество и сроки остальных доз могут слегка меняться в зависимости от эпидемиологической ситуации и могут включать вспомогательные инъекции в более старшем возрасте.

Министерство здравоохранения КР приняло рекомендации ВОЗ по иммунизации детей. С 2001 года планы вакцинации согласно Национальной Программе вакцинаций включают все вышеупомянутые прививки. Введенная в 2009 году пятивалентная вакцина (Пента) заменила вакцину АКДС и вакцину против гепатита В, кроме первой дозы вакцины против гепатита В при рождении. Помимо АКДС, пятивалентная вакцина содержит вакцину против гепатита В и вакцины Гемофилус инфлюэнца тип В, которая делается по той же схеме, как и АКДС. С 2002 года вакцинация КПК стала проводиться в 12-месячном возрасте для защиты от кори, паротита и краснухи.

Проведение вакцинации позволяет снизить младенческую и детскую смертность от управляемых инфекций, а, следовательно, увеличить ожидаемую продолжительность жизни, которая, наряду с младенческой и детской смертностью, является показателем социально-экономического развития страны.

**3. с Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах**

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.с.1. Количество врачей и средних медицинских работников на 10 000 населения
Обоснование/Определение индикатора	Количество врачей и средних медицинских работников на 10000 населения на конец отчетного года
Единица измерения	децемилле
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора позволяет оценить обеспеченность медицинскими кадрами того или иного региона. Позволяет планировать перераспределение новых медицинских кадров (выпускников ВУЗов/ СУЗов), депозит врача, повышение квалификации, специализацию медицинских кадров.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании электронной базы данных «Медицинские кадры», установленной в каждой организации здравоохранения. Информация отражается в отчетной форме № 17 «Отчет о медицинских кадрах». Агрегированные данные собираются в ОМИЦ, РМИЦ
Источники данных	РМИЦ
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в квартал
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

**3. d Нарастивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья**

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	3.d.1 Количество санитарно-карантинных пунктов (СКП), организованных согласно ММСП
Обоснование/Определение индикатора	Количество санитарно-карантинных пунктов (СКП), организованных согласно ММСП
Единица измерения	Количество пунктов
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора позволяет оценить оснащенных санитарно-карантинных пунктов (СКП) в международных автомобильных пунктах пропуска через Государственную границу Кыргызской Республики, предназначенные в предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании годовых отчетных данных от территориальных ЦПЗиГСЭН. Агрегированные данные собираются и обрабатываются Республиканским центром карантинных и особо опасных инфекций
Источники данных	РЦКиООИ, ДГСЭН,
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в квартал и по итогам года
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

## ЦЕЛЬ 5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА И РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВСЕХ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

5.6 Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и итоговыми документами

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	5.6.1. Доля замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были осведомлены о каком-либо современном методе контрацепции
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были осведомлены о каком-либо современном методе контрацепции, среди всех замужних и сексуально активных женщин в возрасте 15-49 лет, опрошенных на момент проведения исследования
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ индикатора имеет практическое применение в программах по репродуктивному здоровью. Осведомленность женщин о методах планирования семьи дает представление об одном из главных условий для применения методов контрацепции. Позволяет оценить эффективность программ планирования семьи. Результаты необходимы для оценки существующих социальных программ, а также разработки новых стратегий по улучшению состояния здоровья и медицинских услуг для женщин и детей КР.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Исследования проводились Национальным статистическим комитетом КР совместно с Министерством здравоохранения КР Данные в МДИ основаны на опросе женщин, которые провели ночь в домохозяйстве до проведения опроса. Анкета Домохозяйства и Индивидуальные анкеты были составлены на основе стандартных анкет, разработанных программой MEASURE DHS. В целях получения информации об осведомленности женщин о методах контрацепции, названия и/или описания 12 методов контрацепции из анкеты МДИКР были зачитаны вслух, при этом респондентов спрашивали, слышали ли они о каждом из этих методов. Кроме того, респондентов спрашивали о других методах, предотвращающих беременность, о которых они, возможно, слышали. Расчет: число замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были осведомлены о каком-либо современном методе контрацепции

	X 100 / число замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были опрошены во время проведения исследования.
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	МИКО
Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в КР в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, противозачаточные таблетки, ВМС, инъекции, импланты, мужские и женские презервативы, метод лактационной аменореи (МЛА) и экстренную контрацепцию.</p> <p>Сексуально активными среди не замужних женщин в возрасте 15-49 лет считались женщины, которые в последний раз вступали в половую связь в течение 30-ти дней до проведения исследования.</p>	

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	5.6.2. Количество законодательных и нормативных правовых актов, гарантирующих женщинам в возрасте от 15 до 49 лет доступ к услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья информации и образованию в этой сфере
Обоснование/Определение индикатора	Количество законодательных и нормативных правовых актов, гарантирующих женщинам доступ к услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья, информации и образованию, которые были приняты и утверждены
Единица измерения	Количество утверждённых документов
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный индикатор позволяет отследить страны, где действуют законы и нормативные документы, гарантирующие женщинам доступ к услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	В рамках данного индикатора будут отслеживаться только принятие законодательных актов на уровне Правительства КР. В период до 2030 года планируется принять две государственные программы: 1. Государственная комплексная программа поддержки семьи и ухода за детьми на 2017-2027 гг. 2. Национальная программа охраны репродуктивного здоровья на 2017-2030 гг.
Источники данных	МЗ
Дополнительные источники данных:	нет
Периодичность сбора и отчетности	по мере утверждения документов
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	нет
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	

## ЦЕЛЬ 6. ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОДНЫХ РЕСУРСОВ И САНИТАРИИ ДЛЯ ВСЕХ

### 6.1 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	6.1.1. Доступность населения к улучшенным источникам питьевой воды
Обоснование/Определение индикатора	Процентное распределение постоянного населения в домохозяйствах, имеющих доступ к улучшенным источникам питьевой воды
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить уровень социально-экономического благополучия населения, эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических мероприятий.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	В МДИ 2012 года данные собирались по целому ряду характеристик домохозяйства, оказывающих воздействие на здоровье его жителей, а также отражающих социально-экономическое положение домохозяйства. Характеристики жилья включают такие показатели, как источники питьевой воды, тип туалетных сооружений, строительные материалы (крыши, стен и пола), доступ к электричеству и оборудование для приготовления пищи. Эти результаты представлены в МДИ по домохозяйствам и de jure (постоянному) населению в разрезе городских поселений и сельской местности. Расчет: численность постоянного населения домохозяйств, имеющих доступ к улучшенным источникам питьевой воды X 100/ численность постоянного населения домохозяйств, которые были опрошены в ходе проведения исследования.
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	МИКО
Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в КР в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
<p>Источник питьевой воды является индикатором пригодности воды для питья. В МДИ 2012г. использовалась классификация улучшенных и не улучшенных источников воды, рекомендованная Совместной программой по мониторингу сектора водоснабжения и санитарии ВОЗ/ ЮНИСЕФ.</p> <p>К улучшенным источникам питьевой воды относилась: водопроводная вода в доме, водопроводная вода во дворе/ огороде, общественная колонка для питьевой воды, трубчатый колодец или скважина, защищенный колодец, защищенный родник.</p> <p>В МДИ 2012 также оценивалось время, потраченное на доставку питьевой воды и способы очистки воды, которые применяет население Кыргызстана для обработки воды,</p>	

используемой для питья. Население de jure включает в себя всех постоянных жителей домохозяйства; независимо от того присутствовали или отсутствовали они в момент проведения опроса МДИ.

Доступность населения к питьевой воде и ее дальнейшее развитие отражено в Стратегии развития систем питьевого водоснабжения и водоотведения населенных пунктов Кыргызской Республики до 2026 года, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 28 марта 2016 года № 155



<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	6.2.1. Доступность населения к улучшенным санитарным сооружениям
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля населения, имеющего доступ к улучшенным санитарным сооружениям (улучшенный туалет не общего пользования)
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ показателя позволит оценить доступ населения к услугам водоотведения и санитарии через развитие централизованных систем канализации, а так же эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических мероприятий, санитарной культуры населения. Уровень данного показателя также используется для оценки социально-экономического благополучия населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	В МДИ 2012 данные собирались по целому ряду характеристик домохозяйства, оказывающих воздействие на здоровье его жителей, а также отражающих социально-экономическое положение домохозяйства. Характеристики жилья включают такие показатели, как источники питьевой воды, тип туалетных сооружений, строительные материалы (крыши, стен и пола), доступ к электричеству и оборудование для приготовления пищи. Эти результаты представлены в МДИ по домохозяйствам и de jure (постоянному) населению в разрезе городских поселений и сельской местности. Расчет: численность постоянного населения домохозяйств, имеющих доступ к улучшенному туалету не общего пользования X 100/численность постоянного населения домохозяйств, которые были опрошены в ходе проведения исследования.
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	МИКО
Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в КР в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
Наличие санитарно-гигиенических сооружений в домохозяйстве является важным фактором в снижении риска распространения диареи и других заболеваний внутри домохозяйства. В соответствии со стандартами, установленными Совместной программой мониторинга сектора водоснабжения и санитарии ВОЗ/ЮНИСЕФ, гигиенический статус туалетных сооружений определяется на основе типа используемого сооружения и, исходя из того, является ли оно местом общего пользования (ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2012). Туалет/уборная домохозяйства классифицируется как гигиеническая, если она используется только членами домохозяйства (т.е. не является местом общего пользования с другими домохозяйствами), и если тип сооружения эффективно отделяет человеческие отходы от контакта с человеком. Этими типами сооружений являются туалеты со смывом или ручным смывом с опорожнением в трубную канализационную систему/септический танк/выгребную яму, вентилируемые улучшенные выгребные ямы (ВИП), выгребные ямы с настилом и компостные туалеты.	

Вопросы водоотведения и дальнейшего решения данных проблем так же отражены в Стратегии развития систем питьевого водоснабжения и водоотведения населенных пунктов Кыргызской Республики до 2026 года, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 28 марта 2016 года № 155.

Учитывая актуальность данной проблемы, в проекте ЦУР КР до 2030 года необходимо предусмотреть отдельный раздел по развитию централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения и водоотведения населенных пунктов Кыргызской Республики.

Данная работа проводится совместно с Министерством здравоохранения КР, Департаментом развития питьевого водоснабжения при Госстрое, Государственной инспекцией по экологической и технической безопасности при ПКР

<b>Общее описание</b>	
Название индикатора	6.2.1а Доля домохозяйств, в которых имеется место для мытья рук с наличием мыла и воды
Обоснование/Определение индикатора	Процентная доля домохозяйств, имеющих место для мытья рук с наличием мыла и воды
Единица измерения	процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ показателя позволит оценить доступ населения к услугам водоотведения и санитарии через развитие централизованных систем канализации, а так же эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических мероприятий, санитарной культуры населения. Уровень данного показателя также используется для оценки социально-экономического благополучия населения, а также качества лечебно-профилактического обслуживания населения.
<b>Методология</b>	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	В МДИ 2012 данные собирались по целому ряду характеристик домохозяйства, оказывающих воздействие на здоровье его жителей, а также отражающих социально-экономическое положение домохозяйства. Для получения информации о мытье рук, интервьюер МДИ просит показать место, где члены домохозяйств чаще всего моют руки, и на основании наблюдения записывает информацию о наличии воды, мыла или других чистящих средств. Расчет: $\frac{\text{число домохозяйств, имеющих место для мытья рук с наличием мыла и воды}}{\text{число домохозяйств, которые были опрошены в ходе проведения исследования}} \times 100$
Источники данных	МДИ
Дополнительные источники данных:	МИКО
Периодичность сбора и отчетности	МДИ проводилось в КР в 1997 и 2012гг.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	При проведении исследований оказывалась финансовая и техническая помощь Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительные средства на реализацию данного исследования предоставил Фонд Народонаселения ООН (UNFPA) КР
<b>Дополнительная информация и ссылки</b>	
Мытье рук водой с мылом является идеальной гигиенической практикой. Исследования показывают, что мытье рук водой с мылом (или чистящими средствами для рук, такими как зола или песок) существенно снижают риск передачи диареи, респираторных инфекций и других заболеваний (Ensink, 2008; Luby, 2005).	