

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ – ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

	Индикатор	Источник	2004 Исход- ный	2005	2006	2007 Средне- срочный обзор	2008	2009		Комментарии
								цель	факт	
А. ОЖИДАЕМОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММЫ: УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА										
Влияние на здоровье матери и ребенка	Показатель младенческой смертности ¹	РМИЦ МИКС/МДИ	25,6 66 (1997)	29,7 58.0	29,2 38.0	30,6 33.0	27,1	0.6 % ежегод- ного снижения	25,0	С 2004 г. Кыргызстан перешел на учет родившихся детей по критериям ВОЗ, в связи с чем наблюдался прогнозируемый рост показателя (2003 г.-20,9; 2004 г.- 25,6; максимальный рост – в 2007 г.- 30,6 на 1000 родившихся живыми). С 2008 г. отмечается снижение показателя до 25,0.
	Показатель перинатальной смертности ²	РМИЦ	29,8	32,4	33,7	33,0	30,1	0.6 % ежегод- ного снижения	28,6	Снижение показателя связано с внедрением программы эффективного перинатального ухода, соответствующего требованиям ВОЗ, первичной реанимации новорожденных и эффективной помощи новорожденному.
	Показатель детской смертности	РМИЦ МИКС/МДИ	31,8	35,2 45.0	34,6 44.0	35,3 42.0	31,5	0.8 % ежегод- ного снижения	29,3	Показатель детской смертности (число умерших детей до 5 лет на 1000 родившихся) за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению, однако его уровень в сельской местности в 2 раза превышает таковой в городе (соответственно 54,5 и 27,7 на 1000 родившихся).
	Показатель материнской смертности	РМИЦ МИКС/МДИ	46,4	61,0 150.0	53,0 104.0	62,5	58,9	57,0	75,3	Показатель материнской смертности характеризуется волнообразным характером. Его рост в 2009 г. в числе других причин обусловлен достоверной статистикой, что помогает анализу истинных причин, а также принятию обоснованных вмешательств по изменению ситуации. В рамках инициативы ВОЗ по методологии «Что кроется за цифрами» внедрены конфиденциальные расследования материнской смертности на национальном уровне и исследования критических случаев на уровне медицинских организаций, предусмотрен мораторий на наказание медработников за выявление и регистрацию материнской смертности (приказ МЗ КР №292 от 11.06.2008 г.).
В. ОЖИДАЕМЫЕ СЛЕДСТВИЯ ПРОГРАММЫ: УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ, СПРАВЕДЛИВОСТИ, КАЧЕСТВА										

	Индикатор	Источник	2004 Исход- ный	2005	2006	2007 Средне- срочный обзор	2008	2009		Комментарии
								цель	факт	
Улучшение доступа и справедливости к услугам в области охраны материнства и детства	% родовспомогательных организаций, где была внедрена программа ЭПУ и по крайней мере 30% сотрудников прошли тренинг по ЭПУ ³	Рабочая группа по материнству и детству	5,4% (3)	7,3% (4)	27% (15)	45% (25)	55% (30)	62% (34)	62,5% (39)	Охват программами ЭПУ (эффективный перинатальный уход) родовспомогательных организаций составляет 62,5 %).
	% новорожденных в лечебных организациях, сертифицированных на звание БДОР	РМИЦ	40,69	51,88	56,65	62,50	43,22	60,0	56,0%	4 лечебные организации (Московский, Кадамжайский районы, Кулунда и Айдаркен) лишены звания «Больницы доброжелательного отношения к ребенку (БДОР)».
С. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ										
Улучшение содержания медицинской практики для беременных, детей и во время родов	% новорожденных детей, умерших от асфиксии 0-6 дней	РМИЦ	29.8	25.6	26.0	24.1	25.3	24.8	29,2	Улучшилась верификация диагноза асфиксии в раннем неонатальном периоде.
	% родов, осложненных анемией	РМИЦ	40.6	44.4	41.9	43.4	40.1	40.0	41,1	С 2009 г. при содействии доноров в пилотных регионах внедряется программа «Гулазык», направленная на профилактику микронутриентной недостаточности среди беременных и детей до 2-х лет.
Повышения охвата медицинскими услугами беременных, родильниц и детей	Охват всеми видами прививок детей в возрасте до 2 лет*	РЦИ	99,0	98,2	93,9	95,6	96,6	97,0	95,0	Данный показатель указан без учета вакцинации от кори, паротита и полиомиелита, охват которыми обычно составляет 98,9%. Вакцина АКД-С входит в состав новой пентавалентной вакцины. Внедрение новых вакцин всегда сопровождается повышением числа медицинских отводов.
	% женщин 15-49 лет, использующих любой метод контрацепции	РМИЦ	42,3%	38.2	39,4	35,9	33.2	35,0	31,2%	Отсутствие в республике системы, гарантирующей регулярность поставок контрацептивов, и ограниченность ресурсов не позволяют осуществлять закупки и ставят в зависимость от донорских (ЮНФПА, ЮСАИД) поставок.

¹Согласно критериям живорождения, введенным в 2004 году, и многим критериям улучшения регистрации, повышение в показателях ожидается без реального ухудшения ситуации. Официальные данные и данные обследования следует анализировать вместе.

²Показатели перинатальной смертности (в период от 22 нед. беременности до 7 дней после родов) занимают более 60% в структуре младенческой смертности.

³Это включает внедрение основанных на доказательствах и рекомендуемых Европейским бюро ВОЗ стандартов качества ухода. Это хороший индикатор также для оценки доступности и справедливости услуг, потому что 97% родов происходят в роддомах.

*Национальная программа иммунопрофилактики на 2006-2010 гг. определила цель охвата всеми видами прививок детей в возрасте до 2 лет 98%, в каждом районе не меньше 95%.