

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

Бишкек -2016

Оглавление

Цель 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах	4
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.....	4
ЦЕЛЬ 2. ЛИКВИДАЦИЯ ГОЛОДА, ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И УЛУЧШЕНИЕ ПИТАНИЯ И СОДЕЙСТВИЕ УСТОЙЧИВОМУ РАЗВИТИЮ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА	6
2.1 Покончить с голодом и обеспечить для всех доступ в течение всего года к безопасному, богатому питательными компонентами и достаточному продовольствию..	6
2.1 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.....	10
ЦЕЛЬ 3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОДЕЙСТВИЕ БЛАГОПОЛУЧИЮ ДЛЯ ВСЕХ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ.	14
3.1 Сократить глобальный показатель материнской смертности до менее чем 70 случаев на 100 000 живорожденных.....	14
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.	16
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.....	18
3.4 К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия.....	24
3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	29
3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно- транспортных происшествий	33
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	34
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.....	38
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	41

3.a. Активизировать, при необходимости, осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах	45
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.....	46
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	51
3.d Наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья.....	52
Цель 5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек	53
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	53
Цель 6. Обеспечение наличия и рациональное использование водных ресурсов и санитарии для всех	56
6.1 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех.....	56

Цель 1. Повсеместная 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

Общее описание	
Название индикатора	1.5.1 Количество больниц, <u>оказывающие медицинскую помощь при ЧС</u> , которые <u>имеют прошли оценку согласно Индекса безопасности больниц</u>
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 <u>предоставлять рекомендации по улучшению готовности, и</u> в соответствии с этим планировать мероприятия по подготовке и реагированию на чрезвычайные ситуации.
Методология	
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">1. Угрозы, влияющие на безопасность больниц, и роль больницы в подготовке и реагировании на чрезвычайные ситуации и бедствия.2. Структурная безопасность3. Неструктурная безопасность4. Подготовка и реагирование на чрезвычайные ситуации и бедствия <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	М3
Дополнительные источники данных:	Данные исследования по оценке «Индекс безопасности больниц»

Периодичность сбора и отчетности	Зависит от проведения оценок
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.
Дополнительная информация и ссылки	
<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> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. 	

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	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. 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). 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.
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
---	--

Дополнительная информация и ссылки

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.

Общее описание	
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.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин (МИКО) проводится Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат. управлением 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. 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
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).
Дополнительная информация и ссылки	
<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>	

Общее описание	
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	
Методология	
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	
Дополнительная информация и ссылки	

2.1 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	
<p>Рост относительно возраста – 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.</p>	

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)

Общее описание	
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.
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 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).
Дополнительная информация и ссылки	
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.	

Общее описание	
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.
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 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).
Дополнительная информация и ссылки	
Дети, чей вес более чем на единицы выше 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).	

Общее описание	
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.
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. 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).
Дополнительная информация и ссылки	
<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.

Общее описание	
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 абортов, 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.
Методология	
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 $\times 100\ 000$ / 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
Дополнительная информация и ссылки	
Не входят в понятие «материнская смертность» случаи смерти в результате убийства, самоубийства, отравления, травмы и прочих насильственных причин.	

Общее описание	
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.
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 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).
Дополнительная информация и ссылки	
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 родах 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.

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
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.	
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.	

Общее описание	
Название индикатора	3.2.2 Неонатальная смертность на 1000 живорожденных
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
<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)

Общее описание	
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
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/	

Общее описание	
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.
Методология	
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: Оценочное количество новых случаев ВИЧ мужчин (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») X 1000 / (среднегодовое мужское население страны - количество инфицированных ВИЧ мужчин) Расчет: Оценочное количество новых случаев ВИЧ женщин (по прогнозу программы «СПЕКТРУМ») X 1000 / (среднегодовое женское население страны - количество инфицированных ВИЧ женщин)
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	
Дополнительная информация и ссылки	
Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/	

Общее описание	
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.
Методология	
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 в 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 к июню месяцу следующего отчетного года
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Дополнительная информация и ссылки	
<p>Оценочные данные о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане по прогнозу 2016г. опубликовано на сайте UNAIDS http://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/kyrgyzstan/</p>	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
При расчете показателя помесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.	

Общее описание	
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.
Методология	
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 \times 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
Дополнительная информация и ссылки	
<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>	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
При расчете показателя помесячно, 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

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	
При расчете показателя помесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
<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 помесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

Общее описание	
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.
Методология	
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 / 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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	

Общее описание	
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.
Методология	
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 $\times 100\ 000 /$ 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
Дополнительная информация и ссылки	
<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 помесячно, 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

Общее описание	
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.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании учетной формы №030-1/в, 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
Дополнительная информация и ссылки	

Общее описание	
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.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Сбор данных проводится на основании учетной формы №030-1/в, 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 \times 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

Общее описание	
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.
Методология	
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 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 состоянии здоровья населения в области алкоголя и здоровья http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report_2010.pdf
Периодичность сбора и отчетности	Ежегодно
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Дополнительная информация и ссылки	
<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> $\text{Зн} + \text{Пр} + \text{И} = \text{Пот} + \text{Э} + \text{Зк},$ <p>где Зн, Зк – товарные запасы продукции (товаров) на начало и конец отчетного периода;</p> <p>Пр – производство продукции за отчетный период;</p> <p>И – импорт товаров;</p> <p>Пот – объем потребления товаров на внутреннем рынке;</p> <p>Э – экспорт товаров.</p> <p>Согласно вышеприведенной формуле балансовый метод расчета объема потребления алкогольной продукции на внутреннем рынке осуществляется по следующей формуле:</p> $\text{Пот} = \text{Зн} + \text{Пр} + \text{И} - \text{Э} - \text{Зк}.$ <p>Для пересчета отдельных видов алкогольных напитков в натуральном выражении в абсолютные единицы используются коэффициенты, отражающие содержание в одном литре алкогольных напитков 100-процентного спирта. По отдельным видам алкогольных напитков коэффициенты составляют:</p>	

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 натурального выражения в абсолютный алкоголь осуществляется путем умножения объема потребления 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

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
<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 помесячно, 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

Общее описание	
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.
Методология	
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.

Общее описание	
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.
Методология	
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 Х 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	-
Дополнительная информация и ссылки	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	

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 (определенный 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)

Общее описание		
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.	
Методология		
Сбор, обработка данных и методы расчеты	МИКО проводится в КР Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со стат. управленими 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).
Дополнительная информация и ссылки	
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.	

Послеродовой визит означает отдельный визит с целью наблюдения за состоянием новорожденного и проведения ему лечебно-профилактических мероприятий

Общее описание	
Название индикатора	3.8.2. Доля домохозяйств с высокими (катастрофическими) расходами на здравоохранения от общих расходом домохозяйств
Обоснование/Определение индикатора	Доля домохозяйств, с высокими расходами на здравоохранение относительно общих расходов или доходов домохозяйства (например, более 25%)
Единица измерения	проценты
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Данный индикатор позволяет оценить степень затрат на здравоохранения которые могут составить значительную долю общих расходов домаохозяйства. Основным вопросом является то, как расходы на здравоохранения (включая лекарственные средства и другие затраты на здоровье), оказывают влияние на уровень жизни домохозяйств.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	<p>Порогом катастрофических наличных платежей является часть бюджета домаохозяйства или платежеспособность домаохозяйства. Наличную выплату можно считать катастрофическим расходом, если она превышает, например, 25% бюджета домаохозяйства, при этом бюджет определяется как общий доход или общая сумма потребления (т. е., фактические расходы).</p> $\sum_i w_i \frac{\text{расходы на здравоохранения домаохозяйств}}{\text{общие расходы или доходы домаохозяйств}} > \tau,$ <p>где i обозначает домаохозяйство, $1()$ функция индикатора, w_i соответствует весам выборки обследования, τ представляет собой порог непропорциональных расходов на здравоохранение (например, выше 25%).</p>
Источники данных	НСК (Интегрированное обследование домаохозяйств, 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).
Дополнительная информация и ссылки	

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

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	

Общее описание	
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.
Методология	
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 \times 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
Дополнительная информация и ссылки	
<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 помесячно, необходимо использовать коэффициент пересчета для сравнимости полученных данных с годовыми.</p>	

Общее описание	
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.
Методология	
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 х 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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
<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

Общее описание	
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)
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Распространённость употребления табака в КР проводится при поддержке международных доноров, в 2014 году было проведено два исследования: – 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. 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, удовлетворяющие потребности страны по ключевым индикаторам потребления табака и борьбы против табака. 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)
Источники данных	Данные исследований STEPS, GYTS, др. исследований
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
Дополнительная информация и ссылки	
В КР GYTS проведен в 2014 году М3 в сотрудничестве с МОНиК, STEPS также был проведен в 2014 году М3 в сотрудничестве с НЦКиТ и КГМИИПК.	
http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/	
http://www.who.int/chp/steps/instrument/en/	

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

Общее описание	
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.
Методология	
Сбор, обработка данных и методы расчеты	Расчет: число государственных расходов на закупку вакцин Х 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	нет

сбора данных или отчетности по ним	
Дополнительная информация и ссылки	
<p>Совместный отчет ВОЗ/ЮНИСЕФ, <u>(1) ВОЗ (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/)</u> <u>(2) ЮНИСЕФ (http://www.data.unicef.org/child-health/immunization)</u> Европейский План действий в отношении вакцин www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/ отчет Кыргызстана в секретариат ГАВИ https://appsportal.gavialliance.org Программа «Иммунопрофилактика» на 2013-2017гг.</p>	

Общее описание	
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	
<p>Льготное лекарственное обеспечение дает возможность определенной категории населения приобретать в аптеках по рецептам семейного врача ГСВ ряд лекарственных средств по льготным ценам.</p>	

Общее описание	
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.
Методология	
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	
<p>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</p>	

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

Общее описание	
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	децимилле
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.
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	

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

Общее описание	
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.
Методология	
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	РЦКиОИ, 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
Дополнительная информация и ссылки	

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

Общее описание	
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.
Методология	
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 $\times 100 / \text{число замужних женщин и сексуально активных не замужних женщин в возрасте 15-49 лет, которые были опрошены во время проведения исследования.}$

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
Дополнительная информация и ссылки	
<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>	

Общее описание	
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
Методология	
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
Дополнительная информация и ссылки	

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

Общее описание	
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.
Методология	
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 <i>de jure</i> (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
Дополнительная информация и ссылки	
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. К улучшенным источникам питьевой воды относились: водопроводная вода в доме, водопроводная вода во дворе/ огороде, общественная колонка для питьевой воды, трубчатый колодец или скважина, защищенный колодец, защищенный родник. В МДИ 2012 также оценивалось время, потраченное на доставку питьевой воды и способы очистки воды, которые применяет население Кыргызстана для обработки воды, используемой для питья. Население <i>de jure</i> 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

Общее описание	
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 также эффективность проводимых санитарно-гигиенических профилактических мероприятий, санитарной культуры населения. Уровень данного показателя также используется для оценки социально-экономического благополучия населения.
Методология	
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, стены и полы), доступ к электричеству и оборудование для приготовления пищи. Эти результаты представлены в МДИ по домохозяйствам и <i>de jure</i> (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
Дополнительная информация и ссылки	
<p>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).</p> <p>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.</p>	

Вопросы водоотведения и дальнейшее 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 хозяйствственно-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

Общее описание	
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 также 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.
Методология	
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: число домохозяйств, имеющих место для мытья рук с наличием мыла и воды X 100/ число 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
Дополнительная информация и ссылки	
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).	