

Приказ № 1269 от 29.11.2024г.

«Об утверждении перечня индикаторов для отслеживания прогресса выполнения принятых обязательств страны в рамках реализации стратегии «Планирование семьи 2030»

В целях реализации стратегии «Планирование семьи 2030» (далее ПС2030), для отслеживания результатов прогресса принятых страной обязательств, **приказываю:**

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Перечень индикаторов для отслеживания прогресса выполнения принятых обязательств страны в рамках реализации стратегии ПС2030 (Приложение 1);

1.2. Паспорта к индикаторам в рамках реализации стратегии ПС-2030 (Приложение 2);

1.3. Список лиц, ответственных за подготовку/расчет значений индикаторов, согласно утвержденному перечню и сроки, указанные в паспортах к индикаторам (Приложение 3).

2. Начальнику УОМПиЛП МЗ КР (Ибраева Н. С.), обеспечить контроль за своевременной подготовкой и представлением индикаторов для размещения на страновой онлайн Платформе по отслеживанию прогресса выполнения принятых обязательств.

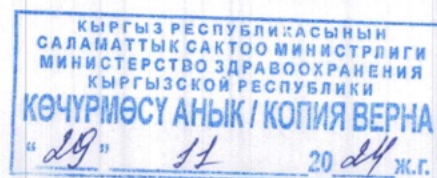
3. Начальнику УФП МЗ КР (Раимбаева А.А.), руководителям НЦОМид (Сулайманов Ш.А.), ЦЭЗ (Бексултанов Ч.М.), ДЛСиМИ (Бекбоев К.Т.), РЦУЗиМК (Алтымышева Н.А.) обеспечить своевременное предоставление данных ответственным лицам, согласно приложениям 1 и 3.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра К.К Байдавлетову.

Министр



А. С. Бейшеналиев





Приложение 1

к приказу МЗ КР № 1269

от «28»

11

2024г.

Перечень индикаторов для отслеживания прогресса выполнения принятых обязательств страны в рамках реализации стратегии ПС2030

I Глобальные (общие) индикаторы для представления на Платформе

1. Численность постоянного населения на конец отчетного года (абс. число);
2. Численность женщин репродуктивного возраста (абс. число);
3. Доля городского и сельского населения (%);
4. Расходы на здравоохранение в % от ВВП;
5. Суммарный коэффициент рождаемости (детей на 1 женщину);
6. Доля женщин репродуктивного возраста, использующих современные контрацептивные средства (%);
7. Структура используемых методов контрацепции замужними или состоящими в неофициальном браке женщинами в возрасте 15-49 лет (%);
8. Доля женщин репродуктивного возраста, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами (показатель ЦУР 3.7.1), %;
9. Рождаемость среди девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (ЦУР 3.7.2), на 1000 девушек-подростков в возрасте 15-19 лет;
10. Неудовлетворенная потребность в контрацепции, %.

II. Цель 1. Повышение качества услуг по ПС путем разработки и внедрения клинических протоколов/ руководств и предоставление качественного послеродового и послеабортного консультирования по ПС и добровольной контрацепции всем клиентам после родов и аборта, с вовлечением в этот процесс частных медицинских учреждений к 2030 году

1. Клиническое руководство и клинический протокол по послеродовой и постабортной контрацепции разработаны и утверждены приказом МЗ;
2. Внесение изменений в формы статистической отчетности об использовании постабортной и послеродовой контрацепции;
3. Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после родов (введена ВМС), %;
4. Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после кесарева сечения (введена ВМС/ добровольная хирургическая стерилизация), %;
5. Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после аборта (введена ВМС, имплантат, предоставлены КОК), %;
6. Доля ЖРВ, родивших повторно, у которых интервал между родами составил 3 года и более, %.

III. Цель 2. Развитие и повышение наглядности управления цепочкой поставок контрацептивных средств, закупаемых за счет государственного бюджета и обеспечение территориальной и экономической доступности различных видов контрацептивных средств для конечных потребителей с использованием цифровых технологий к 2030 году

1. Внедрена и действует автоматизированная информационная система по управлению логистикой лекарственных средств и медицинских изделий (ИСУЛ);

2. Разработан и утвержден приказом МЗ КР регулятивный документ по управлению цепочками поставок (УЦП);

3. Доля организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, имеющих минимальные запасы хотя бы двух видов контрацептивных средств на конец отчетного года, %;

4. Доля организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, имеющих максимальные запасы хотя бы двух видов контрацептивных средств на конец отчетного года, %;

5. Доля женщин из медико-социальной группы риска (МСГР), охваченных средствами контрацепции, %;

6. Доля женщин из медико-социальной группы риска, использующих современные средства контрацепции, %.

IV. Цель 3. Снижение уровня подростковой рождаемости с 50 на 1000 женщин до 40 на 1000 женщин, сосредоточив действия на сексуально активных подростках в возрасте 18-19 лет путем расширения доступа к информации и услугам репродуктивного здоровья к концу 2030 года

1. Коммуникационный план для снижения подростковой рождаемости, в особенности для девочек-подростков в возрасте 18-19 лет, до 2030г. разработан и утвержден Министерством здравоохранения КР;

2. Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году, на 1000 женщин данного возраста;

3. Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых были проведены аборты в отчетном году, на 1000 женщин данного возраста;

4. Доля женщин в возрасте 18-19 лет, которых использовали средства контрацепции в отчетном году, %.

V. Цель 4. Интеграция минимальных стандартов сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи с использованием минимального комплекса начальных мер по охране репродуктивного здоровья (МКНМ), в национальный план готовности/снижения риска бедствий к концу 2030 года

1. Минимальные стандарты в области сексуально-репродуктивного здоровья в условиях гуманитарных/чрезвычайных ситуаций разработаны и утверждены;

2. Пересмотрена статистическая отчетность МЗКР по предоставлению на уровне ПМСП препаратов экстренной контрацепции женщинам, перенесшим сексуальное насилие, в том числе в условиях гуманитарных и чрезвычайных ситуаций.

VI. Цель 5. ФИНАНСОВАЯ ЦЕЛЬ 5: Увеличить охват использования контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста из списка высокого медико-социального риска материнской смертности до 60 % к 2026 году и 70% к 2030 году

1. 7-летний план на 2024-2030 годы по постепенному увеличению государственного финансирования для удовлетворения потребностей ЖРВ из групп высокого медико-социального риска разработан;

2. Общая сумма государственных средств, выделенная на закупку средств контрацепции для женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска, сом;

3. Расход выделенных средств из государственного бюджета на закупку средств контрацепции, %.



Приложение 2

к приказу МЗ КР №

от «29» 11

2024г.

Паспорта к индикаторам в рамках реализации стратегии
ПС-2030

Глобальные (общие) индикаторы для представления на Платформе

Индикатор 1

Общее описание	
Название индикатора	Численность постоянного населения на конец отчетного года
Обоснование/Определение индикатора	Численность населения - один из демографических показателей, отражающих количественные размеры общества, проживающего на определённой территории. Численность населения является одним из исходных базисных показателей при анализе социально-экономической ситуации любой страны мира.
Единица измерения	Абсолютное число
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет получить общее представление о стране и происходящих процессах в изменении численности населения в динамике.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Основными источниками данных о населении являются всеобщие переписи населения (проводятся 1 раз в 10 лет), в период между переписями - текущая оценка численности населения, которая основана на постоянном демографическом мониторинге посредством охвата системой записей актов гражданского состояния и талонов статистического учета миграции. В настоящее время в Кыргызской Республике одним из основных источников статистических данных о населении является электронная база данных «Регистр населения» Государственной регистрационной службы (ГРС) при Правительстве Кыргызской Республики. Данные о численности постоянного населения на начало года регулярно размещаются в открытом доступе на сайте Национального статистического комитета: https://www.stat.gov.kg/ru/statistics/naselenie/ Раздел «Динамические таблицы», таблица для скачивания «Динамика постоянного населения».
Пример расчета	-
Источники данных	НСК КР
Дополнительные источники данных	ЦЭЗ при МЗ КР (по договоренности между МЗ КР и НСК, демографические данные на регулярной основе предоставляются от НСК в ЦЭЗ)
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора	-

данных или отчетности по ним	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Демографическая статистика. Методологические положения по демографической статистике; https://stat.gov.kg/en/statistics/download/methodology/68/	

Индикатор 2

Общее описание	
Название индикатора	Численность женщин репродуктивного возраста
Обоснование/Определение индикатора	Репродуктивный возраст (детородный, фертильный, плодovitый) — это период в жизни женщины, когда она способна зачать и выносить потомство. У женщин репродуктивный возраст, как правило, охватывает период с начала менструальной функции (половое созревание) до естественного или искусственного прекращения менструаций (менопауза). В демографии под репродуктивным возрастом понимается возраст женщин 15-49 лет.
Единица измерения	Абсолютное число
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Численность женщин репродуктивного возраста необходима для планирования мероприятий в области программ охраны репродуктивного здоровья, материнства и детства, а также для расчета ряда показателей, в том числе и по планированию семьи.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	То же, что и в индикаторе 1 (24). Данные о численности постоянного населения в разбивке по полу и возрастным группам регулярно размещаются в открытом доступе на сайте Национального статистического комитета: https://www.stat.gov.kg/ru/statistics/naselenie/ Раздел «Динамические таблицы», таблица для скачивания «Численность постоянного населения по полу и возрастным группам».
Пример расчета	-
Источники данных	НСК КР
Дополнительные источники данных	ЦЭЗ при МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	-

Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Большая российская энциклопедия; https://bigenc.ru/c/reproduktivnyi-vozrast-1e0460 2. Демографическая статистика. Методологические положения по демографической статистике; https://stat.gov.kg/en/statistics/download/methodology/68/	

Индикатор 3

Общее описание	
Название индикатора	Доля городского и сельского населения
Обоснование/Определение индикатора	К городским населенным пунктам относятся города (республиканского, областного и районного значения), к сельским - села независимо от их административной подчиненности. Городское и сельское население имеют некоторые различия в социально-экономических условиях, сферах занятости, доступа к медицинским услугам и др. Сельское население, как правило, является носителем более консервативного менталитета, его жизненный уклад сохраняет больше черт патриархальности и традиционности. При стирании многих различий между городом и селом, сельское население, как правило, все еще сохраняет более высокий уровень рождаемости.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	По соотношению долей городского и сельского населения можно судить об общественно-экономическом уровне развития стран. Учитывая, что доля сельского населения составляет две трети от общей численности населения, Кыргызстан относится к числу аграрных стран.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	То же, что и в индикаторе 1 (24). Данные о численности постоянного населения в зависимости от места проживания (городская и сельская местность) регулярно размещаются в открытом доступе на сайте Национального статистического комитета с электронных сборников «Демографический ежегодник Кыргызской Республики»: https://www.stat.gov.kg/ru/publications/demograficheskij-ezhegodnik-kyrgyzskoj-respubliki/ Таблица 1.7: Численность постоянного населения по областям». Числитель: численность постоянного городского (сельского) населения на начало отчетного года. Знаменатель: общая численность постоянного населения на начало отчетного года Расчет:

	$\frac{\text{Численность постоянного городского (сельского) населения на начало отчетного года}}{\text{Общая численность постоянного населения на начало отчетного года}} \times 100$
Пример расчета	Численность постоянного городского населения на начало отчетного года – 2 496 875; Численность постоянного сельского населения на начало отчетного года - 4 665 035; Общая численность постоянного населения на начало отчетного года – 7 161 910. Расчет: 1) $\frac{2496875}{7161910} \times 100 = 34,9\%$ (городского населения) 2) $\frac{4665035}{7161910} \times 100 = 65,1\%$ (сельского населения)
Источники данных	НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЦЭЗ при МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	-
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Закон Кыргызской Республики «Об административно-территориальном устройстве Кыргызской Республики» от 25.04.2008г. №65 (в последней редакции от 18.07.2024г. № 129); https://cbd.minjust.gov.kg/202276/edition/14711/ru/; 2. Аналитический материал о численности постоянного населения в Кыргызской Республике, НСК КР; https://stat.gov.kg/ru/news/nacstatkomom-kyrgyzskoj-respubliki-podgotovlen-analiticheskij-material-o-chislennosti-postoyannogo-naseleniya-na-nachalo-2017g/; 3. Развивающиеся страны, материал из Википедии; https://ru.wikipedia.org/wiki/	

Индикатор 4

Общее описание	
Название индикатора	Расходы на здравоохранение в % от ВВП
Обоснование/Определение индикатора	Валовой внутренний продукт (ВВП) — макроэкономический показатель, отражающий рыночную стоимость всех конечных товаров и услуг, произведённых за оговорённый период во всех отраслях экономики на территории конкретного государства вне зависимости от национальной принадлежности использованных факторов производства.

	Расходы на здравоохранение считаются одним из ключевых показателей социального развития, так как отражают степень внимания, уделяемого государством и обществом здоровью граждан.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя в динамике позволит сопоставить и оценить уровень выделяемого финансирования с показателями репродуктивного и материнского здоровья.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные о расходах на здравоохранение в % от ВВП регулярно размещаются в открытом доступе на сайте Национального статистического комитета: https://www.stat.gov.kg/ru/opendata/category/2314/ Таблица «Структура ВВП по видам экономической деятельности в текущих ценах» (в процентах к итогу).
Пример расчета	-
Источники данных	НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЦЭЗ при МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	-
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение, ВОЗ, 2020; https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure 2. Валовой внутренний продукт, материал из Википедии; https://ru.wikipedia.org/wiki/	

Индикатор 5

Общее описание	
Название индикатора	Суммарный коэффициент рождаемости
Обоснование/Определение индикатора	Суммарный коэффициент рождаемости (коэффициент фертильности) определяется как сумма повозрастных коэффициентов рождаемости и является наиболее точным измерителем уровня рождаемости, характеризующее среднее число рождений детей у одной женщины за всю ее жизнь при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте, независимо от смертности и возрастного состава.
Единица измерения	Число детей на одну женщину
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный коэффициент является одним из важных показателей для оценки уровня рождаемости. Для сохранения численности населения на одном уровне необходимо, чтобы суммарный

	коэффициент рождаемости был около 2,1 рождения на женщину в течение жизни. Суммарный коэффициент рождаемости выше 2,4 считается высоким, а ниже 2,15 - низким.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные о суммарном коэффициенте рождаемости рассчитываются Национальным статистическим комитетом и регулярно размещаются в открытом доступе на сайте: https://www.stat.gov.kg/ru/statistics/naselenie/ Раздел «Динамические таблицы», таблица для скачивания «Суммарный коэффициент рождаемости городского и сельского населения».
Пример расчета	-
Источники данных	НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЦЭЗ при МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	-
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Демографическая статистика. Методологические положения по демографической статистике; https://stat.gov.kg/en/statistics/download/methodology/68/ 2. Total fertility rate (per woman), The Global Health Observatory; https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/123	

Индикатор 6

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин репродуктивного возраста, использующих современные контрацептивные средства
Обоснование/Определение индикатора	Надлежащее использование контрацептивов имеет большое значение для здоровья женщин и детей, позволяя: 1) предотвратить раннюю или позднюю беременность; 2) продлить период между родами; и 3) ограничить общее число детей. В крупномасштабных исследованиях, проводимых в Кыргызской Республике, данный показатель рассчитывался как процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время состоят в (не)официальном браке и которые пользуются (или партнер которых пользуется) тем или иным современным методом контрацепции. Современные методы включают женскую и мужскую стерилизацию, противозачаточные таблетки, ВМС, инъекции, импланты, мужские и женские презервативы, метод лактационной аменореи (МЛА) и экстренную контрацепцию.

Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный индикатор является наиболее широко используемым и ценным показателем успешности программ в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Низкий уровень показателя может говорить о наличии тех или иных барьеров для использования современных средств контрацепции. Данную информацию можно использовать также для оценки снижения уровня рождаемости, связанного с применением методов контрацепции.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по женщинам, использующих современные средства контрацепции, определяется путем опросов в рамках проведения крупномасштабных исследований (МДИ, МИКО, КОМП). Данные исследования в Кыргызской Республике проводятся Национальным статистическим комитетом и результаты размещаются в открытом доступе на сайте НСК, а также на сайтах ЮНИСЕФ (для МИКО, КОМП) и ЮСАИД (для МДИ). Ссылки на последние исследования: КОМП 2018г. - https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/; КОМП 2023г. - https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf
Пример расчета	-
Источники данных	Мультииндикаторные кластерные обследования (МИКО/КОМП), медико-демографические исследования (МДИ); НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЮНИСЕФ, ЮСАИД
Периодичность сбора и отчетности	Крупномасштабные исследования проводятся в странах в среднем один раз в пять лет. В Кыргызской Республике МИКО (КОМП) проводились в 2006, 2014, 2018, 2023гг.; МДИ – в 1997 и 2012гг. Следующее исследование планируется предварительно в 2028г.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	МИКО (КОМП) проводятся при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) и Представительства Правительства Швейцарии в Кыргызстане. МДИ – при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА. Дополнительного финансирования не требуется.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	

1. Кластерное обследование по многим показателям, Кыргызская Республика, 2018, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; <https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/>
2. Кластерное обследование в Кыргызской Республике по многим показателям, 2023, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; <https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf>
3. Медико-демографическое исследование, Кыргызская Республика, 2012; НСК КР, МЗКР, ICF International 2013, MEASURE DHS ICF International Калвертон, Мэриленд (США) при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K47H.pdf;
4. Планирование семьи/методы контрацепции, Информационный бюллетень ВОЗ, 05.09.2023г.; <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Индикатор 7

Общее описание	
Название индикатора	Структура используемых методов контрацепции замужними или состоящими в неофициальном браке женщинами в возрасте 15-49 лет
Обоснование/Определение индикатора	Методы контрацепции отличаются между собой механизмами действия и обладают разной эффективностью в отношении предупреждения нежелательной беременности. Для реализации прав по выбору наиболее подходящего ей средства контрацепции, женщине должна быть предоставлена полная информация о преимуществах и недостатках тех или иных средств контрацепции, в соответствии с критериями приемлемости ВОЗ.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ структуры используемых методов контрацепции позволяет определить потребности и предпочтения женщин в тех или иных средствах контрацепции, и учитывать это при разработке программ и мероприятий в области планирования семьи, а также при планировании государственных закупок средств контрацепции.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Структура используемых методов контрацепции рассчитывается как доля женщин репродуктивного возраста, использующих тот или иной метод контрацепции, от общего числа женщин, использующих средства контрацепции. Вопрос об используемых методах контрацепции задается при проведении крупномасштабных исследований (МДИ, МИКО, КОМП). Данные исследования в Кыргызской Республике проводятся Национальным статистическим комитетом и результаты размещаются в открытом доступе на сайте НСК, а также на сайтах ЮНИСЕФ (для МИКО, КОМП) и ЮСАИД (для МДИ). Ссылки на последние исследования: КОМП 2018г. - https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/; КОМП 2023г. - https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf
Пример расчета	-
Источники данных	Мультииндикаторные кластерные обследования (МИКО/КОМП), медико-демографические исследования (МДИ); НСК КР

Дополнительные источники данных:	ЮНИСЕФ, ЮСАИД, ЦЭЗ (собирает на рутинной основе данные об использовании методов контрацепции в формах статистической отчетности)
Периодичность сбора и отчетности	Крупномасштабные исследования проводятся в странах в среднем один раз в пять лет. В Кыргызской Республике МИКО (КОМП) проводились в 2006, 2014, 2018, 2023гг.; МДИ – в 1997 и 2012гг. Следующее исследование планируется предварительно в 2028г.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	МИКО (КОМП) проводятся при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) и Представительства Правительства Швейцарии в Кыргызстане. МДИ – при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА. Дополнительного финансирования не требуется.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Кластерное обследование по многим показателям, Кыргызская Республика, 2018, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/ 2. Кластерное обследование в Кыргызской Республике по многим показателям, 2023, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf 3. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции; 5-е издание, ВОЗ, 2015; https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241549158	

Индикатор 8

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин репродуктивного возраста, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами (показатель ЦУР 3.7.1)
Обоснование/Определение индикатора	Показатель удовлетворенной потребности в контрацепции для ограничения числа детей включают число женщин, которые используют (или партнер которых использует) какой-либо метод контрацепции и которые больше не хотят иметь детей; женщин, которые используют мужскую или женскую стерилизацию; и женщин, которые ответили, что они бесплодны. В удовлетворенную потребность в контрацепции для планирования сроков рождения детей включают число женщин, которые используют (или партнер которых использует) какой-либо метод контрацепции и которые хотят иметь еще одного ребенка или не определились, хотят ли они иметь еще одного ребенка. Сумма показателей удовлетворенных потребностей для планирования сроков рождения и ограничении числа детей составляет общую удовлетворенную потребность в контрацепции.

	Процент удовлетворенной потребности в контрацепции определяется как доля женщин, которые в настоящее время используют контрацепцию, в общей потребности в контрацепции. В показатель общей потребности в контрацепции входят женщины, потребность которых (для планирования сроков рождения или ограничения числа детей) в настоящее время не удовлетворена, а также женщины, которые в настоящее время используют контрацепцию. По результатам крупномасштабных исследований данный показатель сообщается только в отношении женщин репродуктивного возраста, которые на момент исследования состояли в браке или союзе, хотя он относится ко всем женщинам в возрасте 15-49 лет.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Процент потребности в контрацепции (планировании семьи), удовлетворенной с помощью современных методов, отражает эффективность мероприятий в области репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также является одним из показателей, используемых для отслеживания прогресса в достижении Цели устойчивого развития 3.8.1 по обеспечению всеобщего доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе в области планирования семьи, информирования и образования, а также интеграции охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Процент потребности в контрацепции, удовлетворенной с помощью современных методов рассчитывается на основании данных опросов при проведении крупномасштабных исследований (МДИ, МИКО, КОМП). Данные исследования в Кыргызской Республике проводятся Национальным статистическим комитетом и результаты размещаются в открытом доступе на сайте НСК, а также на сайтах ЮНИСЕФ (для МИКО, КОМП) и ЮСАИД (для МДИ). Ссылки на последние исследования: КОМП 2018г. - https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/; КОМП 2023г. - https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf
Пример расчета	-
Источники данных	Мультииндикаторные кластерные обследования (МИКО/КОМП), медико-демографические исследования (МДИ); НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЮНИСЕФ, ЮСАИД
Периодичность сбора и отчетности	Крупномасштабные исследования проводятся в странах в среднем один раз в пять лет. В Кыргызской Республике МИКО (КОМП) проводились в 2006, 2014, 2018, 2023гг.; МДИ – в 1997 и 2012гг. Следующее исследование планируется предварительно в 2028г.

Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	МИКО (КОМП) проводятся при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) и Представительства Правительства Швейцарии в Кыргызстане. МДИ – при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА. Дополнительного финансирования не требуется.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Кластерное обследование по многим показателям, Кыргызская Республика, 2018, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://stat.gov.kg/ru/itogovyyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/ 2. Кластерное обследование в Кыргызской Республике по многим показателям, 2023, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf 3. Медико-демографическое исследование, Кыргызская Республика, 2012; НСК КР, МЗКР, ICF International 2013, MEASURE DHS ICF International Калвертон, Мэриленд (США) при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K47H.pdf ; 4. Платформа по отслеживанию прогресса индикаторов по достижению ЦУР в Кыргызстане; https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/3-7-1/	

Индикатор 9

Общее описание	
Название индикатора	Рождаемость среди девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (ЦУР 3.7.2)
Обоснование/Определение индикатора	Сокращение подростковой рождаемости и устранение многочисленных факторов, лежащих в ее основе, имеют важное значение для улучшения сексуального и репродуктивного здоровья и социально-экономического благосостояния подростков. Женщины, забеременевшие и родившие очень рано, подвергаются более высокому риску осложнений или даже смерти во время беременности и родов, а их дети также являются более уязвимыми. Поэтому профилактика деторождения на самых ранних этапах жизни женщины является важной мерой по улучшению материнского здоровья и снижению младенческой смертности. Кроме того, женщины, имеющие детей в раннем возрасте, сталкиваются с ограничением своих возможностей в социально-экономическом развитии, особенно в силу того, что молодые матери вряд ли будут продолжать учиться и, если им необходимо работать, то может быть особенно трудно совмещать семейные и трудовые обязанности. Коэффициент рождаемости среди подростков также дает косвенные данные о доступе к соответствующим медицинским услугам, поскольку молодые люди, и, в частности незамужние женщины-подростки, часто сталкиваются с трудностями в доступе к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Глобальный показатель ЦУР 3.7.2 отслеживает рождаемость девушек-подростков в двух возрастных категориях: от 10 до 14

	лет и в возрасте от 15 до 19 лет, однако на страновой Платформе ЦУР КР представлен показатель для девушек-подростков только для возрастной категории 15 -19 лет, т.к. случаи рождения в возрасте моложе 15 лет в стране происходят крайне редко.
Единица измерения	На 1000 девушек-подростков в возрасте 15-19 лет
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ показателя позволяет оценить уровень эффективности государственной политики в области репродуктивного здоровья и планирования семьи в стране, в том числе доступа подростков к информации и услугам, дружественных к молодежи.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Показатель рождаемость среди девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет рассчитывается Национальным статистическим комитетом (НСК КР) на основании данных по числу живорождений у женщин в данной возрастной категории, зарегистрированных в органах ЗАГС. Данные о таких зарегистрированных случаях поступают в НСК из автоматизированной информационной системы АИС «ЗАГС», которая является один из компонентов информационных систем Государственной регистрационной службы (ГРС). Числитель: Число живорождений у женщин в возрасте 15-19 лет. Знаменатель: Среднегодовая численность женщин в возрасте от 15-19 лет. Расчет: $\frac{\text{Число живорождений у женщин в возрасте 15-19 лет}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-19 лет}} \times 1000$
Пример расчета	Число женщин в возрасте 15-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году – 195; Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-19 лет – 291 408. Расчет: $\frac{8950}{291408} \times 1000 = 30,7 \%$
Источники данных	Платформа показателей ЦУР КР, которая поддерживается НСК КР: https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/3-7-2/ Обновление данных осуществляется НСК ежегодно после 15 марта года, следующего за отчетным.
Дополнительные источники данных:	Демографический ежегодник Национального статистического комитета: https://stat.gov.kg/ru/publications/demograficheskij-ezhegodnik-kyrgyzskoj-respubliki/ Данная публикация выходит ежегодно в сентябре месяце года, следующего за отчетным.
Периодичность сбора и отчетности	Один раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость специальных средств	Не требуется

(финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-
Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Платформа показателей ЦУР КР, индикатор 3.7.1; https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/3-7-2/ ; 2. Подростковая беременность; Информационный бюллетень ВОЗ от 10.04.2024г.; https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy	

Индикатор 10

Общее описание	
Название индикатора	Неудовлетворенная потребность в контрацепции
Обоснование/Определение индикатора	Неудовлетворенная потребность в контрацепции касается женщин репродуктивного возраста, которые не используют никаких методов контрацепции, но хотят отложить рождение следующего ребенка (интервал) или полностью прекратить деторождение (ограничение). Неудовлетворенная потребность в контрацепции для планирования сроков рождения детей определяется как процент женщин, которые не используют контрацепцию и при этом: • не беременны, у них нет послеродовой аменореи, они фертильны и говорят, что хотят подождать в течение двух или более лет, прежде чем родить следующего ребенка ИЛИ • не беременны, у них нет послеродовой аменореи, они фертильны, но не уверены, хотят ли они родить еще одного ребенка; ИЛИ • беременны и говорят, что беременность была несвоевременной (они хотели бы подождать); ИЛИ • имеют послеродовую аменорею и говорят, что рождение ребенка было несвоевременным (они хотели бы подождать). Неудовлетворенная потребность в контрацепции для ограничения- числа детей определяется как процент женщин, которые состоят в браке или союзе, которые не используют контрацепцию и которые • не беременны, у них нет послеродовой аменореи, они фертильны и говорят, что не хотят больше детей ИЛИ • беременны и говорят, что они не хотели иметь ребенка ИЛИ • у них послеродовая аменорея и они говорят, что не хотели рожать этого ребенка. Общая неудовлетворенная потребность в контрацепции – это сумма показателей неудовлетворенной потребности в контрацепции для планирования сроков рождения детей и неудовлетворенной потребности в контрацепции для ограничения числа детей.

	Проведенные исследования в разных странах мира показывают, что основными причинами «неудовлетворенной потребности» являются: отсутствие или недостаток знаний; боязнь побочных эффектов; беспокойство относительно возможного неодобрения со стороны общества, семьи или партнера; а также отсутствие доступа к услугам.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Уровень и динамику данного показателя важно учитывать при разработке программ и мероприятий в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Высокий уровень показателя говорит также о потребности в точной информации и качественном консультировании по вопросам планирования семьи, основанном на поддержке женщин (семейных пар) в различные периоды жизни.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Неудовлетворенная потребность определяется при проведении крупномасштабных исследований с помощью ряда вопросов, раскрывающих текущее поведение и предпочтения, связанные с использованием контрацептивов, рождаемостью и предпочтениями в этой области. Крупномасштабные исследования в Кыргызской Республике проводятся Национальным статистическим комитетом и результаты размещаются в открытом доступе на сайте НСК, а также на сайтах ЮНИСЕФ (для МИКО, КОМП) и ЮСАИД (для МДИ). Ссылки на последние исследования: КОМП 2018г. - https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/; КОМП 2023г. - https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf
Пример расчета	-
Источники данных	Мультииндикаторные кластерные обследования (МИКО/КОМП), медико-демографические исследования (МДИ); НСК КР
Дополнительные источники данных:	ЮНИСЕФ, ЮСАИД
Периодичность сбора и отчетности	Крупномасштабные исследования проводятся в странах в среднем один раз в пять лет. В Кыргызской Республике МИКО (КОМП) проводились в 2006, 2014, 2018, 2023гг.; МДИ – в 1997 и 2012гг. Следующее исследование планируется предварительно в 2028г.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Фактический уровень
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	МИКО (КОМП) проводятся при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) и Представительства Правительства Швейцарии в Кыргызстане. МДИ – при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА. Дополнительного финансирования не требуется.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	-

Мероприятия по снижению рисков	-
Дополнительная информация и ссылки	
1. Кластерное обследование по многим показателям, Кыргызская Республика, 2018, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://stat.gov.kg/ru/itogovyj-otchet-komp-kyrgyzstan-2018/ 2. Кластерное обследование в Кыргызской Республике по многим показателям, 2023, Отчет о результатах обследования; НСК КР, ЮНИСЕФ; https://www.stat.gov.kg/media/files/4a8974a4-987b-49dd-afa6-a1d480d2ff26.pdf 3. Медико-демографическое исследование, Кыргызская Республика, 2012; НСК КР, МЗКР, ICF International 2013, MEASURE DHS ICF International Калвертон, Мэриленд (США) при поддержке ЮСАИД, ЮНФПА; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K47H.pdf 4. Учебный курс по планированию семьи для медицинских работников первичного звена здравоохранения; Проект «Мать и дитя», ЮСАИД, 2006; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh782.pdf	

Цель 1. Повышение качества услуг по ПС путем разработки и внедрения клинических протоколов/ руководств и предоставление качественного послеродового и послеабортного консультирования по ПС и добровольной контрацепции всем клиентам после родов и аборта, с вовлечением в этот процесс частных медицинских учреждений к 2030 году

Индикатор 1 (11)

Общее описание	
Название индикатора	Клиническое руководство и клинический протокол по послеродовой и постабортной контрацепции разработаны и утверждены приказом МЗ
Обоснование/ Определение индикатора	Клинические руководства и протоколы разрабатываются на основе результатов доказательной медицины и требуются для стандартизации практики, что обеспечивает единые подходы к оказанию медицинских услуг, улучшает качество медицинских услуг. Разработка Клинического руководства и протокола по послеродовой и постабортной контрацепции поможет врачам лучше информировать женщин о доступных методах контрацепции, учитывая их индивидуальные потребности и состояние здоровья, снизить число незапланированных беременностей и связанных с ними рисков, способствовать сохранению репродуктивного здоровья женщин. Все клинические руководства и протоколы, разработанные в республике, проходят экспертизу (в т.ч. и международную) и согласование с отделом доказательной медицины Центра развития здравоохранения при МЗ КР. Клинические руководства и протоколы требуют регулярного обновления по мере появления самых новых данных научных исследований и должны отражать результаты последних достижений медицинской науки. Оптимальный временной интервал для обновления клинических руководств зависит от различных факторов, в особенности от клинической области. В среднем рекомендуется проводить пересмотр и обновление клинических руководств каждые 3-5 лет. Последние рекомендации по послеродовой контрацепции были включены в «Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи» (2023г.), а по послеабортной

Индикатор 2 (12)

Название индикатора	Общее описание
Обоснование/ Определение индикатора	Внесение изменений в формы статистической отчетности об использовании постабортной и послеродовой контрацепции Для оценки ситуации с уровнем постабортной и послеродовой контрацепции (в т.ч. после кесарева сечения) важно иметь в наличии соответствующие данные. Ввиду того, что в 2022 году проводился пересмотр всех форм статистической отчетности с целью уменьшения числа отчетных форм и объема собираемой информации, в форме № 14 здрав была сокращена таблица по использованию средств контрацепции в стационаре, в результате чего в настоящее время нельзя дифференцировать после в каких случаях были предоставлены услуги по контрацепции: после родов/ кесарева сечения или после аборта. Консультирование и использование современных методов планирования семьи сразу после аборта и родов/ кесарева сечения, при информированном выборе женщин, позволит обеспечить улучшить доступность и качество медицинских услуг по планированию семьи, удовлетворить потребности женщин в контрацепции, более эффективно использовать методы планирования семьи, сохранить репродуктивное здоровье женщин и предупредить нежелательные беременности. На уровне ПМСП в данное время проводится сбор данных об использовании средств контрацепции в общем, но также не выделяется отдельно информация о назначении ее женщинам в течение послеродового периода (42 дней после родов/ кесарева сечения). Разработка клинического руководства и протокола по послеабортной и послеродовой контрацепции, а также последующее обучение медицинских работников во время повышения квалификации, позволит все больше внедрять данные практики в работу организаций здравоохранения. Однако, насколько эффективно будет идти этот процесс, могут показать только полученные данные, которые также могут служить в последующем доказательной базой страны по опыту использования этой международной практики. В этой связи рекомендуется пересмотреть и дополнить таблицу «Использование средств контрацепции в стационаре» формы № 14 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарные услуги» (дополнить разбивку по отдельным видам контрацептивных средств, а также по показаниям к их применению (после родов/ кесарева сечения/ аборта). Также рекомендуется внести дополнительные поля в отчетную форму № 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» по использованию послеродовой контрацепции, предоставленной на уровне ПМСП в течение 42 дней после родов (в т.ч. путем проведения кесарева сечения). В свою очередь, планируется, что вся информация в отчетные формы будет агрегироваться из электронных медицинских карт, разработанных Центром электронного здравоохранения (ЦЭЗ).

	Для получения полной информации по стране, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Пересмотр и внесение изменений в отчетные статистические формы позволит иметь более детальную статистику по использованию средств контрацепции после родов/ кесарева сечения или аборта, что даст возможность оценить уровень выполнения рекомендаций, а также проанализировать предпочтения и эффективность различных методов контрацепции.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Пересмотр и совершенствование форм медицинской статистической отчетности проводится на регулярной основе Центром электронного здравоохранения при МЗ КР (ЦЭЗ), в соответствие с меняющимися потребностями системы здравоохранения, действующих национальных, секторальных программ, направленных на укрепление здоровья населения и повышение качества предоставления услуг в системе здравоохранения, а также потребностей в информации пользователей. Все формы статистической отчетности ежегодно переутверждаются Приказом министерства здравоохранения. Предполагается, что информацию о внесении изменений в статистические отчетные формы № 14 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарные услуги» и № 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» для получения данных по постабортной и послеродовой контрацепции (в т.ч. после кесарева сечения) предоставит ЦЭЗ.
Пример расчета	-
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	Однократно по мере внесения изменений в отчетные формы и утверждению их приказом МЗ КР. Далее этот индикатор будет считаться выполненным.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что изменения в отчетную форму будут внесены в 2025 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Нет
Мероприятия по снижению рисков	Нет
Дополнительная информация и ссылки	

1. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015г.;
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326788/9789289052689-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
2. Образцы отчетных форм; <https://cez.med.kg>

Индикатор 3 (13)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после родов (введена ВМС)
Обоснование/ Определение индикатора	Проведенные в середине XX века крупномасштабные международные исследования в рамках программы по изучению показателей фертильности и репродуктивного здоровья показали, что у женщин в послеродовом периоде выявляется один из самых высоких показателей «неудовлетворенной потребности» в контрацепции. Несмотря на то что до 98% женщин, находящихся в послеродовом периоде, не хотят иметь ребенка в ближайшие 5 лет, только 40% из них пользуются тем или иным методом планирования семьи. От 10 до 25 женщин из 100 обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности в течение первого года после рождения ребенка. Использование контрацепции после родов позволяет увеличить интервал между родами, что позволит снизить осложнения со стороны матери и ребенка, включая материнскую и младенческую смертность.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить уровень предоставления услуг послеродовой контрацепции в организациях здравоохранения, эффективность проводимого обучения и применение клинических протоколов на практике. А также позволяет оценить уровень информированности женщин и качество дородового и послеродового консультирования женщин по вопросам планирования семьи.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по женщинам, у которых в течение отчетного года произошли роды, а также о тех женщинах, которые получили услуги по контрацепции после родов, будут формироваться автоматически из электронной стационарной медицинской карты и переноситься в соответствующие отчетные статистические формы: - 14 «Отчет о деятельности стационара» (таблица «Деятельность отделений, оказывающих медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и детям в возрасте до 1 года» - данные по родам); - 14 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарные услуги» (таблица «Использование средств контрацепции в стационаре» - данные о женщинах, получивших услуги по контрацепции после/ во время родов (в т.ч. после кесарева сечения): ВМС, добровольная хирургическая стерилизация). - 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» (таблица «Родовспоможение на дому», пункт роды «без последующей госпитализации»);

	- 9 здрав «Отчет фельдшерско-акушерского пункта» (раздел 4.8, пункт 4 роды «без последующей госпитализации во врачебный стационар»). В общее число родов должны быть включены все роды, вне зависимости от метода родоразрешения. Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения (соответствующие таблицы из форм 14 и 14 здрав) и частнопрактикующих врачей (соответствующая таблица из формы 12 здрав). Числитель: общее число женщин, которым после родов были предоставлены услуги по контрацепции (введены ВМС, проведена ДХС, предоставлены оральные/ инъекционные контрацептивы, презервативы), в течение отчетного года (на уровне ПМСП и стационара); Знаменатель: общее число женщин, у которых в течение отчетного года произошли роды Расчет: $\frac{\text{Общее число женщин, которым после родов были оказаны услуги по контрацепции}}{\text{Общее число женщин, у которых в течение отчетного года были роды}} \times 100$
Пример расчета	Общее число женщин, которым после родов были предоставлены услуги по контрацепции – 863; Общее число женщин, у которых в течение отчетного года были роды – 7325. Расчет: $\frac{863}{7325} \times 100 = 11,8\%$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что индикатор будет оцениваться, начиная с 2025г. 2025 – 6%; 2026 – 8%; 2027 – 10%; 2028 – 11%; 2029 – 13%; 2030 – 15%
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. В отчетной статистической форме № 14 здрав в 2022 году была сокращена таблица по использованию средств контрацепции в стационаре, в результате чего в настоящее время нельзя дифференцировать после родов или после аборта были предоставлены услуги по контрацепции в стационаре). 2. В отчетной статистической форме № 12 здрав в настоящее время не проводится сбор данных о послеродовой контрацепции

	(в том случае, если она предоставлена женщине на уровне ПМСП в течение 42 дней после родов); 3. Электронные карты (амбулаторная и стационарная) разработаны и внедрены в работу организаций здравоохранения только в 3-4 квартале 2024 года. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 4. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах; 5. На начальном этапе, пока не будет проведена интеграция между данными амбулаторной и стационарной медицинской карт, в родильные стационары не будут распределяться контрацептивные средства, закупленные за счет средств государственного бюджета, в связи с чем уровень показателя на уровне стационаров в первые годы может быть низким; 6. Не все мед.работники обучены и владеют техникой введения ВМС после родов, в связи с чем уровень индикатора может быть низким.
Мероприятия по снижению рисков	1. Необходимо внести изменения в отчетную статистическую форму № 14 здрав на 2025 год (!) соответствующие позиции для сбора данных о послеродовой контрацепции на уровне стационара; 2. Необходимо внести изменения в отчетную статистическую форму № 12 здрав на 2025 год (!) о послеродовой контрацепции на уровне ПМСП, для того, чтобы информация о послеродовой контрацепции была полной (как с уровня стационара, так и ПМСП); 3. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 4. Контроль качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 5. После интеграции электронных амбулаторной и стационарной карт, КС, закупленные за счет средств гос. бюджета, будут распределяться также и в стационары только для обеспечения категории женщин МСГР. Данной категории женщин ВМС также может быть выдана на руки заранее (в 36 недель беременности) для последующего введения в стационаре, при этом в «Карте беременных домашнего хранения» должна быть сделана отметка о необходимости введения ВМС после родов; Также женщинам в сроке беременности 36 недель, при проведении консультирования по методам контрацепции и ее добровольном согласии, может быть выписан льготный рецепт по дополнительной программе ОМС на приобретение ВМС с частичной оплатой, для последующего введения в стационаре после родов; 6. Обучение специалистов как с высшим, так и со средним образованием. Создание обучающих видеороликов, онлайн курсов. Введение мотивационных стимулов.
Дополнительная информация и ссылки	

1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915;
2. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015г.;
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326788/9789289052689-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи, Приложение 11 к Приказу МЗ КР от 10.03.2023г. № 259; <https://med.kg/uploads/973bf7b7-f297-481a-a483-0149e0448ccc-%D0%9A%D0%A0%D0%94%D0%A0%D0%9F.pdf>;
4. CPS (Contraceptive Prevalence Studies) и RHS (Reproductive Health Surveys), J. Anderson, J. Cleland, 1984; R. Lightbourne и соавт., 1982;
5. Контрацепция после родов. Яглов В.В.; Consilium Medicum 2009;
<https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/92925>
6. Послеродовая контрацепция; Ю.Э. Доброхотова, Ж.А. Мандрыкина; Российский вестник акушера-гинеколога 4, 2012; https://rumedo.ru/uploads/sites/5/2018/03/3-Poslerodovaya-kontracepciya_2012.pdf

Индикатор 4 (14)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после кесарева сечения (введена ВМС/ добровольная хирургическая стерилизация)
Обоснование/ Определение индикатора	Кесарево сечение в настоящее время является самой распространенной операцией в акушерстве. В 2022-2023гг. по Кыргызской Республике в целом путем кесарева сечения было проведено более 15% всех родов и с каждым годом эта доля увеличивается. В организациях здравоохранения республиканского уровня, а также частных медицинских организациях уровень кесаревых сечений достигает 36-39%. Прерывание незапланированной беременности после операции кесарева сечения может отрицательно влиять на состояние рубца на матке и последующие беременности. В этой связи женщины после кесарева сечения нуждаются в надежной и безопасной контрацепции не только для отсрочки деторождения, но и для сохранения их репродуктивного здоровья. Согласно рекомендациям ВОЗ, в послеродовом периоде (у женщин, кормящих или не кормящих грудью, в том числе после кесарева сечения), наиболее эффективно применение ВМС в период <48 часов, включая введение контрацептива сразу после рождения последа и в период ≥ 4 недель после родов. Введение ВМС сразу после родов (в т.ч. и после оперативных), улучшит доступ женщин к информации и методам планирования семьи, увеличит долю женщин, получивших эффективные методы контрацепции, и, следовательно, приведет к снижению числа незапланированных беременностей и аборт, обеспечит более эффективное распределение медицинских ресурсов. Увеличение доли женщин, которые начали использовать контрацептивные методы в рекомендованные сроки после родов или аборта, позволит продемонстрировать эффективность международных рекомендаций.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить уровень предоставления услуг послеродовой контрацепции в организациях

		здравоохранения, эффективность проводимого обучения и применение клинических протоколов на практике. А также позволяет оценить уровень информированности женщин и качество дородового и послеродового консультирования женщин по вопросам планирования семьи.
Методология		
Сбор, обработка данных и методика расчета		Данные по женщинам, у которых в течение отчетного года произошли роды, а также о тех женщинах, которые получили услуги по контрацепции после родов, будут формироваться автоматически из электронной стационарной медицинской карты и переноситься в отчетную статистическую форму № 14 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарные услуги» (таблицы «Использование средств контрацепции в стационаре» - данные о женщинах, получивших услуги по контрацепции после кесарева сечения: ВМС, добровольная хирургическая стерилизация и «Хирургическая работа» - данные о числе проведенных операций кесарева сечения). Также необходимо добавление таблицы по послеродовой контрацепции, полученной на уровне ПМСП, в отчетную форму № 12 здрав. Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения. Числитель: число женщин, которым после операции кесарева сечения были предоставлены услуги по контрацепции (введена ВМС, проведена ДХС) в течение отчетного года; Знаменатель: общее число женщин, которым в течение отчетного года была проведена операция кесарева сечения. Расчет: $\frac{\text{Число женщин, которым после операции кесарева сечения были оказаны услуги по контрацепции}}{\text{Общее число женщин, которым в течение отчетного года была проведена операция кесарева сечения}} \times 100$
Пример расчета		Число женщин, которым после операции кесарева сечения были предоставлены услуги по контрацепции – 318; Общее число женщин, у которых в течение отчетного года была проведена операция кесарева сечения – 822. Расчет: $\frac{318}{822} \times 100 = 38,7\%$
Источники данных		ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:		-
Периодичность сбора и отчетности		1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)		Предполагается, что индикатор будет оцениваться, начиная с 2025г. 2025 – 5%; 2026 – 10%; 2027 – 15%; 2028 – 20%; 2029 – 25%; 2030 – 30%
Необходимость специальных средств (финансировании) в для		Нет

сбора данных отчетности по ним	или	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных		2. В отчетной статистической форме № 14 здрав в 2022 году была сокращена таблица по использованию средств контрацепции в стационаре, в результате чего в настоящее время нельзя дифференцировать после родов/ кесарева сечения или после аборта были предоставлены услуги по контрацепции. 3. В форме 12 здрав в настоящее время не проводится сбор данных о послеродовой контрацепции (в том случае, если она предоставлена женщине на уровне ПМСП в течение 42 дней после родов); 4. Электронные карты (амбулаторная и стационарная) разработаны и внедрены в работу организаций здравоохранения только в 3-4 квартале 2024 года. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 5. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах; 6. На начальном этапе, пока не будет проведена интеграция между данными амбулаторной и стационарной медицинской карт, в родильные стационары не будут распределяться контрацептивные средства, закупленные за счет средств государственного бюджета, в связи с чем уровень показателя на уровне стационаров в первые годы может быть низким; 7. Не все врачи обучены и владеют техникой введения ВМС после родов (в т.ч. после кесарева сечения), в связи с чем уровень индикатора может быть низким.
Мероприятия по снижению рисков		1. Необходимо внести изменения в отчетную статистическую форму № 14 здрав на 2025 год (!) соответствующие позиции для сбора данных об использовании послеродовой контрацепции в стационарах, в т.ч. после операции кесарева сечения; 2. Необходимо внести изменения в форму № 12 здрав на 2025 год (!) о послеродовой контрацепции, предоставленной на уровне ПМСП, для того, чтобы информация о послеродовой контрацепции была полной (как с уровня стационара, так и ПМСП); 3. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 4. Контроль качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 5. После интеграции электронных амбулаторной и стационарной карт, КС, закупленные за счет средств гос. бюджета, будут распределяться также и в стационары только для обеспечения категории женщин МСГР. Данной категории женщин ВМС также может быть выдана на руки заранее (в 36 недель беременности) для последующего введения в стационаре, при этом в «Карте беременных домашнего хранения» должна быть сделана отметка о необходимости введения ВМС после родов; Также женщинам в сроке беременности 36 недель, при проведении консультирования по методам контрацепции и ее добровольном согласии, может быть выписан льготный рецепт по дополнительной программе ОМС на приобретение ВМС с частичной оплатой, для последующего введения в стационаре после родов;

6.Обучение специалистов с высшим образованием. Создание обучающих видеороликов, онлайн курсов.	
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915;	
2. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015г.; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326788/9789289052689-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y	
3. Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи, Приложение 11 к Приказу МЗ КР от 10.03.2023г. № 259; https://med.kg/uploads/973bf7b7-f297-481a-a483-0149e0448ccc-%D0%9A%D0%A0_%D0%94%D0%A0%D0%9F.pdf ;	
4. CPS (Contraceptive Prevalence Studies) и RHS (Reproductive Health Surveys), J. Anderson, J. Cleland, 1984; R. Lightbourne и соавт., 1982;	
5. Контрацепция после родов. Яглов В.В.; Consilium Medicum 2009; https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/92925	
6. Послеродовая контрацепция; Ю.Э. Доброхотова, Ж.А. Мандрыкина; Российский вестник акушера-гинеколога 4, 2012; https://rumedo.ru/uploads/sites/5/2018/03/3-Poslerodovaya-kontracepciya_2012.pdf	

Индикатор 5 (15)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин, получивших услуги по контрацепции после аборта (введена ВМС, имплантат, предоставлены КОК)
Обоснование/ Определение индикатора	Послеабортная контрацепция позволяет в дальнейшем избежать непланируемой беременности и аборта, сохранить репродуктивное здоровье женщины, удовлетворить потребности в контрацепции. Согласно критериям приемлемости ВОЗ, после аборта женщинам может быть предоставлены следующие виды контрацепции: ВМС, имплантат, комбинированные оральные и некоторые другие виды контрацептивов). Так как услуги искусственного аборта могут быть предоставлены женщине как на уровне ПМСП (медикаментозным методом и методом вакуум-аспирации), так и на уровне стационара, то данные по предоставлению послеабортной контрацепции должны быть обобщены.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить уровень предоставления услуг послеабортной контрацепции в организациях здравоохранения, эффективность проводимого обучения и применение клинических протоколов на практике. А также позволяет оценить качество консультирования женщин медико-социальной группы риска, перенесших аборт, и полноту обеспечения их контрацептивными средствами.
Методология	

Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по женщинам, которые в течение отчетного года имели аборт, а также получили услуги по контрацепции после аборта, будут формироваться автоматически из электронных медицинских карт (амбулаторной и стационарной) и переноситься в соответствующие отчетные статистические формы: - № 13 «Отчет об абортах» (таблица «Постабортная контрацепция» содержит сведения о женщинах, получивших ВМС, оральные контрацептивы, презервативы); - № 14 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь» (таблица «Использование средств контрацепции в стационаре»). Здесь собираются сведения по имплантам. Для получения полной информации о доступности и использовании контрацептивов, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Числитель: общее число женщин, которым после аборта были предоставлены услуги по контрацепции (введены ВМС, имплантат, предоставлены оральные контрацептивы, презервативы), в течение отчетного года (на уровне ПМСП и стационара); Знаменатель: общее число женщин, которые в течение отчетного года имели аборт Расчет: $\frac{\text{Общее число женщин, которым после аборта были оказаны услуги по контрацепции}}{\text{Общее число женщин, которые в течение отчетного года имели аборт}} \times 100$
Пример расчета	Общее число женщин, которым после аборта были предоставлены услуги по контрацепции – 380; Общее число женщин, которые в течение отчетного года имели аборт – 1530. Расчет: $\frac{380}{1530} \times 100 = 24,8\%$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 8%; 2025 – 9%; 2026 – 10%; 2027 – 12%; 2028 – 14%; 2029 – 17%; 2030 – 20%
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности	1. В отчетной статистической форме № 14-здрав в 2022 году была сокращена таблица по использованию средств

предоставления индикатора, данных	качеству	контрацепции в стационаре, в результате чего в настоящее время нельзя дифференцировать после родов или после аборта были предоставлены услуги по контрацепции. 2. В данное время таблица «Постабортная контрацепция» в отчетной форме № 13 «Отчет об абортах» не содержит позиции об общем числе женщин, получивших услуги постабортной контрацепции. Это число также невозможно рассчитать, суммируя оказанные услуги по отдельным методам постабортной контрацепции, так как в форме перечислены только такие методы, как ВМС, оральная контрацепция и презервативы; 3. Электронные карты (амбулаторная и стационарная) разработаны и внедрены в работу организаций здравоохранения только в 3-4 квартале 2024 года. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 4. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах; 5. Не все мед.работники обучены и владеют техникой введения ВМС и имплантата после аборта, в связи с чем уровень индикатора может быть низким.
Мероприятия по снижению рисков		1. Необходимо внести изменения в форму № 14 здрав на 2025 год (!), для того, чтобы можно было получить данные по использованию контрацепции после аборта на уровне стационаров, что позволит обеспечить полноту проведения анализа по предпочтению и эффективности различных методов контрацепции; 2. Необходимо внести изменения в форму № 13 на 2025 год (!), а также, при необходимости, добавить позиции по отдельным методам контрацепции (инъекционные контрацептивы, импланты); 3. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 4. Контроль полноты и качества данных со стороны ЦЭЗ/ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 5. Необходимо обучение специалистов как с высшим, так и со средним образованием (введению ВМС). Создание обучающих видеороликов, онлайн курсов. Введение мотивационных стимулов.
Дополнительная информация и ссылки		
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 2. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015г.; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326788/9789289052689-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y 3. <u>Безопасное прерывание беременности, Клиническое руководство для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР от 18.07.2024г. № 785</u>		

Индикатор 6 (16)

Общее описание	
Название индикатора	Доля ЖРВ, родивших повторно, у которых интервал между родами составил 3 года и более

	контрацепции – в Клиническое руководство «Безопасное прерывание беременности» (2024г.).
Единица измерения	-
Тип индикатора	качественный
Целевое предназначение	Клиническое руководство по послеродовой и постабортной контрацепции, основанное на результатах последних исследований в области доказательной медицины, позволит своевременно внедрять их в деятельность организаций здравоохранения, что, в свою очередь, позволит повысить качество предоставления услуг по послеродовому и постабортному консультированию и планированию семьи, повысит общую долю женщин, использующих контрацептивные средства, снизит число незапланированных беременностей.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	После обновления и утверждения приказом МЗКР Клинического руководства по послеродовой и постабортной контрацепции, электронная версия будет размещена в открытом доступе на сайте Министерства здравоохранения в разделе «Клинические протоколы, руководства»: https://med.kg/clinicalProtocols
Пример расчета	-
Источники данных	Сайт Министерства здравоохранения КР
Дополнительные источники данных	Центра развития здравоохранения (ЦРЗ), отдел доказательной медицины
Периодичность сбора и отчетности	По мере утверждения однократно (2025г.). В дальнейшем рекомендуется пересмотр и обновление данного Клинического руководства через 3 года (в 2028г.) или по мере появления новых международных рекомендаций.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	-
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нужна финансовая поддержка для поддержки рабочей группы по пересмотру и обновлению Клинического руководства (в 2025г. и 2028г.). ЮНФПА может оказать поддержку внешней экспертизы руководства и протокола по послеродовой и постабортной контрацепции в Европейской ассоциации акушер-гинекологов.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Отсутствие финансирования для поддержки рабочей группы для разработки Руководства; 2. Несвоевременное размещение или не размещение Клинического руководства на сайте МЗКР
Мероприятия по снижению рисков	1. При отсутствии финансирования данный индикатор исключается из списка индикаторов, мониторируемых на платформе; 2. При несвоевременном размещении или не размещении Руководства на сайте МЗКР, нужно будет связаться с отделом доказательной медицины ЦРЗ
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 2. Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи, Приложение 11 к Приказу МЗ КР от 10.03.2023г. № 259; https://med.kg/uploads/973bf7b7-f297-481a-a483-0149e0448ccc-%D0%9A%D0%A0_%D0%94%D0%A0%D0%9F.pdf ; 3. Безопасное прерывание беременности, Клиническое руководство для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР от 18.07.2024г. № 785	

Обоснование/ Определение индикатора	По данным крупномасштабных исследований наиболее оптимальный интервал между родами для матери и плода составляет от 3 до 5 лет. Уменьшение промежутка времени между родами связывают с увеличением материнской заболеваемости и смертности и с худшими перинатальными исходами.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить уровень предоставления в организациях здравоохранения послеродового консультирования и услуг послеродовой контрацепции.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по женщинам, повторно родившим в течение отчетного года (из числа беременных, состоящих на учете в организациях здравоохранения ПМСП), а также об интервале между родами у этих женщин будут формироваться автоматически из амбулаторной электронной медицинской карты и переноситься в отчетную статистическую форму - 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» (таблица «Интервал между родами»). Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения и частнопрактикующих врачей (соответствующая таблица из формы 12 здрав). Числитель: число женщин, у которых интервал между последними родами составил 3 года и более (сумма строк «3 года», «4 года», «5 лет и более»); Знаменатель: общее число женщин, у которых в течение отчетного года были повторные роды (из общего числа женщин, у которых в отчетном году произошли роды, вычитается число первородящих женщин) Расчет: $\frac{\text{Число женщин, у которых интервал между родами составил 3 года и более}}{\text{Общее число женщин, у которых в течение отчетного года были повторные роды}} \times 100$
Пример расчета	Число женщин, у которых интервал между последними родами составил 3 года и более – 32215; Общее число женщин, у которых в течение отчетного года были повторные роды – 92871. Расчет: $\frac{32215}{92871} \times 100 = 34,7\%$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2025 – 58%; 2026 – 59%; 2027 – 60%; 2028 – 61%; 2029 – 62%; 2030 – 63%. (с 2025г. - т.к. изменения в отчетную форму могут быть внесены только на 2025г.)

Необходимость специальных средств (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. В отчетной форме 12 здоров в настоящее время проводится сбор данных об интервале между родами в разбивке по числу лет: 1 год и менее, 2 года, 3 года, 4 года, 5 лет и более; 2. Электронная медицинская амбулаторная карта разработана и внедрена в работу ОЗ только в 3-4 квартале 2024 г. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 3. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах.
Мероприятия по снижению рисков	1. Необходимо внести изменения в форму № 12 здоров на 2025 год (!): интервал в 5 лет вывести отдельной строкой, добавить интервал 6 лет и более; 2. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 3. Контроль качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности).
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 2. Клиническое руководство по прегравидарной подготовке (для первичного уровня здравоохранения), Приложение 1 к приказу МЗ КР №1232 от 18 октября 2022г.; https://www.new.nimsi.kg/storage/files/kr-pregavidarnaia-podgotovka-061380800-1706613893.pdf 3. Медико-демографическое исследование, Кыргызская Республика, 2012г.; https://cez.med.kg 4. Birth spacing — report from a WHO technical consultation; Policy brief; World Health Organization, 2006; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/73710/RHR_policybrief_birthspacing_eng.pdf	

Цель 2. Развитие и повышение наглядности управления цепочкой поставок контрацептивных средств, закупаемых за счет государственного бюджета и обеспечение территориальной и экономической доступности различных видов контрацептивных средств для конечных потребителей с использованием цифровых технологий к 2030 году

Индикатор 1 (17)

Общее описание	
Название индикатора	Внедрена и действует автоматизированная информационная система по управлению логистикой лекарственных средств и медицинских изделий (ИСУЛ)
Обоснование/Определение индикатора	Фармацевтическая логистика включает в себя все процессы от производства продукта до его доставки потребителю. Этот процесс включает в себя процессы хранения, планирования, распределения, управления запасами, эффективной и безопасной транспортировки, доставки продукта. Логистика лекарственных средств (ЛС) является критически важной для обеспечения доступности ЛС для пациентов и обеспечения их качества и безопасности. Система логистики должна обеспечить все условия, чтобы нужные товары в нужном количестве и в нужном состоянии

	доставлялись в нужное место в нужное время по нужной цене. Логистика управления контрацептивными средствами (КС) - это система управления поставками КС в системе здравоохранения. Важной частью системы логистики являются информационные системы по управлению логистикой (ИСУЛ), которые позволяют оценивать ситуацию с запасами ЛС, автоматизировать отчетность, проводить проверку данных и использовать информацию для принятия решений. Автоматизированные информационные системы (АИС) по управлению логистикой ЛС создаются с целью автоматизации основных бизнес – процессов, связанных с ЛС (оприходование, перераспределение, движение, учет запасов, отпуск, списание, инвентаризация и т.д.). АИС позволяет сделать прозрачной и обеспечивает эффективное управление движением ЛС, включая средства контрацепции, объединяя склады государственных организаций здравоохранения всех уровней в единую логистическую цепь и отслеживая путь ЛС до конечного потребителя. В настоящее время Департаментом лекарственных средств и медицинских изделий (ДЛСиМИ) разрабатывается ИСУЛ, которая позволит управлять потоками ЛС, в том числе и КС. Центром электронного здравоохранения (ЦЭЗ) также разрабатываются электронные медицинские карты. Интеграция информационных систем ДЛСиМИ и ЦЭЗ позволит отследить путь КС до конечного получателя. Предполагается также, что в систему будут включены аналитические и информационно-справочные задачи, как, например, автоматический расчет необходимого минимального и максимального запаса средств контрацепции, с учетом потребностей женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска (МСГР) в разрезе каждой организации здравоохранения (после интеграции ее с Электронной медицинской амбулаторной картой ЦЭЗ).
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Позволит автоматизировать процессы управления запасами ЛСиМИ, сделать прозрачным получение средств контрацепции женщинами из МСГР.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	После разработки АИС по управлению логистикой лекарственных средств и медицинских изделий, процесс внедрения в деятельность организаций здравоохранения страны будет регламентирован соответствующим Приказом МЗ КР. Информацию об утверждении данного Приказа для размещения на Платформе предоставит ДЛСиМИ.
Пример расчета	-
Источники данных	ДЛСиМИ

Дополнительные источники данных:	МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	Однократно по мере утверждения приказа МЗ КР по внедрению АИС по управлению логистикой лекарственных средств и медицинских изделий, и далее – продолжает действовать.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что АИС будет доработана и начнется ее внедрение в работу ОЗ в 2026 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Разработка АИС ДЛСиМИ по управлению логистикой ЛС и МИ и нормативно - регулятивных документов осуществляется при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Задержки с разработкой и/или внедрением АИС по управлению логистикой ЛС и МИ
Мероприятия по снижению рисков	Контроль сроков выполнения работы со стороны МЗ КР; финансовая поддержка со стороны ЮНФПА
Дополнительная информация и ссылки	
Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915	

Индикатор 2 (18)

Общее описание	
Название индикатора	Разработан и утвержден приказом МЗ КР регулятивный документ по управлению цепочками поставок (УЦП)
Обоснование/Определение индикатора	Цель поставок – это сеть взаимосвязанных организаций или сторон, которая обеспечивает доступность медицинских товаров для нуждающихся в них людей. Хотя Кыргызстан с 2018 года выделяет финансовые средства из государственного бюджета на закупку средств контрацепции, одним из вызовов, который остается в системе здравоохранения, является логистика и управление цепочкой поставок. Организации здравоохранения могут испытывать дефицит в средствах контрацепции или избыток некоторых из них, срок годности продукции на складах может истечь из-за отсутствия интегрированной системы управления цепью поставок. Не всегда обеспечивается минимальный и максимальный запас контрацептивов на складах организаций здравоохранения. Поэтому инвестиции в цепи поставок и их укрепление также важны, как закупка самих противозачаточных средств. Многие страны ВЕЦА сталкиваются с трудностями, связанными с потерей продукции из-за неудовлетворительно функционирующих национальных цепей поставок, в частности, из-за отсутствия эффективных информационных систем управления логистикой (ЮНФПА 2017). Обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи (ЦУР 3.7) и всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам (ЦУР 3.8) невозможно без эффективного управления цепочкой поставок ЛСиМИ. Для

	выполнения принятых Кыргызстаном обязательств в отношении обеспечения контрацептивными средствами женщин из наиболее уязвимой группы риска на материнскую и младенческую смертность в рамках глобального партнерства по Планированию Семьи 2020 (FP2020) также важно выстроить устойчивую цепь поставок ЛС и МИ, для того, чтобы противостоять возможным гуманитарным или чрезвычайным ситуациям и продолжать поставлять жизненно важные товары, включая средства для планирования семьи.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволит укрепить систему логистики ЛСиМИ, включая логистику контрацептивных средств, уменьшить риски перебоев контрацептивов для непрерывного обеспечения современными методами планирования семьи наиболее уязвимой категории женщин из медико-социальной группы риска.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Приказ МЗ КР по утверждению регулятивного документа по УЦП для размещения на Платформе предоставит ДЛСиМИ.
Пример расчета	-
Источники данных	ДЛСиМИ
Дополнительные источники данных:	МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	Однократно по мере утверждения Приказом МЗ КР регулятивного документа по УЦП, и далее – данный документ продолжает действовать.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что регулятивный документ будет доработан и утвержден в 2025 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Разработка данного регулятивного документа осуществляется при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Задержки с доработкой и/ или с утверждением регулятивного документа по управлению логистикой ЛС и МИ
Мероприятия по снижению рисков	Контроль сроков выполнения работы со стороны МЗ КР; финансовая поддержка со стороны ЮНФПА
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 2. Устойчивые цепи поставок – ключевая инвестиция в обеспечение выбора, здоровье и права человека, ЮНФПА, 2021; https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/55379_unfpa-eecaro_policybrief_ru-web.pdf ; 3. Armand F., O'Hanlon B., Seligman B., Sarli D., Makarova T., Bates J., Pandit T. USAID, DELIVER, PSP-One. Contraceptive Security in the Central Asian Republics: Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Tajikistan, 2006; https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/DOC45.pdf	

Индикатор 3 (19)

Общее описание	
Название индикатора	Доля организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, имеющих минимальные запасы хотя бы двух видов контрацептивных средств на конец отчетного года

Обоснование/Определение индикатора	В настоящее время Департаментом лекарственных средств и медицинских изделий (ДЛСиМИ) разрабатывается информационная система по управлению логистикой (ИСУЛ), которая позволит управлять потоками лекарственных средств (ЛС), в том числе и контрацептивных средств (КС). Центром электронного здравоохранения (ЦЭЗ) также разрабатываются электронные медицинские карты. Интеграция информационных систем ДЛСиМИ и ЦЭЗ позволит отследить путь КС до конечного получателя. Для обеспечения непрерывного обеспечения женщин из медико-социальной группы риска КС,купаемыми за счет средств государственного бюджета, важно иметь необходимый запас КС в организациях здравоохранения ПМСП. Минимальный запас лекарственных средств - это пороговое значение, указывающее на уровень, ниже которого фактический запас лекарств обычно не должен опускаться. Таким образом минимальный уровень запасов - это минимальное количество конкретного препарата/лекарства, которое должно храниться постоянно. Основными факторами, которые необходимо учитывать при определении минимального уровня запасов, являются: • Среднее потребление; • Время, необходимое для закупки/ получения лекарственного средства от поставщика (т.е. время ожидания); • Уровень заказа (фиксированный уровень запаса между максимальным и минимальным уровнями запаса, при котором будет подан запрос на поставку). Минимальный уровень запаса средств контрацепции необходимо поддерживать для того, чтобы организации здравоохранения в промежутках между закупками лекарственных средств не испытывали перебоев с контрацептивами для непрерывного обеспечения женщин из наиболее уязвимой медико-социальной группы риска. Минимальный запас хотя бы двух средств контрацепции выбран потому, чтобы женщины могли реализовать свое право на информированный выбор средства контрацепции. Однако, в связи с тем, что, согласно семилетнему плану закупок контрацептивов до 2030 года, ежегодно планируется закупать только один вид контрацептивных средств, поэтому обеспечить минимальный запас как минимум трех средств для организаций здравоохранения может быть не всегда возможно. Оценка минимальных запасов должна быть проведена в конце отчетного года (с 25 по 31 декабря)
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность логистики и функционирования цепочки поставок контрацептивных средств до уровня организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную

	помощь для обеспечения непрерывного охвата методами планирования семьи женщин из медико-социальной группы риска.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Минимальный уровень запаса можно рассчитать по следующей формуле: Минимальный уровень запаса = Уровень заказа - (Среднее потребление за рассматриваемый период времени x Время, необходимое для поставки). Период времени может быть день/неделя/месяц/квартал. Предполагается, что расчет минимального запаса для каждого лекарственного средства и данные по организациям, имеющим минимальный запас хотя бы двух контрацептивных средств, будут предоставляться из автоматизированной информационной системы (АИС) по управлению логистикой ЛС и медицинских изделий (МИ), разрабатываемой ДЛСиМИ, после интеграции ее с Электронной медицинской амбулаторной картой, внедряемой ЦЭЗ. Если организация здравоохранения будет иметь минимальный запас только лишь одного средства контрацепции, такая организация не будет учитываться в числителе при расчете показателя. Числитель: Число организаций здравоохранения ПМСП, имеющих минимальный запас хотя бы двух контрацептивных средств на конец отчетного года; Знаменатель: Общее число организаций здравоохранения ПМСП. Расчет: $\frac{\text{Число ОЗ ПМСП, имеющих минимальный запас хотя бы 2-х КС на конец отчетного года}}{\text{Общее число ОЗ ПМСП}} \times 100$
Пример расчета	Число организаций здравоохранения ПМСП, имеющих минимальный запас хотя бы двух контрацептивных средств на конец отчетного года – 53; Общее число организаций здравоохранения ПМСП – 78. Расчет: $\frac{53}{78} \times 100 = 67,9\%$
Источники данных	ДЛСиМИ
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2026 – 50%; 2027 – 55%; 2028 – 60%; 2029 – 65%; 2030 – 70% Учет достижения целевых уровней вести с 2026г. по мере доработки и внедрения в работу организаций здравоохранения АИС по управлению логистикой ЛС и МИ.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора	Разработка АИС ДЛСиМИ по управлению логистикой ЛС и МИ и нормативно - регулятивных документов осуществляется при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.

данных или отчетности по ним	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Задержки с разработкой и/или внедрением АИС по управлению логистикой ЛС и МИ/ интеграцией АИС ДЛСиМИ с Электронной медицинской амбулаторной картой ЦЭЗ; 2. Полнота и качество данных в АИС по управлению логистикой ЛС и МИ (кадровый потенциал, недостаточная инфраструктура ОЗ отдаленных районов); 3. Ввиду того, что в 2024 году был расширен перечень состояний, включенных в МСГР (Приказ МЗ КР от 08.08.2024г. № 853), может быть увеличен расход средств контрацепции, в связи с чем целевые уровни могут быть изменены после получения первых данных за 2026 год, т.к. закуп средств контрацепции, согласно семилетнего плана закупок, был разработан ориентировочно на меньшее число женщин МСГР, согласно перечню, утвержденному приказом МЗ КР от 16.07.2019г. № 784.
Мероприятия по снижению рисков	1. Контроль сроков выполнения работы со стороны МЗ КР; финансовая поддержка со стороны ЮНФПА; 2. Контроль качества данных со стороны ДЛСиМИ; 3. После получения данных за 2026г. целевые уровни могут быть изменены.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР от 08.08.2024г. № 853 «Об утверждении перечня женщин репродуктивного возраста, входящих в медико-социальную группу риска и имеющих право на льготное получение контрацептивных средств, закупленных за счет средств государственного бюджета»; 2. Программа семилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2030 года, Приказ МЗ КР от 22.09.2023г. № 1142; 3. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 4. Minimum and maximum stock. Knowledge Base for the National TB Elimination Program; https://ntep.in/node/2224/CP-minimum-and-maximum-stock 5. Contraceptive Security Indicators Survey, 2021; USAID Global Health Supply Chain Program; https://www.ghsupplychain.org/sites/default/files/2022-08/Contraceptive%20Security%20Indicators%202021%20Survey%20Report_Final_August%202022.pdf	

Индикатор 4 (20)

Общее описание	
Название индикатора	Доля организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, имеющих максимальные запасы хотя бы двух видов контрацептивных средств на конец отчетного года
Обоснование/Определение индикатора	В настоящее время Департаментом лекарственных средств и медицинских изделий (ДЛСиМИ) разрабатывается информационная система по управлению логистикой (ИСУЛ), которая позволит управлять потоками лекарственных средств (ЛС), в том числе и контрацептивных средств (КС). Центром электронного здравоохранения (ЦЭЗ) также разрабатываются электронные медицинские карты. Интеграция информационных систем ДЛСиМИ и ЦЭЗ позволит отследить путь КС до конечного получателя. Для обеспечения непрерывного обеспечения женщин из медико-социальной группы риска КС,купаемыми за счет

	средств государственного бюджета, важно иметь необходимый запас КС в организациях здравоохранения ПМСП. Максимальный уровень запасов - это верхний предел запасов, который не должен превышать при нормальных обстоятельствах без предварительного согласия руководства. Цель установления максимального уровня запасов - поддержание достаточного уровня запасов на складе. Основными факторами, которые необходимо учитывать при установлении максимального уровня запасов, являются: • Среднее потребление; • Наличие складских площадей; • Экономичное количество заказа; • Время, необходимое для закупки/ получения ЛС от поставщиков; • Затраты на содержание запасов или затраты на хранение. Максимальный уровень запаса средств контрацепции необходимо поддерживать для того, чтобы организации здравоохранения в промежутках между закупками лекарственных средств не испытывали перебоев с контрацептивами для непрерывного обеспечения женщин из наиболее уязвимой медико-социальной группы риска. Максимальный запас хотя бы двух средств контрацепции выбран потому, чтобы женщины могли реализовать свое право на информированный выбор средства контрацепции. Однако, в связи с тем, что, согласно семилетнему плану закупок контрацептивов до 2030 года, ежегодно планируется закупать только один вид контрацептивных средств, поэтому обеспечить максимальный запас как минимум трех средств для организаций здравоохранения может быть не всегда возможно. Оценка максимальных запасов должна быть проведена в конце отчетного года (с 25 по 31 декабря)
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность логистики и функционирования цепочки поставок контрацептивных средств до уровня организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь для обеспечения непрерывного охвата методами планирования семьи женщин из медико-социальной группы риска.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Максимальный уровень запаса можно рассчитать по следующей формуле: Максимальный уровень запасов = Уровень заказа + Количество заказа - (Минимальное потребление за рассматриваемый период времени x Минимальное время, необходимое для доставки). Период времени может быть день/неделя/месяц/квартал.

	Предполагается, что расчет максимального запаса для каждого лекарственного средства и данные по организациям, имеющим минимальный запас хотя бы двух контрацептивных средств, будут предоставляться из АИС по управлению логистикой ЛС и МИ, разрабатываемой ДЛСиМИ, после интеграции ее с Электронной медицинской амбулаторной картой, внедряемой ЦЭЗ. Если организация здравоохранения будет иметь максимальный запас только лишь одного средства контрацепции, такая организация не будет учитываться в числителе при расчете показателя. Числитель: Число организаций здравоохранения ПМСП, имеющих максимальный запас хотя бы двух средств контрацепции; Знаменатель: Общее число организаций здравоохранения ПМСП. Расчет: $\frac{\text{Число ОЗ ПМСП, имеющих максимальный запас хотя бы 2-х КС на конец отчетного года}}{\text{Общее число ОЗ ПМСП}} \times 100$
Пример расчета	Число организаций здравоохранения ПМСП, имеющих максимальный запас хотя бы двух контрацептивных средств на конец отчетного года – 42; Общее число организаций здравоохранения ПМСП – 78. Расчет: $\frac{42}{78} \times 100 = 53,8\%$
Источники данных	ДЛСиМИ
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2026 – 50%; 2027 – 55%; 2028 – 60%; 2029 – 65%; 2030 – 70% Учет достижения целевых уровней вести с 2026г. по мере доработки и внедрения в работу организаций здравоохранения АИС по управлению логистикой ЛС и МИ.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Разработка АИС ДЛСиМИ по управлению логистикой ЛС и МИ и нормативно - регулятивных документов осуществляется при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Задержки с разработкой и/ или внедрением АИС по управлению логистикой ЛС и МИ/ интеграцией АИС ДЛСиМИ с Электронной медицинской амбулаторной картой ЦЭЗ; 2. Полнота и качество данных в АИС по управлению логистикой ЛС и МИ (кадровый потенциал, недостаточная инфраструктура ОЗ отдаленных районов); 3. Ввиду того, что в 2024 году был расширен перечень состояний, включенных в МСГР (Приказ МЗ КР от 08.08.2024г. № 853), может быть увеличен расход средств контрацепции, в связи с чем целевые уровни могут быть изменены после получения первых данных за 2026 год, т.к. закуп средств

	контрацепции, согласно семилетнего плана закупок, был разработан ориентировочно на меньшее число женщин МСГР, согласно перечню, утвержденному приказом МЗ КР от 16.07.2019г. № 784.
Мероприятия по снижению рисков	2. Контроль сроков выполнения работы со стороны МЗ КР; финансовая поддержка со стороны ЮНФПА; 2. Контроль качества данных со стороны ДЛСиМИ; 3. После получения данных за 2026г. целевые уровни могут быть изменены.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР от 08.08.2024г. № 853 «Об утверждении перечня женщин репродуктивного возраста, входящих в медико-социальную группу риска и имеющих право на льготное получение контрацептивных средств, закупленных за счет средств государственного бюджета»; 2. Программа семилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2030 года, Приказ МЗ КР от 22.09.2023г. № 1142; 3. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 4. Minimum and maximum stock. Knowledge Base for the National TB Elimination Program; https://ntep.in/node/2224/CP-minimum-and-maximum-stock 5. Contraceptive Security Indicators Survey, 2021; USAID Global Health Supply Chain Program; https://www.ghsupplychain.org/sites/default/files/2022-08/Contraceptive%20Security%20Indicators%202021%20Survey%20Report_Final_August%202022.pdf	

Индикатор 5 (21)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин из медико-социальной группы риска (МСГР), охваченных средствами контрацепции
Обоснование/Определение индикатора	Термины «использование» контрацептивных средств и «охват» контрацептивными средствами имеют различный смысл. Термин «использование контрацептивных средств» описывает факт применения контрацептивов, даже если это происходит лишь однократно. Например, женщина могла использовать метод контрацепции всего один раз, но это не дает представления о том, насколько эффективно она защищена от нежелательной беременности в долгосрочной перспективе. Термин «охват контрацептивными средствами» подразумевает регулярное и непрерывное использование контрацептивов в течение определенного периода, обычно одного года и более, что значительно повышает вероятность предотвращения беременности. Число лиц, использующих контрацептивные средства, соответственно, включает в себя и число лиц, охваченных контрацепцией. Поэтому для женщин из группы медико-социального риска важно не просто использование, а именно охват средствами контрацепции для снижения рисков осложнений в родах со стороны матери и ребенка, а также уровней материнской и младенческой смертности.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный

Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи и уровень обеспечения средствами контрацепции наиболее уязвимой категории женщин из медико-социальной группы риска.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по числу женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска будут получаться из электронной базы данных «Приписное население», функционирующей в режиме он-лайн и обменивающейся информацией с электронной базой Соцфонда (информация по ЖРВ из социально-уязвимой категории) и Электронной медицинской амбулаторной картой (информация о ЖРВ, имеющим определенные заболевания, согласно перечню, утвержденному Приказом МЗ КР. Данные по использованию ЖРВ МСГР средств контрацепции в течение 1 года и более будут получаться из электронной медицинской карты. Все данные будут агрегироваться и переноситься в отчетную статистическую форму № 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» (таблицу «Дополнительные сведения об использовании средств контрацепции женщинами из медико-социальной группы риска»). При формировании данных следует иметь в виду, что для расчета уровня индикатора должны быть учтены не только те женщины из МСГР, которые получили КС за счет средств государственного бюджета, а все женщины МСГР, вне зависимости от источника финансирования при приобретения контрацептивов (гос.бюджет, ДП ОМС, собственные средства). Числитель: число женщин из медико-социальной группы риска, которые непрерывно использовали контрацептивные средства (КС) в течение 1 года и более; Знаменатель: общее число женщин из медико-социальной группы риска. Расчет: $\frac{\text{Число женщин из МСГР, которые непрерывно использовали КС в течение 1 года и более}}{\text{Общее число женщин из МСГР}} \times 100$
Пример расчета	Число женщин из медико-социальной группы риска, которые непрерывно использовали КС в течение 1 года и более – 1250; Общее число женщин из МСГР – 12276. Расчет: $\frac{1250}{12276} \times 100 = 10,2\%$
Источники данных	ЦЭЗ при МЗ КР
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год

Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 10%; 2025 – 12%; 2026 – 14%; 2027 – 16%; 2028 – 18%; 2029 – 20%; 2030 – более 20%
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Электронная медицинская амбулаторная карта разработана и внедрена в работу ОЗ только в 3-4 квартале 2024 г. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 2. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах; 3. В 2024 году был расширен перечень медицинских показаний в медико-социальной группе риска, при наличии которых женщины имеют право на получение средств контрацепции, закупленных за счет государственного бюджета. Вследствие увеличения общего числа женщин МСГР, уровень показателя может быть получен ниже запланированного.
Мероприятия по снижению рисков	1. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 2. Контроль качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 3. После получения данных за 2024-2025гг., целевые уровни, при необходимости, могут быть изменены.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗКР от 08.08.2024г. «Об утверждении перечня женщин репродуктивного возраста, входящих в медико-социальную группу риска и имеющих право на льготное получение контрацептивных средств, закупленных за счет средств государственного бюджета»; 2. Приказ МЗ КР от 16.07.2019г. № 784 «Об утверждении учетно-отчетной документации по использованию контрацептивных средств, закупленных за счет государственного бюджета»; 3. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915	

Индикатор 6 (22)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин из медико-социальной группы риска, использующих современные средства контрацепции
Обоснование/Определение индикатора	Термины «использование» контрацептивных средств констатирует только факт использования (даже однократного) пациентом тех или иных средств контрацепции в течение отчетного периода, но не дает никакой характеристики о длительности применения контрацептивов. Число лиц, использующих контрацептивные средства, соответственно, включает в себя и число лиц, охваченных контрацепцией (т.е. использующих средства контрацепции в течение 1 года и более). Наряду с показателем охвата женщин медико-социальной группы риска (МСГР) средствами контрацепцией, важно

	также знать о числе женщин данной группы, использующих в течение отчетного периода те или иные средства контрацепции. В финансовой цели 5. Обязательств по ПС2030 Кыргызской Республики закреплены целевые уровни использования контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста из списка высокого медико-социального риска материнской смертности (до 60 % к 2026 году и 70% к 2030 году).
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи и доступность средств контрацепции для наиболее уязвимой категории женщин из медико-социальной группы риска. Показатель можно использовать при планировании мероприятий в области репродуктивного здоровья и планирования семьи.
Методология	

Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по числу женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска будут получаться из электронной базы данных «Приписное население», функционирующей в режиме он-лайн и обменивающейся информацией с электронной базой Соцфонда (информация по ЖРВ из социально-уязвимой категории) и Электронной медицинской амбулаторной картой (информация о ЖРВ, имеющим определенные заболевания, согласно перечню, утвержденному Приказом МЗ КР. Данные по использованию ЖРВ МСГР средств контрацепции в течение отчетного года будут получаться из электронной медицинской карты. Все данные будут агрегироваться и переноситься в отчетную статистическую форму № 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги» (таблицу «Использование контрацептивов женщинами репродуктивного возраста из групп риска»). При формировании данных следует иметь в виду, что для расчета уровня индикатора должны быть учтены не только те женщины из МСГР, которые получили КС за счет средств государственного бюджета, а все женщины МСГР, вне зависимости от источника финансирования при приобретении контрацептивов (гос.бюджет, ДП ОМС, собственные средства). Числитель: число женщин из медико-социальной группы риска, которые использовали контрацептивные средства в течение отчетного года; Знаменатель: общее число женщин из медико-социальной группы риска. Расчет: Число женщин из МСГР, которые использовали КС в течение отчетного года $\frac{\text{Общее число}}{\text{женщин из МСГР}} \times 100$
Пример расчета	Число женщин из медико-социальной группы риска, которые использовали КС в течение отчетного года – 7912; Общее число женщин из МСГР – 12276. Расчет: $\frac{7912}{12276} \times 100 = 64,5\%$
Источники данных	ЦЭЗ при МЗ КР
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 55%; 2025 – 57%; 2026 – 60%; 2027 – 62%; 2028 – 65%; 2029 – 67%; 2030 – 70%
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора	Нет

данных или отчетности по ним	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Электронная медицинская амбулаторная карта разработана и внедрена в работу ОЗ только в 3-4 квартале 2024 г. Поэтому имеется риск, что указанные выходные данные в первые годы работы программы могут не получаться автоматически или получаться не совсем корректно; 2. Некачественное ведение электронной мед. документации, соответственно, представление неполной информации в отчетных формах; 3. В 2024 году был расширен перечень медицинских показаний в медико-социальной группе риска, при наличии которых женщины имеют право на получение средств контрацепции, закупленных за счет государственного бюджета. Вследствие увеличения общего числа женщин МСГР, уровень показателя может быть получен ниже запланированного.
Мероприятия по снижению рисков	1. Доработка и отладка работы электронных медицинских карт по указанным позициям для получения корректных отчетных данных; 2. Контроль качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 3. После получения данных за 2024-2025гг., целевые уровни, при необходимости, могут быть изменены.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗКР от 08.08.2024г. «Об утверждении перечня женщин репродуктивного возраста, входящих в медико-социальную группу риска и имеющих право на льготное получение контрацептивных средств, закупленных за счет средств государственного бюджета»; 2. Приказ МЗ КР от 16.07.2019г. № 784 «Об утверждении учетно-отчетной документации по использованию контрацептивных средств, закупленных за счет государственного бюджета»; 3. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 4. Обязательства Кыргызской Республики в рамках глобальной инициативы ПС2030; https://wordpress.fp2030.org/wp-content/uploads/2022/10/KR-Russian-Overview.pdf	

Цель 3. Снижение уровня подростковой рождаемости с 50 на 1000 женщин до 40 на 1000 женщин, сосредоточив действия на сексуально активных подростках в возрасте 18-19 лет путем расширения доступа к информации и услугам репродуктивного здоровья к концу 2030 года

Индикатор 1 (23)

Общее описание	
Название индикатора	Коммуникационный план для снижения подростковой рождаемости, в особенности для девочек- подростков в возрасте 18-19 лет, до 2030г. разработан и утвержден Министерством здравоохранения КР
Обоснование/Определение индикатора	Коммуникационный план — это инструмент, который определяет кто, как, когда, кому и какую информацию будет предоставлять в рамках реализации поставленной задачи. Коммуникационный план помогает обеспечить реализацию мероприятий и создание таких условий, при которых целевая группа населения будет максимально вовлечена и информирована в рамках поставленной задачи, а также позволяет задействовать в реализации мероприятий всех заинтересованных лиц. В Плате описывает, каким образом и в

	какие сроки коммуникационные потребности сторон будут удовлетворяться. В настоящее время в стране отмечается недостаточный доступ к качественной информации по сексуально-репродуктивному здоровью (СРЗ) и планированию семьи (ПС) для подростков и молодежи. Существуют социальные и культурные барьеры - стигматизация и табуирование вопросов СРЗ, что также затрудняет доступ подростков к необходимой информации и услугам. Отсутствует финансирование и специальные программы, направленные на поддержку информирования подростков. Предполагается, что информированность подростков (18-19 лет) может повыситься благодаря разработке Коммуникационного плана до 2030 года по повышению осведомленности подростков по вопросам СРЗ, включая вопросы ПС, предотвращения ранних браков, похищения невест, подростковой беременности и ИППП.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Данный индикатор позволяет обеспечить реализацию репродуктивных прав подростков, повысить эффективность проводимых мероприятий по СРЗ и ПС, уровень использования контрацептивных средств, снизить неудовлетворенную потребность в контрацепции, показатели заболеваемости ИППП, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Предполагается, что Коммуникационный план будет разрабатываться Республиканским центром укрепления здоровья (РЦУЗ) при участии всех заинтересованных сторон: МЗ, НЦОМид, МКИСиМП, МОиН, НПО (в т.ч. молодежные), Госкомиссия по делам религии, СМИ, международные партнеры (ЮНФПА, FP2030) и др. Информацию об утверждении Коммуникационного плана приказом МЗ КР для размещения на Платформе предоставит РЦУЗ.
Пример расчета	-
Источники данных	РЦУЗ
Дополнительные источники данных:	МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	Однократно по мере утверждения Приказом МЗ КР регулятивного документа по утверждению Коммуникационного плана, и далее – данный документ продолжает действовать.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что Коммуникационный план будет разработан и утвержден в 2025 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Требуется финансовая и техническая поддержка.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Отсутствие финансирования; 2. Задержки с разработкой и/или с утверждением Коммуникационного плана
Мероприятия по снижению рисков	1. При отсутствии финансирования данный индикатор будет исключен из перечня индикаторов, мониторируемых на Платформе;

2. Контроль сроков выполнения работы со стороны МЗ КР
Дополнительная информация и ссылки
Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915

Индикатор 2 (24)

Общее описание	
Название индикатора	Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году, на 1000 женщин данного возраста
Обоснование/Определение индикатора	Несмотря на тенденцию к снижению в последние годы, одним из вызовов для страны является подростковая беременность. Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения ежегодно в стране происходит около 9 тысяч подростковых родов, из которых роды у девушек в возрасте 18-19 лет составляют около 80%. В общем числе родов роды у женщин данной возрастной категории составляют около 6 - 7%. В возрасте до 20 лет имеется повышенный риск материнской и младенческой смертности: ежегодно от 6 до 10% в структуре МС занимают девушки в возрасте до 20 лет; по данным МИКО риск детской смертности у матерей в возрасте младше 20 лет примерно в 1,3 раза выше, чем в других возрастах.
Единица измерения	На 1000 женщин в возрасте 18-19 лет
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволит оценить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи среди подростков и молодежи, снизить показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по числу родов в разбивке по отдельным возрастным категориям, включая возраст 18-19 лет, будут получаться из Электронной медицинской стационарной карты, функционирующей в режиме он-лайн, и переноситься в отчетную статистическую форму 14 «Отчет о деятельности стационара» (таблица «Роды у женщин по возрасту»). Случаи родов на дому/ в дороге без последующей госпитализации происходят крайне редко, но в случае родов на дому/ в дороге у женщин в возрастной категории 18-19 лет, госпитализация проводится в обязательном порядке, следовательно, все такие случаи будут включены в отчет стационара. Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения (та же таблица формы № 14, предоставляемой частными организациями здравоохранения). Информацию по среднегодовой численности женщин в возрасте 18-19 лет будут выбираться из общих таблиц со среднегодовой численностью населения в разбивке по отдельным возрастам и возрастным группам Национального статистического комитета, которые ежегодно предоставляются на основе договоренности между МЗ КР и НСК КР в Центр электронного здравоохранения.

	Числитель: Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году; Знаменатель: Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет. Расчет: $\frac{\text{Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году}}{\text{Среднегодовая численность женщин, в возрасте 18-19 лет}} \times 1000$
Пример расчета	Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых произошли роды в отчетном году – 5328; Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет – 109307. Расчет: $\frac{5328}{109307} \times 1000 = 48,7 \text{ ‰}$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 60 на 1000; 2025 – 55; 2026 – 50; 2027 – 48; 2028 – 45; 2029 – 43; 2030 – 40
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Недостаточное качество данных (полнота ввода информации в электронную мед. карту); 2. Несвоевременное представление отчетов частными организациями здравоохранения, оказывающими услуги по родовспоможению.
Мероприятия по снижению рисков	1. Контроль полноты и качества данных со стороны ЦЭЗ/ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 2. Предоставление перечня частных ОЗ, которые предоставили отчет, от ЦЭЗ в Отдел лицензирования МЗ КР. Контроль и принятие соответствующих мер со стороны Отдела лицензирования МЗ КР по тем частным ОЗ, которые не предоставляют отчеты. Разъяснительная работа при получении лицензии и пункта по обязательному предоставлению отчетов на ежегодной основе, указанному в Лицензионном соглашении.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Национальный план действий по вопросам планирования семьи, МЗ КР, 2020г.; 2. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 3. Подростковая беременность; Информационный бюллетень ВОЗ от 10.04.2024г.; https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy	

Индикатор 3 (25)

Общее описание

Название индикатора	Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых были проведены аборт в отчетном году, на 1000 женщин данного возраста
Обоснование/Определение индикатора	Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения, несмотря на тенденцию к снижению в последние годы, ежегодно в стране проводится и происходит около 1500 абортов у подростков, 90% из которых приходится на девушек 18 -19 лет. От общего числа абортов, зарегистрированных в стране, на возраст 18-19 лет приходится около 1%. В последние годы в стране практически ежегодно регистрируются от 1 до 4 случаев материнской смертности по причине аборта и женщины в возрасте до 20 лет входят в группу повышенного риска на возникновение осложнений, включая материнскую смертность после аборта. В статистической отчетности, утвержденной приказом МЗ КР, в общее число абортов входят как искусственные, так и самопроизвольные аборты.
Единица измерения	На 1000 женщин в возрасте 18-19 лет
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволит оценить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи среди подростков и молодежи, снизить показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по числу абортов в разбивке по отдельным возрастным группам, включая возраст 18-19 лет, будут получаться из Электронных медицинских карт (стационарной и амбулаторной), функционирующих в режиме он-лайн, и переноситься в отчетную статистическую форму 13 «Отчет об абортах» (таблица «Сведения об абортах по причинам и срокам беременности»). Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения (та же таблица формы № 13, предоставляемой частными организациями здравоохранения). Информацию по среднегодовой численности женщин в возрасте 18-19 лет будут выбираться из общих таблиц со среднегодовой численностью населения в разбивке по отдельным возрастам и возрастным группам Национального статистического комитета, которые ежегодно предоставляются на основе договоренности между МЗ КР и НСК КР в Центр электронного здравоохранения. Числитель: Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых проведены/ произошли аборты в отчетном году; Знаменатель: Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет. Расчет:

	Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых проведены/произошли аборт ы в отчетном году Среднегодовая численность женщин, в возрасте 18-19 лет $\times 1000$
Пример расчета	Число женщин в возрасте 18-19 лет, у которых проведены/произошли аборт ы в отчетном году – 1269; Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет – 109307. Расчет: $\frac{1269}{109307} \times 1000 = 11,6 \text{ ‰}$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 10 на 1000; 2025 – 10; 2026 – 9; 2027 – 9; 2028 – 8; 2029 – 8; 2030 – 7
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Недостаточное качество данных (полнота ввода информации в электронные мед. карты); 2. Несвоевременное представление отчетов частными организациями здравоохранения, оказывающими услуги по проведению искусственных абортов/ при самопроизвольных абортах.
Мероприятия по снижению рисков	1. Контроль полноты и качества данных со стороны ЦЭЗ/ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 2. Предоставление перечня частных ОЗ, которые предоставили отчет, от ЦЭЗ в Отдел лицензирования МЗ КР. Контроль и принятие соответствующих мер со стороны Отдела лицензирования МЗ КР по тем частным ОЗ, которые не предоставляют отчеты. Разъяснительная работа при получении лицензии и пункта по обязательному предоставлению отчетов на ежегодной основе, указанному в Лицензионном соглашении.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Национальный план действий по вопросам планирования семьи, МЗ КР, 2020г.; 2. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 3. Подростковая беременность; Информационный бюллетень ВОЗ от 10.04.2024г.; https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy	

Индикатор 4 (26)

Общее описание	
Название индикатора	Доля женщин в возрасте 18-19 лет, которых использовали средства контрацепции в отчетном году
Обоснование/ Определение индикатора	Значительная часть сексуально активных подростков вступают в незащищенные половые контакты, что, как предупреждает ВОЗ, может иметь серьезные последствия, включая нежелательную беременность, небезопасные

	аборты и повышенный риск заражения инфекциями, передающимися половым путем. Данные свидетельствуют о том, что высокая распространенность незащищенного секса указывает на значительные пробелы в комплексном сексуальном образовании, включая просвещение по вопросам сексуального здоровья, а также в доступе к методам контрацепции. В понятие «использование» средств контрацепции включается и разовое использование контрацептивов.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволит оценить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи среди подростков и молодежи, снизить показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Данные по числу женщин, использующих средства контрацепции, в разбивке по отдельным возрастным группам, включая возраст 18-19 лет, будут получаться из Электронной медицинской амбулаторной карты, функционирующей в режиме он-лайн, и переноситься в отчетную статистическую форму 12 «Отчет о заболеваемости и профилактической работе» (таблица «Охват контрацептивами женщин репродуктивного возраста»). Для получения полной информации, к данным государственных организаций здравоохранения должны быть добавлены данные частных организаций здравоохранения (та же таблица формы № 12, предоставляемой частными организациями здравоохранения). Информацию по среднегодовой численности женщин в возрасте 18-19 лет будут выбирать из общих таблиц со среднегодовой численностью населения в разбивке по отдельным возрастам и возрастным группам Национального статистического комитета, которые ежегодно предоставляются на основе договоренности между МЗ КР и НСК КР в Центр электронного здравоохранения. Числитель: Число женщин в возрасте 18-19 лет, которые использовали контрацептивные средства в отчетном году; Знаменатель: Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет. Расчет: $\frac{\text{Число женщин в возрасте 18-19 лет, которые использовали КС в отчетном году}}{\text{Среднегодовая численность женщин, в возрасте 18-19 лет}} \times 100$

Пример расчета	Число женщин в возрасте 18-19 лет, которые использовали контрацептивные средства в отчетном году – 11950; Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-19 лет – 109307. Расчет: $\frac{11950}{109307} \times 100 = 10,9 \%$
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	-
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 14%; 2025 – 15%; 2026 – 16%; 2027 – 17%; 2028 – 18%; 2029 – 19%; 2030 – 20%
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Недостаточное качество данных (полнота ввода информации в электронную мед. карту); 2. Несвоевременное представление отчетов частными организациями здравоохранения, оказывающими услуги по планированию семьи.
Мероприятия по снижению рисков	1. Контроль полноты и качества данных со стороны ЦЭЗ/ ОМИЦ (в электронных формах и в статистической отчетности); 2. Предоставление перечня частных ОЗ, которые предоставили отчет, от ЦЭЗ в Отдел лицензирования МЗ КР. Контроль и принятие соответствующих мер со стороны Отдела лицензирования МЗ КР по тем частным ОЗ, которые не предоставляют отчеты. Разъяснительная работа при получении лицензии и пункта по обязательному предоставлению отчетов на ежегодной основе, указанному в Лицензионном соглашении.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Национальный план действий по вопросам планирования семьи, МЗ КР, 2020г.; 2. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 3. ВОЗ: подростки в Европе все реже используют контрацепцию; новости ООН от 29.08.2024г.; https://news.un.org/ru/story/2024/08/1455731	

Цель 4. Интеграция минимальных стандартов сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи с использованием минимального комплекса начальных мер по охране репродуктивного здоровья (МКНМ), в национальный план готовности/снижения риска бедствий к концу 2030 года

Индикатор 1 (27)

Общее описание	
Название индикатора	Минимальные стандарты в области сексуально-репродуктивного здоровья в условиях гуманитарных/ чрезвычайных ситуаций разработаны и утверждены
Обоснование/Определение индикатора	Минимальные стандарты по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) в кризисных ситуациях - это ряд важнейших мероприятий, необходимых для удовлетворения потребностей пострадавшего населения в области СРЗ, включая методы планирования семьи (ПС), при

	возникновении гуманитарных кризисов/ чрезвычайных ситуаций. Эти потребности часто игнорируются, что может иметь опасные для жизни последствия. Ежедневно в мире более 500 женщин умирают во время беременности или родов в гуманитарных и нестабильных ситуациях. Поэтому крайне важно предоставлять жизненно важные услуги в области СРЗ, поскольку заболеваемость и смертность, связанные с СРЗ, являются важной глобальной проблемой общественного здравоохранения, а люди, находящиеся в гуманитарных и нестабильных ситуациях, часто сталкиваются с повышенным риском и дополнительными препятствиями на пути к услугам в области СРЗ. Своевременное предоставление услуг в области СРЗ может предотвратить смерть, болезни и инвалидность, связанные с нежелательной беременностью, акушерскими осложнениями, сексуальным и другими формами гендерного насилия, ВИЧ-инфекцией и целым рядом репродуктивных расстройств. Важно, чтобы четкая информация о национальной политике предоставления услуг по СРЗ и ПС во время гуманитарных ситуаций (ГС)/ чрезвычайных ситуаций (ЧС) была доступна в полном объеме правового регулирования с самого начала ГС/ ЧС и при планировании комплексных услуг СРЗ, включая ПС. Разработка Минимальных стандартов СРЗ, включая услуги по ПС, в условиях ГС/ ЧС будет способствовать достижению цели нашей страны до 2030 года - расширению доступа к методам планирования семьи и снижению материнской смертности, особенно среди населения, пострадавшего от конфликтов, стихийных бедствий или вспышек инфекционных заболеваний. Планируется, что мероприятия по разработке Минимальных стандартов в области сексуально- репродуктивного здоровья в условиях ГС и ЧС будут включать в себя усиление национального кадрового потенциала, управление цепочками поставок товаров для предоставления услуг по СРЗ и ПС в условиях ГС и ЧС, развитие информационных систем управления логистикой лекарственных средств, усовершенствование механизмов координации между партнерами для улучшения функционирования цепочки поставок товаров для сохранения СРЗ и непрерывного предоставления услуг по ПС в ГС и ЧС.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволяет оценить эффективность проводимых мероприятий по СРЗ и ПС, обеспечить четкое реагирование организаций здравоохранения всех уровней по предоставлению своевременных услуг в области СРЗ и ПС в условиях ГС и ЧС.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Минимальные стандарты в области сексуально - репродуктивного здоровья в условиях ГС и ЧС будут разработаны рабочей группой специалистов организаций здравоохранения под руководством Министерства здравоохранения, при участии всех заинтересованных участников (Министерство чрезвычайных ситуаций,

	организации неправительственного сектора (Национальное общество Красного полумесяца), международных партнеров). Информацию о разработке и утверждению Минимальных стандартов в области сексуально - репродуктивного здоровья в условиях ГС и ЧС предоставит МЗ КР.
Пример расчета	-
Источники данных	МЗ КР
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	По мере разработки и утверждения однократно. В последующие годы мероприятие отмечается как выполненное.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что Минимальные стандарты в области сексуально - репродуктивного здоровья в условиях ГС и ЧС будут разработаны и утверждены в 2025 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Требуется финансовая и техническая поддержка для разработки Минимальных стандартов.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	1. Отсутствие финансирования; 2. Задержки с разработкой, утверждением или внедрением в работу системы здравоохранения
Мероприятия по снижению рисков	1. При отсутствии финансирования данный индикатор будет исключен из перечня индикаторов, мониторируемых на Платформе; 2. Контроль сроков выполнения и внедрения в работу подведомственных организаций здравоохранения со стороны МЗ КР.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Приказ МЗ КР «Об утверждении Плана мероприятий по реализации обязательств в рамках глобальной стратегии ПС 2030» от 28.07.2023г. № 915; 2. Minimum Initial Service Package (MISP) for SRH in Crisis Situations, UNFPA, Nov. 2020; https://www.unfpa.org/resources/minimum-initial-service-package-misp-srh-crisis-situations 3. Sexual and reproductive health during protracted crises and recovery, WHO, UNFPA, 2011; https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HAC-BRO-2011.2	

Индикатор 2 (28)

Общее описание	
Название индикатора	Пересмотрена статистическая отчетность МЗКР по предоставлению на уровне ПМСП препаратов экстренной контрацепции женщинам, перенесшим сексуальное насилие, в том числе в условиях гуманитарных и чрезвычайных ситуаций
Обоснование/Определение индикатора	Улучшение доступа к контрацепции в рамках реагирования на кризисные ситуации — это безопасный, эффективный и экономичный метод предотвращения нежелательной беременности и снижения смертности среди матерей и новорожденных, снижения уровня небезопасного прерывания беременности и заболеваемости, связанной с беременностью. Поскольку системы здравоохранения подвергаются риску во время стихийных бедствий и конфликтов, доступ к противозачаточным средствам уменьшается. Чрезвычайно важно, чтобы Координаторы по сексуальному и

	репродуктивному здоровью (СРЗ), руководители программ здравоохранения и медицинские работники понимали важность предоставления противозачаточных средств и их спасающее жизни влияние, чтобы они были частью основных программ здравоохранения с самого раннего этапа чрезвычайной ситуации до выхода из нее. Экстренная контрацепция может предупреждать беременность в 95% и более случаев при ее использовании в течение пяти дней после полового акта. Одним из показаний к использованию экстренной контрацепции являются случаи сексуального насилия, когда женщина не была защищена эффективным контрацептивным методом. С целью своевременного оказания медицинской помощи по предотвращению нежелательной беременности женщинам, перенесшим сексуальное насилие, в 2020 году препараты для экстренной контрацепции были включены в пакет неотложной медицинской помощи на амбулаторном уровне.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Данный индикатор обеспечит сбор данных по использованию средств экстренной контрацепции в случаях сексуального насилия, включая случаи насилия в гуманитарных и чрезвычайных ситуациях.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Пересмотр и совершенствование форм медицинской статистической отчетности проводится на регулярной основе Центром электронного здравоохранения при МЗ КР (ЦЭЗ), в соответствии с меняющимися потребностями системы здравоохранения, действующих национальных, секторальных программ, направленных на укрепление здоровья населения и повышение качества предоставления услуг в системе здравоохранения, а также потребностей в информации пользователей. Все формы статистической отчетности ежегодно переутверждаются Приказом министерства здравоохранения. Предполагается, что позиции по предоставлению на уровне ПМСП препаратов экстренной контрацепции женщинам, перенесшим сексуальное насилие (в том числе в условиях гуманитарных и чрезвычайных ситуаций) будут внесены в отчетную статистическую форму № 12 здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и другие амбулаторные услуги».
Пример расчета	-
Источники данных	ЦЭЗ
Дополнительные источники данных:	МЗ КР
Периодичность сбора и отчетности	Однократно по мере внесения изменений в отчетную форму и утверждению ее приказом МЗ КР
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Предполагается, что изменения в отчетную форму будут внесены уже в 2024 году.
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора	Нет

данных или отчетности по ним	
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Нет
Мероприятия по снижению рисков	Нет
Дополнительная информация и ссылки	
1. Экстренная контрацепция, Информационный бюллетень ВОЗ; 2.02.2018г.; https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception 2. Предотвращение нежелательной беременности. Модуль дистанционного обучения по минимальному комплексу начальных услуг (МКНУ) по охране сексуального и репродуктивного здоровья; обновлено 05.05.2021г.; Женская комиссия по делам беженцев, IAWG; https://iawg.net/ru/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module/unit-six-prevent-unintended-pregnancies	

Цель 5. ФИНАНСОВАЯ ЦЕЛЬ 5: Увеличить охват использования контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста из списка высокого медико-социального риска материнской смертности до 60 % к 2026 году и 70% к 2030 году

Индикатор 1 (29)

Общее описание	
Название индикатора	7-летний план на 2024-2030 годы по постепенному увеличению государственного финансирования для удовлетворения потребностей ЖРВ из групп высокого медико-социального риска разработан
Обоснование/Определение индикатора	В рамках исполнения принятых обязательств «ПС 2020» с 2018 года МЗ КР выделяют бюджетные средства на закупку средств контрацепции для обеспечения потребности женщин репродуктивного возраста из наиболее уязвимой группы медико-социального риска на материнскую и младенческую смертность, на которые закупаются контрацептивы, входящие в Перечень жизненно-важных лекарственных средств. В рамках выполнения обязательств «ПС2030» Министерство здравоохранения республики намерено продолжить государственное финансирование, чтобы охватить не менее 60% женщин из медико-социальной группы риска к 2026 году и 70% - к 2030 году. Однако, несмотря на ежегодное увеличение государственного финансирования на закупку средств контрацепции, остаются риски на устойчивость данного финансирования в будущем. Для реализации принятых страной обязательств и выполнения подотчетности, Министерство здравоохранения разработает План на 2024-2030 годы по постепенному увеличению государственного финансирования на закупку контрацептивных средств.
Единица измерения	-
Тип индикатора	Качественный
Целевое предназначение	Отслеживание выполнения данного индикатора позволит осуществлять контроль за выделением финансовых средств на планирование семьи в соответствии с утвержденным бюджетом и сроками.
Методология	

Сбор, обработка данных и методика расчета	Предполагается, что данный План по увеличению государственного финансирования будет разработан рабочей группой под руководством Министерства здравоохранения, который в последствие будет утвержден Приказом МЗ КР. Информацию об утверждении Приказом МЗ КР Плана по постепенному увеличению государственного финансирования для удовлетворения потребностей женщин репродуктивного возраста из группы медико-социального риска предоставят специалисты Министерства здравоохранения (Управление финансовой политики).
Пример расчета	-
Источники данных	МЗ КР
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	По мере утверждения Приказом МЗ КР и далее индикатор считается выполненным.
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Планируется, что документ будет разработан и утвержден Приказом МЗ КР в 2024 году
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Требуется финансовая и техническая поддержка для разработки 7 –летнего Плана до 2030 года.
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Отсутствие финансирования
Мероприятия по снижению рисков	При отсутствии финансирования - исключить данный индикатор из числа мониторируемых на Платформе.
Дополнительная информация и ссылки	
1. Заявление о намерении Кыргызской Республики, ЮНФПА, Новости (17 июля 2017); https://kyrgyzstan.unfpa.org/en/news/statement-intent-kyrgyz-republic ; 2. Программа пятилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей 50% женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2023 года; МЗ КР при поддержке ЮНФПА; https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/5_year_plan_-_rus_0.pdf 3. Приказ МЗ КР от 22.09.2023г. № 1142 «Об утверждении программы семилетнего плана закупок контрацептивных средств за счет государственных средств в рамках реализации пяти новых обязательств Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по ПС2030»	

Индикатор 2 (30)

Общее описание	
Название индикатора	Общая сумма государственных средств, выделенная на закупку средств контрацепции для женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска
Обоснование/Определение индикатора	В 2017 году Правительство страны приняло на себя обязательства по улучшению доступа к услугам планирования семьи, присоединившись к Глобальной инициативе «Планирование семьи 2020» (ПС2020). В рамках принятых обязательств с 2018 года Министерство здравоохранения включило в государственный бюджет 3,2 млн сомов на закупку контрацептивов для обеспечения потребности женщин из медико-социальной группы риска. Государственное финансирование закупок контрацептивов на

	2019-2024 годы ежегодно увеличивалось на 1 млн. сомов, в соответствии со взятыми обязательствами страны. Согласно разработанному 7-летнему плану на 2024-2030 годы по постепенному увеличению государственного финансирования для удовлетворения потребностей женщин репродуктивного возраста из группы медико-социального риска, Министерство здравоохранения республики должно продолжать увеличивать финансирование до 2030 года.
Единица измерения	Сом
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Данный показатель позволит повысить мотивацию и ответственность лиц, принимающих решения, к выполнению государственных финансовых обязательств для обеспечения охвата женщин из наиболее уязвимой медико-социальной группы риска методами планирования семьи, повысить доступность контрацептивных средств, общую удовлетворенную потребность в планировании семьи. А также позволит обеспечить эффективность проводимых мероприятий по планированию семьи в целом и прозрачность выполнения финансовых обязательств перед населением, гражданским и международным сообществом.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Предполагается, что информацию о ежегодном увеличении финансирования для удовлетворения потребностей женщин репродуктивного возраста из группы медико-социального риска будут предоставлять специалисты Министерства здравоохранения (Управление финансовой политики) после утверждения бюджета на соответствующий год.
Пример расчета	-
Источники данных	МЗ КР
Дополнительные источники данных:	Нет
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	2024 – 9,2 млн. сом; 2025 – 10,2 млн. сом; 2026 – 11,2 млн. сом; 2027 – 12,2 млн. сом; 2028 – 13,2 млн. сом; 2029 – 14,2 млн. сом; 2030 – 15,2 млн. сом
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Низкая приверженность лиц, принимающих решения, в МЗ КР
Мероприятия по снижению рисков	Размещение информации о выполнении взятого обязательства по данному индикатору на Платформе в открытом доступе; адвокация на уровне Правительства КР (может потребовать дополнительного финансирования)
Дополнительная информация и ссылки	
1. Заявление о намерении Кыргызской Республики, ЮНФПА, Новости (17 июля 2017); https://kyrgyzstan.unfpa.org/en/news/statement-intent-kyrgyz-republic; 2. Программа пятилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей 50% женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2023 года; МЗ КР при поддержке ЮНФПА;	

https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/5_year_plan_-_rus_0.pdf

3. Приказ МЗ КР от 22.09.2023г. № 1142 «Об утверждении программы семилетнего плана закупок контрацептивных средств за счет государственных средств в рамках реализации пяти новых обязательств Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по ПС2030»

Индикатор 3 (31)

Общее описание	
Название индикатора	Расход выделенных средств из государственного бюджета на закупку средств контрацепции
Обоснование/Определение индикатора	В рамках исполнения принятых обязательств «ПС 2020» с 2018 года МЗ КР выделяют бюджетные средства на закупку средств контрацепции для обеспечения потребности женщин репродуктивного возраста из медико-социальной группы риска (МСГР), с ежегодным его увеличением на 1 млн сомов. Согласно «Закона о государственных закупках», на выделенную сумму закупались контрацептивы, входящие в Перечень жизненно-важных лекарственных средств, путем проведения централизованных государственных закупок по рыночной стоимости средств контрацепции. Централизованные закупки средств контрацепции должны осуществляться на основании заказа и представленных заявок из организаций здравоохранения регионов страны, составленных с учетом потребностей в средствах контрацепции и предпочтений женщин из МСГР. В 2018 году при проведении тендерных закупок сумма, выделенная на закупку средств контрацепции, не была освоена. В последующем, централизованные тендерные закупки проводились ежегодно, с увеличением выделяемой суммы на 1 млн. сомов, с практически полным ее освоением. Согласно законодательству КР имеется возможность закупать средства контрацепции через систему закупок ЮНФПА по стоимости в 6 - 7 раз дешевле по сравнению с ценами фармацевтического рынка, что позволит обеспечить средствами планирования семьи большее число уязвимых женщин. Для непрерывного обеспечения женщин из уязвимой группы средствами контрацепции, необходимо, чтобы закуп контрацептивов проводился вовремя и на регулярной основе, при полном освоении выделенного финансирования.
Единица измерения	Процент
Тип индикатора	Количественный
Целевое предназначение	Анализ данного показателя позволяет оценить эффективность расходования финансовых средств, выделенных из государственного бюджета на закупку средств контрацепции для наиболее уязвимой категории женщин из МСГР.
Методология	
Сбор, обработка данных и методика расчета	Предполагается, что информацию о ежегодном расходе выделенных финансов из средств государственного бюджета на закупку средств контрацепции для удовлетворения потребностей женщин репродуктивного возраста из группы медико-социального риска, будут предоставлять специалисты Министерства здравоохранения (Управление финансовой политики). Числитель: Объем финансовых средств, израсходованных на закупку контрацептивных средств для женщин из МСГР.

	Знаменатель: Общий объем выделенных финансов на закупку контрацептивных средств для женщин из МСГР. Расчет: $\frac{\text{Объем финансовых средств, израсходованных на закупку КС для женщин из МСГР}}{\text{Общий объем финансовых средств, выделенных на закупку КС для женщин МСГР}} \times 100$
Пример расчета	Объем финансовых средств, израсходованных на закупку контрацептивных средств для женщин из МСГР – 8,0 млн. сом; Общий объем выделенных финансов на закупку контрацептивных средств для женщин из МСГР – 9,2 млн. сом. Расчет: $\frac{8,0}{9,2} \times 100 = 87,0\%$
Источники данных	МЗ КР
Дополнительные источники данных:	ГП «Кыргызфармация» (т.к. через данную организацию централизованно проводятся закупки лекарственных средств)
Периодичность сбора и отчетности	1 раз в год
Целевые уровни до 2030г. (если есть)	Планируется, что ежегодное расходование финансовых средств должно быть не ниже 95% за весь период до 2030 года
Необходимость в специальных средствах (финансировании) для сбора данных или отчетности по ним	Нет
Имеющиеся риски по возможности предоставления индикатора, качеству данных	Низкая приверженность лиц, принимающих решения, в МЗ КР
Мероприятия по снижению рисков	Размещение информации о выполнении взятого обязательства по данному индикатору на Платформе в открытом доступе; адвокация на уровне Правительства КР (может потребовать дополнительного финансирования)
Дополнительная информация и ссылки	
1. Заявление о намерении Кыргызской Республики, ЮНФПА, Новости (17 июля 2017); https://kyrgyzstan.unfpa.org/en/news/statement-intent-kyrgyz-republic; 2. Программа пятилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей 50% женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2023 года; МЗ КР при поддержке ЮНФПА; https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/5_year_plan_-_rus_0.pdf 3. Приказ МЗ КР от 22.09.2023г. № 1142 «Об утверждении программы семилетнего плана закупок контрацептивных средств за счет государственных средств в рамках реализации пяти новых обязательств Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по ПС2030»	



Приложение 3

к приказу МЗ КР №

от «29»

2024г.

**Список лиц, ответственных за подготовку/расчет
значений индикаторов, согласно утвержденному
перечню**

№	ФИО	Место работы	Контакты, почта
Министерство здравоохранения КР			
1.	Асылбашева Раиса Бейшеналиевна	Главный специалист Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР	0709-331147 r_asylbasheva@mz.med.kg
2.	Раимбаева Айдай Аманбековна	Начальник Управления финансовой политики МЗ КР	0557-154154 a_raimbaeva@mz.med.kg
НЦОМид			
3.	МаксUTOва Эльмира Мелибаевна	Заведующая Центра планирования семьи «Брак и семья» НЦОМид, национальный координатор по ПС	0772-131172 maksutovaelmira@mail.ru
Центр электронного здравоохранения (ЦЭЗ)			
4.	Мурзакаримова Лариса Кочкорбаевна	Заведующая отделом анализа данных ЦЭЗ	0706-639777 0555-920 354 murzakarimova1955@mail.ru
Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ)			
5.	Султангазиева Аида	Заведующая отдела по профилактике НИЗ	0705530021 staida@mail.ru
Департамент лекарственных средств и медицинских изделий (ДЛСиМИ)			
6.	Канатаев Нурадин	Заведующий отделом информационной и технической поддержки ДЛСиМИ	0707 207783 nuradin@list.ru