

**ПРОГРЕСС В УСТРАНЕНИИ УЗКИХ МЕСТ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦРТ 4: ОЦЕНКА ВКЛАДА ЮНИСЕФ В ПЯТИ СТРАНАХ ЦВЕ/СНГ
СТРАНОВЫЙ ОТЧЕТ ПО КЫРГЫЗСТАНУ**

РЕГИОНАЛЬНАЯ СФЕРА № 6
RFP Health-2013-01 RKLA 6

Содержание

Введение.....	3
Обзор программ в Кыргызстане, финансируемых ЮНИСЕФ.....	4
Ключевые результаты оценки и выводы.....	5
Эффективный охват услугами ЗМНД.....	7
Изменения на системном уровне и вклад ЮНИСЕФ.....	8
Подход программ ЮНИСЕФ в Кыргызстане, ориентированный на права человека и гендерное равенство.....	11
Рекомендации для конкретной страны.....	11

АББРЕВИАТУРЫ

АНУ	Аntenатальный уход
ОРИ	Острые респираторные инфекции
ЕСК	Ежегодное снижение коэффициента
ЕПД	Ежегодные планы действий
ВAVIES	Матрица с данными веса при рождении и возраста при смерти для Системы оценки вмешательств
ГВ	Грудное вскармливание
ИБДР	Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку»
СЕЕ	Центральная и Восточная Европа
МФК	Международный фонд «Курацио»
СНГ	Содружество независимых государств
КДМ	Контроль дефицита микроэлементов
СО	Страновой офис
ПДСП	Планы действий для страновой программы
ЖКЗ	Желудочно-кишечные заболевания
ДОЗ	Демографическое обследование здоровья
ДКСЗ	Дифтерия, коклюш, столбняк и третья доза
РДРВ	Развитие детей раннего возраста
НАП	Неотложная акушерская помощь
ОУН	Основной уход за новорожденным
ЭПУ	Эффективный перинатальный уход
РПИ	Расширенная программа иммунизации
ГО	Группа оценки
ОМ	Обогащение муки
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации
ВВП	Валовой внутренний продукт
НIV	Вирус иммунодефицита человека
ЙДЗ	Йододефицитные заболевания
МОЖР	Международный стандарт определения живорождения
ИББДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
КДС	Коэффициент детской смертности
МиО	Мониторинг и Оценка
МСО	Много-страновая оценка
ЗМР	Здоровье матери и ребенка
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
МИКО	Мульти-индикаторное кластерное обследование
ЗМНД	Здоровье матерей, новорожденных и детей
МЗ	Министерство здравоохранения
РМСС	Результаты мониторинга для справедливых систем
ССО	Среднесрочный обзор
КНС	Коэффициент неонатальной смертности
ИСК	Плата из собственного кармана
ПСР пакет	Пакет пероральной соли для ре-гидратации
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПНУ	Постнатальный уход
РПЗР	Региональная программа знаний и руководства
РО	Региональный офис
ТрансМРС	Трансформационный мониторинг расширения справедливости
КСдо5	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет
ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН
ДВА	Дефицит витамина А
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Млад С	Младенческая смертность
Неон С	Неонатальная смертность

Введение

Данная Много-страновая оценка (МСО) проведена по поручению ЮНИСЕФ, чтобы «показать факты, подтверждающие степень эффективности и действенности ЮНИСЕФ в реализации этих стратегий, о том, как при этом учитывались уроки, извлеченные из прошлого опыта, а также как ЮНИСЕФ должен разрабатывать дальнейшие программы»¹. В ходе оценки рассматривались изменения в системах на национальном и субнациональном уровнях, чтобы: а) документально подтвердить прогресс в снижении уровня детской смертности и заболеваемости, а также смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до 5 лет, а также извлечь уроки о том, как это было достигнуто; б) получить информацию для программ, направленных на вмешательство по расширению масштабов деятельности на основе фактических данных и с фокусом на справедливость; и с) способствовать повышению эффективности партнерских отношений с государственными органами власти для продвижения вопросов, касающихся здоровья и прав ребенка. Цели оценки были сформулированы следующим образом:

- 1) *Документально подтвердить результаты с точки зрения изменений в доступе к услугам ЗМНД (расширение доказанного охвата детей пакетами медицинских услуг и мероприятий) и восполнение пробелов в справедливости;*
- 2) *Оценить, как изменения на уровне системы (благоприятная среда, спрос и предложение, а также качество услуг ЗМНД) привели к этим результатам; а также*
- 3) *Документально подтвердить вклад ЮНИСЕФ в устранение узких мест в системе здравоохранения.*

Подробное описание методологии оценки представлено в Финальном отчете по оценке МСО (Глава 3). Кыргызская Республика вошла в число пяти оцениваемых стран.

В течение оцениваемого периода (2000-2012 годы), макроэкономические показатели Кыргызстана постепенно улучшались. Тем не менее, позитивные тенденции замедлились из-за нескольких крупных потрясений в течение последнего десятилетия. В результате, Кыргызстан остается одной из самых бедных стран в регионе ЦВЕ / СНГ, с валовым национальным доходом (ВНД) в размере \$ 1 210 на душу населения в 2013² году. Кыргызстан находится среди стран средних категорий развития человека на 2012 год, с индексом 0,622 (125-й в мире). После десятилетия тяжелого периода, начиная с 2010 года, в связи с политическими событиями, которые привели к чрезвычайной ситуации, наблюдалось повышение уровня бедности. К 2012 году 38% населения жило за чертой бедности, и из них 4,4% являются крайне-бедными³.

Большинство бедных людей (около 70%) проживает в сельской местности. В сельской местности для всего населения доступ к услугам водоснабжения, сбора твердых бытовых отходов и канализации ограничен, так как трудно обеспечить услуги в горных районах. Уровень детской бедности является серьезной социальной проблемой. По данным опроса Национального статистического комитета в 2011 году 44,6% детей в возрасте до 17 лет живут в бедности, и 5,6% относятся к категории крайне бедных. Исследование, проведенное в 2009⁴ году, выявило три основные детерминанты детской бедности: проживание в больших семьях, а именно, с тремя и более детьми; безработные родители; и уровень образования матери. Риск бедности среди детей, живущих в таких семьях, в три раза выше, чем среди детей, проживающих в семьях, где, по крайней мере, одна женщина трудоспособного возраста

1 Прогресс в устранении узких мест в системе здравоохранения для достижения ЦРТ 4: оценка вклада ЮНИСЕФ в 5 странах ЦВЕ/СНГ. Техническое задание. 2013

2 Метод Атлас (текущий курс Доллара США \$). Проведена оценка расчетов ВБ на <http://data.worldbank.org/>

3 Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2011

4 Национальное исследование бедности и неравенства среди детей в Кыргызской Республике, 2009. ЮНИСЕФ

имеет высшее образование. Кыргызстан был одной из первых стран ЦВЕ / СНГ, начавшей комплексные реформы системы здравоохранения, которые способствовали улучшению состояния здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась на 3 года (с 66 до 69 лет) за период 2000-2102г.г. Тем не менее, ожидаемая продолжительность жизни по-прежнему значительно ниже среднего показателя ВОЗ для Европейского региона в 76 лет (2012)⁵.

Обзор программ в Кыргызстане, финансируемых ЮНИСЕФ

Текущая оценка захватила три программных цикла (ПДСП) для Кыргызстана, охватывающих периоды 2000-2004, 2005-2011 и 2012-2016 годы (только первый 2012 год). В течение периода оценки содержание и структура ПДПС сильно различались. В ПДСП на 2000-2004 годы ЮНИСЕФ применял следующие основные стратегии: адвокация в разработке политики, создание моделей передового опыта, оказание технической помощи и МиО. На основании рекомендаций среднесрочной оценки 2007 года и переосмысления роли ЮНИСЕФ в процессе социального реформирования страны, в 2008 году основные программные стратегии были перенаправлены на укрепление институционального потенциала органов местной власти и отраслевых министерств, обмен знаниями и предоставление экспертных услуг в процессе пересмотра и совершенствования правовой и регуляторной базы, а также разработки политики и стандартов. В 2009-2010 годах роль ЮНИСЕФ временно перешла к оказанию чрезвычайной помощи, прежде чем вернуться к более традиционным ключевым ролям в последующие годы. В течение всего оцениваемого периода страновые программы здравоохранения при поддержке ЮНИСЕФ были направлены на усиление систем здравоохранения и устранение узких мест в эффективном охвате услугами ЗМНД. Для достижения этой цели программы ЮНИСЕФ осуществили ряд адресных доказательных вмешательств на всем протяжении непрерывного ухода и различных платформ доставки, большинство из которых могут быть сгруппированы по нескольким ключевым «пакетам вмешательств», представленных на Рисунке 1.

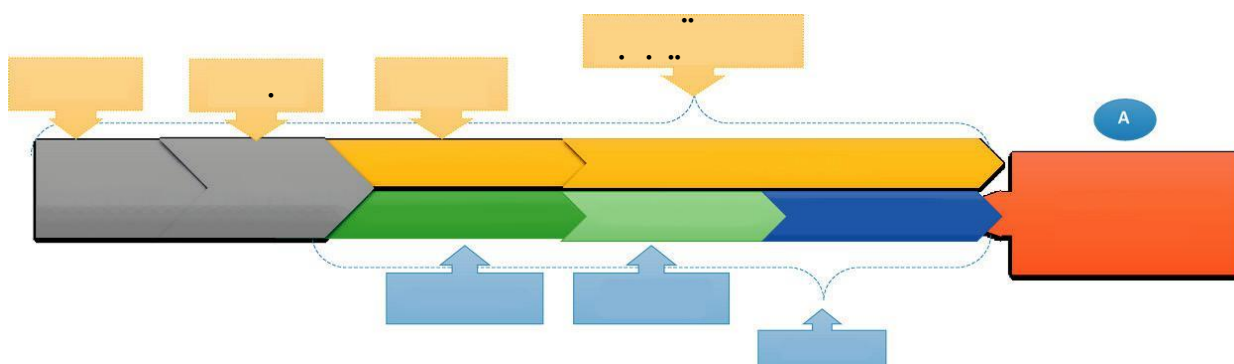


Рисунок 1: Континуум ухода ЗМНД и ключевые «пакеты вмешательств»

Источник: модифицировано из Кербер и соавторы, 2007

В Приложении 1 Финального отчета по оценке МСО представлено подробное описание пакетов вмешательств, а в Приложениях 2 и 12 представлен перечень мероприятий проектов / суб-проектов ЮНИСЕФ, сгруппированных в соответствии с этими пакетами по периодам ПДСП в каждой из оцениваемых стран, включая Кыргызстан.

⁵ Страновой профиль здравоохранения ВОЗ. <http://www.who.int/gho/countries/kgz.pdf?ua=1>

Ключевые результаты оценки и выводы

Результаты: воздействие и изменения в доступе к услугам ЗМНД и восполнение пробелов в справедливости Ключевые показатели детского здоровья

По данным расчетов Межведомственной группы ООН по оценке детской смертности (МГОДС), в течение 2000-2013 годов в Кыргызстане смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась с 49,2 до 24,2 на 1000 родившихся живыми, со средним Ежегодным снижением коэффициента (ЕСК) в 3,9%, что превышает средние глобальные и региональные ЦВЕ / СНГ показатели ЕСК на 3% и 3,7% соответственно.

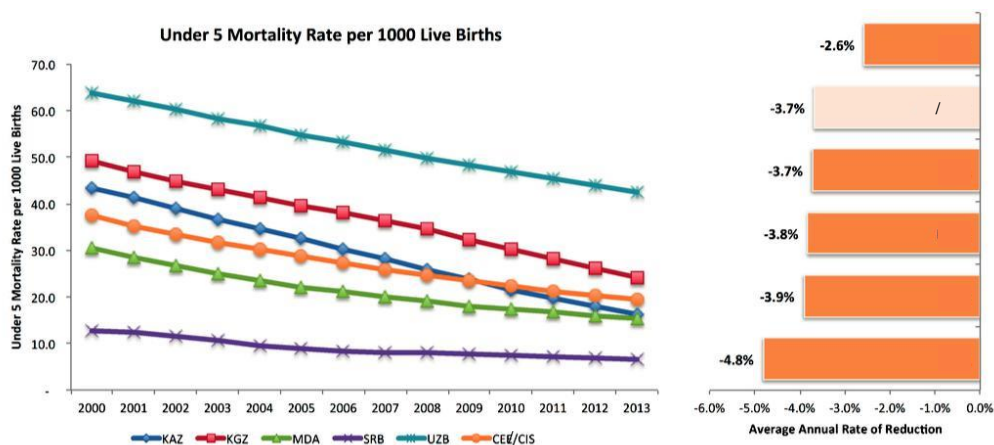


Рисунок 2: Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет и ЕСК в оцениваемых странах и ЦВЕ/СНГ, 2000-2013г.г.

Источник: Расчеты авторов на основании расчетов Межведомственной группы ООН по оценке детской смертности, 2014 год

Следует отметить, что эти оценки очень близки к данным о смертности в рамках национальной статистической системы. Наблюдается снижение уровня смертности на протяжении всего периода от рождения ребенка до возраста пять лет. Но наиболее значительное снижение на 64% было достигнуто среди детей в возрасте от 1 года до 4 лет, сопровождающееся снижением уровня детской смертности на 49%, а самый низкий уровень снижения, несмотря на значительный по своим размерам, был отмечен среди новорожденных - 42% (смотри Рисунок 2).

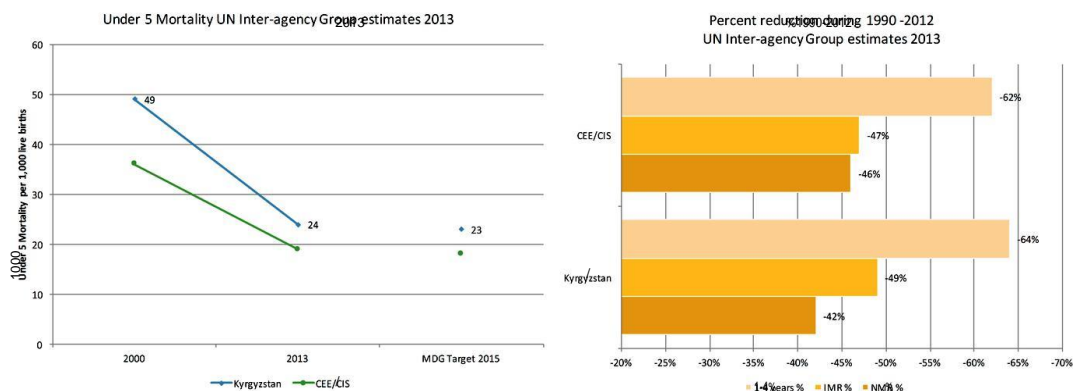


Рисунок 3: Коэффициент смертности среди детей в возрасте до 5 лет и снижение коэффициента смертности среди новорожденных, младенцев и детей в возрасте 1-59 месяцев, Кыргызстан 2000-2013г.г.

Источник: Расчеты Межведомственной группы ООН по оценке детской смертности, 2014 год

В 2013 году 3 950 детей в возрасте до 5 лет были спасены по сравнению с 2000⁶ годом. Тем не менее, согласно оценкам, 3 824 случаев смерти детей все же произошло. Из них основными причинами смерти детей в течение первого месяца жизни являются осложнения при преждевременных родах, осложнения во время родов и врожденные аномалии, а пневмонии, травмы, диарея и менингит являются одним из ведущих причин смерти детей в возрасте до 5 (Рисунок 3).

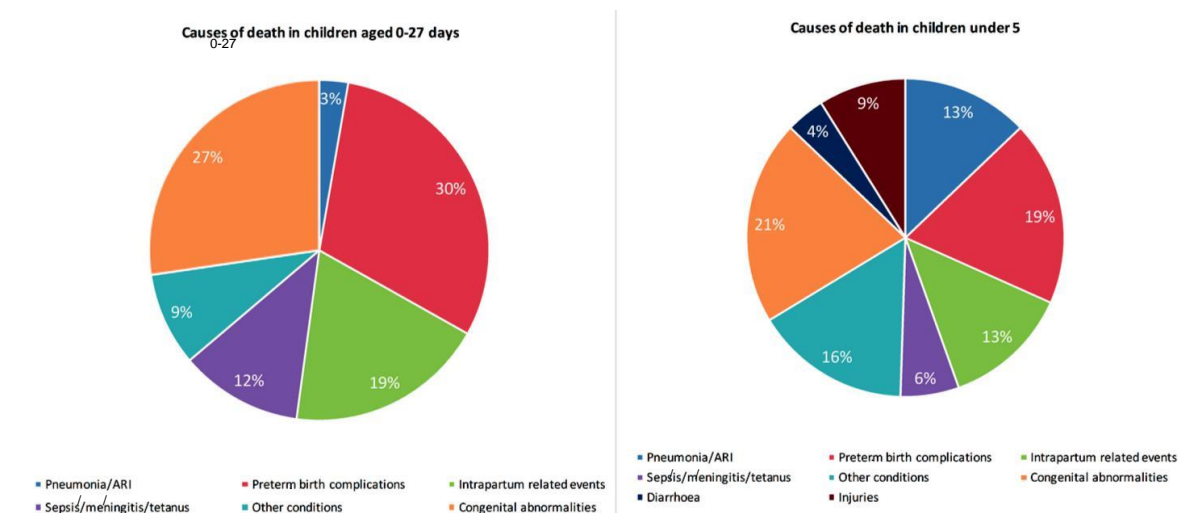


Рисунок 4: Причины смерти детей в неонатальном периоде и возрасте до 5 лет, Кыргызстан, 2013 год

Источник: ВОЗ 2013 и Луи и соавторы 2012

Тенденция в одном из ключевых показателей состояния здоровья ребенка – коэффициент распространенности дефицита массы тела - за период оценки также оказалась положительной, в то время как коэффициент распространенности задержки роста, похоже, увеличился с течением времени. Тем не менее, было невозможно установить статистическую значимость наблюдаемых изменений обоих показателей (Таблица 1).

	Базовая линия	Конечная точка
Распространенность задержки роста %	13,7	12,9
Образование (Самое низкое против самого высокого)*	2,2	1,1
Благосостояние (самые бедные против самых богатых)*	1,8	1,0
Сельские против Городских*	1,5	1,0
Распространенность дефицита веса %	3,4	2,8
Образование (Самое низкое против самого высокого)*	3,4	0,5
Благосостояние (самые бедные против самых богатых)*	1,2	0,7
Сельские против Городских*	1,0	0,8

Таблица 1: Коэффициент распространенности задержки роста и дефицит веса среди детей в возрасте до 5 лет, Кыргызстан 2006, 2012

Источник: Компиляция данных проведена Группой оценки из базы данных МИКО 2006 (Базовая линия) МИКО 2014 (Конечная точка)

⁶ Это означает, что умерло бы 7 246 детей, если бы смертность детей до 5 лет осталась бы на уровне 2000 года.

В оцениваемый период (Таблица 1) в Кыргызстане пробелы справедливости в уровне благосостояния, образования и проживания в сельской или городской местности сократились, но остаются существенные субнациональные различия в состоянии здоровья ребенка по регионам страны (смотри Рисунок 4)⁷. Кроме того, в соответствии с МИКО 2006 и 2014 годов, по-прежнему наблюдается неравенство в КДС и КСдо5 между городскими и сельскими жителями: у сельских и бедных детей и детей, рожденных в менее образованных семьях, шансы умереть выше.

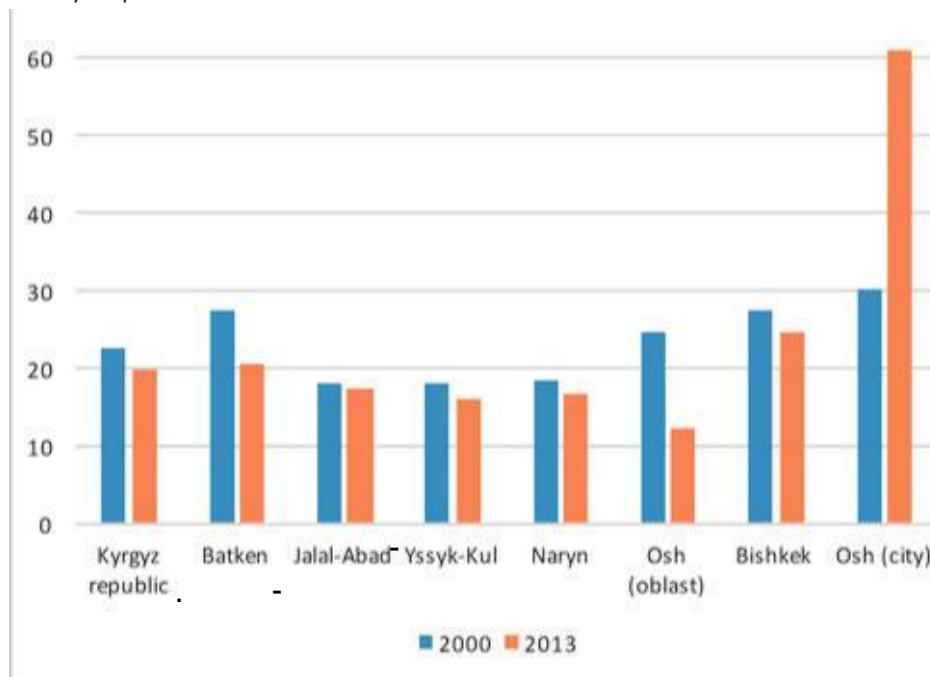


Рисунок 5: Коэффициент детской смертности, регионы Кыргызстана, 2000, 2012

Источник: Министерство здравоохранения 2014 год

Остальные резко выделяющиеся значения величин, с точки зрения ключевых показателей здоровья детей в Кыргызстане, включают следующее:

- Дети, родившиеся в бедных и менее образованных семьях, особенно те, кто проживает в сельской местности и менее развитых регионах и городах, и испытывают социальные лишения, все еще подвергаются большему риску смерти;
- Мертворождённые, число которых увеличилось от зарегистрированных 6 до зарегистрированных 10 на 1000 родившихся живыми, в период с 2000 до 2013 года;
- Младенцы, умирающие до своего первого дня рождения, особенно в неонатальном периоде, на долю которых приходится 45% смерти детей в возрасте до 5 лет, происходящих в Кыргызстане, и которые умирают от предотвратимых причин.
- Дети, живущие в 13% семей, имеющих ограниченный доступ к чистой воде и санитарии.

Эффективный охват услугами ЗМНД

В оцениваемый период показатели для измерения различных параметров эффективного охвата услугами ЗМНД в Кыргызстане показывают смешанную динамику. Наличие человеческих ресурсов снизилось, в то время как финансовая доступность и спрос на ЗМНД улучшились, наряду с умеренным улучшением качества охвата услугами ЗМНД. Другие показатели, характеризующие эффективный охват, в основном показывают позитивные сдвиги (смотри Таблицу 2).

⁷ Хотя необходимо отметить, что часть наблюдаемого повышения КДС для города Ош может быть за счет реализации системы перинатального перенаправления, в результате чего больше детей было направлено из Ошской и Баткенской областей и умерло в Ошском перинатальном центре. Это вопрос требует углубленного исследования.

Indicator	BL	MP	EP	Change
ANC/PNC				
Person providing antenatal care - Doctor	71.1	85.8	82.1	11.0
No antenatal care received	2.1	2.9	2.4	0.3
Person assisting at delivery - Doctor	65.1	77.9	79.5	14.5
Current use of contraceptives (any method)	60.5	48.2	42.0	-18.5
IMCI				
Child with suspected pneumonia taken to any appropriate HC Provider		62.7	59.7	-3.0
Antibiotic treatment of suspected pneumonia		47.0	84.7	37.7
Use of ORS packet	40.4	19.5	35.4	-5.0
Oral rehydration therapy with continued feeding	19.8	23.1	67.2	47.4
Knowledge of the danger signs of pneumonia (fast breathing)		41.7	22.7	-19.0
Nutrition				
Timely initiation of breastfeeding with 1 hour of birth	45.0	65.0	82.5	37.5
Exclusively breastfed 0-5 month old children	24.0	27.4	41.1	17.1
Percentage of households consuming adequately iodized salt	27.0	77.8	92.8	65.8
Environmental Factors				
Use of improved drinking water	79.1	88.1	87.0	7.9

Таблица 2: Отобранные показатели эффективного охвата на протяжении континуума ухода (пакеты вмешательств), Кыргызстан

Источник: ДОЗ 1997 (BL), МИКО 2006 (MP) и ДОЗ 2012 или МИКО 2014 (EP), Кыргызстан

Остальные пробелы в эффективном охвате включают:

- Показатели исключительно грудного вскармливания постепенно увеличились между 1999-2013 годами, но по-прежнему остаются на низком уровне приблизительно в 41%;
- Охват иммунизацией остается выше 90%, несмотря на временные негативные последствия кампании против вакцинации в 2010-2011 годах. Несмотря на большую пред-расположенность к таким кампаниям, среди городских и более состоятельных жителей наблюдается более низкий уровень охвата вакцинацией;
- В медицинские учреждения принимают больше городских детей мальчиков, чем мальчиков из сельской местности и девочек;
- В целом на 20% меньше родителей / опекунов и меньше сельских и бедных и с более низким уровнем образования родителей / опекунов распознают опасные признаки пневмонии (частое дыхание) в 2014 году по сравнению с 2005 годом.

Более подробная информация об эффективности охвата представлена в Финальном отчете по оценке МСО (Глава 4 и Приложение 13).

Изменения на системном уровне и вклад ЮНИСЕФ

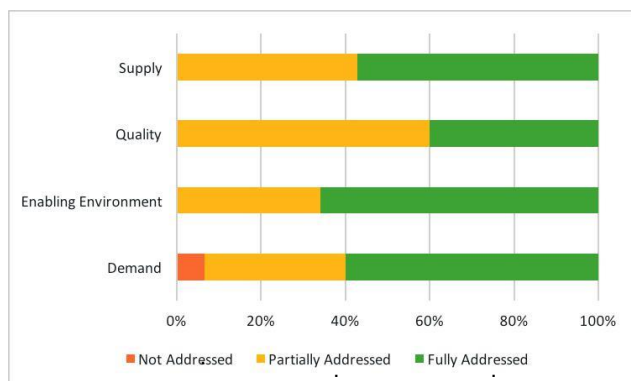


Рисунок 6: Распространенность устранения системных «узких мест» по всем детерминантам РМСС

Результаты оценки свидетельствуют о том, что изменения в результатах состояния здоровья ребенка и в эффективном охвате услугами ЗМНД, скорее всего, связаны с изменениями на системном уровне. Эти изменения были запущены с помощью ориентирования на конкретные причины детской смертности и заболеваемости и

устранения критических узких мест в системе здравоохранения, мешающих достижению желаемого уровня эффективного охвата. В течение периода оценки в Кыргызстане- пакеты вмешательств при поддержке ЮНИСЕФ были направлены на основные причины детской заболеваемости и смертности. Однако, причины смертности и заболеваемости, возникающие до зачатия и в дородовой период, были рассмотрены недостаточно (смотри раздел 4.2.1 Финального отчета МСО).

Проведена оценка совместной деятельности ЮНИСЕФ и его партнеров в стимулировании системного изменения путем устранения критических узких мест с помощью «баллов решения проблем», предназначенных для конкретных узких мест, по всем пакетам вмешательств. Результаты оценки показывают, что ЮНИСЕФ самому и/или в сотрудничестве с международными и национальными партнерами удалось «полностью решить» 54 из 89 выявленных узких мест (61%). Это означает, что был использован правильный и соответствующий объем мероприятий на целевые группы при достаточном масштабе программ. В случае 34 узких мест (38%), в которых использовался правильный и соответствующий объем и/или целевые группы, но масштаб был ограничен пилотными и/или фрагментированными мероприятиями на субнациональном / национальном уровне, узкие места были рассмотрены как «частично решенные».

Для 1 узкого места (1%), которое считается «не решенным», вмешательства были изолированными, с несоответствующим объемом и/или целевыми группами и недостаточным масштабом. По всем детерминантам РМСС ЮНИСЕФ и его партнеры были наиболее успешными в устранении узких мест в создании благоприятных условий и поставок для услуг ЗМНД, и относительно менее успешными в решении проблем спроса и качественных параметров (Рисунок 5), в частности, для пакетов вмешательства АНУ/ПНУ (Таблица 3). ЮНИСЕФ также удалось привлечь соответствующих партнеров в разработку программы, реализацию и оценку, однако представительство бенефициаров в этом процессе было относительно небольшим.

Детерминанты РМСС	АНУ/ПНУ	РПИ	ИВБДВ	ПИТАНИЕ	Среднее
Спрос	1,0	1,7	1,5	1,7	1,5
Благоприятная среда	1,7	1,7	1,5	2,0	1,7
Качество	1,0	2,0	1,0	2,0	1,4
Предложение	1,1	2,0	1,6	1,8	1,6
Среднее	1,4	1,8	1,5	1,9	1,6

Таблица 3: Средний балл устранения узких мест по всем детерминантам РМСС и ключевые пакеты вмешательств

Большинство программ, поддерживаемых ЮНИСЕФ, были интегрированы в национальную политику и национальные бюджеты, принятые в течение периода оценки.

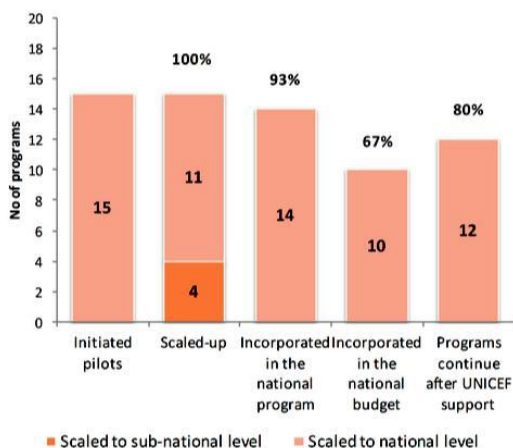


Рисунок 7: Устойчивость пилотных программ ЮНИСЕФ, иницированных в Кыргызстане-

ЮНИСЕФ также обеспечил финансовую устойчивость масштабируемых моделей, которые были получены за счет предварительного и непрерывного взаимодействия с государственными партнерами и открытого и откровенного диалога о необходимости взять на себя финансовую ответственность, при поддержке необходимыми фактическими данными и, в случае необходимости,

сильной адвокацией. Программы, которым оказал содействие ЮНИСЕФ, также были в основном успешны в мобилизации ресурсов и партнерства. В результате этих усилий 12 из 15 программ продолжились, после того, как было принято заключение о поддержке со стороны ЮНИСЕФ (смотри Рисунок 6).

ЮНИСЕФ определил и в сотрудничестве со своими партнерами попытался решить все детерминанты на уровне системы здравоохранения: благоприятствующее законодательство и политика, организация управления и обслуживания, эффективное бюджетирование и финансирование, квалифицированные и мотивированные людские ресурсы, необходимые лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, качество услуг и социальные и культурные мнения среди населения. Однако ЮНИСЕФ был наименее успешным в решении узких мест, связанных с качеством обслуживания и наличием квалифицированных и мотивированных людских ресурсов в стране. Эти узкие места остаются, что препятствует дальнейшему прогрессу. Эти узкие места включают следующее: низкая квалификация и мотивация персонала на уровне первичной помощи, перинатального ухода и неотложной педиатрической помощи; нехватка персонала; низкий уровень осведомленности матерей / опекунов об опасных признаках детских болезней; неадекватные методы кормления беременных женщин и матерей, плохой доступ к медицинской помощи для некоторых уязвимых групп; плохая инфраструктура и устаревшее оборудование; и низкий потенциал управления на местном уровне.

В результате оценки сделан вывод, что программы, поддерживаемые ЮНИСЕФ, скорее всего, способствовали достижению необходимых изменений в соответствии с детерминантами системы здравоохранения в Кыргызстане. Этот результат достигнут путем выявления критических узких мест в системе здравоохранения в эффективном охвате доказательными вмешательствами ЗМНД, и их устранения с помощью основных ролей: «голос» для детей и подростков; мобилизация ресурсов из государственного и частного секторов; содействие национальному диалогу в отношении социальных норм, дружелюбных для детей; мониторинг и оценка; консультирование по вопросам политики и техническая помощь; создание условий для обмена знаниями; и моделирование. Группа оценки оценила вклад ЮНИСЕФ в устранение узких мест в Кыргызстане как «значительный» (балл вклада «2») или «крупный / критический» (балл вклада «3») для большинства из узких мест (смотри Таблицу 4). Подробное описание того, как эти основные роли применялись в Кыргызстане, смотри Приложение 12 Финального отчета МСО.

MoRES Determinants	Policy advice and technical assistance	Modeling/piloting	Enabling knowledge exchange	National Dialogue	Monitoring & evaluation	The 'Voice' for children	Leveraging resources	Average
Conducive laws, policies & Standards	2.9	3.0	2.8	2.7	2.8	3.0	3.0	2.8
Effective budgeting & financing	2.8	2.0	3.0		2.5	2.5	3.0	2.7
Management & Service Organization	2.9	2.8	2.9	2.4	2.8	2.7	2.9	2.8
Necessary drugs, supplies & equipment	3.0	2.8	2.0		3.0	3.0	3.0	2.8
Quality of services	3.0	2.9	3.0		2.7		3.0	2.8
Skilled & motivated HR	2.3	2.6	2.9	3.0	3.0		3.0	2.8
Social and cultural practices and beliefs	2.8	3.0	2.5	2.0	3.0	2.7		2.7
Average	2.8	2.7	2.9	2.6	2.8	2.7	3.0	2.8

Таблица 4: Оценка вклада ЮНИСЕФ по основным ролям в устранении системных узких мест в Кыргызстане

Существует высокая вероятность того, что программы, поддерживаемые ЮНИСЕФ, способствовали сокращению узких мест в обеспечении эффективного охвата приоритетными мероприятиями ЗМНД вдоль континуума, принимая во внимание улучшение показателей охвата для доступности услуг, финансовой доступности услуг ЗМНД, а также умеренное улуч-

шение качества услуг, которые наблюдались в Кыргызстане к концу оцениваемого периода.

Результаты, достигнутые в восполнении пробела в справедливости охвата услугами ЗМНД, были смешанными. В то время как некоторые пробелы были восполнены, другие виды неравенства расширились. Тем не менее, вероятно, что устранение узких мест способствовало снижению смертности от конкретных заболеваний для перинатальных состояний, ОРЗ, ЖКЗ, и менингита, и эти снижения, по всей видимости, положительно отразились на общем снижении КНС, КДС и КСдо5 в Кыргызстане. Вклад устранения «узких мест» в снижение смертности в результате врожденных заболеваний и травм было невозможно установить.

Подход программ ЮНИСЕФ в Кыргызстане, ориентированный на права человека и гендерное равенство

Гендерное равенство в значительной степени отсутствовало, и Подход к программированию, основанный на правах человека, был частично включен в планирование, реализацию и оценку программ, поддерживаемых ЮНИСЕФ. Мониторинг и оценка программ, поддерживаемых ЮНИСЕФ, в основном были объявлены как осуществляемые на основе широкого участия и в этичной манере, при полном соблюдении прав человека и с учетом гендерных и чувствительных вопросов, в то время как невозможно было получить свидетельство тако-го исполнения в отношении планирования и осуществления программ. Программы ЗМНД при поддержке ЮНИСЕФ в Кыргызстане, с некоторыми исключениями (например, недавние совместные проекты в рамках одной программы ООН и «проект справедливость») четко не определяют маргинальные, уязвимые и труднодоступные группы для программных целей и последующих целенаправленных вмешательств для этих групп. ЮНИСЕФ, однако, провел мониторинг воздействия справедливости своих вмешательств. В качестве перекрестной темы, гендерный вопрос был реализован в значительной части страновых вмешательств ЮНИСЕФ, но ограничивался мероприятиями по защите детей, и очень мало фактов было обнаружено в отношении ЗМНД, если таковые имелись.

Рекомендации для конкретной страны

Наряду с рекомендациями, представленными в отчете по оценке МСО, которые имеют отношение к Кыргызстану, группа по оценке также предлагает СО ЮНИСЕФ в Кыргызстане следующие конкретные страновые рекомендации для разработки будущих программ:

- Направить фокус на наиболее неблагополучные регионы и группы населения, опираясь на успешный опыт Единой программы ООН, в то же время, проводить тщательный мониторинг развития событий в более обеспеченных частях страны и поддерживать гибкость, чтобы вмешиваться в случае необходимости;
- Расширить возможности управления системой здравоохранения на центральном и местном уровнях;
- Повышение навыков консультирования медицинского персонала;
- Разработка инновационных подходов для непрерывного повышения уровня информированности и просвещения населения по вопросам, касающимся женщин и детей;
- Проводить тщательный мониторинг охвата иммунизацией, чтобы не допустить ухудшения достигнутых результатов;
- Провести внешнюю оценку государственной программы непрерывного медицинского образования и разработать рекомендации для дальнейшего совершенствования.