

Отчет об итогах проведения миссии в Узбекистане с 18 по 22 августа 2014 г.

Цель миссии – анализ и обзор существующих источников информации в отношении здоровья матерей и детей.

Перед консультантом были поставлены следующие задачи:

1. Провести одну неделю в Узбекистане для рассмотрения совместно с местными консультантами информационной системы в области здравоохранения на национальном, областном и районном уровнях (в пилотном регионе Наманганской области, который представляет собой часть совместного проекта с ЮНИСЕФ и ВОЗ в Узбекистане), чтобы лучше понять проблемы, связанные с качеством, доступностью и использованием данных медицинской статистики с упором на данные, относящиеся к охране здоровья матерей и новорожденных.

2. Представить подробный отчет о миссии, в том числе результаты обзора, рекомендации и приоритетные направления для дальнейшего инвестирования на региональном и страновом уровне, направленные на укрепление существующих систем (сбор данных, их анализ и принятие обоснованных решений) в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей.

3. Проанализировать показатели мониторинга и оценки Национальной стратегии по репродуктивному здоровью, охране здоровья матери и ребенка, определить их актуальность и эффективность, оценить целесообразность сбора и обработки исходных данных на регулярной основе и предложить рекомендации по улучшению в конкретных областях, связанных с мониторингом деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка.

Актуальность и степень изученности проблемы

В период с 26 по 28 июня 2013 г. в Узбекистане побывала совместная миссия ЮНИСЕФ/ВОЗ, основной целью которой являлось проведение обзора статистики смертности в Узбекистане с акцентом на показатели детской и материнской смертности. Основное внимание миссии было сосредоточено на анализе причин расхождений между национальными показателями младенческой и детской смертности (смертности детей в возрасте до 5 лет) и оценкой этих уровней, проведенной Межведомственной группой ООН. Кроме того, в задачи миссии входило выяснение причин того, что Узбекистан не представляет в ВОЗ данные по причинам смерти в стандартном формате с 2005 г.

По итогам миссии подготовлен отчет, в котором представлены аналитические данные и гипотезы, положенные в основу оценки младенческой и детской смертности, а также сформулированы рекомендации, позволяющие повысить достоверность данных национальной статистики о младенческой и детской смертности.

За год, прошедший с визита международных экспертов, в Узбекистане проделана определенная работа, направленная на устранение выявленных проблем в соответствии с рекомендациями. Оценка прогресса в данном направлении и рассмотрение его в более широком контексте – охраны здоровья матери и ребенка – представляли платформу для осуществления данного визита.

Проведенные встречи и дискуссии

В ходе миссии с 18 по 22 августа 2014 г. были проведены встречи и консультации: с главой офиса ВОЗ, представителями офиса ЮНИСЕФ и ЮНФПА в Узбекистане; с официальными лицами Министерства Здравоохранения Узбекистана; с руководителями областного и районного управления здравоохранения в Наманганской области; руководителем и специалистами Института здоровья и медицинской статистики Узбекистана, а также руководителями и специалистами в филиалах Института в Ташкенте и Намангане; с руководителем и специалистами областного перинатального центра в Намангане; с руководителем и специалистами многопрофильной поликлиники Намангана;

с руководителем и специалистами районного медицинского объединения (РМО) в Наманганской области; с руководителем семейной поликлинике в Ташкенте и сельского врачебного пункта (СВП) в Наманганской области.

I. Мониторинг внедрения рекомендаций совместной миссии ВОЗ/ЮНИСЕФ

В ходе миссии 2013 г. были выявлены следующие проблемы:

- 1.1. Вопросы, лежащие в сфере законодательного и нормативного регулирования
- 1.2. Вопросы, связанные с межведомственной координацией на национальном и региональном уровнях.
- 1.3. Вопросы, касающиеся достоверности информации о рождениях и младенческой смертности в контексте полноты учета случаев.

Первая группа вопросов касалась, прежде всего, неполного перехода на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ. В Узбекистане сохранялся двойной учет событий.

1.1.1. В медицинских учреждениях в соответствующих статистических формах осуществлялся полный учет рождений и смертей, в том числе и детей с экстремально низкой массой тела и сроком беременности менее 28 недель, но в органах ЗАГС живорождение и смерть детей из данной группы регистрировалось только, если ребенок прожил 168 часов. Таким образом, и рождаемость и младенческая смертность (преимущественно, неонатальная) занижалась.

В феврале 2014 г. совместным решением Министерства здравоохранения, Министерства Юстиции и Государственного Комитета Республики Узбекистан по статистике издан приказ №21, в соответствии с которым в Узбекистане с июля 2014 г. осуществлен переход на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ. Это будет означать получение сопоставимых с другими странами ВОЗ данных о рождаемости и смертности детей по периодам первого года жизни. Вместе с тем, поскольку новые критерии введены в практику немногим более месяца назад, пока не представляется возможным оценить реальную ситуацию в этой сфере.

1.1.2. Кроме того, миссия 2013 г. отметила, что медицинское свидетельство о смерти, используемое в медицинских учреждениях Узбекистана, не соответствует рекомендованной международной форме, а именно: не содержит информации о «примерном интервале между началом состояния и смертью» и, кроме того, не содержит 4-ой строки при описании причины смерти (место для записи о предшествующей причине смерти).

Анализ современной ситуации показал, что приказом №287 от 26 июня 2006 г. осуществлено введение в действие новых свидетельств о смерти и перинатальной смерти, которые соответствуют международным рекомендациям. Вместе с тем, анализ ситуации с использованием свидетельств современного образца в медицинских учреждениях показал, что даже в перинатальном центре пилотного региона – Наманганской области – используется устаревшая форма медицинских свидетельств о смерти. Аналогичная ситуация отмечена на районном уровне и сельском врачебном пункте. Таким образом, условия для перехода на современные учетные документы созданы, но процесс замены устаревших свидетельств о смерти не завершен.

Вторая группа вопросов касалась межведомственной координации на национальном и региональном уровнях.

Миссия 2013 г. указала на то, что данные о смертности в Узбекистане после 2005 г. не направляются в ВОЗ в требуемом формате с распределением по возрасту и причинам смерти.

В рамках состоявшегося визита установлено, что для получения этих данных и предоставления их в ВОЗ существуют препятствия исключительно организационного характера между Министерством здравоохранения и Государственным Комитетом Республики Узбекистан по статистике. А именно: запрос по поводу данных,

направляемый из ВОЗ в Министерство здравоохранения Узбекистана, должен быть переадресован Минздравом в Национальную статистическую службу, поскольку именно там формируются официальные данные статистики естественного движения населения. Сформированный в соответствии с требованиями ВОЗ файл с данными должен быть направлен из Национальной статистической службы в Минздрав и уже оттуда переправлен в ВОЗ.

Анализ ситуации показал, что организационные препятствия не преодолены за время, прошедшее с миссии 2013 г., однако мы полагаем, что возможность решения данного вопроса существует. Об этом, в частности, свидетельствует нахождение консенсуса по вопросам критериев живорождения, которого достигли Министерство здравоохранения, юстиции и Национальная статистическая служба.

Третья группа вопросов касалась достоверности информации о рождениях, младенческой и материнской смертности.

В ходе миссии 2013 г. указывалось на факты неполной регистрации в отношении смертности детей, преимущественно раннего возраста, а также материнской смертности. Однако источники недоучета подробно не исследовались. Соответственно не обсуждались и механизмы их преодоления.

В рамках состоявшегося визита в беседах со специалистами обсуждались следующие возможные источники недорегистрации:

1.3.1. Роды вне стен медицинских учреждений, в результате которых на смерть ребенка и/или матери не заполняется медицинское свидетельство и соответственно актовая запись о смерти.

Как показал анализ медицинской документации и ответы специалистов, независимо от места родов, женщина и ребенок госпитализируются в медицинское учреждение, где им оказывается необходимая помощь и оформляется медицинское свидетельство. Выстроенная в Узбекистане система охраны здоровья матери и ребенка не позволяет рассматривать роды на дому в качестве статистически значимого источника недорегистрации рождений и смертей.

1.3.2. Игнорирование родителями необходимости оформления актовой записи о рождении или смерти ребенка, особенно в ранний период его жизни.

Изучение медицинской документации в учреждениях пилотного региона – Наманганской области - показало, что выписка матери из роддома происходит лишь после оформления ее родственниками актовой записи о рождении на основании выданного медицинского свидетельства. Если ребенок родился мертвым или умер после рождения, также выдается медицинское свидетельство, на основании которого оформляется актовая запись. Копии соответствующих документов хранятся в медицинских картах женщин.

Наманганская область является компактной, что позволяет использовать описанный механизм обязательной регистрации рождений и смертей не только для жителей областного центра, но и для жителей районов. Вместе с тем, в других регионах ситуация иная. Так, например, в Ташкенте свидетельства о рождении и смерти выдаются ЗАГСами только тем родителям, которые постоянно проживают в Ташкенте. Родителям, проживающим в других регионах Узбекистана или в других странах, выдаются медицинские справки, подтверждающие факт рождения или смерти ребенка, по которым они должны получить актовые записи по месту постоянного проживания. Неизвестно, сколько на самом деле рожениц получают такие свидетельства, поскольку обратная связь с органами Загсов по месту постоянного проживания родителей, в том числе, если они прибыли из других стран, отсутствует. Также остается неизвестным, сколько из родившихся детей умерло, поскольку свидетельства о смерти также оформляются по месту постоянного проживания рожениц. В Ташкенте в 2013 г. доля таких женщин среди общего числа рожениц составляла - 19,1% (9465 женщин).

1.3.3. Традиции захоронения умерших до захода солнца могут приводить к недоучету умерших детей.

Анализ практики на уровне РМО и СВП в Наманганской области показал, что в случае смерти ребенка в медицинском учреждении в обязательном порядке проводится вскрытие и оформляется медицинское свидетельство о смерти. После оформления родителями или родственниками умершего актовой записи о смерти, копия документа представляется в медицинское учреждение и остается в медицинской карте умершего. То есть, в таких случаях осуществляется полная регистрация событий.

В случае смерти ребенка на дому (как правило, от внешних причин), вызывается скорая помощь и представитель органов внутренних дел. В этом случае вскрытие тем более обязательно, и медицинскую справку о смерти с констатацией причины смерти выдают органы судебно-медицинской экспертизы. Далее процедура аналогична.

Таким образом, судя по организации дела в пилотном регионе – Наманганской области – существенные источники недорегистрации рождений и смертей отсутствуют.

Однако анализ фактических данных позволяет усомниться в полноте учета (Приложение).

II. Информационное обеспечение деятельности здравоохранения в сфере охраны здоровья матери и ребенка

Посещение учреждений здравоохранения на областном и районном уровнях показало, что отделы статистики оснащены компьютерной техникой, специалисты-статистики владеют навыками работы с программным обеспечением. Деятельность Института здоровья и медицинской статистики, направленная на получение от областных филиалов отчетов медицинской статистики в электронном виде, существенно активизировала электронный документооборот. Однако, несмотря на очевидные позитивные достижения, процесс информатизации здравоохранения требует дальнейшего развития. Направления информатизации определяются следующими проблемами:

2.1. Процесс информатизации идет «сверху» от Национального института здоровья и медицинской статистики к его областным филиалам и далее – к отделам статистики учреждений здравоохранения, которые представляют отчеты медицинской статистики в электронном виде. Однако в самих учреждениях электронный документооборот пока не развит. Первичные учетные документы существуют только в бумажном виде. Их проверка, группировка и формирование на их основе отчетности происходит вручную. И только уже готовые отчеты вносятся в компьютер.

2.2. Помимо утвержденных Минздравом Узбекистана учетных и отчетных документов, на уровне учреждений существует дополнительно набор журналов, заполняемых вручную. Содержащаяся в них информация практически недоступна для анализа, поскольку требует дополнительной выписки и разработки. Врачи и медсестры заполняют вручную амбулаторный журнал, в котором указывается время визитов, их количество, а также первичными или повторными они были. Чтобы выбрать патронажные визиты и другие визиты, необходимо повторно выписывать их из амбулаторного журнала и проделывать такую процедуру ежедневно. Работая в таком режиме, не представляется возможным проведение аналитической работы, планирование визитов и т.д.

2.3. Ручная работа с бумажными документами неизбежно порождает ошибки, а также служит возможным источником искажения информации.

2.4. Особенно актуален анализ информации при работе «штабов репродуктивного здоровья» для оценки и прогноза структуры тех заболеваний, которые могут быть выявлены при профосмотрах. При этом требуется расчет дополнительного коечного фонда и медицинских кадров, которые могут потребоваться при возрастании числа впервые выявленных больных.

2.5. Разработан и прошел апробацию документ, который может быть отнесен к учетной форме – «Паспорт матери», содержащий историю беременностей и родов. Существенно, что записи делаются не на основании опроса женщины, а врачом и средним медицинским персоналом на основе медицинской документации, что повышает

достоверность информации. Фактически наличие таких документов позволяет получить надежную основу для анамнестического исследования рождаемости и детской смертности. Однако документ разработан для заполнения вручную и его версия для компьютерной обработки и сводного анализа отсутствует. Кроме того, не выстроена взаимосвязь «паспорта» с другими видами учетной документации, что создает еще один отчасти дублирующий документ.

III. Показатели мониторинга «Программы по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014-2018 г.»

Принятая Программа является продолжением и развитием мероприятий, реализуемых в Узбекистане Правительством при поддержке международных организаций. Программа включает 5 разделов, охватывающих вопросы качества медицинской помощи, реабилитации и оздоровления детей-инвалидов, укрепление потенциала медицинских кадров, развитие инфраструктуры специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование информационной системы здравоохранения.

3.1. По каждому мероприятию, включенному в Программу, предусмотрено описание механизма реализации и ожидаемых результатов. К сожалению, результаты не имеют количественного выражения, поэтому трудно оценить достижение поставленных целей. Возможно лишь оценивать тенденции показателей, в случае, когда в ожидаемых результатах указано: «снижение» или «рост». В этой связи выполнение мероприятия по «проведению мониторинга и оценки реализации Программы...» представляется крайне затруднительным.

3.2. В разделе V «Совершенствование информационной системы здравоохранения, обеспечение координации, мониторинга и оценки межведомственного взаимодействия и деятельности по реализации мероприятий в области укрепления репродуктивного здоровья населения, охраны здоровья матерей, детей и подростков» предусмотрено «проведение мониторинга за оказанием медицинских услуг женщинам репродуктивного возраста, беременным женщинам, детям и подросткам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Как было показано в разделе II, при описании информационного обеспечения деятельности здравоохранения, проведение мониторинга в условиях бумажного документооборота на уровне учреждения практически невозможно, поскольку оно требует увеличения нагрузки и на медицинский персонал, и на специалистов статистических подразделений по ручной обработке данных, содержащихся в рукописных документах. Кроме того, подобный подход чреват многочисленными ошибками и искажениями.

3.3. Анализ заболеваемости, предотвратимой вакцинопрофилактикой, показал, что в сельских поселениях Наманганской области не улучшается ситуация с заболеваемостью гепатитом А, в связи с чем предлагается включить прививки от гепатита А в Национальный календарь с обеспечением населения бесплатными прививками (мероприятие 6 Программы), а также включить показатель заболеваемости гепатитом А в показатели мониторинга выполнения Программы.

3.4. Анализ заболеваемости по данным РМО в Наманганской области показал, что сохраняется высокая заболеваемость анемией, в том числе детей. В связи с этим предлагается расширить мероприятие 5 Программы, включив туда вопросы обеспечения дополнительным питанием, не только в сельских районах, но во всех районах, где фиксируются высокие показатели заболеваемости. Кроме того, предлагается включить показатели заболеваемости анемией, в том числе детей в показатели мониторинга выполнения Программы.

3.5. Отдельного изучения в Республике Узбекистан заслуживает ситуация с туберкулезом среди детей. Это предложение базируется на следующем. Первое. В связи

отсутствием мероприятий по проведению ежегодной туберкулинодиагностики с использованием пробы Манту в течение последних 5 лет, в республике, возможно, отмечается снижение выявления туберкулеза у детей. В настоящее время существует высокая вероятность возникновения вспышек туберкулезного менингита среди детей, сопровождающихся высокой смертностью. Второе. Эпидемиологическая ситуация и достоверность показателей заболеваемости и смертности детского населения от ТБ должна быть оценена с привлечением группы экспертов, включающей в себя фтизиатров, специалистов по лучевой диагностике и хирургов, занимающихся лечением костно-суставного туберкулеза у детей. Третье. Российский опыт исключает использование лучевых методов для выявления туберкулеза у детей (мероприятие 7 Программы). Методы компьютерной томографии используются в России в учреждениях 2-го типа для повышения качества диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей.

В связи с вышеизложенным, в качестве показателей мониторинга ситуации по детскому туберкулезу предлагается использовать не только показатель заболеваемости, но также показатели охвата туберкулинодиагностикой и процент выявленных случаев на 100 охваченных, а также показатель смертности, в том числе от туберкулезного менингита и костно-суставного туберкулеза.

IV. Предложения

4.1. Провести инвентаризацию используемых в учреждениях здравоохранения медицинских свидетельств о смерти и перинатальной смерти и заменить устаревшие документы на свидетельства нового образца, содержащие информацию о «примерном интервале между началом состояния и смертью» и 4 строки для описания причины смерти.

4.2. Провести координационное совещание с участием представителей Министерства здравоохранения Узбекистана, Министерства Юстиции и Национальной статистической службы для решения вопросов о:

- выработке механизма взаимодействия для передачи в ВОЗ данных о смертности населения в требуемой возрастной группировке и причинам смерти;
- внесении в электронную полицейскую базу данных Национальной статистической службы информации, содержащейся в медицинских свидетельствах (вес при рождении, гестационный период) для формирования и представления в ВОЗ международно сопоставимых показателей младенческой смертности.

4.3. Провести в соответствии с международными стандартами в пилотных территориях репрезентативное медико-демографическое обследование для установления истинных уровней рождаемости, детской и материнской смертности.

4.4. Разработать Национальную программу по информатизации учреждений здравоохранения, положив в основу создание учетных документов в электронном формате и предусмотрев электронный документооборот от талона, фиксирующего посещение, медицинской карты пациента до формирования отчетов медицинской статистики. В качестве пилотного проекта рассмотреть возможность формирования и статистической обработки «Паспорта матери», содержащего историю беременностей и родов в электронном виде.

4.5. Упорядочить использование в медицинских учреждениях набора учетных и отчетных форм, исключив ведение вручную дополнительных журналов.

4.6. В рамках реализации «Программы по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014-2018 г.»:

- разработать количественные показатели мониторинга по каждому мероприятию программы;

- разработать показатели мониторинга за оказанием медицинских услуг женщинам репродуктивного возраста, беременным женщинам, детям и подросткам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи;
- расширить перечень показателей мониторинга дополнительными индикаторами, характеризующими ситуацию с заболеваемостью анемией, в том числе детей, с заболеваемостью гепатитом А, с туберкулезом у детей.

4.7. Разработать стимулы, включая материальные, для родителей по своевременному оформлению актовых записей о рождении ребенка и в случае его смерти.

4.8. Предусмотреть подготовку и публикацию Национального доклада с анализом результатов выполнения Программы.

V. Приложение

Анализ последних, доступных для анализа данных за 2012 г. свидетельствует, что в Узбекистане отмечен практически 2-кратный разрыв в показателях младенческой смертности от 13,1 в Ташкенте до 7,4 на 1000 живорожденных в Сурхандарьинской области.

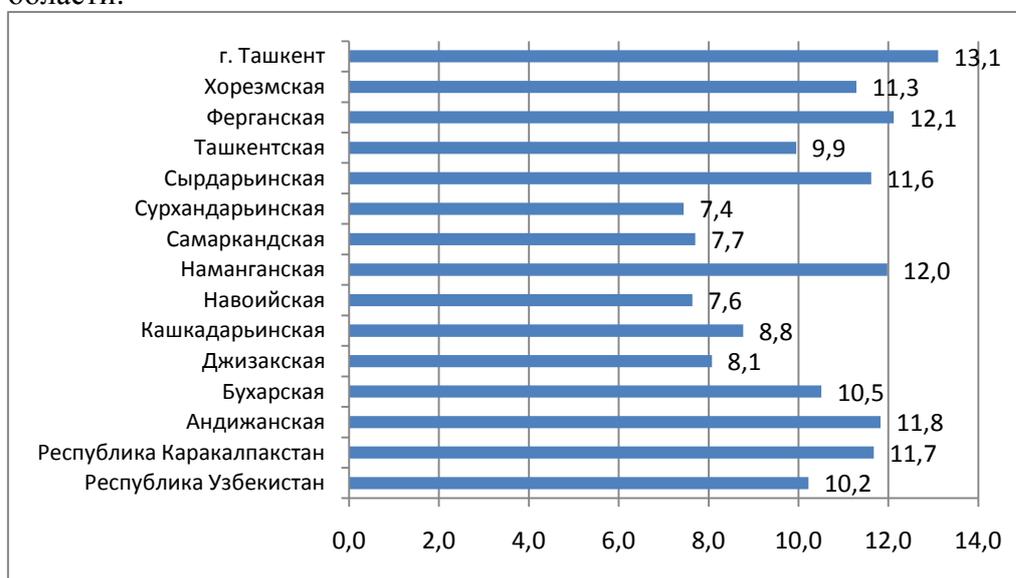


Рис. 5.1. Младенческая смертность в 2012 г. (на 1000 родившихся живыми)

В Наманганской области показатель 12,0 на 1000, что несколько выше, чем в среднем по Узбекистану (10,2 на 1000), но ниже, чем в столице – Ташкенте (13,1 на 1000) (рис. 1). Это можно трактовать двояко: с одной стороны, как показатель эффективной деятельности здравоохранения в пилотном регионе, с другой, - как показатель недоучета.

Для того, чтобы ответить на вопрос, рассмотрим ситуацию более детально.

Полезную информацию дает анализ смертности детей 1-го года жизни по причинам. Напомним, что чем ниже показатель младенческой смертности, тем меньше доля экзогенных причин смерти и выше – доля врожденных аномалий.

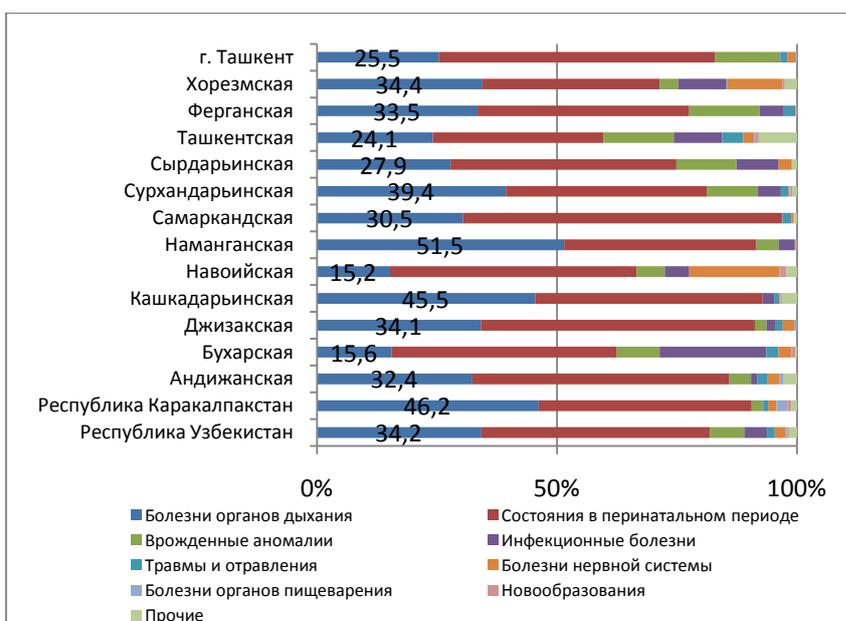


Рис. 2. Структура причин младенческой смертности в 2012 г., %

В Наманганской области, судя по официальным данным, половина детей умерла до года вследствие болезней органов дыхания, тогда как в Ташкенте – 25,5%. И это при более высоких общих показателях. При этом в Наманганской области на врожденные аномалии пришлось 4,6% умерших, тогда как в Ташкенте -13,4% (рис. 2). Возможно, что имеет значение качество диагностики причин смерти, однако только этим фактором нельзя объяснить многократные расхождения.

Анализ смертности детей по периодам жизни также дает ценную информацию о точности учета. Чем ниже показатель младенческой смертности, тем большая часть событий концентрируется в неонатальном периоде, и преимущественно раннем.

В Наманганской области на неонатальный период приходится 57,6% всех умерших на первом году, тогда как, например, в Ташкенте, где показатели младенческой смертности выше, - 66,4%. Вместе с тем, в ранний неонатальный период в Наманганской области умирает 72,5% всех детей, умерших в неонатальном периоде, т.е. столько же, сколько в Ташкенте (рис. 3).

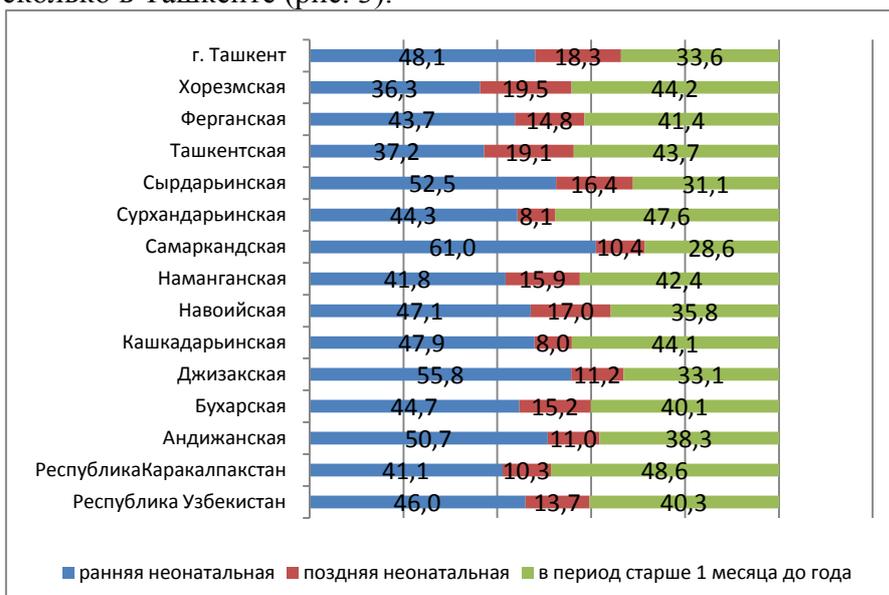


Рис. 3. Младенческая смертность по периодам жизни, в % к общему числу умерших на 1-ом году жизни

Важная информация также заключается в анализе тенденций смертности по периодам жизни. Если система здравоохранения работает эффективно, и если учет событий является полным, то наиболее быстрыми темпами должна снижаться смертность детей в возрасте старше 1 месяца, поскольку основные ее причины предотвратимы, а в структуре неонатальной смертности быстрее должна снижаться поздняя неонатальная составляющая.

Если с этих позиций рассмотреть динамику показателей за последнее десятилетие, т.е. с 2003 по 2012 г., то оказывается, что Наманганская область – единственная, где возросла поздняя неонатальная смертность при сокращении ее в раннем неонатальном периоде (табл. 1), что явно свидетельствует о недоучете смертей на первой неделе жизни.

И еще один важный индикатор достоверности учета – динамика и структура перинатальной смертности. Наманганская область – одна из немногих, где перинатальная смертность выросла – на 13,3% за 2003-2012 г. И поскольку неонатальная составляющая сократилась, то очевидно, что негативная тенденция сформировалась за счет мертворождаемости. И действительно, мертворождаемость за 10 лет выросла в области на 41,8%, что в 7 раз выше, чем в целом по Узбекистану (на 9,1%). Доля мертворождаемости в структуре перинатальной смертности в Наманганской области увеличилась с 48,7% в 2003 г. до 60,9% в 2012 г. В результате, Наманганская область вошла в тройку областей с самой высокой долей мертворождаемости в структуре перинатальной смертности.

Таблица 1 – Динамика смертности в раннем и позднем неонатальном периодах

	Ранняя неонатальная			Поздняя неонатальная		
	На 1000 живорожденных		Темп изменения, %	На 1000 живорожденных		Темп изменения, %
	2003	2012		2003	2012	
Республика Узбекистан	5,5	4,7	-14,5	2,2	1,4	-36,4
Республика Каракалпакстан	5,2	4,8	-7,7	1,8	1,2	-33,3
Андижанская	4,5	6,0	33,3	1,7	1,3	-23,5
Бухарская	5,3	4,7	-11,3	2,5	1,6	-36,0
Джизакская	5,4	4,5	-16,7	1,1	0,9	-18,2
Кашкадарьинская	4,9	4,2	-14,3	1,2	0,7	-41,7
Навоийская	4,5	3,6	-20,0	1,6	1,3	-18,8
Наманганская	5,8	5,0	-13,8	1,6	1,9	18,8
Самаркандская	4,6	4,7	2,2	1,6	0,8	-50,0
Сурхандарьинская	4,7	3,3	-29,8	1,2	0,6	-50,0
Сырдарьинская	7,4	6,1	-17,6	3,7	1,9	-48,6
Ташкентская	5,1	3,7	-27,5	2,3	1,9	-17,4
Ферганская	5,8	5,3	-8,6	2,9	1,8	-37,9
Хорезмская	5,4	4,1	-24,1	3,4	2,2	-35,3
г. Ташкент	9,7	6,3	-35,1	6,2	2,4	-61,3

В целом, проведенный анализ по области свидетельствует, что в пилотном регионе не достигнут удовлетворительный уровень учета младенческой смертности, о чем свидетельствует искажение структуры причин смерти детей до года, смертности по периодам жизни и структуры перинатальной смертности за счет роста мертворождаемости.