

**НАО «Медицинский университет Астана»**

**УДК: 616-036.21:578.834.1:614.2:006.06**

**МПК: G16H50/20, G16H50/80**

**Мырзабаева Асыл Джамбұлқызы**

**«Оценка соблюдения стандартов инфекционного контроля  
национальной аккредитации в период пандемии COVID-19»**

**7M10116 – «Общественное здравоохранение»**

**Проект на соискание академической  
степени магистра здравоохранения**

**Научный руководитель, д.м.н., профессор кафедры Нарманова О.Ж.  
Официальный оппонент**

**Нур-Султан 2022 г.**

## СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ .....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	6
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ .....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1.ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	11
1.1Международная аккредитация в области здравоохранения .....	11
1.2 Национальная система аккредитации медицинских организаций в Казахстане. Стандарты инфекционного контроля.....	16
1.3 Международные требования к инфекционному контролю. «Пять стратегий ПИИК» .....	23
2.МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	26
2.1РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	27
2.2Анализ оценочных листов внешней комплексной оценки экспертов национальной аккредитации.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44
ВЫВОДЫ .....	45
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	50

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем проекте использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения».

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях».

4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения».

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-144. «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях в Республике Казахстан».

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем проекте применяют следующие термины с соответствующими определениями:

*Аккредитация в области здравоохранения* – процедура официального подтверждения соответствия субъекта требованиям, установленным настоящими правилами.

*Аккредитующий орган* – уполномоченный орган или организация, аккредитованная уполномоченным органом, осуществляющая аккредитацию в области здравоохранения.

*Внешняя комплексная оценка* – процедура оценки деятельности медицинской организации на соответствие стандартам аккредитации, проводимая экспертной группой с выходом в медицинскую организацию.

*Инфекционные болезни* – заболевания, вызываемые патогенными микроорганизмами, такими как бактерии, вирусы, паразиты и грибы. Инфекционные заболевания могут передаваться от человека к человеку прямо или опосредованно. Зоонозами являются инфекционные болезни животных, к возбудителям которых восприимчив и человек.

*Инфекционный контроль* – система организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций, основанная на данных эпидемиологической диагностики.

*Критерии аккредитации* – совокупность требований, используемых органом по аккредитации, которым должен удовлетворять орган по оценке соответствия для того, чтобы быть аккредитованным.

*Медицинская организация* – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи.

*Постаккредитационный мониторинг* – мониторинг деятельности субъектов здравоохранения, организаций, физических и юридических лиц, прошедших аккредитацию в области здравоохранения, на соответствие требованиям, установленным настоящими правилами.

*Ранг стандарта аккредитации* – уровень стандарта в зависимости от значимости его влияния на безопасность пациентов.

*Самооценка* – процедура оценки деятельности медицинской организации на соответствие стандартам аккредитации, проводимая медицинской организацией самостоятельно или с привлечением консультантов (физических или юридических лиц для подготовки к аккредитации), имеющих опыт и навыки по внедрению стандартов аккредитации медицинских организаций.

*Свидетельство об аккредитации* – официальный документ, подтверждающий аккредитацию заявителя в определенной области аккредитации.

*Стандарты аккредитации* – нормативные документы системы стандартизации в здравоохранении, определяющие требования к структуре медицинских организаций, их профессиональной деятельности и результатам, разработанные на основе действующего законодательства Республики Казахстан, отраслевых стандартов и приказов МЗ РК, а также руководств, инструкций и рекомендаций, утвержденных в установленном порядке, соответствие которым позволяет медицинской организации получить свидетельство об аккредитации.

*Фильтр* – противоэпидемический барьер, организуемый в поликлинике, задачей которого является разделение пациентов при входе в поликлинику на два основных потока это:

- Лица с подозрением на инфекционное заболевание (повышенная температура, сыпь неясной этиологии, диспепсические расстройства и проявления инфекционных заболеваний);
- Здоровые лица или люди с различными функциональными отклонениями.

*Эксперт по внешней комплексной оценке* – специалист организации здравоохранения, соответствующий установленным критериям, привлекаемый для проведения внешней комплексной оценки медицинских организаций на соответствие стандартам аккредитации в составе экспертной группы.

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

ISQua- Международное Общество по качеству в здравоохранении  
JCI - Joint Commission International  
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения  
ВБИ – Внутрибольничная инфекция  
ВКО – Внешняя комплексная оценка  
ГОБМП - Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи  
ИК - Инфекционный контроль  
МЗ РК- Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
МО - Медицинская организация  
НПА - Нормативно-правовой акт  
НЦА - Национальный центр аккредитации  
ОРВИ - Острая респираторная вирусная инфекция  
ОСМС - Обязательное социальное медицинское страхование  
ПНИК - Профилактика инфекций и инфекционный контроль  
РК - Республика Казахстан  
РЦРЗ - Республиканский центр развития здравоохранения  
СИЗ - Средства индивидуальной защиты  
СУКМУ - Система управления качеством медицинских услуг

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Рисунок 1 – Список международных организаций по аккредитации в области здравоохранения .....	12
Рисунок 2 – Аккредитованные МО в РК за период 2019 –1-ое полугодие 2022 года.....	19
Рисунок 3 – Статус МО по итогам аккредитации по Республике Казахстан за первое полугодие 2022 года .....	19
Рисунок 4 – Стаж работы экспертов .....	27
Рисунок 5 – Опыт участия экспертов в аккредитации по разделу «Инфекционный контроль» .....	28
Рисунок 6 – Самооценка экспертов на уровень владения стандартами инфекционного контроля национальной аккредитации .....	28
Рисунок 7 – Экспертная оценка работы КИК по выполнению программ инфекционного контроля .....	29
Рисунок 8 – Соблюдение требований к разделению пациентов на два потока.....	30
Рисунок 9 – Оценка работы фильтр-кабинетов в аккредитованных медицинских организациях .....	30
Рисунок 10 – Наличие в аккредитованных медицинских организациях указательных знаков в фильтр-кабинет.....	31
Рисунок 11 – Оценка знаний медицинского персонала по инфекционному контролю в аккредитованных медицинских организациях .....	32
Рисунок 12 – Соблюдение медицинским персоналом правила обработки рук.....	33
Рисунок 13 – Внедрение процедуры по безопасному обращению с медицинскими отходами.....	33
Рисунок 14 – Соблюдение поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне .....	34
Рисунок 15 – Использование СИЗ медицинским персоналом в фильтр-кабинетах.....	35
Рисунок 16 – Проблема с обеспечением достаточного количества СИЗ в период пандемии COVID-19 .....	35
Рисунок 17 – Требования к установке раковин, антисептиков, салфеток и другими средствами.....	36
Рисунок 18 – Оценка уровня умения медицинского персонала применять стандарты инфекционного контроля на практике .....	36
Рисунок 19 – Наличие в аккредитованных медицинских организациях СОПов по инфекционному контролю.....	37
Рисунок 20 – Экспертное мнение о значимости соблюдении стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации в снижении распространения инфекций .....	38
Рисунок 21 – Полное и частичное соответствие стандартов инфекционного контроля, в медицинских организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь .....	39

## ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) 30 января 2020 года объявила о вспышке коронавирусной инфекции в 2019 году (далее - COVID-19) как о глобальной чрезвычайной ситуации в области общественного здоровья, а 11 марта 2020 г. ВОЗ провозгласила ситуацию как пандемию.

**Актуальность.** Актуальность исследовательской тематики основана на том, что именно в период пандемии COVID-19, значимость инфекционного контроля (далее – ИК) в медицинских организациях приобрела особое значение и показала свои как слабые, так и сильные стороны. Согласно одному из первых сообщений из Китая, из 138 пациентов с коронавирусной инфекцией 43% пациентов из них были инфицированы в больнице [1]. Подобный случай наблюдался и в США, там в одной из медицинской организации длительного ухода штата Вашингтон недостаточные меры ИК привели к инфицированию 81 пациентов, 34 сотрудников и 14 посетителей. [2]. Это означает что, эффективность работы ИК в медицинских организациях (далее – МО), напрямую влияет на ранее выявление рисков передачи коронавирусной инфекции, которые создают угрозу жизни и здоровью населения в целом. Любая МО, в первую очередь несет ответственность по отношению к пациентам, персоналу, сотрудникам, которые в свою очередь должны обеспечивать безопасные условия пребывания пациентов и меры защиты, осуществляемые для определения и предупреждения инфекций до их появления. Следует отметить, что именно в период пандемии, роль исполнения стандартов ИК подчеркнул прямую связь с предупреждением распространения коронавирусной инфекции. Поскольку параграф под названием «инфекционный контроль» принадлежит к национальным стандартам аккредитации в сфере здравоохранения, то главной задачей в соблюдении стандартов инфекционного контроля являлось, осведомленность и умение персонала применять стандарты инфекционного контроля на практике.



### **Цель исследования:**

Оценить соблюдение стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации, в аккредитованных медицинских организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в период пандемии COVID-19.

### **Задачи исследования:**

1. Провести литературный обзор зарубежной и отечественной литературы.
2. Провести социологический опрос среди экспертов национальной аккредитации и анализ оценочных листов медицинских организаций прошедших национальную аккредитацию в период за 2020-2022 год;
3. Предложить рекомендации в дальнейшей работе по инфекционному контролю медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь.

### **Материалы исследования:**

1. Международные и отечественные источники
2. Нормативно-правовые акты министерства здравоохранения Республики Казахстан
3. Оценочные листы внешней комплексной оценки экспертов национальной аккредитации г.Нур-Султан, Акмолинской и Западно-Казахстанской области.
4. Социологический опрос экспертов с последующим выведением статистической обработки данных.

### **Методы исследования:**

Информационно-аналитический, социологический, статистический, экспертный, ретроспективный.

### **Объект и предмет исследования:**

Объектом проведения данного исследования являются медицинские организации прошедшие национальную аккредитацию в период за 2020-2022 год.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Надлежащее соблюдение стандартов инфекционного контроля позволит сократить риск распространения инфекционных заболеваний в медицинских организациях.
2. Для полного соблюдения стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации необходимо проведение регулярных обучений и тестирований знаний медицинского персонала.

### **Новизна исследования:**

Обоснование ошибок и выводов, сделанных в ходе анализа исследования стандартов инфекционного контроля и дальнейшие рекомендации и предложения медицинским организациям по вопросам инфекционного контроля.

### **Практическая значимость**

Значимость данного исследования, заключается в практическом

применении результатов исследования, для привлечения внимания медицинских работников к надлежащему соблюдению стандартов аккредитации, в частности инфекционного контроля, в медицинских организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

#### **Предполагаемые результаты исследования:**

Согласно полученным результатам исследования, будут предложены практические рекомендации по соблюдению стандартов инфекционного контроля, в медицинских организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

#### **Объем и структура дипломной работы**

Магистерский проект состоит из введения, обзора литературы, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложения. Список использованной литературы включает 37 наименований, отечественных и зарубежных авторов. Материалы магистерского проекта изложены на 53 страницах и иллюстрированы 21 рисунками.

# 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

## 1.1 Международная аккредитация в области здравоохранения

Аккредитация в области здравоохранения, является одним из важнейших шагов на пути повышения качества и безопасности пациентов. Главная цель аккредитации медицинских организаций - это повышение уровня доверия со стороны пациентов [3]. В международной практике считается, что именно аккредитация служит ключом в улучшение качества оказываемых услуг, а также безопасности пациентов. В изложенных международных стандартах, можно сказать, что аккредитующие организации особое значение направляют на улучшение оказываемых медицинских услуг. Это в свою очередь, говорит о том, что все аккредитованные медицинские организации внедряют эти стандарты и тем самым способствуют обеспечению пациенту высокое качество и гарантированную безопасность в медицинских организациях. Наличие сертификата аккредитации у медицинских организаций позволяет нам прийти к выводу, что качество оказываемых услуг в той или иной медицинской организации, имеет высокий уровень. Следовательно, если уровень этих стандартов высок, то это повышает уровень доверия к организации. Согласно международному опыту, особое доверие вызывают только те стандарты, которые были признаны и прошли оценку Международным Обществом по качеству в здравоохранении ISQua.

На сегодняшний день Международное Общество по качеству в здравоохранении ISQua, является «золотым стандартом» для всех международных организаций по аккредитации. ISQua обеспечивает мировое признание, соответствующее утвержденным международным стандартам. Во многих странах мира, процедура аккредитации в обязательном порядке проводится на национальном уровне. Например, в США, Великобритании, Канаде и в Австралии аккредитацией занимаются в большей части негосударственные организации уполномоченными государством в соответствии с законодательством. Что касается других стран, то здесь многие МО обращаются за помощью к международным аккредитующим организациям [4]. Согласно сертификации ISQua, на рис.1 можно увидеть список международных организаций, которые занимаются аккредитацией медицинских организаций по всему миру [5]. Среди них можно выделить организацию Joint Commission International, которая на сегодняшний день является одной из самых влиятельных международных организаций в мире.



**Рисунок 1 – Список международных организаций по аккредитации в области здравоохранения**

Joint Commission International (далее – JCI) – это некоммерческая организация со штаб-квартирой в США, которая на протяжении 75 лет осуществляет свою деятельность в улучшении качества и безопасности в области медицины. Она основана в 1944 году, двумя американскими компаниями, которые занимаются вопросами безопасности и качеством медицинских услуг, это: Quality Healthcare Resources и Joint Commission. Основной целью создания компании JCI - является деятельность по консультированию в мире и обучение в подготовке специалистов. Миссия JCI – непрерывно повышать безопасность и качество оказываемых услуг в международном сообществе посредством обучения, консультационных услуг, а также международной аккредитации и сертификации [6]. Наиболее заметным способом достижения этой цели является наша программа аккредитации. С этой целью JCI регулярно публикует набор стандартов, отражающих самые современные взгляды на безопасность пациентов и улучшение качества. Организации здравоохранения, способные соответствовать этим стандартам, должны пройти всестороннее и тщательное обследование на местах, проводимое JCI, чтобы получить аккредитацию. После аккредитации организации должны продолжать соответствовать нашим стандартам и регулярно проходить повторные проверки. JCI полностью независимо от аккредитованных нами организаций.

Для получения аккредитации медицинская организация должна подтвердить соответствие установленным стандартам, которые охватывают все аспекты работы – от подходов к лечению и уходу за больными – до хранения данных и обслуживания оборудования. После адаптации подходов международных стандартов по отношению к организации все это тщательно проверяется экспертами, они выявляют области, требующие улучшения. Затем руководство организации может внести изменения, чтобы обеспечить соответствие структур правилам и стандартам. Как только организация будет готова, внешние инспекторы проведут опрос на месте, чтобы решить, имеет ли организация право на аккредитацию JCI. Чтобы поддерживать аккредитацию JCI, организация должна будет проходить аудит каждые три года, чтобы обеспечить постоянное соответствие требованиям. В связи с пандемией комиссия JCI проводит онлайн-аккредитацию, и из-за этого сейчас пройти аккредитацию намного сложнее.

Первая публикация стандартов JCI была выпущена в 2000 году. Изначально, стандарты применялись только для медицинских организаций в США. Позже, в 1998 году по причине заинтересованностью другими странами аккредитацией, было принято решение использовать стандарты JCI по всему миру. Разработанные стандарты представляют собой единые требования абсолютно ко всем действиям медицинских организаций различного профиля в независимости от видов работы [4]. Стандарты JCI делятся на пациент-ориентированные и организационные, т.е. управленческие стандарты. Пациент-ориентированные стандарты включают улучшенное качество лечения, права и обязанности пациента, профилактические мероприятия и т.д. Организационные стандарты включают управление качеством предоставляемых услуг, инфекционный контроль и безопасность зданий, и управление человеческими ресурсами [7]. В разработке международных стандартов принимают участие абсолютно все сотрудники МО, начиная от младшего персонала заканчивая руководством.

Система аккредитации JCI насчитывают 1100 критериев, которые изложены в 300 стандартах состоящих из 14 глав, где в каждой главе, прописаны около 25 стандартов [5]. Она включает в себя различные направления и виды деятельности медицинских организаций, такие как: [8]

1. Международный стандарт аккредитации для стационаров
2. Международный стандарт аккредитации для поликлиник
3. Международный стандарт аккредитации для медицинских лабораторий
4. Международный стандарт для центров оказания первичной медицинской помощи
5. Международный стандарт для оказания медицинской помощи на дому
6. Международный стандарт аккредитации для услуг по транспортировке пациентов
7. Международный стандарт для сертификации программ медицинской помощи.
8. Международный стандарт аккредитации для долгосрочной медицинской помощи

Как указывалось ранее, помимо разработки стандартов, организация JCI занимается обучением в подготовке экспертов, а также аккредитует медицинские организации по всему миру [9]. JCI также аккредитует клиники, лаборатории, службы скорой помощи и организации экстренного транспорта, услуги по уходу на дому, долгосрочный уход и организаций первичной медико-санитарной помощи [10]. На сегодняшний день, получение свидетельства JCI занимает много вложений и времени, поэтому в прохождении аккредитации участвуют МО с высоким потенциалом [11]. Подготовка каждой больницы и медицинской организации, подающей заявку на аккредитацию JCI, составляет около двух лет. В течение этого времени организация работает вместе над разработкой и внедрением новых высококачественных и безопасных для пациентов политик, практик и процедур, необходимых для соответствия международных стандартов [10]. Для того чтобы пройти аккредитацию JCI, в первую очередь, необходимо, по добровольному желанию, подать заявку в Международную экспертную комиссию. После этого, контрольная комиссия в течение определенного времени, проводит оценку МО на соответствие международных стандартов. В ходе проверки, со стороны экспертов изучается документация, проводятся беседы, как с медицинским персоналом, так и с пациентами. Далее, оценивается уровень качества оказания медицинских услуг, безопасности пациентов, производится контроль помещений и оборудования, а также проверяется уровень знаний и подготовки медицинского персонала [12]. После успешного прохождения международной аккредитации, выданный организациям сертификат, действует 3 года, после, должна производиться повторная оценка с последующим решением о прохождении аккредитации. Наряду с этим эксперты из Международной Объединенной Комиссии имеют право, в любой момент без предупреждения провести повторную проверку, что в свою очередь, является гарантом непрерывного оказания качественных услуг в организациях здравоохранения [9,13]. Медицинские организации, которые уже получили аккредитационный сертификат, обязаны его постоянно подтверждать. Так как, основываясь на опыт ведущих поликлиник в мире, JCI акцентирует особое внимание на повышение безопасности и качества оказываемых услуг для пациентов.

Помимо выше перечисленных факторов, можно сказать, что практически все МО по всему миру, стремятся пройти международную аккредитацию. Потому что JCI, имеет ряд преимуществ, во-первых, она позволяет организации быть конкурентоспособной, во-вторых, повышается доверие со стороны пациентов и в обществе, в третьих, международная аккредитация подтверждает высокое качество оказываемых медицинских услуг. Еще одним важным фактором является то, что аккредитация JCI, учитывает правовые, религиозные, культурные нравы каждой страны. На сегодняшний день, за пределами США по стандартам JCI аккредитовано более 1 тыс. медицинских организаций. Из которых более 200 медицинских организаций находятся в Европе, и около 300 в США. В число стран – безусловных лидеров по количеству аккредитованных медицинских

организаций входят: ОАЭ (200 организаций), Саудовская Аравия (101), Бразилия (61), Таиланд (61), Китай (49), Турция (32), Индия (37), Япония (31). В СНГ насчитывается всего около 20 МО получивших сертификацию JCI, из них большое число находятся в Казахстане, и это [5]:

1. Национальный научный центр материнства и детства корпоративного фонда “University Medical Center” (2012, 2015). Одна из первых клиник, которая аккредитовалась по стандартам JCI среди стран Восточной Европы и Центральной Азии [14].

2. Национальный центр нейрохирургии (2013, 2016)

3. Республиканский диагностический центр корпоративного фонда “University Medical Center (2013). Первая амбулаторная организация, которая прошла аккредитацию по стандартам JCI на территории Восточной Европы и Центральной Азии [14].

4. Республиканский детский реабилитационный центр (2014). Единственный реабилитационный Центр, аккредитованный по стандартам JCI на территории Восточной Европы и Центральной Азии [14].

5. Национальный научный кардиохирургический центр (2014)

6. Центральная клиническая больница МЦ УДП РК (2015) в г. Алматы

7. Больница медицинского центра УДП РК (2016) в г. Нур-Султан, стала первой медицинской организацией аккредитованной JCI [15].

8. АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней» (2021).

9. Международный онкологический центр «Умит» Товарищества с ограниченной ответственностью «Томотерапия» (2021).

В первое время, в 2011-2013 гг. в прохождении международной сертификации, Казахстан привлекал иностранных экспертов, для проведения аккредитационного аудита из США, Европы и Ближнего Востока. В дальнейшем, в процедуре аккредитации 2014-2016 гг. принимали участие казахстанские эксперты-консультанты, получившие зарубежное образование по Президентской стипендии «Болашак». Общее время подготовки МО к международной аккредитации, заняло около 9 месяцев, так как, это зависело от мощности и от спектра оказываемых услуг МО. Следовательно, можно сказать, что практически все медицинские организации, входящие в корпоративный фонд «University Medical Center» успешно прошли международную аккредитацию JCI и выделяются, как одни из самых лучших организаций в мире, которые в свою очередь, соответствуют высоким стандартам безопасности и качества оказываемых услуг [14].

Согласно решению исполнительного совета Международного сообщества по качеству в здравоохранении ISQua, 29 августа 2017 года Республиканский центр развития здравоохранения (далее - РЦРЗ), был признан как аккредитуемый орган, который соответствовал мировым стандартам качества. Выданный сертификат ISQua будет действителен до августа 2021 года. Стоит отметить, что это четвертый сертификат ISQua из четырех возможных. Для нашей страны, подтверждение сертификата ISQua, является важным шагом, который был запланирован в целях реализации

Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2019 гг. Благодаря этому, Центр аккредитации РЦРЗ стал единственной аккредитующей организацией на территории СНГ и Восточной Европы, которая использует признанную национальную аккредитацию ISQua, в целях стандартизации, а также улучшения и повышения качества услуг оказываемых в сфере здравоохранения. Это свою очередь говорит о том что, именно система аккредитации нашей страны соответствует самым высоким международным требованиям наравне с крупными международными организациями [16].

Уровень аккредитации медицинского учреждения - это прямой показатель уровня предоставляемых им услуг. Аккредитация Joint Commission International (JCI) является наивысшим показателем качества медицинского обслуживания, безопасности пациента, применения правильных и современных методов лечения. Анализируя международный опыт аккредитации, можно прийти к выводу, что международная организация JCI предоставляет возможность медицинским организациям по всему миру создавать оптимальные условия для улучшения качества медицинского обслуживания и безопасности пациентов. Следовательно, те медицинские организации, которые успешно прошли процедуру аккредитации JCI, подтверждают свое соответствие стандартов мирового уровня, тем самым вызывая доверие пациентов [9].

## **1.2 Национальная система аккредитации медицинских организаций в Казахстане. Стандарты инфекционного контроля**

Казахстан имеет свою национальную систему аккредитации, которая действует с 2009 года. Она создавалась поручением первого президента, где в послании народу Казахстану в стратегии «Казахстан-2050», было указано, что «В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения мы должны на всей территории страны внедрить единые стандарты качества медицинских услуг, а также усовершенствовать и унифицировать материально-техническое оснащение медицинских организаций» [17]. Следовательно, с целью повышения качества оказываемых услуг и улучшения деятельности медицинских организаций, МЗ РК принял меры по развитию методов аккредитации. И для достижения поставленных целей были и внедрены национальные стандарты аккредитации. Первый выпуск национальных стандартов был введен в 2009 году. Далее, в 2014 году была разработана вторая версия. Спустя четыре года, в 2018 году была введена третья версия стандартов, которые более полные и приближенные к мировым стандартам. Это объясняется мировым опытом, так как согласно требованиям и рекомендациям ISQua, необходимо пересматривать национальные стандарты раз в 4 года [18,19]. За все время деятельности национальной аккредитации, было подготовлено и обучено 150 специалистов внешней комплексной оценки (далее – ВКО), которые являются сертифицированными специалистами в области аккредитации.



Однако и по сей день, на базе Центра аккредитации, подготавливают новых экспертов и проводят повышение квалификации для специалистов [7].

Подготовка к аккредитации должна начинаться в первую очередь с изучения стандартов, методических руководств по применению обновленных стандартов и НПА. Действующие стандарты аккредитации были утверждены согласно приказу МЗ РК от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» [20]. Далее, Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года № 325 были внесены изменения и дополнения [21]. Введенные стандарты основываются на международных рекомендациях ВОЗ, в частности это касается области инфекционного контроля, далее, на международных стандартах аккредитации, на основе НПА РК, а также на требованиях ISQua [18,19]. Если ранее, эксперты оценивали МО только по двум стандартам это: стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь, то на сегодняшний день, в рамках Проекта Всемирного банка (2009-2015 гг.) нам представлены стандарты аккредитации МО, оказывающих:

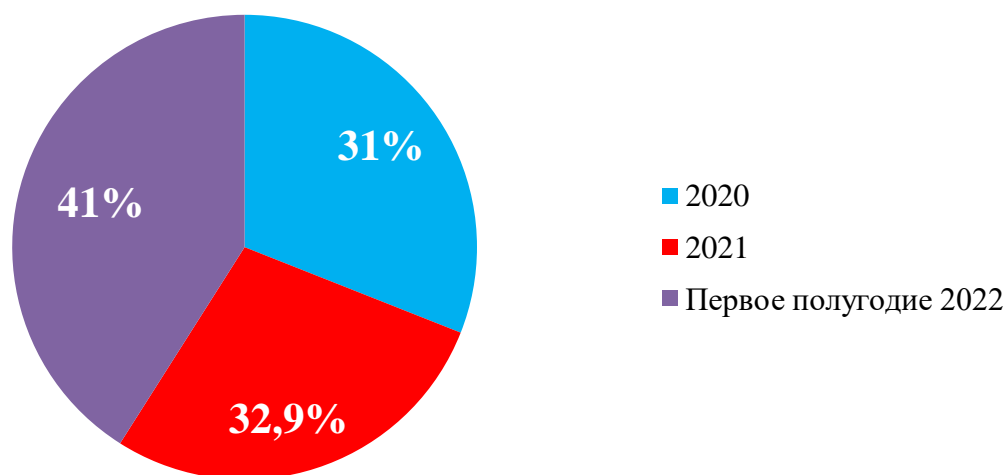
1. Стационарную медицинскую помощь (приказ МЗ РК от 02.10.2012 г. №676)
2. Амбулаторно-поликлиническую помощь (приказ МЗ РК от 02.10.2012 г. №676)
3. Скорую медицинскую помощь (приказ МЗ РК от 02.10.2012 г. №676)
4. Деятельность в сфере службы крови (приказ МЗ РК от 06.01.2014 г. №2)
5. Восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию (приказ МЗСР от 08.04.2016 г. №266)
6. Паллиативную помощь и сестринский уход (приказ МЗ СР от 08.04.2016 г. №266)

В нашей стране процедура аккредитации носит добровольный характер, и проводится за личный счет аккредитуемой организации. Сама процедура аккредитации утверждена Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения» [22]. Аккредитация осуществляется в 3 этапа, первое – самооценка, второе – внешняя комплексная оценка (ВКО) и третье – постаккредитационный мониторинг, который был введен с 2017 года. Первым шагом создается экспертная группа, которая состоит из 3-4 человек. Количество экспертов в группе, должна зависеть от мощности и уровня МО, где будет проводиться аудит. Так как, эксперты изучают все аспекты деятельности МО, в каждой группе должен быть руководитель, врач с опытом работы не менее 7 лет, представитель административного корпуса с опытом работы не менее 3-х лет в сфере здравоохранения и специалист, который сможет оценить работу среднего медицинского персонала. Многие МО, для успешного прохождения аккредитации, проводят преаккредитационные процедуры, т.е. нанимают консультантов, которые проводят оценку соответствия стандартам и дают рекомендации. После того, как МО прошла процедуру, аккредитуемым

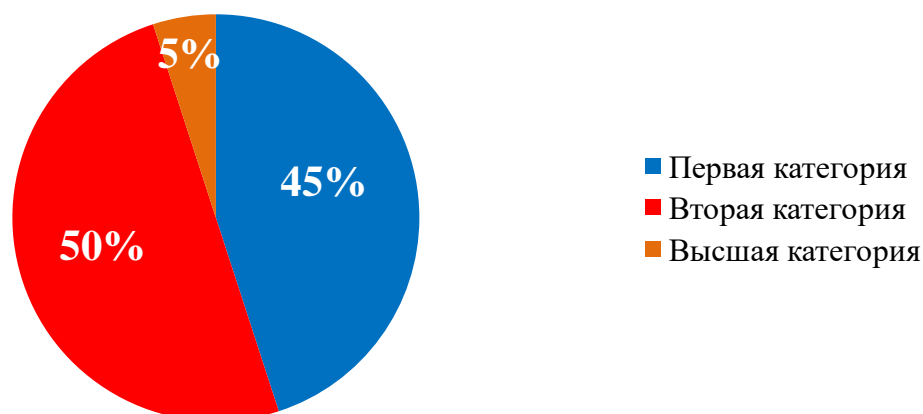
органом проводят постаккредитационный мониторинг. По итогам аккредитации, каждая МО получает определенный статус – неаккредитованная, высшая, первая и вторая категория. Вторая категория аккредитации присваивается МО при соответствии 60% - 69% требованиям стандартов аккредитации. Первая категория при соответствии 70% - 89% и высшая категория при соответствии 90% - 100% требованиям стандартов аккредитации. Если МО соответствует оценки от 60 % и более, то в течение 10 рабочих дней после вынесения аккредитуемым органом соответствующего решения выдается свидетельство об аккредитации (или отказ в выдаче) [23]. Свидетельство об аккредитации выдается сроком на 3 года. В течение этого времени, аккредитуемым органом проводится анализ деятельности МО. Если в ходе проверки выявляются какие-либо нарушения, или жалобы, обращения со стороны пациентов, то аккредитуемый орган, имеет право проверить действительности ли обоснованы эти обращения либо нарушения. В случае подтверждения данного факта, аккредитуемый орган имеет право отозвать свидетельство [7].

На сегодняшний день прохождение национальной аккредитации стало приоритетом, как и для государственных МО, так и для частных. К примеру, по итогам 2018 года, из 500 МО имеющих статус аккредитации, 30% из них составляют – частные. Проанализировав текущую ситуацию аккредитации в стране, можно сказать, что за весь период введения аккредитации, темп роста участия МО не увеличивался, так как стимул участия МО был ограниченным. Оно проводилась только в рамках государственного заказа МЗ РК. Однако с передачи полномочий в РЦРЗ как аккредитуемого органа и с внедрением ОСМС, количество желающих увеличилось в разы [7]. В кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года подчеркивалось, что те МО, которые прошли аккредитацию, будут иметь преимущественное право в получении государственного заказа в рамках ГОБМП и в системе ОСМС [24]. С переходом на страховую систему, каждый житель нашей страны, имеет возможность самостоятельно выбрать МО и врача. И это подтверждает еще один факт, что при выборе МО, преимущественным правом обладают именно те организации, которые успешно прошли аккредитацию в области здравоохранения [7].

Как показано на рис.2 в период первого полугодия 2022 года аккредитованных МО составило – 420, что составляет 31%, в 2020 – 339 МО, это 32,9%. Из них, как видно на рис.3, 178 МО, т.е. 50% получили – вторую категорию, 159 МО, это 45% - первую категорию и 19 МО, что составляет 5% - высшую категорию [25]. Это означает, что в период пандемии COVID-19 аккредитация МО в Казахстане не прекращала свою деятельность.



**Рисунок 2 – Аккредитованные МО в РК за период 2019 –1-ое полугодие 2022 года**



**Рисунок 3 – Статус МО по итогам аккредитации по Республике Казахстан за первое полугодие 2022 года**

Национальные стандарты аккредитации состоят из 100 стандарта, 500 критериев. Каждый из этих стандартов включает по 4 раздела это: «Руководство», «Управление ресурсами», «Управление безопасностью», «Лечение и уход за пациентом». Их отличие заключается в содержании данных разделов и глав под задачи МО [13]. Каждый из стандартов включает в себя пять измеримых критериев. Каждому из пяти критерию стандарта присваивается ранг от I до III, это зависит от влияния на безопасность пациента и качество оказываемой медицинской помощи. Далее, согласно

ранжированию, для автоматического подсчета, полученные баллы вводят в портал «СУКМУ» [16,18]. Оценка соответствия подразделяется на полное соответствие стандарту, на частичное, на несоответствие и на стандарт аккредитации - неприменим. Где, оценка соответствия проводится на основе балльной системы, включающая баллы от 0 до 5. Балльная шкала позволяет оценить измеряемый критерий, и применяется для оценки деятельности всех структурных подразделений организации здравоохранения (оценка управления, обеспечения качества и безопасности медицинской помощи, структуры, профессионализма персонала). По каждому стандарту высчитывается средняя оценка: сумма баллов по критериям стандарта, деленная на количество критериев в стандарте. Данные вносятся в итоговую таблицу оценок (баллов) соответствия требованиям стандартов аккредитации т.е. в портал «СУКМУ». Фактическая сумма баллов по каждому критерию стандарта является основой для расчета коэффициентов соответствия по каждому разделу стандартов аккредитации и для стандартов в целом [23].

В период пандемии коронавирусной инфекции, в медицинских организациях, важную роль играло исполнение стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации. Что касается требований к инфекционному контролю в медицинских организациях, то в стандарте в Главе 3 «Управление безопасностью» стандарты национальной аккредитации содержат специализированный параграф под названием «Инфекционный контроль», состоящий из 9 стандартов и 45 критериев. Для их исполнения важную роль играли прописанные критерии, содержащиеся в следующих стандартах [26]:

Стандарт 29.0 - комиссия по инфекционному контролю, где комиссия по ИК должна координировать выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю. В данном стандарте медицинская организация, согласно пяти критериям инфекционного контроля должна проводить анализ инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, который должен включать оценку эпидемиологических рисков. На основании анализа полученных данных руководству медицинской организации необходимо разработать и утвердить программы и план работы по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю должна проводить мониторинг данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании полученных данных принимать дальнейшие меры для повышения инфекционной безопасности пациента.

Стандарт 30.0 - Программа по инфекционному контролю (далее - ПИК), здесь, в каждой организации должна быть внедрена программа по инфекционному контролю, охватывающая все территории организации, всех работников, пациентов, посетителей и в том числе и арендаторов помещений. При разработке ПИК нужно учитывать рекомендации ВОЗ, в частности, предлагаемые основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля (далее - ПИИК). Реализация мероприятий ПИК невозможна без соответствующей финансового и кадрового обеспечения, в том числе обучения персонала, достаточного средствами гигиены,

дезинфицирующими средствами, а также средств индивидуальной защиты (далее - СИЗ). Здесь одной из приоритетных задач руководства МО является предоставление всех необходимых ресурсов для эффективного выполнения задач ПИК.

Стандарт 31.0 - Процедуры по инфекционному контролю, в данном стандарте, медицинской организации необходимо разработать и внедрить процедуры и алгоритмы в области ИК, а именно это разработка и внедрение СОПов по универсальным мерам инфекционной безопасности для персонала. Предоставлять персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, соответствующую защитную одежду и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы, свинцово-резиновые фартуки). С сотрудниками инфекционного контроля проводить инструктаж и периодическое обучение практическим навыкам использования защитных средств.

Стандарт 36.0 - Процедура изоляции, согласно критериям стандарта, в медицинских организациях должна разрабатываться и вводиться процедуры и алгоритмы по изоляции инфекционных пациентов. Учитывая практическую важность вопроса, для медицинского персонала нужно регулярно проводить обучение по изоляции инфекционного пациента и действиям при массовом поступлении инфекционных больных. Исходя из этого, в медицинской организации важным шагом будет, использование фильтр-кабинета с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с подозрением на инфекцию. Далее, в предполагаемой зоне нахождения и изоляции инфекционных пациентов должны быть вывешены визуальные предупреждающие знаки, созданы необходимые условия для гигиены рук (на входе локтевые дозаторы с дезинфицирующими средствами, раковины), потому что процедура изоляции должна включать строгое соблюдение правил обработки рук и в доступных местах разместить СИЗ. Согласно критерию №4, медицинским организациям на постоянной основе следует проводить обучение пациентов с инфекцией и их законных представителей мероприятиям ИК, включая гигиену рук и требованиям при изоляции. Лица, предоставляющие обучение, должны иметь предметные знания и коммуникативные навыки для проведения обучения.

Стандарт 37.0 - Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинским организациям требуется проводить непрерывное обучение персонала по вопросам инфекционного контроля, а также согласно критерию №2, знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю должны тестироваться ежегодно. С целью снижения эпидемиологических рисков медицинским организациям полагается проводить дополнительное обучение по ИК для всех студентов и других лиц обучающихся на базе медицинской организации. Также медицинским организациям, как говорилось ранее, полагается проводить обучение пациентов и их законных представителей по профилактике и контролю инфекций. Обучение необходимо фокусировать на конкретных

знаниях и навыках, которые понадобятся пациенту и законным представителям. Данное обучение не является обычным обменом информацией между персоналом и пациентами, который является, по сути, информированием, а не обучением. Лица, предоставляющие обучение, имеют предметные знания и коммуникативные навыки для проведения данного обучения. В случаях ухудшения показателей индикаторов по мониторингу инфекционного контроля, ответственными лицами должно проводиться дополнительное обучение персонала.

Следует отметить что, помимо стандартов национальной аккредитации, работа инфекционного контроля в период пандемии COVID-19, регламентировалось Постановлениями Главного государственного санитарного врача. К примеру, в Постановлении от 25 декабря 2020 года №67 указывалось о важности использования фильтр-кабинета, как главного фактора в предупреждении передачи инфекции. Согласно Постановлению, было указано о необходимости строгого разделения всех МО на «чистую» и «грязную» зону. Где к грязной зоне относится фильтр и изолятор. Все остальные помещения организации относятся к «чистой зоне» [27]. Далее, в Приказе МЗ РК от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» в Главе 6 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий на объектах здравоохранения» как и в стандартах национальной аккредитации, было отмечено, что для эффективной организации ИК необходимо разработать ПИК, которая должна выполнять учет и регистрацию внутрибольничных инфекций, анализ заболеваемости, проведение регулярного обучения персонала по вопросам инфекционного контроля. В случае выявления у пациента инфекционного заболевания переводить его в изолятор. При отсутствии изолятора, пациентов с инфекционным заболеванием необходимо переводить в соответствующие больницы. Также утверждалось о необходимости медицинского персонала, согласно рекомендациям ВОЗ соблюдать все этапы гигиены рук перед и после каждого медицинского действия [28].

Согласно выше сказанному, можно прийти к выводу, чтобы главными факторами в предупреждении передачи инфекций в медицинских организациях является соблюдение стандартов инфекционного контроля, критерии которого прописаны и принадлежат к национальным стандартам аккредитации. Поэтому, для своевременного выявления несоответствия стандартов аккредитации и разработке методов по улучшению организации ИК, необходимо мотивировать медицинские организации к участию аккредитации [29].

### **1.3 Международные требования к инфекционному контролю. «Пять стратегий ПИИК»**

С каждым днем информация о передаче SARS-CoV-2, возбудителя COVID-19, растет. Зачастую вспышки инфекций в МО обычно вызваны несоблюдением мер инфекционного контроля, что приводят к увеличению заболеваемости и смертности [30]. Основной целью инфекционного контроля является предупреждение передачи инфекций в медицинских организациях, снижение заболеваемости, летальности и экономического ущерба от передачи внутрибольничной инфекции (далее - ВБИ). В стандартах национальной аккредитации отмечалось о создании фильтр-кабинета, для своевременного выявления и предупреждения распространения инфекции внутри МО. Принимая во внимание влияние ВБИ важно, чтобы в больницах на основе международных и национальных стандартов аккредитации, исполнялись критерии инфекционного контроля [31]. Несоблюдение критериев ИК может привести к высокой частоте инфицирования, тем самым создавая угрозу МО включая медицинский персонал и пациентов.

В МО практика персонала, основанная на их знаниях, играет ключевую роль в достижении реализации программ инфекционного контроля. Основная проблема заключается не в отсутствии эффективных мер предосторожности и научно обоснованных руководств, а в том, что медицинские работники применяют эти меры несоответственно и недостаточно. Например, в странах с низким и средним уровнем дохода актуальна проблема несоответственной работы медработников. Важным определяющим фактором является - недостаток знаний, и неприменение основных мер инфекционного контроля, на практике, что приводит к числу заболеваний. Выявление существующих знаний и практики инфекционного контроля среди медицинских работников является первым шагом в реализации успешных программ инфекционного контроля [32]. При появлении инфекции, следует принять строгие меры по профилактике и контролю инфекции, включая изоляцию пациентов, гигиену рук, средства индивидуальной защиты, которые снимают при выходе из палаты пациента, и очистку окружающей среды для предотвращения распространения инфекций, это четко подчеркнуто в списке 100 основных показателей здоровья [33].

Программа инфекционного контроля разработана с целью профилактики и уменьшения распространения передачи случаев инфекций во время оказания медицинских и немедицинских услуг. Она включает выявление и регистрацию случаев, эпидемиологическое расследование случаев и вспышек заболеваний, выявление причин, условий и оценку рисков инфицирования и т.д. За внедрение и координацию Программы по инфекционному контролю несет Комиссия инфекционного контроля больницы (далее – КИК). КИК координирует взаимодействие специалистов, вовлеченных в работу по обеспечению ИК в больнице, мониторирует и оценивает выполнение Программы инфекционного контроля в целом. Председателем Комиссии инфекционного контроля назначается заместитель главного врача, заместителями председателя КИК – врач-эпидемиолог

больницы. Комиссия по инфекционному контролю разрабатывает программы по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий, анализирует предоставленные результаты и на их основании предлагает методы по улучшению мероприятий, проводит оценку по финансированию. По итогу, ожидаемыми результатами от реализации Программы инфекционного контроля являются [34]:

1. Профилактика и контроль инфекций;
2. Снижение затрат на лечение осложнений;
3. Профилактика заболеваемости персонала;

Меры по профилактике и контролю инфекций (далее - ПИИК) были приняты во всем мире в целях предотвращения распространения инфекций в больницах [33]. Целью инициативы ВОЗ по ПИИК в здравоохранении является - предоставление поддержки государствам-членам в пропаганде оказания высококачественной медицинской помощи для пациентов, медицинских работников и всех тех, кто связан с оказанием медицинской помощи и осуществлении этих целей экономически эффективным путем [35]. Профилактика инфекций и инфекционный контроль является важной частью укрепления системы здравоохранения в целях защиты пациентов и медицинских работников. Для достижения эффективных мер на вспышку COVID-19 должна быть принята программа ПИИК. Для осуществления инфекционного контроля в медицинских организациях в период пандемии COVID-19, рекомендуется полагаться на мировой опыт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Центра по Контролю заболеваемости (СДС). Так как ВОЗ играет ведущую роль в реагировании и помогает странам в разработке стратегий для предотвращения, обеспечения готовности к возникновению рисков, связанных с высоко-опасными инфекциями [36]. Согласно рекомендации ВОЗ, были разработаны «Пять стратегий ПИИК» по предотвращению или ограничению передачи COVID-19 в медицинских организациях: [35]

1. Скрининг, сортировка для раннего выявления пациентов с подозрением на COVID-19 и изоляция пациентов.

Скрининг - быстрое выявление пациентов с признаками и симптомами COVID-19. На входе в МО необходимо указать информацию для пациентов, которая будет указывать, куда им следует направляться для прохождения скрининга. Должна соблюдаться поточность пациентов на «чистую» и «грязную» зону, т.е. использовать фильтр-кабинеты. Что касается изоляции пациентов, если МО, не имеют достаточного количества изоляторов в отделениях неотложной помощи, то им необходимо выделить отдельную, хорошо проветриваемую зону ожидания для пациентов с подозрением на COVID-19.

2. Применение стандартных мер предосторожности для всех пациентов.

К стандартным мерам предосторожности при оказании медицинской помощи относятся: гигиена рук, гигиена дыхательных путей, использование СИЗ в соответствии с текущей оценкой риска, очистка и уборка окружающего пространства, безопасная утилизация отходов. Гигиена рук



считается одной из самых эффективных мер по предотвращению распространения инфекций, в том числе и COVID-19. Одним из самых главных принципов ВОЗ по гигиене рук является «Пять моментов для гигиены рук» [37]. Этот принцип соблюдается следующих пяти ситуациях: перед контактом с пациентом, выполнением абсолютной любой процедуры, а также после контакта с биологическими жидкостями, контакта с пациентом и контакта с окружающим пространством пациента. Использование средств индивидуальной защиты СИЗ, является основной частью инфекционного контроля. К средствам индивидуальной защиты относятся: перчатки, маски, одноразовые халаты, фартуки, колпаки, щитки, защитные экраны и очки. Перчатки – самый распространенный вид из средств защиты. Замена перчаток должна происходить при переходе от одного пациента к другому, при переходе от загрязненного участка к «чистому», при выполнении различных манипуляций с одним пациентом и если в случае перчатка была порвана в процессе использования. Медицинские маски можно использовать не больше чем 2 часа, после использования маски тщательно вымыть руки мылом.

### 3. Реализация дополнительных мер предосторожности.

По возможности пациентов следует разместить в хорошо проветриваемых одноместных палатах. Если нет свободных одноместных палат пациентов с COVID-19, то следует совместно размещать в хорошо проветриваемых палатах с койками, расположенными на расстоянии не менее 1 метра [35].

### 4. Реализация административного контроля.

Административные меры, касающиеся работников здравоохранения, подразумевают: обеспечение надлежащей подготовки работников здравоохранения, обеспечение надлежащего соотношения пациентов и медицинского персонала и мониторинг соблюдения работниками здравоохранения стандартных мер предосторожности [35].

### 5. Реализация контроля за состоянием окружающей среды и инженерно-технических систем.

Контроль над состоянием окружающей среды и инженерно-технических систем является неотъемлемой частью ПИИК и включает: стандарты для надлежащей вентиляции в конкретных зонах медицинских организаций, адаптированного проектирования конструкций и пространственного разделения.

Исходя из этого, можно сделать вывод что, соблюдение рекомендаций ВОЗ, прописанных в списке 100 основных показателей здоровья и разработка программ по профилактике распространения инфекционных заболеваний играет ключевую роль в международной безопасности в области здравоохранения, так как инфекционные заболевания представляют собой серьезную угрозу для здоровья человека [36].

## 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

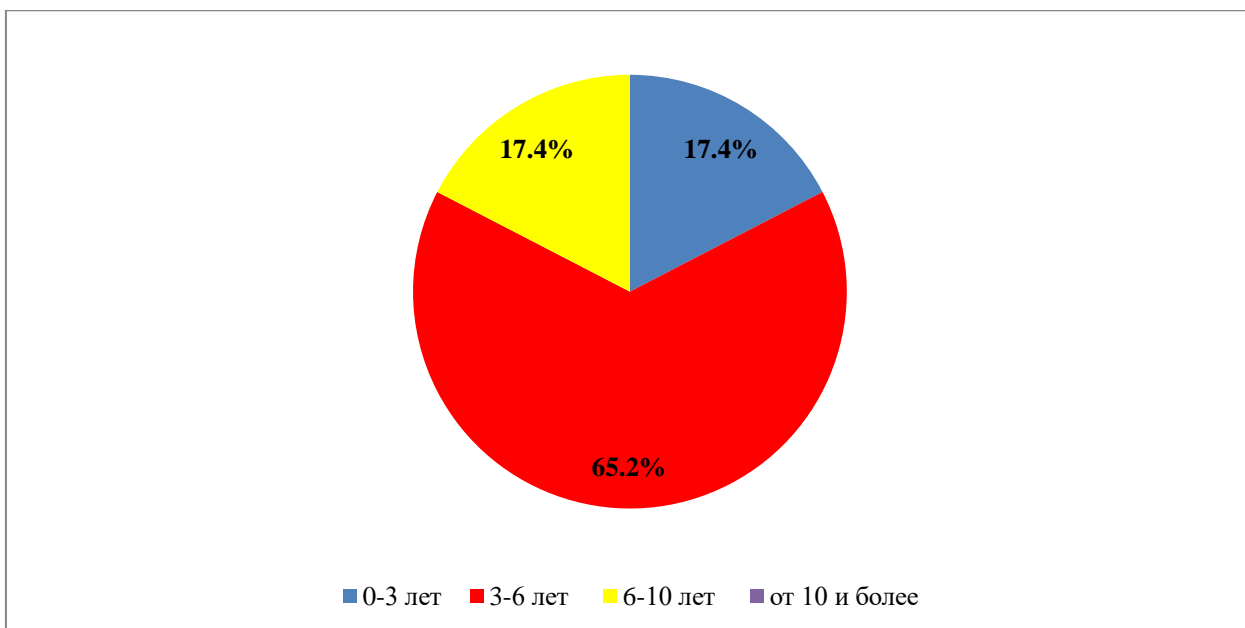
Основными источниками информации при написании дипломной работы, являлись данные социологического опроса и анализ оценочных листов. Объектами исследования являлись медицинские организации прошедшие национальную аккредитацию в области здравоохранения.

С разрешением НЦА, мы проверили анализ оценочных листов четырех медицинских организаций, прошедших национальную аккредитацию в период пандемии COVID-19. При анализе мы оценивали соблюдение стандартов главы 3 «Управление безопасностью». Далее, для получения наиболее достоверных результатов по вопросам ИК, в аккредитованных МО, у респондентов было проведено одномоментное поперечное исследование, в виде социологического опроса. Данный опрос проводился исключительно при добровольном согласии исследуемых. Анкетирование было разработано в онлайн формате google-опросника под названием «Социологический экспертов национальной аккредитации по соблюдению стандартов инфекционного контроля в аккредитованных медицинских организациях в период пандемии COVID-19». Анкетирование включало 17 вопросов, в котором общее количество анкетироваемых экспертов национальной аккредитации составило N=23.

## 2.1 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

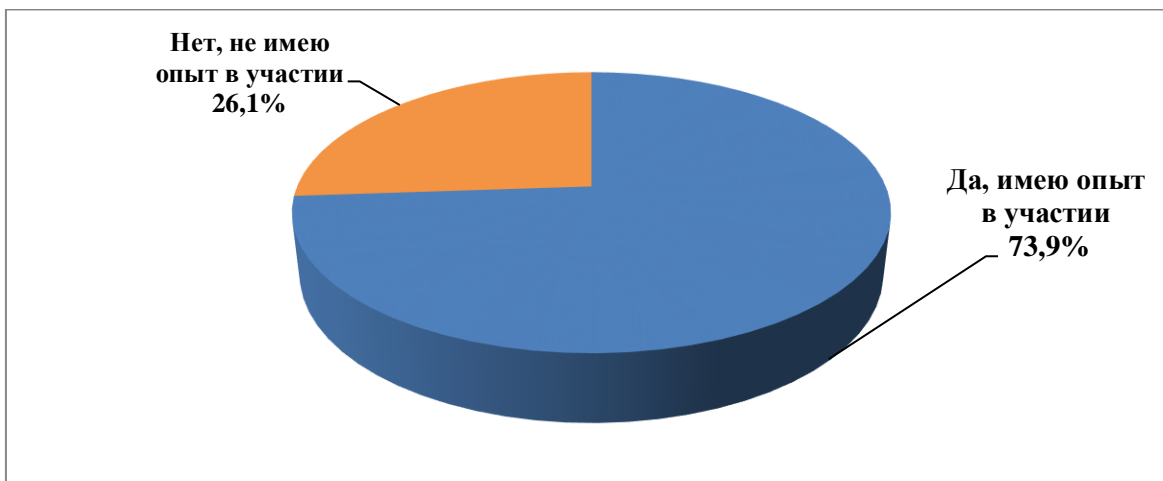
В социологическом опросе приняли участие 23 эксперта национальной аккредитации. Первые три вопроса были направлены на сбор паспортных данных экспертов.

Согласно рис.4 со стажем от 3-6 лет приняли участие 65,2% экспертов, со стажем от 0-3 лет 17,4% и от 6-10 лет 17,4% экспертов.



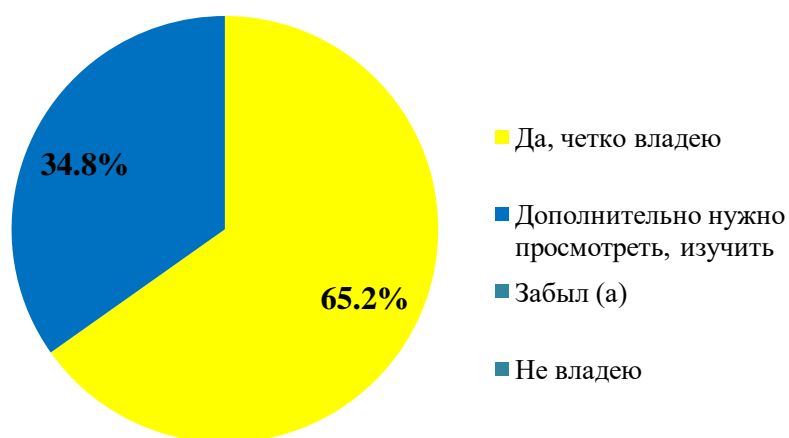
**Рисунок 4 – Стаж работы экспертов**

Как показано на рис.5 с опытом участия в национальной аккредитации в качестве эксперта по разделу "Инфекционный контроль" приняли участие 73,9% респондентов имеющих опыт и 26,1% респондентов, не имеющих опыт.

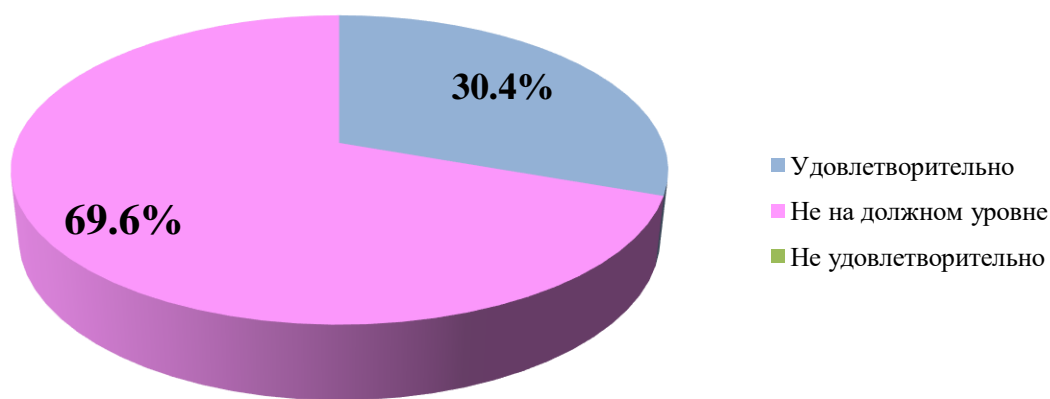


**Рисунок 5 – Опыт участия экспертов в аккредитации по разделу «Инфекционный контроль»**

На вопрос «Насколько Вы владеете требованиями Главы 3 параграфа 1 "Инфекционный контроль" стандартов аккредитации» изображенный на рис.6 были получены следующие данные: «да, четко владею», ответили 65,2% опрошенных и 34,83% ответили о дополнительном изучении и просмотре раздела «Инфекционный контроль», на выборку «забыл» (а) и «не владею» не было получено ответов.



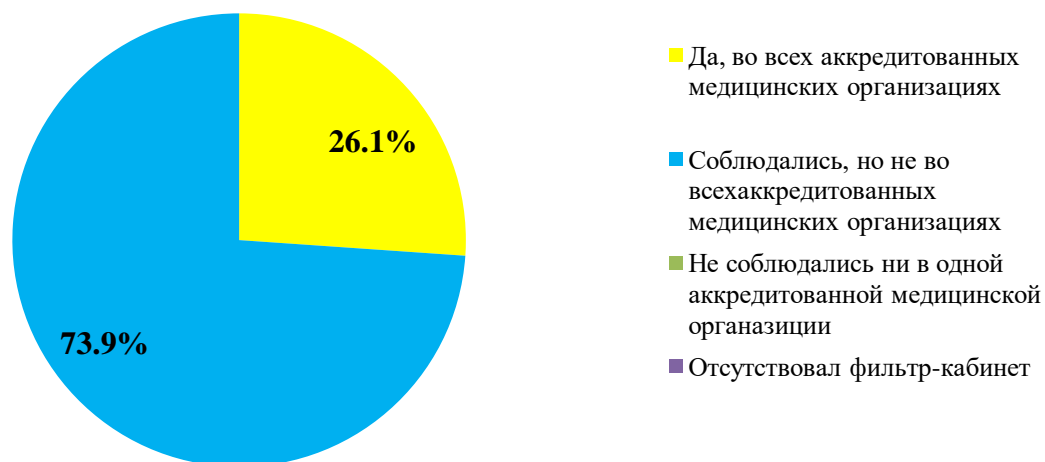
**Рисунок 6 – Самооценка экспертов на уровень владения стандартами инфекционного контроля национальной аккредитации**



**Рисунок 7 – Экспертная оценка работы КИК по выполнению программ инфекционного контроля**

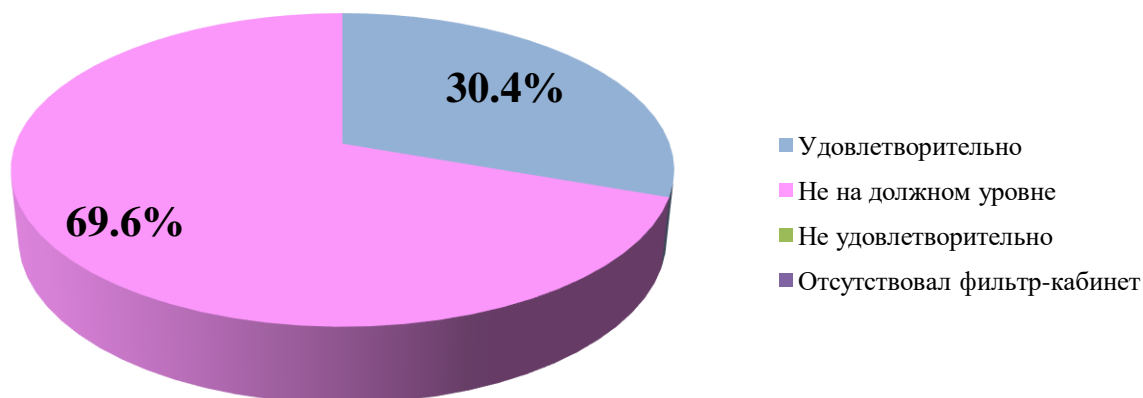
Согласно стандарту 29.0 критерию №2 на основании оценки эпидемиологических рисков, руководством медицинских организаций должны разрабатываться и утверждаться программы инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков, на данный вопрос 69,6% экспертов отметили, что работа КИК была не на должном уровне, 30,4% отметили о удовлетворенности работы КИК.

Еще одним немало важным фактором в соблюдении стандартов инфекционного контроля в аккредитованных МО в период коронавирусной инфекции, стал вопрос разделения пациентов на два потока, т.е при наличии симптомов ОРВИ, пациентов необходимо было направлять в фильтр-кабинет. По прописанному стандарту № 36 «Процедура изоляции» согласно критерию № 2, указывалось о необходимости в МО организовать фильтр-кабинет с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией. Теперь, давайте обратим внимание на рис.8 где, эксперты ответившие «да, соблюдались во всех аккредитованных МО» составило 26,1% и «соблюдались, но не во всех аккредитованных МО» отметили 73,9%. И, так как вопрос включал в себя три выборки, на ответ «не соблюдались ни в одной аккредитованной МО» и «отсутствовал фильтр-кабинет» не было получено результатов. Следовательно, как видно из рис.8, мы можем сказать, что требования к разделению поточности пациентов, соблюдались частично и не во всех аккредитованных МО, что являлось риском в распространении коронавирусной инфекции в медицинских организациях.



**Рисунок 8 – Соблюдение требований к разделению пациентов на два потока**

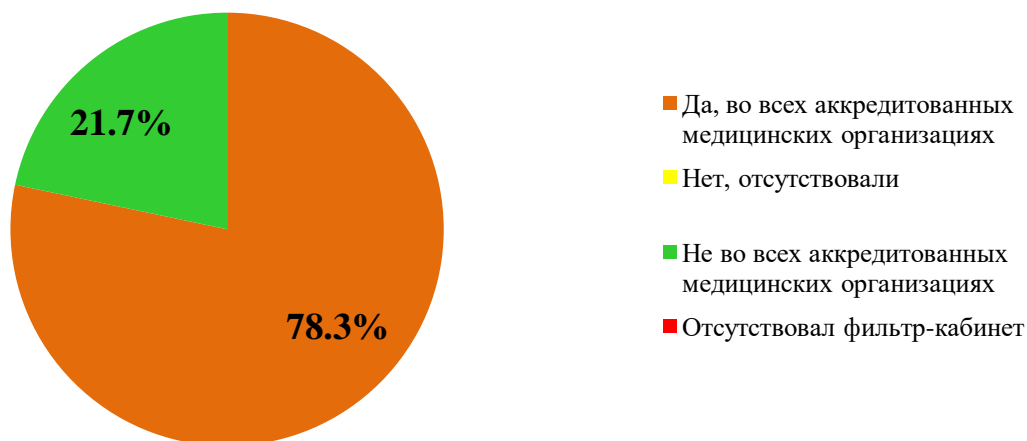
В следующем вопросе, который изображен на рис.9, экспертам необходимо было дать оценку организации фильтр-кабинетов в аккредитованных медицинских организациях. Так как, основная задача фильтр-кабинета – выявление и изоляция пациентов с симптомами ОРВИ. В результате, был сделан следующий вывод, что 69,6% отметили, что организация фильтр-кабинетов находилась не на должном уровне. 30,4% экспертов отметили, что работой фильтр-кабинетов были удовлетворены.



**Рисунок 9 – Оценка работы фильтр-кабинетов в аккредитованных медицинских организациях**

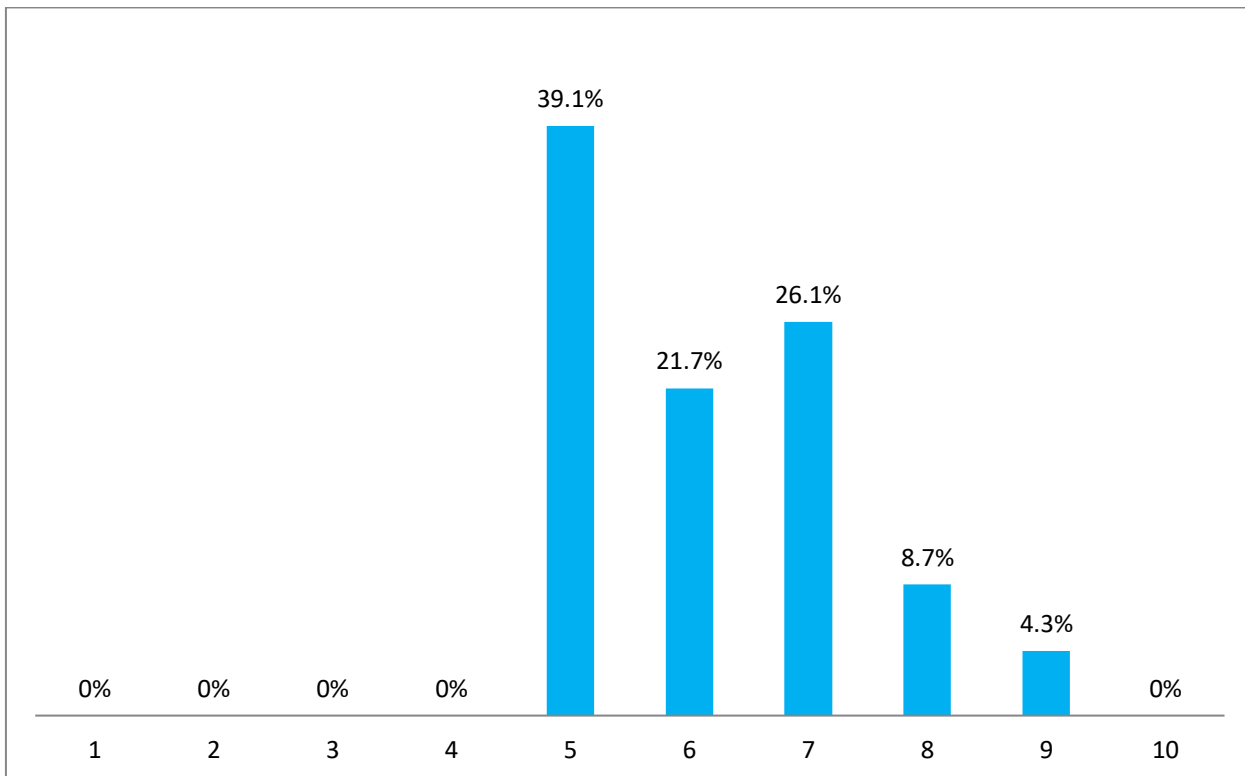
Следующий вопрос был направлен на наличие указательных знаков в «фильтр» кабинет при входе в аккредитованную медицинскую организацию. Согласно полученным данным, изображенным на рис.10 мы пришли к следующему выводу, что 78,3% респондентов ответили, о наличии

указательных знаков во всех аккредитованных медицинским организациях, 21,7% имелись, но не во всех аккредитованных медицинских организациях. Таким образом, мы можем сказать, что пациенты были правильно разделены по для соблюдения поточности пациентов.



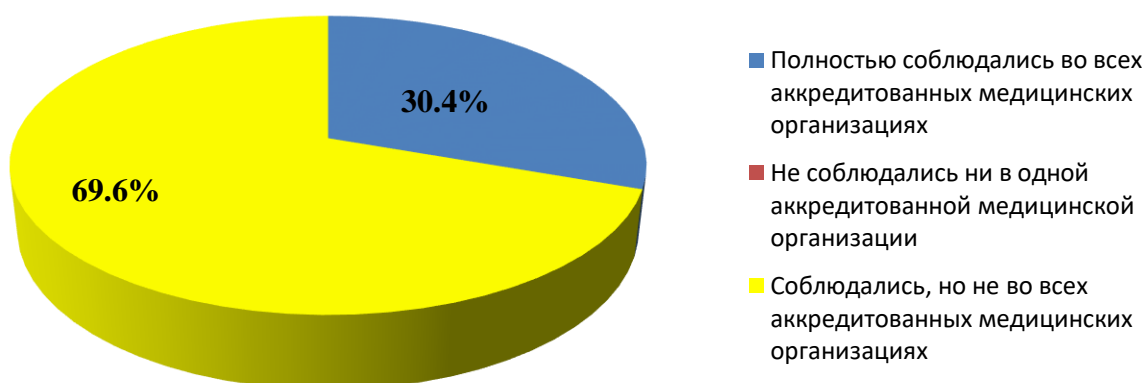
**Рисунок 10 – Наличие в аккредитованных медицинских организациях указательных знаков в фильтр-кабинет**

Согласно стандарту 37 «Обучение персонала по инфекционному контролю» критерия №1 и №2, медицинской организацией должно проводиться ежегодное обучение медицинского персонала в рамках ПИИК с момента их трудоустройства, а также проводить тестирование на определение уровня практических знаний. Таким образом, исходя, из рис.11, эксперты национальной аккредитации оценивали уровень знаний медицинского персонала по инфекционному контролю. Где, от 1-3 низкий показатель, 4-7 средний показатель и от 8-10 высокий показатель. Как мы видим, из рис. 11 большее количество респондентов, что составляет 39,1% экспертов - оценили уровень знаний медицинского персонала на 5 баллов, 26,1% на 7 баллов, на 6 баллов оценили 21,7%, на 8 баллов 8,7% и на 9 баллов оценили всего лишь 4,3%. Это свидетельствует нам о том что, уровень знаний медицинского персонала по инфекционному контролю был средним, общей сложностью- 86,9%. Высокий показатель составил-13,1%.



**Рисунок 11 – Оценка знаний медицинского персонала по инфекционному контролю в аккредитованных медицинских организациях**

Правила обработки рук медицинского персонала – важнейший компонент безопасности оказания медицинской помощи. Так как, мытье рук – наиболее эффективный метод предупреждения распространения микроорганизмов между персоналом и больными. Согласно полученным данным, как мы видим из рис.12, правила соблюдения обработки рук, как ответили 69,6% респондентов – соблюдались, но не во всех аккредитованных медицинских организациях, 30,4% респондентов отметили, что соблюдались во всех аккредитованных медицинских организациях.





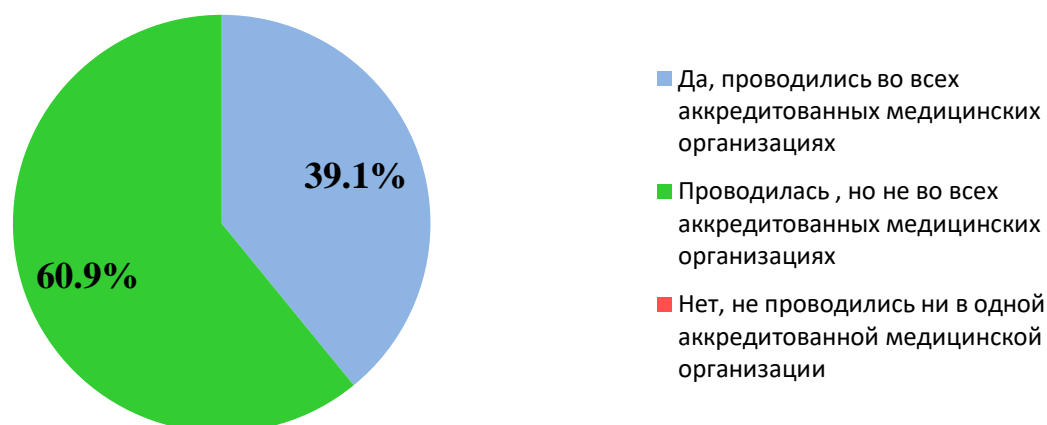
## Рисунок 12 – Соблюдение медицинским персоналом правил обработки рук

Так как утилизация медицинских отходов относится к мероприятиям, направленных на механизм передачи возбудителя инфекций, а также согласно стандарту 33 критерию №1 был сформирован следующий вопрос: «Была ли внедрена в аккредитованных медицинских организациях процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, классификация всех отходов, а также их своевременная утилизация?» Как мы видим из рис.13 на данный вопрос 60,9% респондентов ответили, что процедура была внедрена, но не во всех аккредитованных медицинских организациях и 39,1% респондентов ответили, что процедура была внедрена во всех аккредитованных медицинских организациях.



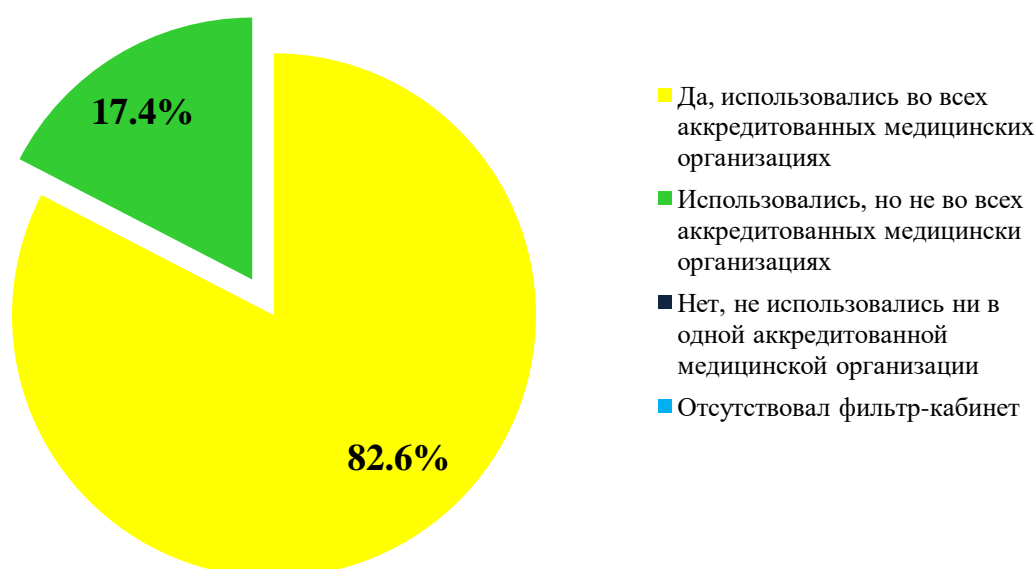
## Рисунок 13 – Внедрение процедуры по безопасному обращению с медицинскими отходами

О соблюдении стандарта 32 критерия №3 о проведении дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Где, медицинскому персоналу необходимо соблюдать этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов), были получены следующие данные 60,9% экспертов отметили о проведении данной процедуры, но не во всех аккредитованных медицинских организациях, 39,1% экспертов ответили о том что, дезинфекция и стерилизация проводилась во всех аккредитованных медицинских организациях.



**Рисунок 14 – Соблюдение поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне**

Затем, был поставлен вопрос об использовании СИЗ медицинским персоналом в фильтр-кабинетах. Ведь в связи с быстрым темпом распространения коронавирусной инфекции в период пандемии, остро встал вопрос об обеспечении и использования СИЗ для защиты медицинского персонала. Как мы видим, из рис.15, где 82,6% экспертов ответили, что СИЗ использовались во всех аккредитованных медицинских организациях» и 17,4% ответили, что СИЗ использовались, но не во всех аккредитованных МО. Обращая внимание на рисунок, мы видим и третью выборку «нет, не использовались» и «отсутствовал фильтр-кабинет», на которую не было получено результатов. Делая общий вывод, можно сказать что, практически весь медицинский персонал в период пандемии COVID-19 использовал СИЗ для защиты от инфекции.



## Рисунок 15 – Использование СИЗ медицинским персоналом в фильтр-кабинетах

Говоря о СИЗ, нередко в период пандемии, мы часто слышали, о проблемах связанные с нехваткой средств индивидуальной защиты медицинскому персоналу. Обращая внимание на рис. 16, можно увидеть, что практически половина аккредитованных МО в период пандемии COVID-19, ощущали проблему, с достаточным обеспечением СИЗ. Как прописано в стандарте 31 «Программа по инфекционному контролю» согласно критерию № 3, указывалось, что каждая медицинская организация, должна обеспечить себя достаточным количеством СИЗ. Согласно опросу 34,8% респондентов ответили, что проблем с обеспечением СИЗ не наблюдалось, 65,2% респондентов отметили, что медицинский персонал столкнулся с данной проблемой.

Важный момент в профилактике ВБИ у персонала - личная гигиена. Согласно стандарту 34 критерию №4 «В местах обработки рук должны соблюдаться следующие требования: должны быть установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук». Как мы видим из рис.17 на данный вопрос 65,2% респондентов отметили, что устройства для обработки рук были установлены согласно требованиям «да, во всех аккредитованных медицинских организациях» и 34,8% респондентов ответили «соблюдены, но не во всех аккредитованных медицинских организациях». Следовательно, большинство аккредитованных медицинских организаций соблюдали требования к процедуре обработки рук.

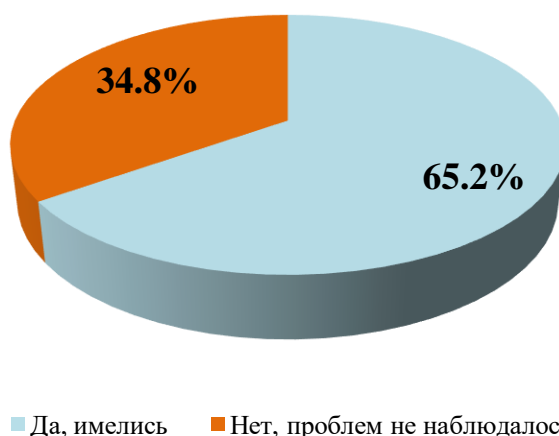
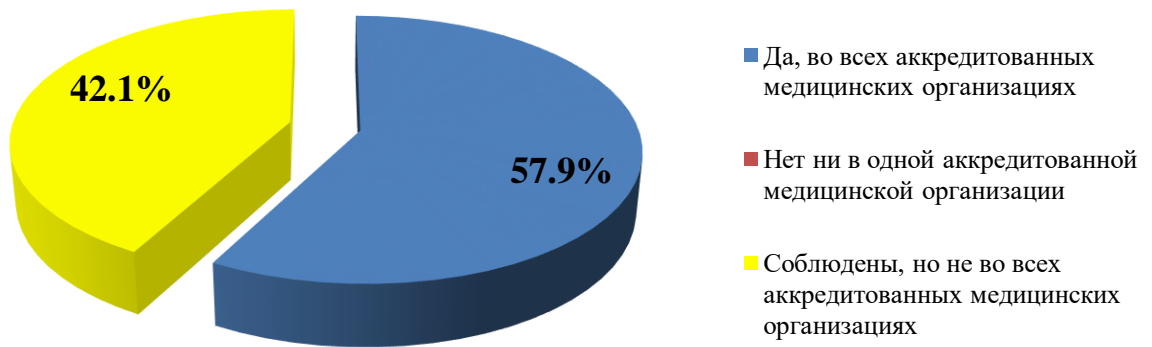


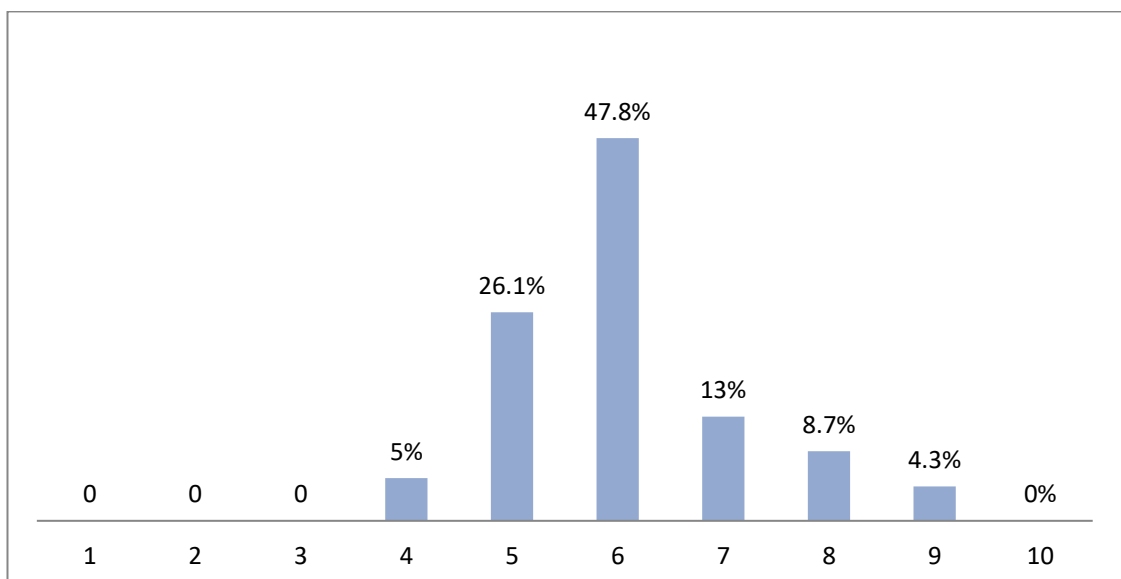
Рисунок 16 – Проблема с обеспечением достаточного количества СИЗ в период пандемии COVID-19



**Рисунок 17 – Экспертная оценка к требованиям установки раковин, антисептиков, салфеток и других средств**

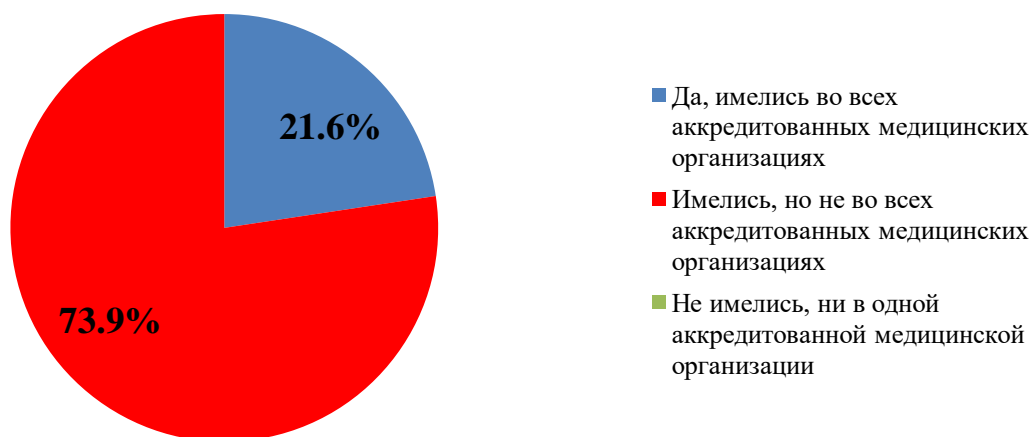
Следующий вопрос был направлен на оценку уровня умения медицинского персонала применять стандарты инфекционного контроля на практике. Где, от 1-3 низкий показатель, 4-7 средний показатель и от 8-10 высокий показатель.

По итогу опроса, на 4 балла оценили уровень знаний медицинского персонала – 5% экспертов, на 5 баллов – 26,1% экспертов, на 6 баллов – 47,8% экспертов, на 7 баллов – 13%, на 8 баллов – 8,7%, на 9 баллов -4,3%. Согласно полученным данным, можно сделать вывод о среднем показателе практических навыков медицинского персонала, общий показатель которого, составляет – 91,9%. Высокий показатель-13,1%.



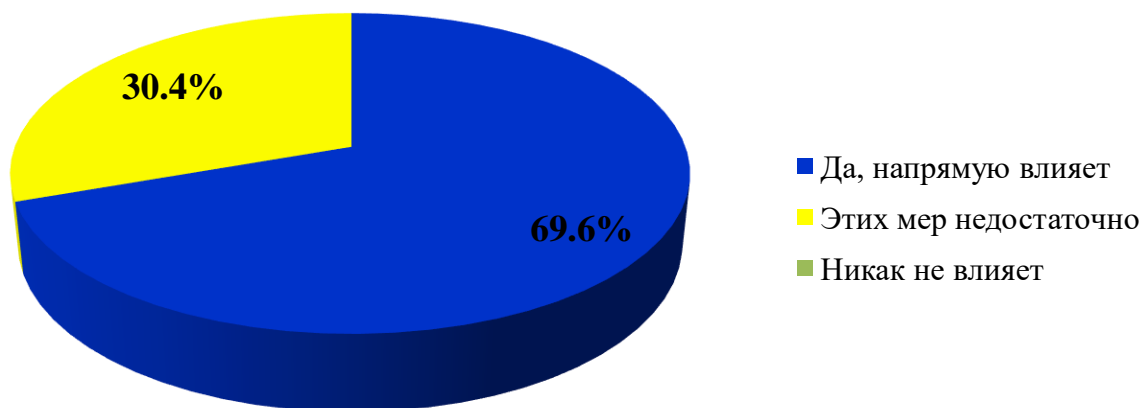
**Рисунок 18 – Экспертная оценка медицинского персонала на умение применять стандарты инфекционного контроля на практике**

Стандартные операционные (рабочие) процедуры – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу. «Имелись ли в аккредитованных медицинских организациях стандарты операционных процедур по инфекционному контролю?» 73,9% респондентов отметили о наличии СОПов, но не во всех аккредитованных МО «имелись, но не во всех аккредитованных медицинских организациях» и 26,1% респондентов отметили о наличии СОПов во всех аккредитованных медицинских организациях».



**Рисунок 19 – Наличие в аккредитованных медицинских организациях СОПов по инфекционному контролю**

Заключительным вопросом социологического опроса экспертов, являлся следующий вопрос: «Считаете ли Вы, что полное соблюдение стандартов инфекционного контроля напрямую влияют на снижение распространения инфекций в медицинских организациях?» Где, «да, напрямую влияет, ответили 69,6% респондентов и 30,4% отметили, что данных мер недостаточно. Этим самым, большая часть экспертов подчеркнули о значимости соблюдения стандартов инфекционного контроля в медицинских организациях, прошедших национальную аккредитацию.

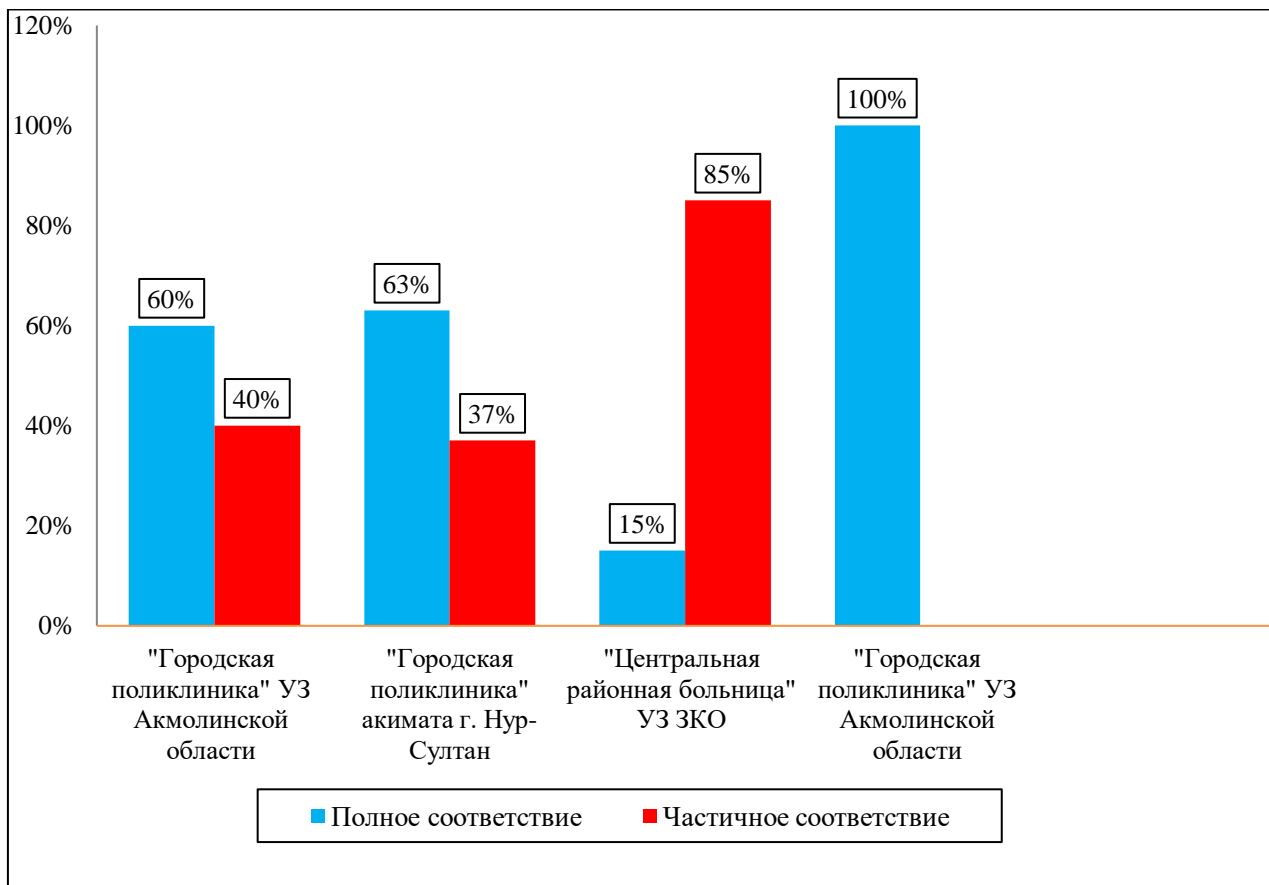


**Рисунок 20 – Экспертное мнение о значимости соблюдения стандартов инфекционного контроля в снижении распространения инфекций в медицинских организациях**

## **2.2 Анализ оценочных листов внешней комплексной оценки экспертов национальной аккредитации**

С разрешением Национального центра аккредитации по качеству в здравоохранении нами были получены оценочные листы медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в период за 2020-2022 года. Проанализировав оценочные листы четырех медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, данные медицинских организаций конфиденциальны. На рис.21, мы видим результаты проведения ВКО четырех медицинских организаций, это: «Городская поликлиника» УЗ Акмолинской области, «Городская поликлиника» акимата г.Нур-Султан, «Городская поликлиника» УЗ Западно-Казахстанской области и «Городская поликлиника» УЗ Акмолинской области.

В «Городской поликлинике» Акмолинской области, согласно рис.21 частичного соответствия стандартов инфекционного контроля составило 66%, полного соблюдения – 34%. В «Городской поликлинике» акимата г.Нур-Султан полного- 63%, частичного-37%. В «Городской поликлинике» УЗ Западно-Казахстанской области полного соблюдения- 15%, частичного соблюдения- 85%.В «Городской поликлинике» УЗ Акмолинской области наблюдалось 100% соблюдение всех стандартов инфекционного контроля.



**Рисунок 21 – Полное и частичное соответствие стандартов инфекционного контроля, в медицинских организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь**

Проанализировав оценочный лист «Городской поликлиники» Акмолинской области, согласно таблице 2, были выявлены следующие частичные нарушения:

Стандарт 29 критерий №1 – Проведенный анализ результатов инфекционного контроля не содержал оценку эпидемиологических рисков. Не предоставлялась возможность отследить, что результаты анализа использовались при разработке Программы на предстоящий календарный год.

Стандарт 29 критерий №2- Не были предоставлены результаты мониторинга индикаторов.

Стандарт 29 критерий №3 – Не определены возможные очаги инфекций, а также связанные с ними медицинские устройства и процедуры, на которых необходимо сконцентрировать усилия по профилактике и снижению рисков и случаев ВБИ. Не предоставлены данные по мониторингу инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Стандарт 29 критерий №4- Протоколы Комиссии инфекционного контроля не содержат конкретных решений и мер по повышению инфекционной безопасности пациента. При проведении трейсеров выявлены

случаи использования просроченного стерильного материала (ватные шарики) в доврачебном, процедурном и прививочном кабинетах.

Стандарт 29 критерий №5 – Не предоставлены рекомендации для улучшения деятельности МО по вопросам инфекционного контроля. Не предоставлялась возможность отследить, что результаты анализа используются при разработке Программы на предстоящий календарный год.

Стандарт 31 критерий №1 и №5 и стандарт 35 критерий №3 в котором, персоналом допускались нарушения, в отношении использования СИЗ, где, в фильтр-кабинете после 5 принятых пациентов, не было ни одной пары использованных перчаток в контейнере для безопасной утилизации медицинских отходов. При проведении трейсера «Пациент с ООИ», бригада в одноразовых костюмах прибыла с интервалом больше 20 мин, т.е. были нарушены временные рамки.

Далее, стандарт 31 критерий №4, где не во всех местах, где моют и обрабатывают руки, имелись раковины с проточной водой, мыло, антисептики и СОП по «Гигиене рук».

Следующими нарушениями были выявлены в стандартах 34 критерий №2 и стандарт 35 критерий №2. Здесь, в ПМСП фильтр-кабинет не был оборудован отдельным входом.

Стандарт 35 критерий №4 и стандарт 36 критерий №4 - Не предоставлены подтверждающие документы о том, что проводится обучение пациентов и их законных представителей с инфекцией, включая гигиену рук мероприятиям инфекционного контроля с росписями обученных.

Стандарт 35 критерий №5 – При опросе персонал (2 из 3 опрошенных) нечетко знает алгоритм проведения уборки, обработки рук помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки.

Стандарт 36 критерий №1, №2, №5 – Несмотря на регулярное проведение обучения, тестирования при проведении трейсеров и опросов персонал (5 из 11) допускал нарушения требований стандартов мытья рук.

Далее, по результатам ВКО «Городской поликлиники» акимата г. Нур-Султан, согласно таблицы 2, частично соблюдались следующие стандарты:

Стандарт 29 критерий №1. В котором, не в полном объеме были предоставлены анализы эффективности системы инфекционного контроля, включая оценку рисков и был проведен не полный анализ заболеваемости ВБИ.

Далее, стандарт 29 критерий № 2 - не проводился мониторинг потенциальных рисков, отсутствовал план действий по устранению или снижению рисков. В плане работы службы инфекционного контроля по инфекционному контролю на текущий календарный год не указаны достижимые и измеримые задачи по снижению рисков.

Стандарт 29 критерий №3- не проводился мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ВБИ).



Стандарт 31 критерий №4- При проведении трейсера в двух отделениях висели многоразовые полотенца, не были установлены диспансеры для одноразовых полотенец.

В полном соответствии были соблюдены критерии касающихся СИЗ, гигиены рук, наличие достаточной документации (в частности СОПы), изоляции пациентов, ежегодного обучения и тестирования медицинского персонала по инфекционному контролю.

Следующей медицинской организацией изображенной на рис.21 является результат ВКО в «Городской поликлинике» УЗ Западно-Казахстанской области, согласно таблицы 2, мы наблюдаем частичное нарушение следующих стандартов это:

1. С персоналом не проводился инструктаж и периодическое обучение по практическим навыкам использования защитных средств.

2. Не во всех подразделениях имелись локтевые краны и алгоритм обработки рук был размещен не во всех местах для мытья рук.

3. Не весь персонал знал правила обращение по сбору, хранению, транспортировке медицинских отходов. При выявлении и изолировании инфекционных пациентов на двери изолятора не вывешивались предупреждающие знаки.

4. Отсутствовал журнал регистрации по обучению пациентов с инфекцией.

5. Не во всех подразделениях, персонал четко владел знаниями в области санитарно-эпидемиологических требований.

Стандарты инфекционного контроля	«Городская поликлиника» УЗ Акмолинской области	«Городская поликлиника» акимата г. Нур-султан	«Городская поликлиника» УЗ ЗКО	«Городская поликлиника» УЗ Акмолинской области
29.0 «Комиссия по инфекционному контролю»	50%	50%	50%	100%
30.0 «Программа по инфекционному контролю»	<b><u>90%</u></b>	80%	80%	100%
31.0 «Процедуры по инфекционному контролю»	70%	<b><u>90%</u></b>	80%	100%
32.0 «Дезинфекция, стерилизация, прачечная»	60%	70%	60%	100%
33.0 «Безопасное				

обращение с медицинскими отходами»	80%	<b><u>100%</u></b>	60%	100%
34.0 «Инженерные системы и ремонтные работы»	80%	80%	60%	100%
35.0 «Процедура изоляции»	50%	70%	50%	100%
36.0 «Обучение по инфекционному контролю»	50%	70%	50%	100%

**Таблица 1 – Соблюдение стандартов инфекционного контроля в разрезе четырех медицинских организаций, на примере ГП г.Нур-Султан, ЗКО и Акмолинской области**

Во всех трех МО частично исполнялись следующие стандарты:

29.0- Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю. Здесь, согласно измеримым критериям не в полном объеме были предоставлены анализы эффективности системы ИК, не проводился мониторинг потенциальных рисков, а также инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ВБИ)

31.0 - Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля. Здесь, согласно измеримым критерием стандарта с медицинским персоналом не проводился инструктаж и периодическое обучение практическим навыкам использования СИЗ. К примеру, в городской поликлинике Акмолинской области в фильтр-кабинете после 5 принятых пациентов не было обнаружено ни одной пары использованных перчаток, хотя были помещены использованные одноразовые шпатели в количестве пяти штук. Не во всех подразделениях имелись локтевые краны и алгоритм обработки рук

32.0 - Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* Здесь, согласно измеримым критерием стандарта не весь персонал знал правила обращения по сбору, хранению, транспортировке медицинских отходов.

33.0 - Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами. Здесь, согласно измеримым критерием стандарта

34.0- Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ.

35.0- Процедура изоляции. В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционных) пациентов. Здесь, согласно измеримым критерием стандарта не предусмотрен лист оценки возможных факторов риска и меры по их предупреждению и минимизации.

36.0- Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю. Здесь, согласно измеримым критерием стандарта

Не во всех подразделениях медицинский персонал четко владел знаниями в области санитарно-эпидемиологических требований 1 из 4 опрошенных (не знал)

Во всех трех медицинских организаций полностью соответствовали исполнению следующие стандарты:

30.0 Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю. Где, в медицинских организациях согласно Приказу МЗ РК от 15 января 2013 года были разработаны и утверждены программы инфекционного контроля «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях.

30.4 - Руководство предоставляла необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля

30.5- Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении хотим сказать, что в период пандемии COVID-19 работа инфекционного контроля в медицинских организациях была недостаточно поставлена так как, значимость исполнения стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации в период пандемии COVID-19 играла большую роль. Важной задачей врачей всех специальностей является защита пациентов и медицинского персонала от распространяющейся вирусной инфекции. Огромное значение имеет тщательное соблюдение регламентированных правил, направленных на инфекционную безопасность, поскольку только максимально ответственный подход к профилактике распространения вируса, а также общие усилия, позволят создать прочный барьер против распространений инфекций. Следует отметить, что медицинские организации уже давно считаются источником передачи других инфекций внутри больниц. Размещение пациентов, изолированных от тех, кто не инфицирован, соблюдение гигиены рук, ношение соответствующих средств индивидуальной защиты, умение персонала применять стандарты инфекционного контроля на практике, а также тщательная очистка и дезинфекция окружающей среды - все это признано важными мерами по предотвращению и контролю распространения инфекций в медицинской организации. Отсюда следует, что такие же меры должны быть приняты и для предотвращения распространения COVID-19. Проведенное нами исследование, в виде социологического опроса охватило достаточное количество выборки, 19 экспертов национальной аккредитации прошли анонимный социологический опрос google-форме. Согласно данным, можно сделать вывод оценки экспертов национальной аккредитации. По этим данным можно сказать, что большинство аккредитованных МО частично исполняли и соблюдали стандарты инфекционного контроля в период пандемии COVID-19, что в свою очередь увеличивает риск распространения инфекционных заболеваний, в том числе и короновиральной инфекции.

Были выявлены основные несоответствия в соблюдении стандартов национальной аккредитации такие как, слабый уровень знаний медицинского персонала, несоблюдение медицинским персоналом правил обработки рук, средний показатель умения медицинским персоналом применять стандарты инфекционного контроля на практике, а также не все медицинские организации соблюдали требования к разделению потока пациентов на «чистую» и «грязную» зону.

Также, в случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, комиссией по инфекционному контролю согласно оценочным листам трех медицинских организаций не были предприняты дополнительные меры для повышения инфекционной безопасности. Следующее, по критерию процедуры изоляции в кабинете фильтр были нарушения по несоблюдению поточности пациентов на «чистую» и «грязную» зону. Медицинский персонал не осознавал роль и значимость соблюдения стандартов инфекционного контроля.

## ВЫВОДЫ

Исходя из задач исследования, были установлены следующие выводы:

1. Изучение зарубежной и отечественной литературы в области аккредитации показал, что все медицинские организации в мире стремятся соответствовать мировым стандартам, так как основной задачей аккредитации, является гарантия качества оказываемых услуг и безопасность, как пациентов, так и медицинских работников.

2. Согласно полученным данным социологического опроса, в ходе анализа стандартов инфекционного контроля, было выявлено самое распространенное несоблюдение стандарта во всех МО, это стандарт 37 – слабый уровень знаний медицинского персонала. Где, средний показатель знаний медицинского персонала от 4 до 7 баллов составило- 86,9%.

3. Единственный стандарт, который полностью соблюдался в большей части аккредитованных медицинских организациях, являлся стандарт 36. Где, 82,6% респондентов указали об использовании СИЗ медицинским персоналом во всех аккредитованных МО в период пандемии COVID-19.

Согласно оценочным листам экспертов внешней комплексной оценки 100% соблюдение стандартов по инфекционному контролю наблюдалось только в одной медицинской организации, в остальных трёх медицинских организациях – выявлено частичное (50%) соблюдение стандартов национальной аккредитации, что говорит о нарушениях в соблюдении стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации в период пандемии COVID-19.

1. Полное соблюдение всех стандартов инфекционного контроля наблюдалось только в «Городской поликлинике» УЗ Акмолинской области.

2. Самый высокий показатель несоблюдения стандартов инфекционного контроля наблюдалось в «Городской поликлинике» УЗ ЗКО, что составило 85%. Полного соблюдения – всего лишь 15%.

3. В Городских поликлиниках Акмолинской области и г. Нур-Султан частичного соблюдения составило 60% и 63%. Полного соблюдения составило – 40% и 37%.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

В соответствии с задачами и выводами исследования были установлены следующие практические рекомендации:

1. Проведение постоянного мониторинга оценки соблюдения стандартов инфекционного контроля, методом непосредственного наблюдения за осуществлением процедур, выявлений несоответствий.
2. Перед процедурой аккредитации, проводить самооценку деятельности медицинской организации на соответствие стандартам аккредитации.
3. Проводить оценку соответствия знаний и практических навыков медицинского персонала требованиям стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации;
4. Проводить непрерывное обучение медицинского персонала с целью предоставления необходимых знаний навыков и требований стандартов инфекционного контроля национальной аккредитации.
5. Повышение мотивации медицинских работников, путем дополнительных вознаграждений, поощрений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China.
2. McMichael TM, Clark S, Pogojans S, et al. COVID-19 in a Long-Term Care Facility - King County, Washington, February 27-March 9, 2020.
3. Менеджмент качества «Аккредитация» Электронный доступ: [<https://www.kpms.ru/Akkreditation/Akkreditation.htm>]
4. Статья «Международная аккредитация медучреждений». Электронный доступ: [<http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification>]
5. Айнура Айыпханова «Международная аккредитация JCI: конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг и залог защиты организации в суде. Электронный доступ: [<https://bestprofi.com/document/1290527052;jsessionid=464D9E3BF87F0E53076C8C9C053CD4DD?0>]
6. Статья «Who is Joint Commission International» Электронный доступ: [<https://www.worldhospitalsearch.org/the-value-of-jci-accreditation/who-is-joint-commission-international>]
7. Аккредитация медицинских учреждений: новые перспективы для частного сектора. Электронный доступ: [[https://baigenews.kz/analysis/analytics/akkreditatsiya\\_medorganizatsii/](https://baigenews.kz/analysis/analytics/akkreditatsiya_medorganizatsii/)]
8. В. В. Шкарин, О. С. Михальченко «Сертификат соответствия стандартам JCI как инструмент для привлечения медицинских туристов» Электронный доступ: [<https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1580460130-bulletin-2018-4-3505.pdf>]
9. Менеджмент качества, Стандарты JCI. Электронный доступ: [[https://www.kpms.ru/Standart/JCI\\_Standard.htm](https://www.kpms.ru/Standart/JCI_Standard.htm)]
10. Статья «The value of JCI Accreditation». Электронный доступ: [<https://www.worldhospitalsearch.org/the-value-of-jci-accreditation/>]
11. Статья «Аккредитация медицинской организации как фактор развития компании». Электронный доступ: [<https://a.mediker.kz/press/news/554>]
12. Статья Аккредитация JCI. Электронный доступ: [<https://www.memorialturkey.com/what-is-jci>]
13. Палевская Светлана Александровна «Стандартизация в здравоохранении. Стандарты JCI и их внедрение».
14. University Medical Center. Международная аккредитация JCI. Электронный доступ: [<http://umc.org.kz/2019/10/15/mezhdunarodnaya-akkreditatsiya-jci/>].
15. Статья «Аккредитация JCI способствует дальнейшему развитию казахстанского здравоохранения». Электронный доступ: [<https://med.mcfr.kz/news/415-akkreditatsiya-jci-sposobstvet-dalneysheму-razvitiyu-kazahstanskogo-zdravoohraneniya>]

- 16.Статья РЦРЗ «Четвертый сертификат соответствия международным принципам ISQua» Электронный доступ: [<http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-50-44/press-reliz/794-27092017>]
- 17.«Национальная система аккредитации медицинских организаций в Казахстане», Астана, 2017.
- 18.Новые стандарты аккредитации для медицинских организаций утвержденные Министерством Здравоохранения РК Электронный доступ: [[https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31909375#pos=3;-81](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31909375#pos=3;-81)]
- 19.Статья «Новые стандарты аккредитации для медицинских организаций утверждены Министерством Здравоохранения РК». Электронный доступ: [<http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-50-44/press-reliz/1288-id-1288-reliz>].
- 20.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения"
- 21.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года № 325 «О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций». Приложение 2. Глава 3: Управление безопасностью. Параграф 1: Инфекционный контроль.
- 22.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения».
- 23.Жубриков Сергей «Опыт Республики Казахстан в построении новой системы подготовки управленческих кадров», Нур-Султан, 2015 г. Электронный доступ: [[https://kafedroziz.ru/images/50\\_let/zhubrikov.pdf](https://kafedroziz.ru/images/50_let/zhubrikov.pdf)].
- 24.Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 25.Сайт Рцрз, Статистика аккредитованных медицинских организаций в Казахстане на первое полугодие 2021 года. Электронный доступ: [<https://acqh.kz/>]
- 26.Официальный сайт Республиканского центра развития здравоохранения. Раздел Стандарты аккредитации. Электронный доступ: [<https://acqh.kz/standarts>].
27. Постановление Главного санитарного врача Республики Казахстан от 25 декабря 2020 года № 67 О дальнейшем усилении мер по предупреждению заболеваний коронавирусной инфекцией среди населения Республики Казахстан.
28. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020. «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения». Глава 6. Санитарно-эпидемиологические требования к



- организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий на объектах здравоохранения
29. РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, Каупбаева Б.Т., Жаркенов Е.А., Бижигитова Р.Е. «Снижение внутрибольничных инфекций посредством усиления соблюдения гигиены рук в медицинских организациях».
  30. Vincent C.C. Cheng, MD Josepha W.M. Tai, PhD, Lisa M.W. Wong, MSc (IC) «Effect of proactive infection control measures on benchmarked rate of hospital outbreaks: An analysis of public hospitals in Hong Kong over 5 years» June 06, 2015. Электронный доступ: [[https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(15\)00469-1/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(15)00469-1/fulltext)]
  31. Alessandra Lyrio Barbosa Giroti, Adriano Menis Ferreira, Marcelo Alessandro Rigotti. «Программы инфекционного контроля в больницах: оценка структуры и показателей процесса». Электронный доступ: [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100437&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100437&lng=pt&tlng=pt)]
  32. La Thi Quynh Lien, Nguyen Thi Kim Chuc, Nguyen Quynh Hoa, Pham Thi Lan «Knowledge and self-reported practices of infection control among various occupational groups in a rural and an urban hospital in Vietnam». Электронный доступ: [<https://www.nature.com/articles/s41598-018-23462-8>]
  33. J. Jerry, E.O'Regan, L.O'Sullivan, M.Lynch, D.Brady. «Do established infection prevention and control measures prevent spread of SARS-CoV-2 to the hospital environment beyond the patient room?». Электронный доступ: [[https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30311-X/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30311-X/fulltext)].
  34. «Правила инфекционного контроля». Электронный доступ: [[https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=32273255#pos=6;-116](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32273255#pos=6;-116)]
  35. Материалы второго совещания ВОЗ Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении, Женева, Швейцария «Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля». Электронный доступ: [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332879/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4-rus.pdf>]
  36. Информационный бюллетень ВОЗ «Борьба с инфекционными заболеваниями» Апрель, 2020 год. Электронный доступ: [<https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/181.html>]
  37. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) . Рекомендации ВОЗ по гигиене рук при оказании медицинской помощи: первая глобальная проблема безопасности пациентов - чистый уход - более безопасный уход . В: Чистая забота - более безопасная забота . Женева : Всемирная организация здравоохранения.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Социологический опрос экспертов национальной аккредитации по соблюдению стандартов инфекционного контроля в аккредитованных медицинских организациях в период пандемии COVID-19

**1. Укажите Ваш стаж работы экспертом?**

- a. 0-3
- b. 3-6
- c. 6-10
- d. От 10 и более

**2. Имеете ли Вы опыт участия в национальной аккредитации в качестве эксперта по разделу "Инфекционный контроль"?**

- a. Да, имею опыт в участии
- b. Нет, не имею опыт в участии

**3. На сколько Вы владеете требованиями Главы 3 параграфа 1 "Инфекционный контроль" стандартов аккредитации?**

- a. Да, четко владею
- b. Дополнительно нужно просмотреть и изучить
- c. Забыл(а)
- d. Не владею

**4. В ходе проведения аккредитации, в которой Вы участвовали, разрабатывались ли руководством аккредитованной медицинской организации программа и план работы по инфекционному контролю в период пандемии COVID-19?**

- a. Да, во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Нет, ни в одной аккредитованной медицинской организации
- c. Не во всех аккредитованных медицинских организациях

**5. Соблюдались ли в аккредитованных медицинских организациях требования к разделению пациентов на два потока в фильтр-кабинетах в период COVID-19?**

- a. Да, во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Соблюдались, но не во всех аккредитованных медицинских организациях

- c. Не соблюдались ни в одной аккредитованной медицинской организации
- d. Отсутствовал фильтр-кабинет

**6. Как вы оцениваете работу в фильтр-кабинетах в аккредитованных медицинских организациях в период пандемии COVID-19?**

- a. Удовлетворительно
- b. Не на должном уровне
- c. Не удовлетворительно
- d. Отсутствовал фильтр-кабинет

**7. Были ли размещены при входе в аккредитованную медицинскую организацию указательные знаки в «фильтр» кабинет?**

- a. Да, во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Нет, отсутствовали
- c. Не во всех аккредитованных медицинских организациях

**8. Как вы оцениваете уровень знаний медицинского персонала в аккредитованных медицинских организаций по инфекционному контролю?**

Шкала от 1-10

**9. В медицинской организации, где проведена аккредитация, соблюдались ли медицинским персоналом правила обработки рук?**

- a. Полностью соблюдались во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Не соблюдались ни в одной аккредитованной медицинской организации
- c. Соблюдались, но не во всех аккредитованных медицинских организациях

**10. Была ли внедрена в аккредитованных медицинских организациях процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, классификация всех отходов, а также их своевременная утилизация?**

- a. Да, во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Внедрена, но не во всех аккредитованных медицинских организациях
- c. Ни в одной аккредитованной медицинской организации

**11. Проводилась ли в аккредитованных медицинских организациях дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне?**

- a. Да, проводились во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Проводилась , но не во всех аккредитованных медицинских организациях
- c. Нет, не проводились ни в одной аккредитованной медицинской организации

**12. В аккредитованных медицинских организациях, использовались ли медицинским персоналом средства индивидуальной защиты в фильтр-кабинетах?**

- a. Да, использовались во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Использовались, но не во всех аккредитованных медицинских организациях
- c. Нет, не использовались ни в одной аккредитованной медицинской организации
- d. Отсутствовал фильтр-кабинет

**13. Наблюдались ли проблемы с обеспечением достаточного количества СИЗ в аккредитованных медицинских организациях?**

- a. Да, имелись
- b. Нет, проблем не наблюдалось

**14. В медицинской организации, где проводилась аккредитация, были ли соблюдены следующие требования: в местах обработки рук были ли установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук?**

- a. Да во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Нет ни в одной аккредитованной медицинской организации
- c. Соблюдены, но не во всех аккредитованных медицинских организациях

**15. Оцените уровень умения медицинского персонала применять стандарты инфекционного контроля на практике?**

Шкала от 1-10

**16. Имелись ли в аккредитованных медицинских организациях стандарты операционных процедур по инфекционному контролю?**

- a. Да, имелись во всех аккредитованных медицинских организациях
- b. Имелись, но не во всех аккредитованных медицинских организациях
- c. Не имелись, ни в одной аккредитованной медицинской организации

**17. Считаете ли Вы, что исполнение стандартов инфекционного контроля напрямую влияют на снижение распространения коронавирусной инфекции в медицинских организациях?**

- a. Да, напрямую влияет
- b. Этих мер недостаточно
- c. Никак не влияет