Министерство здравоохранения
и социальной защиты населения
Республики Таджикистан

ЮНИСЕФ
для каждого ребенка

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Отчёт о заключительной оценке



Душанбе 2025



Министерство здравоохранения
и социальной защиты населения
Республики Таджикистан

ЮНИСЕФ
для каждого ребенка

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Отчёт о заключительной оценке

Душанбе 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Список рисунков	5
Список таблиц	7
РЕЗЮМЕ	11
ЧАСТЬ 1. ОСНОВНОЙ ОТЧЁТ	26
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ	26
Управление и нормативная база ПИИК	26
Институциональная роль в укреплении ПИИК	28
Обоснование	29
Область применения оценки	30
Цели и задачи заключительной оценки	31
Методология заключительной оценки	31
Выбранные медицинские учреждения	33
Сбор данных и анализ	34
Качество полевых работ	35
Этические вопросы оценки	36
Ограничения и трудности заключительной оценки	36
ГЛАВА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ	38
Общие баллы	38
КК 1: Программа ПИИК	41
КК 2: Руководство ПИИК	50
КК 3: Подготовка и обучение по ПИИК	55
КК 4: Эпиднадзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	59
КК 5: Мультимодальные стратегии при внедрении мероприятий ПИИК	69
КК 6: Мониторинг/аудит практики ПИИК и обратная связь	77
КК 7: Рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и занятость коек	86
КК 8: Поддерживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК на уровне мед. учреждения	92
ГЛАВА 3. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	103
3.1. Выводы	103
3.2. Рекомендации	109
Приложение 1. Инструмент ВОЗ IPCAF	116
Приложение 2. Перечень рекомендаций по итогам базовой оценки, проведенной в 2021 году, по улучшению показателей ПИИК на национальном уровне и уровне учреждений, а также статус этих мероприятий по состоянию на август 2025 года	116
Приложение 3. Ответы на вопросы инструмента IPCAF	119
Приложение 4. Список выбранных медицинских учреждений	139
ЧАСТЬ 2. Краткий отчет о результатах национальной оценки ПИИК (IPCAT2/ИПКАТ2)	143

Аббревиатура

ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВСиГ	Вода Санитария и Гигиена
ГБАО	Горно- Бадахшанская Автономная Область
ГСЭН	Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ДЗ	Дом здоровья
КК	Ключевой компонент
IPCAF	Матрица оценки профилактики и контроля инфекций
ИСМП	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
МУ	Медицинское учреждение
МЛО	Множественная лекарственная устойчивость
МЗСЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МР	Медицинский работник
МСП	Международные санитарные правила
НБ	Номерная больница
ПИИК	Профилактика инфекций и инфекционный контроль
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РЦЗ	Районный центр здоровья
РРП	Районы республиканского подчинения
СИЗ	Средства индивидуальной защиты
СОП	Стандартные операционные процедуры
СЦЗ	Сельский центр здоровья
ТРГ	Техническая рабочая группа
РЦЗ	Районный центр здоровья
ЦРБ	Центральная районная больница
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
JICA	Японское агентство международного сотрудничества
УПП	Устойчивость к противомикробным препаратам

Список рисунков

Рисунок 1. Средний балл ПИИК по регионам и типам медицинских учреждений (2021г. в сравнении с 2025г.)	16
Рисунок 2. Средний балл ПИИК по основным компонентам	16
Рисунок 3. Число районов по уровню достижения показателей ПИИК	18
Рисунок 4. Ключевые заинтересованные стороны в области ПИИК	27
Рисунок 5. Доля баллов, полученных по регионам и типу медицинского учреждения, исходя из максимального балла по компоненту (2021г. в сравнении с 2025г.)	42
Рисунок 6. Наличие программы ПИИК по регионам и типу медицинских учреждений (2021г. в сравнении с 2025г.)	43
Рисунок 7. Доля полученных баллов по отделениям ЦРБ от максимально возможного	44
Рисунок 8. Наличие программы ПИИК по регионам и типам мед. учреждений	45
Рисунок 9. Наличие ответственного сотрудника по регионам и типам мед. учреждений (2021г. в сравнении с 2025г.)	46
Рисунок 10. Наличие комиссии/комитета по ПИИК по регионам и типам мед. учреждений (2021г. в сравнении с 2025г.)	47
Рисунок 11. Доля мед. учреждений с выделенной бюджетной статьей для поддержки ПИИК (2021г. в сравнении с 2025г.)	48
Рисунок 12. Доля мед. учреждений, не имеющих поддержки микробиологических лабораторий	49
Рисунок 13. Доля баллов, набранных по руководствам ПИИК по региону и типу медицинского учреждения, из максимально возможного балла	51
Рисунок 14. Доля баллов, полученных по руководствам ПИИК, по отделениям, из максимально возможного балла	51
Рисунок 15. Наличие руководств /СОП на уровне мед. учреждений	52
Рисунок 16. Доля баллов, набранных по обучению и подготовке в области ПИИК, по регионам и типу медицинского учреждения, из возможно максимального балла	56
Рисунок 17. Доля баллов полученных по обучению на уровне отделений ЦРБ	57
Рисунок 18. Доля баллов, набранных по эпиднадзору за ИСМП по регионам и по отделениям, из максимально возможного балла	61
Рисунок 19. ИСМП, наблюдаемые на уровне мед. учреждений	63
Рисунок 20. Использование данных эпиднадзора	67
Рисунок 21. Предоставление обратной связи по эпиднадзору	67
Рисунок 22. Доля полученных баллов внедрения мультимодальных стратегий ПИИК по регионам и типу медицинского учреждения от максимального балла по данному компоненту	70

Рисунок 23. Доля полученных баллов по мультимодальным стратегиям ПИИК по отделениям от максимально возможного балла 71
Рисунок 24. Элементы комбинированной стратегии, применяемые медицинскими учреждениями 72
Рисунок 25. Доля полученных баллов по компоненту мониторинг/аудит практик ПИИК и обратная связь по регонам и типам медицинских учреждений от максимально возможного балла 78
Рисунок 26. Доля полученных баллов за мониторинг/аудит практик ПИИК и обратную связь по отделениям от максимального возможного балла 79
Рисунок 27. Процессы и показатели в области ПИИК, подвергаемые мониторингу 81
Рисунок 28. Предоставление обратной связи по результатам мониторинга 83
Рисунок 29. Доля баллов, набранных по рабочей нагрузке, укомплектованию персоналом и средней занятости койки, по региону и типу медицинского учреждения, из максимально возможного балла 87
Рисунок 30. Наличие системы регулирования коечного фонда, по регионам 90
Рисунок 31. Доля полученных баллов за поддерживающую среду, материалы и оборудование для ПИИК на уровне учреждения, по регионам, типу медицинского учреждения и по отделениям ЦРБ от максимально возможного балла 93
Рисунок 32. Доступ к электроснабжению по регионам и типам медицинских учреждений 96
Рисунок 33. Наличие СИЗ по регионам и типам мед. учреждений 98
Рисунок 34. Доля медицинских учреждений, в которых имеются контейнеры для сбора отходов, по регионам и типам медицинских учреждений 99

Список таблиц

Таблица 1. Шкала, уровень и интерпретация баллов ПИИК	14
Таблица 2. Динамика изменения оценок основных компонентов ПИИК в течении периода внедрения	17
Таблица 3. Интерпретация баллов IPCAF	33
Таблица 4. Число медицинских учреждений, включенных в выборку, по регионам	34
Таблица 5. Изменения в баллах по основным компонентам ПИИК в период реализации	38
Таблица 6. Средний балл по ключевым компонентам ПИИК в разрезе регионов и типу медицинских учреждений	39
Таблица 7. Наличие руководящих документов (СОП) по регионам и типам медицинских учреждений	53
Таблица 8. Адаптация и внедрение руководств по регионам	54
Таблица 9. Наличие персонала с опытом работы в ПИИК для проведения обучения по регионам	57
Таблица 10. Организации системы эпиднадзора по регионам	62
Таблица 11. Приоритеты эпиднадзора по региону и типу медицинского учреждения	63
Таблица 12. Используемые методы эпиднадзора по региона (2021г. в сравнении с 2025г.)	65
Таблица 13. Баллы полученные за микробиологические лабораторные исследования для поддержки надзора, по регионам (2021г. в сравнении с 2025г.)	66
Таблица 14. Анализ и распространение информации по регионам	68
Таблица 15. Использование мультимодальных стратегий по регионам и типу мед. учреждений	72
Таблица 16. Элементы комбинированной стратегии ПИИК по региону и типу медицинского учреждения (2021г. в сравнении с 2025г.)	74
Таблица 17. Подход к реализации комбинированной стратегии ПИИК, по региону и типу медицинского учреждения (2021г. в сравнении с 2025г.)	76
Таблица 18. Наличие плана мониторинга/аудита и наличие обученного персонала для мониторинга практики ПИИК, по регионам и типам медицинских учреждений	80
Таблица 19. Процессы и показатели ПИИК, отслеживаемые по регионам и типам медицинских учреждений	82
Таблица 20. Обратная связь по результатам мониторинга/аудита ПИИК по регионам и типам медицинских учреждений	84
Таблица 21. Отчётность по результатам мониторинга/аудита ПИИК по регионам и типам медицинских учреждений	85
Таблица 22. Укомплектование персоналом, по региону и типу медицинского учреждения	87

Таблица 23. Средняя занятость койки, по регионам и типам медицинских учреждений	89
Таблица 24. Наличие системы оценки и реагирования на превышение расчётного числа развёрнутых коек, по региону и типу медицинского учреждения	91
Таблица 25. Доступ к воде по регионам и типам медицинских учреждений	94
Таблица 26. Гигиена рук и санитарные принадлежности по регионам и типам медицинских учреждений	95
Таблица 27. Электроснабжение, вентиляция и уборка по регионам и типам медицинских учреждений	96
Таблица 28. Размещение пациентов и СИЗ в медицинских учреждениях по регионам и типам медицинских учреждений	97
Таблица 29. Управление медицинскими отходами и сточными водами по регионам и типам медицинских учреждений	100
Таблица 30. Дезинфекция и стерилизация по регионам и типам медицинских учреждений	101
Таблица 31. Соответствие основным компонентам ВОЗ-ПИИК в Таджикистане: 2014-2025 гг.	107

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данная заключительная оценка ситуации по профилактике инфекций и инфекционному контролю (ПИИК) в Таджикистане была проведена в рамках «Программы развития здравоохранения на период 2020-2025», финансируемой Европейским Союзом (ЕС), с целью оценки прогресса, достигнутого за период реализации проекта "Профилактика инфекций и инфекционный контроль в целях улучшения качества медицинского обслуживания в Таджикистане".

Оценка предоставляет Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан фактические данные, способствующие эффективной реализации программы ПИИК и повышению качества профилактической и лечебной помощи.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ выражает свое высокое уважение Европейскому Союзу за неоценимую финансовую поддержку. Данная поддержка является важным шагом в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения в Таджикистане в контексте целостной программы устойчивого развития, учитывающей интересы всех людей.

Реализация проекта ПИИК осуществлена под руководством МЗСЗН РТ, в тесном сотрудничестве с технической рабочей группой. МЗСЗН РТ выражает признательность за активное участие членам технической рабочей группы, состоящей из представителей различных секторов, и в частности руководству управления санитарно-эпидемиологической службы. Их преданность делу и непосредственное участие в выездных мероприятиях и сборе данных сыграли решающую роль в успешном проведении данной оценки.

МЗСЗН РТ выражает свою особую признательность Представительству ЮНИСЕФ в Таджикистане за их финансовую и техническую помощь в реализации проекта и итоговой оценки. Неизменное руководство и экспертные знания команды ЮНИСЕФ, в том числе д-ра Энтони Асиже (руководитель отдела здравоохранения и питания), д-ра Мавджигуль Азизуллоевой (специалиста по вопросам здравоохранения), Саидали Кодирова (сотрудника по вопросам здравоохранения) и Шахнозахон Охунджоновой (сотрудника по мониторингу), значительно усилили процесс оценки и оказали существенную поддержку национальной команде оценщиков.

Инициатива, реализованная при поддержке ЕС, привлекла специалистов из всех секторов системы здравоохранения для разработки руководящих принципов ПИИК, развития кадрового потенциала и совершенствования процессов надзора и мониторинга. Группа по оценке, сформированная в координации с МЗСЗН РТ и состоящая из представителей различных секторов, сыграла важную роль в разработке и адаптации инструментов оценки, сборе данных на уровне медицинских учреждений и подготовке предварительного отчета итоговой оценки.

Особая благодарность также выражается руководителям и сотрудникам медицинских учреждений в выбранных районах за их активное участие в интервью и обсуждениях. Их практические знания и опыт внесли значительный вклад в качество и актуальность результатов оценки.

В заключение, МЗСЗН РТ выражает благодарность всем коллегам, которые тем или иным образом участвовали в проведении данной оценки, и внесли весомый и долгосрочный вклад в улучшение показателей профилактики инфекций и в улучшение качества и безопасности медицинских услуг в Таджикистане.

Др. Абдухолик Амирзода

Заместитель Министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ,

Главный санитарный врач Республики Таджикистан

РЕЗЮМЕ

Логическое обоснование, цель и задачи заключительной оценки

В последние годы Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) Таджикистана добилось заметных успехов в реализации мер по профилактике инфекций и инфекционному контролю (ПИИК). Эти успехи включают создание технической рабочей группы по профилактике и контролю инфекций, которая представляет собой межотраслевой подход, а также разработку ряда ключевых политических и стратегических документов. Среди них – Национальные руководящие принципы по профилактике и контролю инфекций, которые служат основой для улучшения внедрения мер ПИИК на уровне медицинских учреждений.

В 2022 году при поддержке ВОЗ, USAID и ЮНИСЕФ, Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан инициировало ряд мероприятий по улучшению инфекционного контроля в рамках различных проектов в сфере здравоохранения. Эти мероприятия были направлены на пересмотр Национальных руководящих принципов по профилактике и контролю инфекций и на разработку стандартных операционных процедур (СОП). Ключевым аспектом этой инициативы было укрепление потенциала медицинских работников и руководителей системы здравоохранения в области инфекционного контроля. В целях улучшения своевременной регистрации и эпиднадзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), МЗСЗН РТ издало специальный приказ (№ 133, 2019) о своевременной регистрации и отчетности по инфекционным заболеваниям, включая ИСМП. Однако реальный прогресс на местах ограничен из-за недостаточной осведомленности и понимания среди руководителей и персонала медицинских учреждений первичного и вторичного уровней.

Ненадлежащая практика инфекционного контроля является фактором детской и материнской смертности в Таджикистане.

Статистические данные МЗСЗН РТ подтверждают, что в 2023 году около 70% смертей детей в возрасте до пяти лет произошли среди детей младше двенадцати месяцев, а 87% смертей новорожденных были зарегистрированы в течение первой недели жизни[1]. Многие из этих смертей обусловлены причинами, связанными с низким качеством медицинской помощи и внутрибольничными инфекциями, возникающими в результате небезопасных для здоровья условий, включая ненадлежащее водоснабжение, санитарию и гигиену (WASH) в медицинских учреждениях[2].

За последние пять лет уровень материнской смертности в Таджикистане неуклонно снижался с 29,1 в 2020 году до 24,9 в 2023 году, хотя и наблюдались колебания, вызванные системными трудностями в сфере здравоохранения и внешними факторами, такими как пандемия COVID-19. При этом сохраняются заметные различия между сельскими и городскими районами, поскольку в сельских районах отмечаются более высокие показатели смертности из-за географической изолированности, несоответствия инфраструктуры медицинских учреждений

[1] МЗСЗН РТ, статистический сборник «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения», 2023
[2] ibid

требованиям ПИИК и финансовых ограничений, ограничивающих доступ к неотложной акушерской помощи.

Согласно результатам исследования ВОЗ/JICA 2021 года, только 24,15% больниц в Таджикистане имели доступ хотя бы к базовым услугам водоснабжения, при этом национальные данные о санитарии, гигиене или утилизации отходов в медицинских учреждениях отсутствуют. Также данное исследование показало, что только 36% медицинских учреждений имели базовые услуги водоснабжения, 1% — базовые услуги санитарии, 12% — базовые услуги гигиены, 47% — базовые услуги по утилизации отходов и 17% — базовые услуги по уборке помещений. Более половины не имели никаких услуг водоснабжения (53%) или санитарии (57%). Доступ к базовым услугам водоснабжения варьировал в зависимости от региона: от 22% в ГБАО до 41% в Сугде.[3]

Министерство здравоохранения и социального обеспечения населения последовательно реализует стратегические приоритеты в области профилактики и контроля инфекций, предусмотренные в Национальной стратегии здравоохранения до 2030 года. Усилия сосредоточены на укреплении практик ПИИК на всех уровнях оказания медицинских услуг, модернизации инфраструктуры медицинских учреждений, включая критически важные системы водоснабжения, санитарии и гигиены (ВСиГ), а также повышении квалификации медицинских работников посредством непрерывного обучения и инициатив по профессиональному развитию.

С целью поддержки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана был реализован проект *«Профилактика инфекций и инфекционный контроль для улучшения качества медицинской помощи в Таджикистане*», ***софинансируемый ЕС и ЮНИСЕФ***. Эта инициатива направлена на создание эффективной системы профилактики и контроля инфекций на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи, а также на укрепление потенциала Таджикистана в области эффективного реагирования на кризис, вызванного COVID-19. Ключевые мероприятия в течение периода реализации проекта (2020–2025 гг.) включали обновление политики и руководящих принципов ПИИК, модернизацию инфраструктуры медицинских учреждений в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВСиГ) и управления отходами, а также широкое наращивание потенциала медицинских работников в области передовой практики ПИИК. Заключительная оценка была проведена в 37 районных больницах и 225 учреждениях первичного звена здравоохранения, которые были охвачены инициативами в рамках проекта, поддерживаемого ЕС. До начала реализации проектных мероприятий, в конце 2021 года была проведена базовая оценка на уровне медицинских учреждений.

По результатам оценки были сделаны следующие выводы:

- большинство оцененных медицинских учреждений не соответствовали стандартам и практикам ПИИК и получили оценку «неадекватно» (с результатами ниже 200 баллов). Во всех регионах и типах учреждений реализация ПИИК была признана низкой, за исключением ГБАО, который получил оценку « базовый»;
- анализ каждого ключевого компонента выявил значительные недостатки в системах и практиках ПИИК по всем восьми компонентам;

[3] Детский фонд ООН “Совместный секторальный обзор по вопросам водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH)”, ЮНИСЕФ, Душанбе, 2022

- неэффективное руководство, низкая степень приверженности и недостаточная поддержка для эффективной реализации программы ПИИК, а также отсутствие полного набора руководящих принципов/протоколов, связанных с ПИИК, и экспертных знаний для разработки или адаптации руководящих документов к местным условиям препятствуют соблюдению международных и национальных стандартов ПИИК;
- недостаточное или отсутствие целевого финансирования мероприятий по ПИИК, а также отсутствие ответственного специалиста по ПИИК или комитета, уполномоченного контролировать реализацию программы ПИИК, были основными препятствиями для эффективного внедрения мер и практик ПИИК на уровне медицинских учреждений.

Заключительная оценка представляет комплексную оценку достигнутых результатов и эффективности мер по ПИИК по истечению пяти лет реализации проекта, сопоставляя их с базовой оценкой и выявляя сохраняющиеся пробелы и проблемы. Наиболее важно, что результаты оценки предоставляют руководителям здравоохранения всех уровней основанные на фактах данные для принятия стратегических решений и определения будущих действий по укреплению систем и практик ПИИК во всем секторе здравоохранения. В конечном итоге цель состоит в том, чтобы медицинские учреждения Таджикистана стали более безопасными и лучше подготовленными к предотвращению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, тем самым защищая пациентов и медицинских работников и закрепляя достижения, полученные в рамках программы, поддерживаемой ЕС/ЮНИСЕФ.

Методология

Инструменты оценки /Процедуры сбора данных

Заключительная оценка проекта применяла рекомендованной ВОЗ инструмент оценки реализации программы инфекционного контроля (IPCAF), как диагностический инструмент, который первоначально был рекомендован как инструмент самооценки для обзора реализации программных компонентов и стандартов ПИИК на уровне медицинских учреждений, для выявления проблем и недостатков реализации, которые требуют внимания, и для отслеживания соответствия мероприятий с международными принятыми стандартами и нормами.

ВОЗ определил восемь ключевых компонентов (КК) которые отражают различные аспекты ПИИК – Программа ПИИК (КК1), Руководство ПИИК (КК2), Обучение и тренинг в области ПИИК (КК3), Эпиднадзор за ИСМП (КК4), Мультимодальные стратегии в реализации мероприятий ПИИК (КК5), Мониторинг/аудит пратики ПИИК и обратная связь (КК6), Рабочая нагрузка, укомплектованность кадрами и занятость коек (КК7), Поддерживающая среда, материалы, и оборудование для ПИИК на уровне медицинских учреждений (КК8). В итоге между восьми компонентами распределены 81 индикаторов. Каждый компонент в итоге имеет 100 баллов[4].

[4] Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level (руководства по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций на национальном уровне и на уровне медицинских учреждений неотложной помощи).

Ключевые компоненты ПИИК

КК1 – Программа ПИИК

КК2 – Руководства по ПИИК

КК3 – Обучение и подготовка в области ПИИК

КК4 – Надзор за ИСМП

КК5 – Мультимодальные стратегии

КК6 – Мониторинг/аудит практики и обратная связь в области ПИИК

КК7 – Рабочая нагрузка, укомплектование персоналом, и средняя занятость койки

КК8 – Поддерживающая среда, материалы, и оборудование для ПИИК

В рамках данной заключительной оценки эффективность работы медицинских учреждений по каждому ключевому компоненту оценивалась в процентах от максимально допустимого количества баллов (100 баллов) по каждому компоненту.

Окончательный балл по инструменту оценки (IPCAF) рассчитывался путем сложения баллов по всем восьми основным компонентам (т. е. максимально возможный общий балл составлял 800). В зависимости от окончательного балла целевые медицинские учреждения были сгруппированы по четырем различным категориям ПИИК, как показано в Таблице 1.

Таблица 1. Шкала, уровень и интерпретация баллов ПИИК

Общая оценка	Уровень ПИИК	Интерпретация
0 – 200	Неудовлетво-рительный	Реализация ключевых компонентов ПИИК неудовлетворительная. Требуется существенное улучшение.
201– 400	Базовый	Имеются в наличии некоторые аспекты ключевых компонентов ПИИК, но они реализуются не в достаточной степени. Требуется дальнейшее улучшение.
401– 600	Промежуточный	Многие аспекты ключевых компонентов ПИИК реализуются соответствующим образом. Тем не менее, продолжайте увеличивать масштабы, повышать качество реализации, и сосредоточьтесь на разработке долгосрочных планов с целью поддержания и дальнейшего продвижения существующей программы ПИИК.
601– 800	Продвинутый	Ключевые компоненты ПИИК реализуются в полной мере, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, и применительно к потребностям вашего учреждения.

В рамках проведения оценки было сформировано 14 групп по сбору данных, каждая из которых состояла из двух прошедших соответствующую подготовку сотрудников из центральных и региональных учреждений здравоохранения, номинированных МЗСЗН.

Предполагаемые пользователи результатов итоговой оценки ПИИК

Ключевыми заинтересованными сторонами и основными пользователями итоговой оценки выступают офис ЮНИСЕФ в Таджикистане, МЗСЗН РТ, а также их партнерские организации. Полученные результаты будут служить основой для дальнейшего развития и укрепления мер по профилактике и контролю инфекций, обеспечивая долгосрочную поддержку и совершенствование реализации ПИИК на всех уровнях системы здравоохранения. Кроме того, местные руководители здравоохранения и персонал медицинских учреждений будут использовать эту информацию для работы по внедрению всех элементов практики ПИИК, включая соблюдение основных принципов ПИИК, применение как стандартных, так и основанных на путях передачи инфекции мер предосторожности, прогнозирование и управление потребностями в поставках, закупках и хранении, предоставление услуг во всех типах медицинских учреждений, эпиднадзор и реагирование на заболевания, а также мероприятия по пропаганде здорового образа жизни.

Результаты оценки

Результаты оценки выявили устойчивый и заметный прогресс в укреплении структур и практик ПИИК во всех медицинских учреждениях Таджикистана за период между базовой (2021 г.) и заключительной (2025 г.) оценками. Значительные улучшения были отмечены в области принятия обновленных руководящих принципов, расширения охвата обучением и реализации мультимодальных стратегий, особенно в районных больницах и районных медицинских центрах. Эти достижения отражают активную позицию МЗСЗН и партнеров по развитию в области институционализации ПИИК как основного компонента предоставления качественных медицинских услуг.

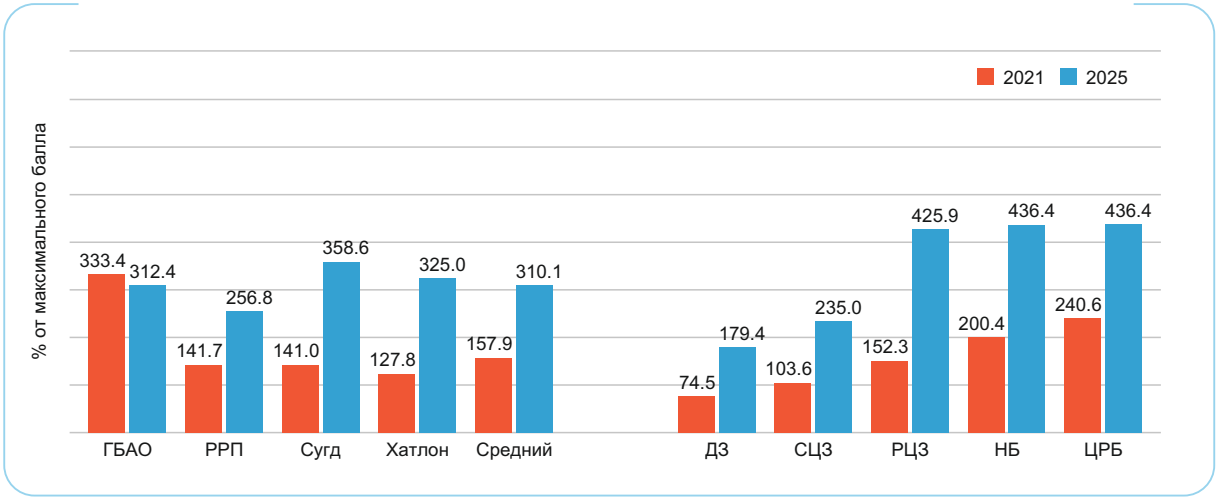
По результатам заключительной оценки, 78 % медицинских учреждений вторичного уровня, на которые были направлены мероприятия поекта ЕС по вопросам ПИИК, продемонстрировали улучшение качества профилактики и контроля инфекций, а также качества медицинской помощи, что свидетельствует о прогрессе, а вместе с тем и о необходимости дальнейших инвестиций в определенные области.

Тем не менее, результаты оценки также выявили сохраняющиеся значимые пробелы, требующие постоянного внимания. Учреждения первичной медицинской помощи, такие как медицинские пункты и сельские медицинские центры, по-прежнему испытывают нехватку ресурсов, имеют неразвитую инфраструктуру, нерегулярный мониторинг и недостаточную укомплектованность персоналом, что ограничивает их способность в полной мере соблюдать стандарты ПИИК. Также очевидны региональные различия: в то время как в Согдийской и Хатлонской областях наблюдались значительные улучшения, в ГБАО ситуация ухудшилась, что подчеркивает уязвимость отдаленных районов, где логистические и ресурсные ограничения являются более острыми.

В целом показатели реализации ПИИК улучшились с базовой оценки «*неадекватный*» до более высоких показателей в заключительной оценке, что отражает положительные изменения в области соблюдения требований ПИИК. Средний балл по оценке ПИИК значительно вырос с базового 157.9 до 310.1 по данным заключительной оценки, что подняло уровень реализации ПИИК Таджикистана с «*неадекватного*» до «*базового*», что представляет собой значимый рост на 96%, и отражает существенный прогресс, демонстрируя ощутимые улучшения в большинстве регионов и типах медицинских учреждений. Кроме того, к концу

реализации проекта все регионы достигли как минимум «базового» уровня внедрения ПИИК, что отражает прогресс по всей стране в области внедрения структур и практик ПИИК. Тем не менее примечательно, что только ЦРБ, НБ и РЦЗ продемонстрировали значительный рост показателей ПИИК, в то время как сельские учреждения более низкого уровня по-прежнему нуждаются в целенаправленной поддержке и стратегических инвестициях для устранения критических пробелов (Рисунок 1).

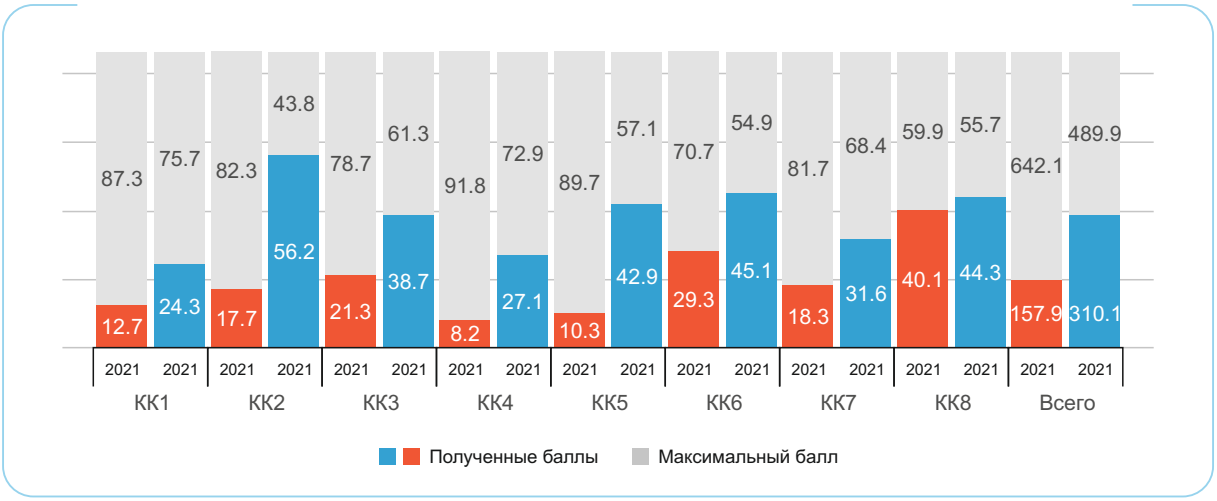
Рисунок 1. Средний балл ПИИК по регионам и типам медицинских учреждений (2021г. по сравнению с 2025г.)



Различия между типами учреждений подчеркивают растущий разрыв: районные больницы в большей степени выиграли от наращивания потенциала и внешней поддержки, в то время как небольшие сельские учреждения продолжают отставать.

Несмотря на заметный прогресс в реализации основных компонентов ПИИК, по-прежнему существуют значительные пробелы, которые препятствуют полной институционализации всех основных компонентов ПИИК на практике.

Рисунок 2. Средний балл ПИИК по основным компонентам



Результаты заключительной оценки подтверждают, что целевая поддержка уже привела к быстрому прогрессу в определённых компонентах ПИИК - руководящие принципы/документы, образование и обучение, а также применение мультимодальных элементов. Чтобы закрепить эти успехи и преобразовать их в устойчивое снижение числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, на следующем этапе следует продолжить уделять внимание следующим компонентам ПИИК: обеспечение устойчивой инфраструктуры, надежных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены, а также обеспечение необходимым оборудованием. Эти инвестиции будут обеспечивать соответствие усовершенствованных знаний и практик безопасным и благоприятным условиям для оказания медицинской помощи.

Сравнительный анализ результатов базовой (2021 г.) и заключительной оценки (2025 г.) демонстрирует заметный прогресс по нескольким основным компонентам ПИИК (Рисунок 2). Хотя в большинстве основных компонентов достигнуты очевидные успехи, прогресс остается неравномерным, а системные пробелы по-прежнему сдерживают полную институционализацию практик ПИИК (Таблица 2). Итоговые результаты показывают, что, хотя медицинские учреждения страны значительно продвинулись в области политики, обучения и внедрения современных стратегий ПИИК, по-прежнему существуют пробелы в мониторинге, инфраструктуре и кадровом обеспечении, которые продолжают ограничивать полную институционализацию практик ПИИК. Долгосрочные инвестиции, эффективный надзор и интеграция ПИИК в более широкие реформы системы здравоохранения имеют решающее значение для устойчивого прогресса в области безопасности пациентов и профилактики инфекций.

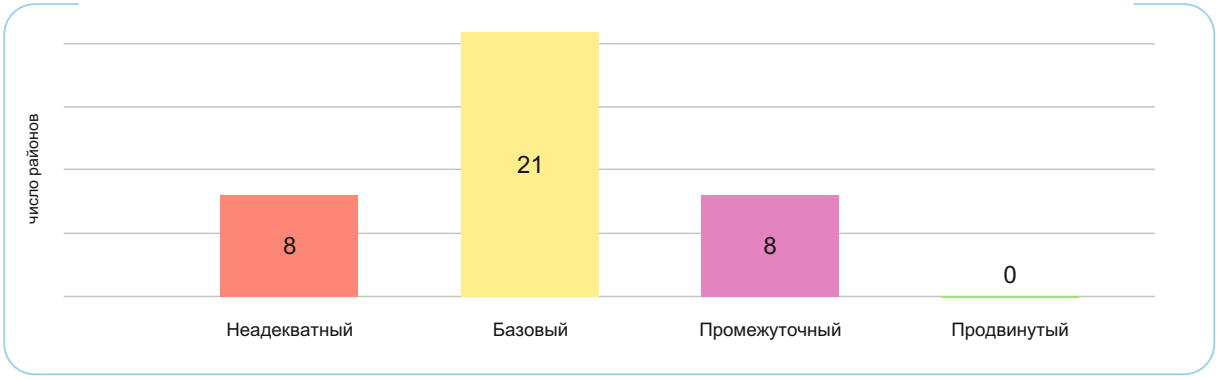
Таблица 2. Динамика изменения оценок основных компонентов ПИИК в течение периода внедрения

Ключевые компоненты ПИИК	Базовая оценка	Заключительная оценка	Изменения (+/-)	Интерпретация
КК1. Программа ПИИК	12.7	24.3	11.6	Умеренное улучшение
КК2. Руководства ПИИК	17.7	56.2	38.5	Значительный прогресс
КК3. Подготовка и обучение ПИИК	21.3	38.7	17.4	Умеренный прогресс
КК4. Надзор за ИСМП	8.2	27.1	18.9	Умеренный прогресс
КК5. Мультимодальные стратегии	10.3	42.9	32.6	Значительный прогресс
КК6. ПИИК мониторинг/аудит и обратная связь	29.3	45.1	15.8	Умеренный рост
КК7. Рабочая нагрузка, персонал и занятость коек	18.3	31.6	13.3	Умеренный прогресс
КК8. Поддерживающая среда, материалы, и оборудования для ПИИК на уровне медучреждений	40.1	44.3	4.2	Медленный прогресс *

** Низкие показатели КК8 отражают сохраняющиеся проблемы с инфраструктурой в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, особенно повсеместное отсутствие надежных систем водоснабжения, очистки и утилизации отходов.*

Анализ полученных по 37 районам баллов по шкале IPCAF (матрица оценки профилактики и контроля инфекций) показывает, что 12 % находятся в диапазоне «неудовлетворительно» (0–200), 57 % - в диапазоне «базовый» (201–400) и 12 % - в диапазоне «промежуточный» (401–600), как показано на Рисунке 3.

Рисунок 3. Число районов по уровню достижения показателей ПИИК



После того как были обнародованы результаты базовой оценки, МЗСЗН приступило к преобразованию приоритетных рекомендаций в практические меры (см. Приложение 2). Этот процесс включал определение ключевых областей, требующих улучшения в сфере профилактики и контроля инфекций, а также мобилизацию соответствующих заинтересованных сторон для разработки практических решений. Министерство создало специальную техническую группу и комитеты для разработки руководящих принципов по профилактике и контролю инфекций, надзора за процессом их внедрения и обеспечения того, чтобы рекомендуемые меры реализовывались в соответствии с национальными стандартами.

Основные проблемные аспекты в реализации ПИИК

В нижеследующем разделе обобщены основные проблемные моменты, выявленные в ключевых компонентах ПИИК на основе результатов заключительной оценки ПИИК, проведенной в июле - августе 2025 года.

Программа ПИИК: Национальная программа ПИИК реализуется в фрагментарном виде и в рамках Национального руководства по ПИИК ее полное внедрение на субнациональном уровне остается недостаточным. Координация между Министерством здравоохранения и социального обеспечения населения и региональными управлениями здравоохранения нередко носит непоследовательный характер, что приводит к пробелам в контроле и поддержке. Многие комитеты ПИИК на уровне учреждений либо неактивны, либо существуют только на бумаге, что ограничивает их эффективность. Кроме того, ПИИК еще не достаточно интегрирован в более широкое планирование системы здравоохранения.

Руководства ПИИК: Хотя страна пересмотрела и утвердила новый вариант национального руководства по ПИИК в 2023 году, для его эффективного использования требуется дальнейшая поддержка в области внедрения – продолжение обучения, предоставление медицинским работникам электронной версии руководства, поддержка в разработке стандартных операционных процедур на основе руководства.

Обучение и подготовка в области ПИИК: Несмотря на наличие национального пакета учебных программ, одобренного МЗСЗН, обучение и подготовка в области ПИИК по-прежнему остаются недостаточными из-за устаревших учебных программ до и после дипломной подготовки медицинских кадров, нерегулярного и зависящего от доноров обучения без отрыва от работы, отсутствия координаторов по ПИИК, а также мониторинга и аудита.

Эпиднадзор за ИСМП: В настоящее время не существует комплексной общенациональной системы наблюдения за внутрибольничными инфекциями. Сбор данных на уровне медицинских учреждений осуществляется нерегулярно, в основном вручную, и зачастую без использования стандартных определений случаев заболевания. Большинство медицинских учреждений имеют ограниченные диагностические возможности, особенно в отношении лабораторного подтверждения инфекций. Кроме того, результаты наблюдения редко анализируются или используются для принятия решений.

Мультимодальные стратегии: Реализация мультимодальных стратегий, таких как гигиена рук и безопасные методы инъекций, в учреждениях осуществляется непоследовательно. Хотя важные факторы, способствующие внедрению этих стратегий, включая наглядные напоминания, пересмотр рабочих процессов и вовлечение персонала, не используются на регулярной основе, есть некоторые положительные сдвиги. Эти усилия, хотя и не получившие пока широкого распространения, демонстрируют готовность к инновациям и улучшениям. Постоянная поддержка и обмен успешными стратегиями могут способствовать расширению применения этих факторов в большем числе медицинских учреждений.

Окружающая среда, материалы и оборудование: Многие сельские медицинские учреждения работают в старых помещениях с неадекватной вентиляцией и ограниченной инфраструктурой для гигиены рук. Эти учреждения часто сталкиваются с нестабильным водоснабжением и санитарными услугами, что негативно сказывается на практиках профилактики и контроля инфекций. Часто наблюдается нехватка важных расходных материалов для ПИИК, таких как перчатки, дезинфицирующие средства и спиртосодержащие средства для рук. Кроме того, системы обращения с медицинскими отходами, особенно в учреждениях первичной медицинской помощи, остаются неразвитыми.

Мониторинг, аудит и обратная связь: Системы мониторинга и обратной связи в области инфекционного контроля и профилактики инфекций в целом остаются недостаточно отлаженными, однако были предприняты первые шаги по устранению этих пробелов. Регулярные аудиты по-прежнему проводятся редко, а инструмент IPCAF ВОЗ еще не полностью интегрирован в повседневную практику. Персонал по-прежнему получает минимальную обратную связь по вопросам соблюдения требований инфекционного контроля и профилактики инфекций, а ключевые показатели эффективности не всегда включаются в национальные информационные системы здравоохранения.

В совокупности эти факторы угрожают устойчивости мер по предотвращению внутрибольничных инфекций и продолжают создавать риски для безопасности пациентов, качества медицинской помощи и эффективности системы здравоохранения.

Рекомендации

Приведенные ниже практические рекомендации, основанные на фактических данных, структурированы отдельно по основным восьми компонентам ПИИК и направлены на устранение выявленных пробелов и проблем, которые должны быть рассмотрены как на национальном уровне, так и на уровне медицинских учреждений. Для каждой рекомендации следует подробное описание. Важно понимать, что эти рекомендации разработаны как взаимозависимые и взаимодополняющие, а не как отдельные вмешательства.

Эффективная программа профилактики и контроля инфекций имеет решающее значение для сокращения числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и для создания безопасной среды как для пациентов, так и для персонала. Такая программа должна основываться на всеобъемлющих национальных руководящих принципах, строгих стандартах и надежной организационной структуре как на национальном уровне, так и на уровне медицинских учреждений. Ниже приведены целевые меры для каждого основного компонента ПИИК, разработанные с целью устранения существующих пробелов и поддержки последовательного внедрения во всех медицинских учреждениях.



Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
КК1. Программа ПИИК	• Разработать и утвердить стратегию ПИИК и план действий с расчетом затрат, соответствующий Глобальной стратегии и плану действий ВОЗ, а также системе мониторинга ПИИК на 2026-2030 годы. • Разработать и утвердить самостоятельную национальную программу ПИИК с четко определенными целями, функциями и мероприятиями, а также рассмотреть вопрос о разработке национального плана по профилактике ИСМП. • Усилить национальную программу по ПИИК путем назначения и наращивания потенциала штатных сотрудников и руководящего комитета по ПИИК на центральном уровне и на уровне региональных координационных центров для надзора за координацией и за реализацией мероприятий по ПИИК на национальном уровне и на уровне медицинских учреждений. • Ввести целевые бюджетные статьи для финансирования закупа расходных материалов, проведения обучения и кураторства на центральном и субнациональном уровнях, чтобы обеспечить инвестиции в ПИИК и эффективное его внедрение.	• Включать на постоянной основе вопросы ПИИК в повестку дня регулярных совещаний и конференций МУ с целью повышения осведомленности персонала. • Назначить специальных координаторов ПИИК на уровне МУ с четко определенными обязанностями в соответствии с национальными руководящими принципами ПИИК. • Повысить эффективность существующего комитета по качеству и безопасности услуг здравоохранения за счет привлечения клинического, неклинического и управленческого персонала с четким распределением ролей и обязанностей в области внедрения ПИИК. • Разработать адаптированный к ситуации в МУ план действий по ПИИК, включающий четкие механизмы мониторинга для отслеживания прогресса и обеспечения эффективной реализации.
КК2. Руководство ПИИК	• Создать системный механизм для регулярного пересмотра, обновления и распространения национального руководства по ПИИК, обеспечивающего его соответствие международным стандартам и меняющимся приоритетам в области общественного здравоохранения. • Утвердить и распространить окончательный вариант стандартных оперативных процедур (СОП). • Разработать комплексы мер или контрольные листы для эффективного внедрения практик ПИИК. Издать постановление о	• Обеспечить наличие руководств по ПИИК, включая СОП, во всех медицинских учреждениях районного уровня. • Проводить регулярный мониторинг и оценку их надлежащего внедрения. • Разработать СОП на уровне медицинских учреждений в соответствии с национальными руководствами по ПИИК, национальными стандартами качества и практическими инструментами внедрения (например, контрольные листы, самооценка и наглядные пособия).

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	создании штатной должности специалиста по инфекционному контролю в каждом медицинском учреждении. • Создать централизованный ресурс по ПИИК на веб-сайте МЗСЗН РТ, чтобы обеспечить постоянный и удобный доступ для всех уровней системы здравоохранения.	
КК 3. Подготовка и обучения по ПИИК	• Периодически пересматривать национальную учебную программу на основе современных данных, чтобы обеспечить всем работникам здравоохранения последовательное и качественное образование. • Периодически пересматривать и утверждать стандартизированный пакет учебных материалов, адаптированных для различных категорий работников здравоохранения. • Активно привлекать имеющуюся группу национальных тренеров для проведения обучения на разных уровнях. • По согласованию со всеми учебными заведениями пересматривать и обновлять учебную программу и включать вопросы ПИИК в программы додипломного и последипломного обучения в медицинских училищах и институтах, в том числе в программы непрерывного медицинского образования.	• Обеспечить включение обучения по ключевым темам ПИИК в годовой план работы МУ и планы обучения персонала, а также • Обеспечить включение обучения по ключевым темам ПИИК в годовой план работы МУ и планы обучения мед. персонала. • Обеспечить регулярное профессиональное обучение персонала по вопросам ПИИК. • Предоставить персоналу доступ к возможностям для наращивания потенциала через Интернет (онлайн-обучение). • Укрепить потенциал и внедрить регулярные институциональные самооценки ПИИК во всех медицинских учреждениях.
КК4. Надзор за ИСМП	• Пересмотреть перечень ИСМП и разработать/утвердить стандартные определения случаев ИСМП. • Включить согласованные показатели внутрибольничных инфекций в национальную систему медицинской информации (DHIS), чтобы обеспечить своевременную отчетность, анализ и обратную связь на всех уровнях	• Организовать качественный мониторинг ИСМП командой/комитетом по ПИИК и обеспечить соответствие национальным рекомендациям. • Обеспечить своевременную и правильную ежемесячную отчетность по показателям ИСМП через систему DHIS. • Обеспечить, чтобы все медицинские работники были проинформированы и регулярно

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	здравоохранения. • Наращивать потенциал эпидемиологов и медицинских работников в области внутрибольничных инфекций и надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам. • Пересмотреть и внедрить национальный протокол надзора за внутрибольничными инфекциями и устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП).	получали обновленную информацию о ИСМП и УПП, включая их профилактику, выявление и новейшие передовые методы борьбы с ними. • Предусмотреть наличие обученного персонала, ответственного за мониторинг/аудит практик ПИИК и обратную связь. • Обеспечить, чтобы по крайней мере одна назначенная лаборатория на районном уровне была надлежащим образом оборудована и укомплектована персоналом для проведения микробиологических исследований, включая рутинный надзор и реагирование на вспышки заболеваний.
КК 5. Мультимодальные стратегии ПИИК	• Внедрить пятиступенчатую мультимодальную стратегию ВОЗ (изменение системы, образование, мониторинг, напоминания и изменение культуры) для всех мер по инфекционному контролю. • Расширить внедрение мер по инфекционному контролю путем улучшения инфраструктуры и снабжения; регулярного обучения всего медицинского персонала; проведения регулярных аудитов; привлечения руководителей учреждений и признания лидеров в области инфекционного контроля.	• Назначить ответственных сотрудников для мониторинга и аудита и обеспечить ежеквартальный мониторинг и аудит ключевых мер ПИИК и обратной связи (гигиена рук, уборка, асептические процедуры и т.д.). • Обеспечить тщательное обучение персонала МУ по всем аспектам мультимодальных стратегий ПИИК (5 компонентов). • Дальнейшее укрепление институциональной культуры, свободной от обвинений («без обвинений»), для содействия улучшениям и изменению поведения.
КК6. Мониторинг/ аудит практики ПИИК и обратная связь	• Улучшить мониторинг и регулярную оценку реализации программы ПИИК. • Разработать стандартизированные инструменты аудита ПИИК и обеспечить проведение ежеквартальных внутренних аудитов на уровне учреждений. • Разработать системы отчетности по мониторингу и оценке ПИИК, включающие показатели ПИИК, адаптированные к различным медицинским учреждениям.	• Институционализация инструментов самооценки ПИИК (гигиена рук, уборка, управление отходами и т. д.) • Разработать и утвердить инструменты и мероприятия по мониторингу, специфичные для учреждения, на основе национального руководства по ПИИК и обеспечить регулярный мониторинга процессов и показателей ПИИК, определенных на национальном уровне, включая инструменты

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	• Усилить кураторскую поддержку с помощью обученных региональных координаторов ПИИК и структурированных механизмов обратной связи. • Нарастить потенциал координаторов по вопросам управления данными (сбор, анализ и использование инструментов).	самооценки.
КК7. Рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и занятость коек	• Внедрить систему периодической оценки кадровых потребностей с использованием национальных стандартов и принятия мер по результатам оценки. • Включить требования по включению должностей по ПИИК в официальное штатное расписание всех медицинских учреждений второго и третьего уровней, а также в стандарты проектирования и реконструкции медицинских учреждений. • Уделить приоритетное внимание улучшению инфраструктуры для обеспечения надлежащего водоснабжения, санитарии, вентиляции и расстояния между кроватями. • Пересмотреть национальные стандарты укомплектования персоналом для каждого типа медицинских учреждений на основе результатов стандартной оценки потребностей в персонале.	• Внедрить систему оценки и реагирования в случае превышения допустимой вместимости койко-мест. • Районные медицинские учреждения должны регулярно проводить оценку кадровых потребностей с использованием национальных методологий и методологий ВОЗ, что позволит руководству принимать обоснованные решения о распределении и найме персонала в соответствии с меняющимися потребностями в услугах. • Внедрить на уровне района процесс мониторинга коечного фонда с протоколами для оценки ситуации и реагирования в случаях, когда количество поступающих пациентов превышает установленную вместимость медицинского учреждения.
КК 8. Поддерживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК на уровне учреждения	• Пересмотреть существующие стандартные требования к запасам СИЗ и средств инфекционного контроля по типам медицинских учреждений, чтобы обеспечить готовность и устойчивость. • Пересмотреть и распространить национальные руководящие принципы и стандарты по проектированию, строительству и ремонту медицинских учреждений, включая технические характеристики по расстояниям, отделке, поверхностям и системам	• Обеспечить наличие по крайней мере одного функционального источника безопасной воды на каждом объекте. • Обеспечить наличие и размещение станций для мытья рук с мылом и водой или спиртового раствора для рук во всех пунктах оказания медицинской помощи и у входов в объекты. • Обеспечить постоянную поставку необходимых материалов для инфекционного контроля (СИЗ, моющие средства, дезинфицирующие средства,

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	вентиляции. • На основе рекомендаций ВОЗ определить минимальные требования к инфраструктуре ПИИК, которые должны соблюдаться всеми медицинскими учреждениями для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников. • Гарантировать непрерывную и надежную национальную цепочку поставок основных материалов и оборудования ПИИК, таких как дезинфицирующие средства, средства для гигиены рук, СИЗ и системы утилизации отходов, уделяя приоритетное внимание сельским учреждениям и учреждениям с недостаточным уровнем предоставляемого медицинского обслуживания за счет стабильного финансирования и участия местных органов власти.	средства для гигиены рук). • Обеспечить наличие перчаток, масок, халатов и средств защиты глаз, отдавая предпочтение многоразовым изделиям, если это безопасно. • Улучшить систему обращения с медицинскими отходами - внедрить надлежащие практики сбора отходов, использования контейнеров с цветовой маркировкой, контейнеров для острых предметов, сортировки и усилить безопасное уничтожение медицинских отходов в соответствии с национальными стандартами.

ЧАСТЬ 1. ОСНОВНОЙ ОТЧЁТ

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ

Управление и нормативная база ПИИК

Наличие эффективной программы ПИИК имеет решающее значение для обеспечения качества всеобщего охвата медицинскими услугами и устойчивости системы здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где отмечается высокий уровень ИСМП. По данным глобального отчета ВОЗ, проведенного в 2023–2024 годах, только 15,8 % участвующих медицинских учреждений соответствовали всем минимальным требованиям ВОЗ в области ПИИК, и только 39 % стран полностью внедрили программы ПИИК на национальном уровне. Только одна треть стран с низким уровнем дохода имеет специальный бюджет для профилактики и контроля инфекций.[5]

В рамках совместной внешней оценки (Joint External Evaluation assessment), проведённой в 2019 году[6], Таджикистан получил второй уровень по критериям профилактики и контроля инфекционных заболеваний согласно стандарту Международных медико-санитарных правил (ММСП). В то же время последующая базовая оценка ПИИК (2021) выявила существующие проблемы и подчеркнула необходимость внедрения целенаправленных мер по улучшению ситуации.

Признавая существующие пробелы и проблемы в области профилактики и контроля инфекций, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и ВОЗ и при финансовой поддержке Европейского союза (ЕС) инициировало масштабную программу по усилению мер по профилактике и контролю инфекций во всех медицинских учреждениях. Эта инициатива основывалась на разработке Национального руководства по профилактике инфекций и инфекционному контролю и подкреплена разработкой стандартных операционных процедур (СОП), адаптированных к конкретным потребностям различных уровней системы здравоохранения страны.

В период с 2021 по 2022 год ЮНИСЕФ и ВОЗ оказали финансовую и техническую поддержку МЗСЗН РТ в целях укрепления национальной политики в области ПИИК. В рамках глобальных разработок и с учетом опыта, полученного во время пандемии COVID-19, существующие руководства по ПИИК требовали существенной переработки с целью отражения актуальных данных, международных стандартов и передовой практики в сфере оказания медицинской помощи. Эти усилия были дополнены мероприятиями по наращиванию потенциала, включая программы обучения медицинских работников, механизмы мониторинга и поддерживающего кураторства, а

[5] Всемирная организация здравоохранения, Глобальный отчёт по профилактике инфекций и инфекционному контролю 2024. ВОЗ, Женева, 2024.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986
[6] Совместная внешняя оценка основных возможностей Республики Таджикистан в области международных медико-санитарных правил: отчет о миссии, 21–25 октября 2019 г.

также инвестиции в необходимую инфраструктуру и оборудование для профилактики инфекций и инфекционного контроля.

Для обеспечения этого процесса, в начале 2022 года МЗСЗН создало междисциплинарную техническую рабочую группу (ТРГ), в состав которой вошли представители органов здравоохранения, научных учреждений и партнеров по развитию. Эта группа была уполномочена пересмотреть и переработать существующие руководящие принципы по профилактике инфекций и инфекционному контролю, обеспечить их применимость на всех уровнях системы здравоохранения и адаптировать их к условиям страны.

Пересмотренное Национальное руководство по ПИИК было окончательно доработано в конце 2022 года и официально утверждено МЗСЗН РТ в начале 2023 года. Это руководство является основой для внедрения ПИИК в Таджикистане и содержит стандартизированные процедуры по ключевым компонентам, включая гигиену рук, использование средств индивидуальной защиты (СИЗ), уборку помещений, эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями, утилизацию отходов и рациональное использование антимикробных препаратов.

С 2023 года в Таджикистане была создана основная нормативная база по профилактике инфекций и инфекционному контролю (ПИИК) на основании приказа МЗСЗН РТ (№ 572 от 08.09.2023) «Об усилении мер по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских, косметологических и социальных учреждениях Республики Таджикистан». Этот документ определяет комплексные требования к ПИИК и описывает структуру ПИИК на центральном и местном уровнях.

Рисунок 4. Ключевые заинтересованные стороны в области ПИИК



В нем указаны стандарты в отношении человеческих ресурсов, мер предосторожности в различных типах медицинских учреждений и других ключевых компонентов ПИИК, направленных на обеспечение безопасной среды в медицинских учреждениях как для пациентов, так и для медицинских работников. Все положения национального руководства ПИИК разработаны в соответствии с международными нормами и стандартами.

При поддержке ЮНИСЕФ были осуществлены последующие этапы этой деятельности - было профинансировано тиражирование утверждённого руководства и обеспечено распространение по всей стране среди медицинских учреждений государственного сектора. Это стало важным шагом на пути институционализации практик ПИИК и обеспечения доступа медицинских работников к четким, стандартизированным и практическим рекомендациям для повседневного применения.

Роли и обязанности основных заинтересованных сторон, участвующих в реализации программы ПИИК - от разработки политики и стратегии до внутреннего мониторинга и аудита - представлены на рисунке 4 и более подробно описаны в следующем разделе.

Институциональная роль в укреплении ПИИК

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) осуществляет руководство развитием сектора здравоохранения на национальном уровне. Оно определяет приоритеты политики, издает нормативные акты и обеспечивает их эффективное выполнение. Благодаря его руководству цели ПИИК включены в более широкие стратегии в области здравоохранения, что позволяет согласовать ресурсы и действия для достижения целей Национальной стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан до 2030 года.

Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора (СГСЭН) с ее региональными и районными отделениями выступает в качестве ведущего звена в системе выявления, расследования и реагирования на угрозы инфекционных заболеваний. Работа службы по надзору, мониторингу и аудиту обеспечивает последовательное применение мер по ПИИК, а также быстрое сдерживание вспышек заболеваний, что позволяет обеспечить безопасность общественного здоровья.

Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения обеспечивает качество и безопасность медицинских и социальных услуг. Обеспечивая контроль за соблюдением государственной политики, она гарантирует, что учреждения предоставляют услуги, соответствующие национальным стандартам, тем самым укрепляя доверие к системе здравоохранения и защищая благополучие пациентов.

Национальный центр аккредитации играет важную роль в области обеспечения контроля качества, проводя независимые оценки медицинских учреждений в соответствии с установленными стандартами аккредитации. Этот процесс способствует постоянному совершенствованию, стимулирует соблюдение протоколов ПИИК и укрепляет ответственность учреждений.

Медицинские учебные заведения, как до-дипломные, так и последипломные, формируют устойчивый кадровый резерв квалифицированных медицинских

работников. Они разрабатывают и реализуют программы обучения, которые предоставляют медицинским работникам знания и навыки, необходимые для эффективного внедрения мер ПИИК, способствуя формированию культуры безопасности и качества во всем секторе здравоохранения.

В комплексе эти учреждения образуют интегрированную систему управления и надзора, которая поддерживает внедрение, мониторинг и постоянное совершенствование систем ПИИК по всей стране.

Обоснование

Меры по профилактике инфекций и инфекционному контролю являются основополагающим элементом безопасности пациентов и качества медицинской помощи. В Таджикистане укрепление ПИИК стало приоритетной задачей в связи с сохраняющимися рисками и системными пробелами, которые ставят под угрозу пациентов, медицинских работников и сообщества. Результаты мониторинговых визитов и оценок реализации ПИИК выявили значительные пробелы почти во всех основных компонентах ПИИК, которые включают: национальную программу ПИИК, образование и обучение в области ПИИК, эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями, мультимодальные стратегии, мониторинг и аудит практик ПИИК, а также механизмы обратной связи. Кроме того, медицинским работникам часто не хватает последовательной и практической подготовки в области инфекционного контроля. Отсутствие штатных координаторов по вопросам инфекционного контроля и слабые механизмы координации еще больше препятствуют эффективному внедрению и мониторингу практики инфекционного контроля.

Таким образом, создание устойчивой программы ПИИК имеет жизненно важное значение для защиты медицинских работников и обеспечения безопасного оказания услуг во время будущих вспышек заболеваний, чрезвычайных ситуаций или угроз для общественного здравоохранения.

В Таджикистане инфекционные заболевания по-прежнему представляют собой серьезную проблему для системы здравоохранения.

Реальная распространенность инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в стране неизвестна из-за отсутствия стандартизированного эпидемиологического надзора и отсутствия полных данных, хотя результаты оценок указывают на то, что ИСМП являются распространенным явлением, особенно в хирургических, родильных и отделениях интенсивной терапии. Эффективные стратегии ПИИК имеют решающее значение для снижения этой угрозы, повышения безопасности пациентов и обеспечения устойчивости системы к будущим вспышкам заболеваний.

МЗСЗН РТ предприняло существенные шаги по улучшению реализации мер ПИИК в учреждениях здравоохранения. В 2022 году при поддержке ВОЗ, USAID и ЮНИСЕФ, МЗСЗН РТ запустило инициативы по улучшению инфекционного контроля в рамках различных проектов в области здравоохранения. Эти мероприятия были направлены на пересмотр национального руководства по ПИИК и разработку стандартных операционных процедур (СОП). Одним из ключевых направлений этой инициативы было укрепление потенциала медицинских работников и руководителей системы здравоохранения в области ПИИК.

При финансовой поддержке «Программы развития здравоохранения» Европейского союза, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана получил необходимую помощь для укрепления национальной системы здравоохранения. Основная цель программы заключалась в обеспечении равного доступа к качественной медицинской помощи и продвижении к всеобщему охвату медицинскими услугами.

В рамках проекта, в 2021 году ЮНИСЕФ в сотрудничестве с МЗСЗН РТ инициировал комплексную базовую оценку ситуации с целью выявления существующих пробелов, слабых и сильных сторон практики ПИИК в целевых медицинских учреждениях. Результаты этой оценки сыграли важную роль в разработке национального руководства и совершенствовании общей системы ПИИК, в частности практики ПИИК на уровне медицинских учреждений. Результаты оценки также были применены ЮНИСЕФ для укрепления потенциала в области ПИИК 42 учреждений вторичного и 1500 учреждений первичного звена здравоохранения в 37 районах Таджикистана. Сосредоточив внимание на этой важнейшей области, ЮНИСЕФ способствовал сокращению передачи заболеваний и защите уязвимых групп населения, включая беременных женщин, новорожденных и детей младшего возраста.

Данная заключительная оценка предоставляет важную информацию об эффективности мер, реализованных в сфере ПИИК после проведения базовой оценки. Выявление достигнутых успехов и сохраняющихся пробелов позволит использовать результаты оценки при разработке дальнейших стратегий по укреплению практики ПИИК на всей территории Таджикистана.

Проведение заключительной оценки своевременно, учитывая следующие три фактора:

(а) приоритетность и инвестиции ЕС и ЮНИСЕФ в укрепление ПИИК в период 2020-2025 гг.;

(б) лидерство ЮНИСЕФ и ВОЗ в укреплении системы ПИИК;

(в) необходимость получения основанной на фактах информации о ходе реализации мер ПИИК и их результатах, о том, что работает, а что необходимо скорректировать для укрепления усилий МЗСЗН РТ и партнеров по развитию, включая ЮНИСЕФ, по дальнейшему укреплению программы ПИИК как на национальном, так и на местных уровнях.

Анализ результатов итоговой оценки по сравнению с результатами базовой оценки поможет количественно оценить результативность предпринятых мероприятий и даст политикам, руководителям здравоохранения и международным партнерам по развитию представление о том, где необходимы дополнительные ресурсы и поддержка. Укрепление систем ПИИК в Таджикистане имеет жизненно важное значение для снижения случаев ИСМП, улучшения результатов лечения пациентов и обеспечения безопасности и благополучия работников здравоохранения, особенно в свете существующих глобальных угроз здоровью.

Область применения оценки

В рамках заключительной оценки проводится комплексная оценка эффективности мероприятий и систем ПИИК, а также оценка вклада внешней технической и финансовой поддержки в укрепление этих систем в Таджикистане. В

ходе оценки конкретно анализируется, как структуры, ресурсы и практики ПИИК были организованы на национальном и местном уровнях для обеспечения защиты пациентов, медицинских работников и сообществ от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в соответствии с национальным руководством по ПИИК и Глобальной стратегией ВОЗ по ПИИК на 2023–2030 годы.

Географический охват: оценка охватывает внедрение ПИИК в целевых районах с фокусом на стационарах, учреждениях первичной медицинской помощи и других пунктах оказания медицинских услуг, где применяются меры ПИИК.

Цели и задачи заключительной оценки

Заключительная оценка состояла в следующем:

- оценить изменения в результативности ПИИК на уровне учреждений по восьми основным компонентам, выделив наметившиеся тенденции и области прогресса;
- сравнить базовые и заключительные результаты, чтобы выявить достижения, а также сохраняющиеся проблемы;
- предоставить основанные на фактах рекомендации по дальнейшему укреплению систем ПИИК и по устранению выявленных пробелов.

Методология заключительной оценки

Заключительная оценка была разработана в качестве аналитического кросс-секционного (перекрестного) исследования, проведенного в период с июля по сентябрь 2025 года. Как в базовой, так и в заключительной оценке в качестве оценочного инструмента использовался рекомендованный ВОЗ инструмент IPCAF. Эта модель позволяет медицинским учреждениям систематически выявлять существующие пробелы или недостатки в области ПИИК, определять приоритетные области, требующие улучшения, и приводить свои практики в соответствие с международными стандартами и требованиями. Основным преимуществом инструмента является возможность его многократного использования, что позволяет медицинским учреждениям отслеживать тенденции и прогресс в области ПИИК с течением времени, особенно в ответ на выявленные недостатки.

Оценка основана на данных базовой оценки с добавлением сравнительных показателей для отслеживания прогресса. Большинство медицинских учреждений, прошедших оценку в 2021 году, были повторно посещены с использованием тех же инструментов и показателей.

В дополнение к отслеживанию соблюдения основных компонентов ПИИК, заключительная оценка предусматривала анализ собранных данных для оценки погресса в распределении ресурсов, соблюдении протоколов и интеграции стратегий профилактики инфекций. Полученные сравнительные данные позволят усовершенствовать текущие меры и сформулировать практические рекомендации для поддержания прогресса. Благодаря оценке динамики соблюдения требований, распределения ресурсов и внедрения протоколов заключительное исследование не только показывает достигнутый прогресс, но и определяет сохраняющиеся проблемы, что позволит направить дальнейшие усилия на их решение. Этот сравнительный анализ является неотъемлемой частью отслеживания результативности мер и

совершенствования стратегий по устойчивому улучшению ПИИК в медицинских учреждениях Таджикистана.

Сбор данных осуществлялся с помщью структурированного инструмента оценки эффективности ПИИК, который использовался на цифровых устройствах, что обеспечивало эффективный сбор и безопасное хранение полученных ответов. Такой подход позволял оперативно проверять ответы и проводить эффективный анализ данных в режиме реального времени, обеспечивая точность и своевременность процесса оценки.

С целью содействия внедрению структур и практик ПИИК как на национальном уровне, так и на уровне медицинских учреждений, ВОЗ определила ключевые компоненты, необходимые для создания эффективных программ ПИИК. Чтобы помочь медицинским учреждениям в систематической оценке программ ПИИК, ВОЗ предложила использовать инструмент IPCAF. В контексте национальных исследований повторные оценки с использованием данного инструмента могут выявить значительные изменения на уровне страны.

Ключевые компоненты ПИИК

КК1 – Программа ПИИК

КК2 – Руководства по ПИИК

КК3 – Обучение и подготовка в области ПИИК

КК4 – Надзор за ИСМП

КК5 – Мультимодальные стратегии

КК6 – Мониторинг/аудит практики и обратная связь в области ПИИК

КК7 – Рабочая нагрузка, укомплектование персоналом, и средняя занятость койки

КК8 – Поддерживающая среда, материалы, и оборудование для ПИИК

IPCAF представляет собой структурированный опросник закрытого формата с соответствующей системой оценки. Он состоит из 81 индикатора, подразделенных на восемь разделов, соответствующих восьми основным компонентам ПИИК: (1) программа ПИИК; (2) руководства по ПИИК; (3) образование и подготовка в области ПИИК; (4) эпидемиологический надзор за ИСМП; (5) мультимодальные стратегии; (6) мониторинг и аудит практик ПИИК и обратная связь; (7) рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и заполняемость коек; и (8) поддеорживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК. Эти показатели сформулированы в виде вопросов с установленными ответами. За каждый ответ на вопрос начисляются баллы. В зависимости от итогового балла (от 0 до 800) реализация программы ПИИК в учреждении классифицируется по четырем уровням: неудовлетворительная (0–200), базовая (201–400), промежуточная (401–600) или продвинутая (601–800). Максимально возможный балл по каждому разделу (основному компоненту) составляет 100 баллов. На основе ответов по каждому компоненту был получен балл и рассчитан процентный балл (полученный балл, деленный на максимальный балл по компоненту, умноженный на 100). Соответствие каждому компоненту оценивалось на основе процента баллов по компоненту: (i) неадекватное (0–25 %), (ii) базовое (25,1–

50 %), (iii) промежуточное (50,1–75 %) и (iv) продвинутое (75,1–100 %). Эффективность работы медицинского учреждения по каждому основному компоненту оценивалась по проценту баллов, полученных из максимальных 100 баллов за каждый компонент, с использованием следующей системы оценок.

Таблица 3. Интерпретация баллов IPCAF

Общая оценка	Уровень ПИИК	Интерпретация
0 – 200	Неудовлетво-рительный	Реализация ключевых компонентов ПИИК неудовлетворительная. Требуется существенное улучшение.
201– 400	Базовый	Имеются в наличии некоторые аспекты ключевых компонентов ПИИК, но они реализуются в недостаточной степени. Требуется дальнейшее улучшение.
401– 600	Промежуточный	Многие аспекты ключевых компонентов ПИИК реализуются соответствующим образом. Тем не менее, продолжайте увеличивать масштабы, повышать качество реализации, и сосредоточьтесь на разработке долгосрочных планов с целью поддержания и дальнейшего продвижения существующей программы ПИИК.
601– 800	Продвинутый	Ключевые компоненты ПИИК реализуются в полной мере, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, и применительно к потребностям вашего учреждения.

Инструмент содержит структурированные закрытые вопросы с предварительно установленными вариантами ответов и баллами. Баллы по каждому компоненту суммируются для получения итогового балла, который затем используется для оценки медицинского учреждения.

Окончательная оценка рассчитывалась путем сложения оценок всех восьми основных компонентов (т. е. максимально возможная общая оценка составляла 800 баллов). После расчета окончательных оценок каждое целевое медицинское учреждение было отнесено к одной из четырех категорий ПИИК. Затем степень внедрения практик ПИИК в каждом учреждении оценивалась с помощью руководящих принципов оценки IPCAF, приведенных в Таблице 3.

Выбранные медицинские учреждения

В рамках заключительной оценки была исследована группа медицинских учреждений, большинство из которых были включены в базовое исследование. Такая преемственность в выборке облегчила проведение надежного продольного анализа, позволившего получить данные об изменениях в эффективности работы, инфраструктуре и предоставлении услуг с момента первоначальной оценки.

В общей сложности, с использованием стандартизированной методологии были оценены 36 учреждений вторичного и 227 учреждений первичного звена здравоохранения, представляющие четыре региона страны - центральные районные

больницы (ЦРБ), номерные больницы (НБ), районные центры здоровья (РЦЗ), сельские центры здоровья (СЦЗ) и дома здоровья (ДЗ).

Все ЦРБ и соответствующие отделения были выбраны целенаправленно, за исключением ЦРБ из районов Ишкошим (ГБАО), Восе, Кушониён, Тимурмалик и Леваканд, в которых мероприятия внедрялись при поддержке других партнеров по развитию. В этих районах были выбраны и оценены только учреждения первичной медицико-санитарной помощи. В каждом ЦРБ, включенном в выборку, были оценены родильное, детское, хирургическое и инфекционные отделения.

Таблица 4. Число медицинских учреждений, включенных в выборку, по регионам

Регионы	Число медучреждений					
	ЦРБ	**НБ/ИБ**	**РЦЗ**	**СЦЗ**	**ДЗ**	**Всего**
ГБАО	3	1	3	4	6	17
РРП	11	0	10	39	28	88
СУГД	10	2	12	43	24	91
ХАТЛОН	9	0	11	29	18	67
ВСЕГО	**33**	**3**	**36**	**115**	**76**	**263**

Сбор данных и анализ

Чтобы обеспечить эффективное использование инструмента опроса и точность представленных данных, необходимо всестороннее понимание терминологии и концепций ПИИК. Для проведения итоговой оценки было создано 14 полевых оценочных групп, каждая из которых состояла из двух обученных сотрудников, назначенных МЗСЗН РТ из учреждений здравоохранения центрального и региональных уровней.



В общей сложности в процессе сбора данных участвовали 28 оценщиков (19 мужчин и 9 женщин). Перед проведением оценки все члены группы прошли трехдневную программу обучения, посвященную использованию инструмента IPCAF и его техническим компонентам. Обучение также включало ознакомление полевых оценщиков с инструментарием Kobo Toolbox и практические упражнения.

При проведении оценки члены команды провели собеседования с руководителями медицинских учреждений, координатором ПИИК и руководителями отделений в каждом медицинском учреждении. Оценка практик ПИИК проводилась посредством наблюдений, собеседований с ключевыми сотрудниками и анализа документов, связанных с ПИИК, во время посещений медицинских учреждений. Сбор всех данных осуществлялся с помощью Kobo Toolbox, набора инструментов с

открытым исходным кодом, который позволяет разрабатывать, проводить и управлять опросами для сбора данных как в режиме онлайн, так и в режиме офлайн.

Эта цифровая платформа позволила оценщикам фиксировать ответы в режиме реального времени, применять алгоритм автоматическую пропуска вопроса и проверки достоверности для уменьшения ошибок, а также безопасно хранить данные для последующего анализа. Использование офлайн-функциональности позволило проводить опросы в медицинских учреждениях с ограниченным доступом к Интернету или без него, а данные синхронизировались с центральным сервером как только появлялось подключение. Такой подход повысил эффективность, улучшил качество данных и облегчил своевременный мониторинг хода полевых работ.

Количественные данные сначала вводились и систематизировались с помощью Microsoft Excel. Затем данные импортировались в SPSS Statistics (версия 24) для проведения углубленного статистического анализа. Данные были систематизированы и очищены, при этом использовались только ответы участников с полными наборами данных.

Вычислялся процентный показатель результативности ПИИК (полученный балл делился на максимальный балл и умножался на 100) для общего балла и баллов по каждому ключевому компоненту и подкомпоненту. Процентные оценки варьировались от 0% до 100%. Результаты ПИИК оценивались на основе полученной процентной оценки: (i) неудовлетворительный (0–25%), (ii) базовый (25,1–50%), (iii) промежуточный (50,1–75%) и (iv) продвинутый (75,1–100%) уровень.

Изменение процентного балла ПИИК рассчитывалось для каждого основного компонента путем вычитания процентного балла 2021 года из балла 2025 года. Подкомпоненты IPCAF с неадекватными баллами (менее 25%) рассматривались как пробелы, и они сравнивались между баллами оценок 2021 и 2025 годов.

Уровень выполнения	% баллов
Неудовлетворительный	0 - 25%
Базовый	25.1% - 50%
Промежуточный	50.1% - 70%
Продвинутый	>75.1%

Качество полевых работ

Контроль качества сбора данных обеспечивался во всех районах посредством постоянного мониторинга местоположения оценщиков с помощью GPS на протяжении всего периода сбора данных, чтобы гарантировать их надежность и точность. Во время сбора данных специалист по базам данных систематически проверял все заполненные анкеты в базе. В случаях, где наборы данных были признаны неполными, оценщикам давали указание повторно посетить соответствующие медицинские учреждения и заполнить все недостающие компоненты инструментов оценки.

Заключительная оценка проводилась совместно представительством ЮНИСЕФ и МЗСЗН РТ, а сбор данных тщательно контролировался координаторами опроса и

сотрудниками ЮНИСЕФ с целью обеспечения качества и согласованности данных, а также соблюдения протокола исследования.

Этические вопросы оценки

Все этапы итоговой оценки были скоординированы и одобрены МЗСЗН РТ (приказ № 397 от 30 июня 2025 г.) и его ответственным управлением санитарной и эпидемиологической безопасности, чрезвычайных ситуаций и экстренной медицинской помощи. Следует отметить, что данная оценка проводилась в соответствии с этическими руководящими принципами Группы Организации Объединенных Наций по вопросам оценки (UNEG)[7] и Процедурой этических стандартов ЮНИСЕФ[8].

Кроме того, в рамках опроса все участники из охваченных медицинских учреждений были ознакомлены с целями и задачами опроса, а также с вопросами конфиденциальности и неприкосновенности частной информации.

Ограничения и трудности заключительной оценки

Ограничения и трудности, возникшие в ходе заключительной оценки:

- Внедрение основанных на фактических данных международных инструментов оценки ПИИК в странах с ограниченными ресурсами сопряжено со значительными трудностями из-за различий в социокультурных факторах, структурах систем здравоохранения и местной эпидемиологии, особенно в учреждениях первичной медицинско - санитарной помощи начального уровня.
- Инструменты оценки IPCAF или IPCAT часто используются самостоятельно, что может привести к завышению или занижению оценок из-за предвзятости. Чтобы уменьшить эту предвзятость при самостоятельной оценке, во время обучения было подчеркнуто, что результаты предназначены для использования учреждениями в целях будущего улучшения, а не для принятия штрафных мер.
- Оценка ПИИК основана на существующих данных и не предусматривает сбор первичных данных. Это может ограничить глубину и объем оценки.
- Измерение соблюдения практик ПИИК является сложной задачей, особенно в отношении гигиены рук, поскольку показатели соблюдения широко варьируются.
- Сложность инструмента оценки ПИИК (IPCAF) может привести к неверному толкованию вопросов, что приведет к неточным ответам.
- Процесс проведения оценок ПИИК вызывает дискомфорт или добавляет дополнительную нагрузку для медицинского персонала, поскольку эти меры могут создавать трудности, а также сложности со временем в их повседневной работе.
- Инструмент IPCAF является объемным и содержит много вопросов по разным областям, что требует консультаций с представителями нескольких отделений.

Инструмент ВОЗ IPCAF для оценки программ ПИИК имеет определенную степень субъективности. Хотя инструмент использует определенные ответы и систему оценки, основанную на доказательствах и консенсусе экспертов, интерпретация этих

7 http://www.unevaluation.org/document/detail/102
8 Детский фонд ООН, Процедуры ЮНИСЕФ по этическим стандартам в исследованиях, оценке, сборе и анализе данных, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, апрель 2015 г.

ответов и сложные случаи и комплексные индикаторы могут привести к разным оценкам среди экспертов.

Для решения этих проблем все оценщики, уполномоченные МЗСЗН РТ, прошли комплексное обучение по применению инструмента IPCAF, что обеспечило стандартизированный и надежный сбор данных.

Структура оставшейся части отчётаотчета

После этого введения (Глава 1) оставшаяся часть 1 отчета структурирована следующим образом:

Глава 2 – Представление результатов оценки, сгруппированных по ключевым компонентам ПИИК.

Глава 3 – Общие выводы, сделанные на основе результатов, с последующими ключевыми практическими рекомендациями для национального и местных уровней.

В части 2 отчета изложены результаты национальной самооценки по внедрению основных компонентов ПИИК.

ГЛАВА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

В этой главе представлен подробный обзор реализации всех восьми ключевых компонентов (КК) программы ПИИК в учреждениях первичной и вторичной медицинской помощи в районах, которые были охвачены проектом ЕС/ ЮНИСЕФ с 2021 по 2025 годы. Средние процентные показатели представлены по регионам, типам учреждений и различным отделениям ЦРБ, с наглядным описанием в соответствующих диаграммах. Для большей ясности и понимания в отчете представлен углубленный анализ данных IPCAF с описанием отдельных показателей и моделей реагирования. Результаты сгруппированы в таблицы по компонентам и обозначены цветовыми кодами для облегчения интерпретации и выделения ключевых выводов.

Общие баллы

Средний балл IPCAF улучшился с 157.9 в 2021 году до 310.1 в 2025 году, что свидетельствует об общем прогрессе в реализации ПИИК, хотя различия между регионами и учреждениями остаются существенными.

Таблица 5. Изменения в баллах по основным компонентам ПИИК за период реализации

Ключевые компоненты ПИИК	Базовая оценка	Заключительная оценка	Изменения (+/-)	Интерпретация
КК1. Программа ПИИК	12.7	24.3	11.6	Умеренное улучшение
КК2. Руководства ПИИК	17.7	56.2	38.5	Значительный прогресс
КК3. Подготовка и обучение ПИИК	21.3	38.7	17.4	Умеренный прогресс
КК4. Надзор за ИСМП	8.2	27.1	18.9	Умеренный прогресс
КК5. Мультимодальные стратегии	10.3	42.9	32.6	Значительный прогресс
КК6. Мониторинг ПИИК /аудит и обратная связь	29.3	45.1	15.8	Умеренный рост
КК7. Рабочая нагрузка, персонал и занятость коек	18.3	31.6	13.3	Умеренный прогресс
КК8. Поддерживающая среда, материалы, и оборудования для ПИИК на уровне медучреждений	40.1	44.3	4.2	Медленный прогресс *

** Низкий балл по СС8 отражает сохраняющиеся проблемы с инфраструктурой в учреждениях ПМСП, особенно из-за отсутствия надежных систем водоснабжения, уборки и утилизации отходов.*

В представленной ниже таблице 6 приведены средние баллы по основным компонентам, с разбивкой по регионам и типам медицинских учреждений, а также общий балл, достигнутый по сравнению с максимально возможным. Все регионы продемонстрировали «базовый» уровень эффективности, а медицинские учреждения второго уровня (больницы) достигли «промежуточного» уровня. Наибольший прогресс в реализации ПИИК был зафиксирован в Согдийской и Хатлонской областях, а также в медицинских учреждениях второго уровня. Напротив, в ГБАО наблюдалось снижение показателей, что свидетельствует о сохраняющихся проблемах, требующих целенаправленных мер для решения и содействия более сбалансированному улучшению ситуации во всех регионах.

Таблица 6. Средний балл по ключевым компонентам ПИИК в разрезе регионов и типов медицинских учреждений

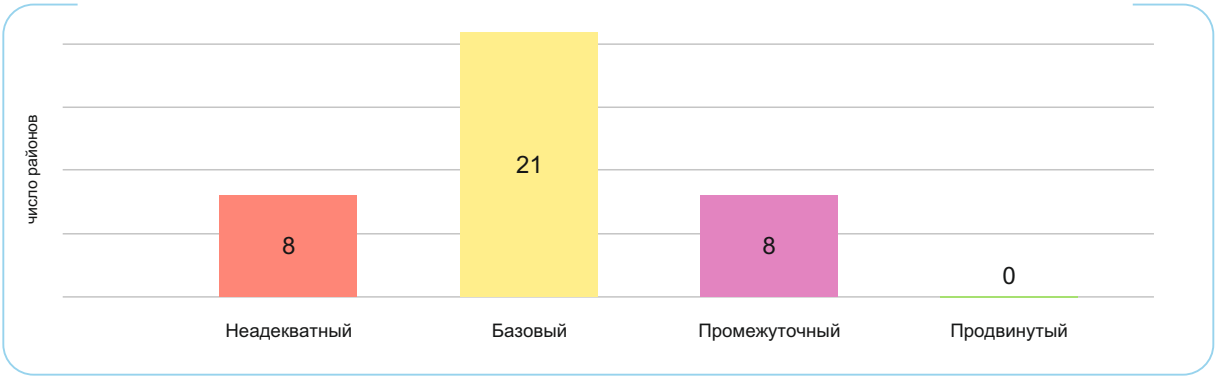
	КК1		**КК2**		**КК3**		**КК4**		**КК5**		**КК6**		**КК7**		**КК8**		**Всего** Максимальный балл (800)	
	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025	2021	2025
ГБАО	38,4	21,8	55,2	58,2	39,3	41,5	21,5	28,9	30,0	47,0	54,5	39,9	33,4	29,5	67,1	45,5	333,4	312,2
РРП	11,5	18,3	14,4	44,8	22,4	32,0	5,4	15,2	9,6	41,3	29,1	33,7	18,1	31,9	31,2	39,8	141,7	256,8
Сугд	6,9	31,7	13,6	66,7	18,6	44,8	7,2	33,1	7,3	48,2.	26,4	56,7	14,0	31,0	46,9	46,7	141,0	358,9
Хатлон	10,8	23,5	11,8	58,8	16,5	43,1	7,0	34,8	9,4	36,4	23,7	46,9	17,7	33,1	31,1	47,5	127,8	325,0
ЦРБ	21,0	19,1	22,9	79,7	26,5	52,1	20,5	51,8	26,1	44,5	35,2	61,8	37,3	53,6	51,1	63,3	240,6	425,9
НБ	18,8	20,7	9,2	86,4	8,3	52,4	20,4	43,2	22,5	36,4	32,1	75,0	29,2	51,4	60,0	71,1	200,4	436,4
РЦЗ	16,3	52,3	20,7	68,3	27,1	47,0	0,0	36,1	0,0	42,6	33,1	50,1	9,6	33,0	45,4	54,9	152,3	384,9
СЦЗ	8,1	24,6	15,2	39,9	18,1	31,3	0,0	13,0	0,0	40,1	24,8	25,1	5,1	15,6	30,8	31,9	103,6	221,5
ДЗ	0,2	18,1	9,3	32,6	12,7	23,5	0,0	0,0	0,0	41,7	21,8	26,2	4,9	12,0	25,6	25,4	74,5	179,4
Средний	**12,7**	**24,3**	**17,7**	**56,2**	**21,3**	**38,7**	**8,2**	**27,1**	**10,3**	**42,9**	**29,3**	**45,1**	**18,3**	**31,6**	**40,1**	**44,3**	**157,9**	**310,1**

По сравнению с районными и городскими больницами учреждения здравоохранения в сельских местностях заметно отстают по своим показателям. Этот разрыв между городом и селом отражает системные проблемы в распределении ресурсов, укомплектовании кадрами и инфраструктурной поддержке. Такое неравенство подрывает равный доступ к качественной медицинской помощи, особенно для населения отдаленных районов.

Различия между районными/центральными и сельскими медицинскими учреждениями, вероятно, возникают из-за того, что деятельность ПИИК требует регулярных финансовых и кадровых инвестиций, в том числе специальных знаний и опыта, что подчеркивает важность увеличения финансирования, выделяемого на ПИИК.

По суммарным баллам IPCAF, 8 из 37 районов (22 %) получили оценку «*неудовлетворительно*» (0–200), 21 из 37 учреждений (57 %) имели *базовый* уровень (201–400), что указывает на наличие основных мер, но сохраняются значительные пробелы в таких областях, как мониторинг, надзор, обучение персонала и распределение ресурсов, а 8 из 37 (22 %) районов достигли *промежуточного* уровня (401–600), как показано на рисунке. Эти районы демонстрируют более надежное внедрение ПИИК, с некоторыми улучшениями в основных компонентах, таких как

лучшее соблюдение руководящих принципов, повышение уровня подготовки персонала и более последовательное применение практик ПИИК. Однако даже на этом уровне остаются проблемы, особенно в таких областях, как надзор за ИСМП, микробиологическая поддержка и комплексные мультимодальные стратегии. Средний уровень указывает на то, что, хотя эти районы достигают прогресса, по-прежнему существует необходимость в постоянных инвестициях и наращивании потенциала для достижения высоких показателей.



Этот базовый уровень соответствует выводам из глобального доклада о ПИИК[9], где упоминаются страны с низким уровнем дохода, в которых многие учреждения с трудом выходят за рамки минимальных стандартов из-за ограниченности ресурсов и возможностей.

Различия между районами подчеркивают важность целенаправленных мер по устранению конкретных недостатков - таких как усиление технической поддержки, усиление кураторства и обеспечение интеграции ПИИК в более широкие инициативы по укреплению системы здравоохранения. Без целенаправленных усилий эти неравенства, вероятнее всего сохранятся, что может подорвать национальные цели здравоохранения и увеличить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, особенно в районах с недостаточным уровнем обслуживания.

На общий балл по районам, особенно по КК8, значительное влияние оказало включение в оценку медицинских учреждений более низкого уровня системы, таких как СЦЗ и ДЗ. На этих уровнях некоторые из основных компонентов ПИИК либо неактуальны, либо не могут быть полностью применены из-за ограниченного объема услуг, инфраструктуры и ресурсов, что, как правило, снижает совокупный балл по районам.

Заключительная оценка показывает улучшение в реализации мер ПИИК во всех оцененных отделениях больниц. Все четыре отделения больниц - детское, инфекционное, родильное и хирургическое - продемонстрировали прогресс по сравнению с базовым уровнем 2021 года, с увеличением от 22 до 32 процентных пунктов.

Наивысшие показатели были зафиксированы в родильном, детском и инфекционном отделениях (79%, 78% и 75% соответственно), что свидетельствует о высокой степени интеграции практик ПИИК в оказание медицинской помощи матерям,

[9] Всемирная организация здравоохранения, Глобальный отчёт по ПИИК 2024. ВОЗ, Женева, 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986

новорожденным и детям. Отделение инфекционных заболеваний, которое имело самые низкие базовые показатели, достигло наибольшего улучшения, что отражает эффективность целенаправленных мер в областях с высоким риском. Отделения хирургии также значительно улучшили свои показатели, но по-прежнему требуют более тщательного мониторинга из-за высокого риска инфекций в области хирургического вмешательства.

Для поддержания и развития этих достижений необходимо обеспечить, чтобы все отделения имели гарантированный доступ к непрерывному обучению в соответствии с национальными стандартами, к ресурсам и надежной инфраструктуре, а также к эффективным системам мониторинга.

Ключевой компонент 1: Программа ПИИК

В рамках этого ключевого компонента оценивалась доступность действующей программы ПИИК. Оценивалось, имеет ли учреждение четко определенные цели по профилактике ИСМП и борьбе с антимикробной устойчивостью (АМУ), а также наличие специально назначенного персонала и комитета на уровне учреждения, ответственного за реализацию ПИИК. В Таджикистане, описание программы ПИИК является неотъемлемой частью национального руководства по профилактике и контролю инфекций (глава 3) и устанавливает цели, организационную структуру с четко определенными обязанностями на всех уровнях системы здравоохранения. В руководстве рекомендуется создание комиссий/групп по инфекционному контролю в медицинских учреждениях для содействия эффективной реализации ПИИК. Политика и руководящие принципы, включая ПИИК, формулируются централизованно МЗСЗН РТ, а затем предоставляются в региональные и местные медицинские учреждения для реализации. В противоположность этому, в глобальном отчете ВОЗ по инфекционному контролю (2023 г.) было установлено, что почти в 25 процентах стран отсутствует программа или план по инфекционному контролю[10].

Программа ПИИК демонстрирует «базовый» уровень выполнения во всех регионах и категориях медицинских учреждений, за исключением сельских учреждений первичной медицинской помощи самого низкого уровня.

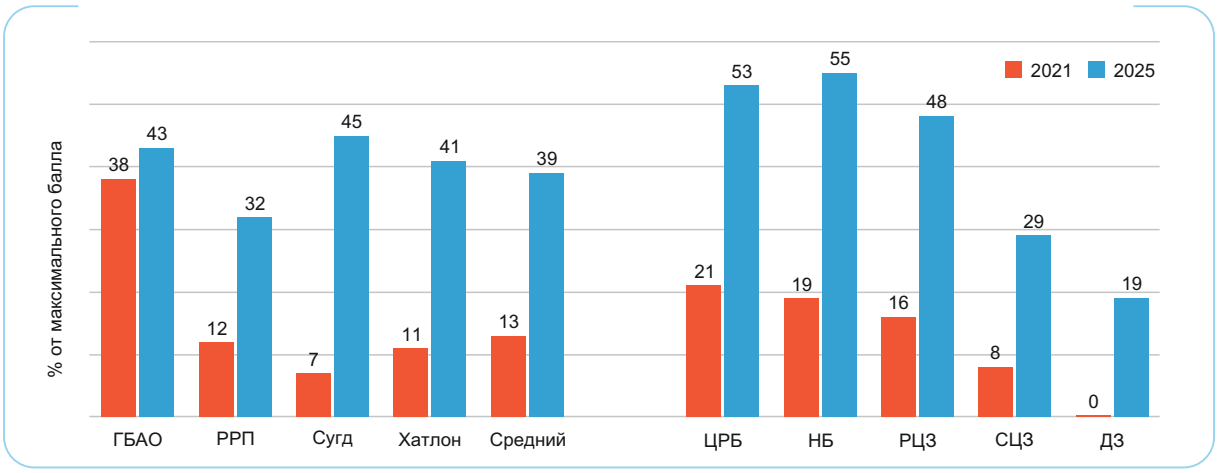
Среди обследованных районов 54% были классифицированы как районы с неадекватным внедрением этого ключевого компонента ПИИК, а 46% достигли только базового уровня внедрения. Такое распределение подчеркивает значительные пробелы в институционализации программы ПИИК и указывает на необходимость целенаправленных мер по повышению эффективности во всех районах.

В соответствии со средним по стране показателем ПИИК, равным **310.1** (из 800), медицинские учреждения выбранных районов относятся к категории **«Базовый» (диапазон 201-400)**. Эта классификация отражает заметный прогресс в масштабах всей системы с 2021 года, но также подчеркивает, что практики ПИИК еще не полностью институционализированы на всех уровнях оказания медицинской помощи. Итоговые результаты подчеркивают необходимость целенаправленной поддержки для укрепления потенциала ПИИК практически во всех регионах и типах медицинских учреждений. Результаты заключительной оценки демонстрируют значительные различия в реализации программы ПИИК в различных типах медицинских учреждений.

[10] Всемирная организация здравоохранения, Глобальный отчёт по ПИИК 2024. ВОЗ, Женева, 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986.

Наибольший прогресс был достигнут на уровне ЦРБ и НБ, которые набрали 53% и 55% соответственно от максимального количества баллов соответственно. РЦЗ также демонстрируют умеренный прогресс в реализации программы, набрав 48% баллов, что свидетельствует о частичной институционализации деятельности ПИИК. Учреждения первичного уровня (СЦЗ и ДЗ) набрали значительно меньше баллов — 29% и 19% соответственно, что подчеркивает значительные различия между вторичным и первичным уровнями. (Рисунок 5)

Рисунок 5. Доля баллов, полученных по регионам и типам медицинских учреждений, исходя из максимального балла по компоненту (2021г. по сравнению с 2025 г.)

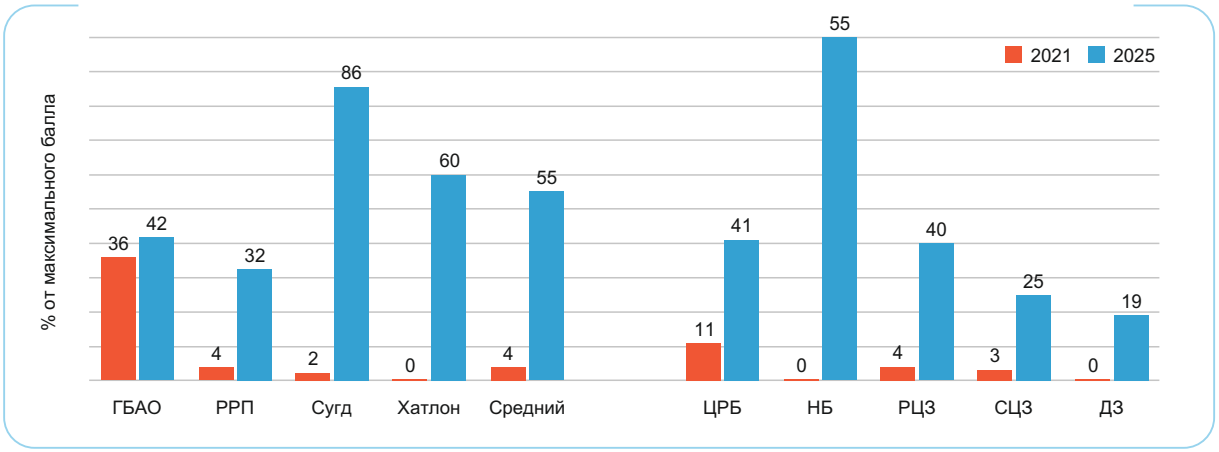


Национальное руководство ПИИК, утвержденное в 2023 году, в настоящее время служит основой национальной программы, четко определяя организационную структуру и распределение обязанностей на всех уровнях системы здравоохранения, а также среди всего персонала медицинских учреждений. Данные показывают, что ЦРБ, как правило, достигают более высоких результатов по сравнению с максимально возможными для компонентов программы ПИИК, что позволяет предположить, что эти более крупные или более централизованные учреждения могут быть лучше оснащены для выполнения требований ПИИК. Напротив, дома здоровья, которые обычно работают с меньшими ресурсами и под меньшим непосредственным контролем, постоянно получают самые низкие оценки. Это неравенство подчеркивает системную проблему: хотя в некоторых регионах и типах учреждений наблюдаются определенные успехи, в большинстве медицинских учреждений программы ПИИК либо полностью отсутствуют, либо реализуются с серьезными недостатками. Наиболее высокий уровень соответствия ПИИК наблюдается в **инфекционных отделениях**, за ними следуют родильные и хирургические отделения, что отражает целенаправленные меры и частый внешний контроль.

В период с 2021 по 2025 год **общая доступность программ ПИИК в системе здравоохранения, во всех регионах и типах учреждений увеличилась более чем вдвое,** что отражает усиление институциональной приверженности инфекционному контролю и демонстрирует прогресс в реализации национальной политики в этой области (Рисунок 6). Это отражает успех мер, предпринятых правительством и партнерами для укрепления благоприятных условий для внедрения ПИИК. Результаты оценки показывают, что национальная директива о создании комитетов ПИИК (приказ

МЗСЗН РТ № 83 от 2024 года) оказала положительное влияние, особенно в регионах с более развитой инфраструктурой.

Рисунок 6. Наличие программы ПИИК по регионам и типам медицинских учреждений (2021 г. по сравнению с 2025 г.)



В целом, по результатам заключительного анализа данных отмечается заметный рост числа программ ПИИК по всей стране, что свидетельствует о прогрессе в институционализации структур ПИИК в медицинских учреждениях. По результатам анализа данных подтверждается, что к 2025 году программы ПИИК были представлены практически во всех оцениваемых больницах и районных медицинских центрах, тогда как в 2021 году такие программы существовали лишь спорадически и зачастую не имели формальной структуры, специального персонала или четко определенных планов работы. Наибольший прогресс был отмечен в больницах и районных центрах здоровья, где в большинстве учреждений в настоящее время созданы официальные комитеты ПИИК. Тем не менее, прогресс является неравномерным: во многих центрах первичной медико - санитарной помощи, особенно в сельских регионах и ГБАО, по-прежнему отсутствуют полноценные структуры ПИИК. Необходимы дальнейшие усилия для расширения и поддержания программ ПИИК на уровне первичной медицинской помощи посредством наставничества, надзора и распределения ресурсов.

В виду высокоцентрализованной структуры системы здравоохранения все стратегические и программные документы, связанные с ПИИК, разрабатываются на национальном уровне МЗСЗН РТ. После разработки и утверждения эти документы передаются в региональные и местные медицинские учреждения для реализации. Следовательно, на уровне отдельных медицинских организаций или районных больниц, как правило, не существует отдельной, адаптированной к местным условиям программы ПИИК. Вместо этого эти учреждения действуют в первую очередь как структуры, ответственные за выполнение централизованно определенных стратегий и протоколов.

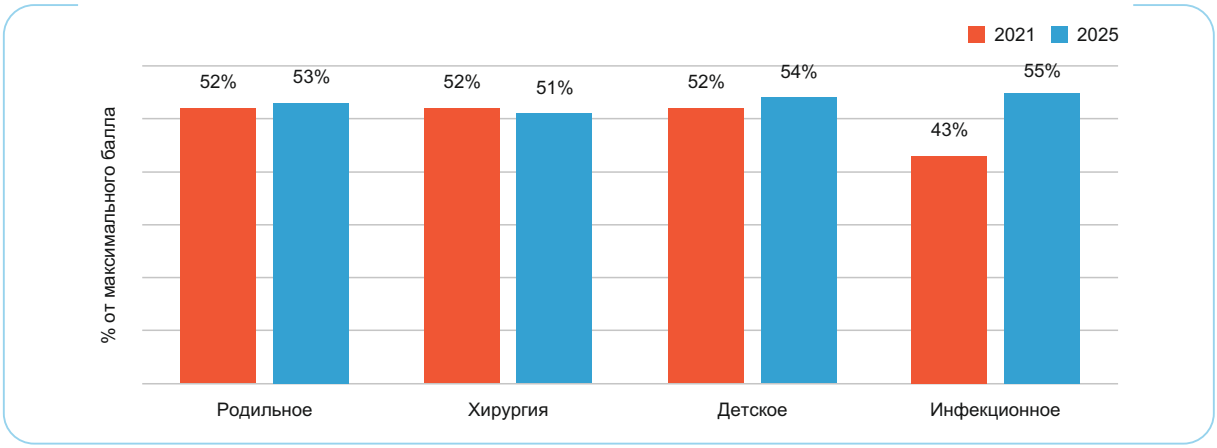
Такой централизованный подход означает, что местные медицинские учреждения имеют ограниченную автономию и возможности для адаптации мер ПИИК с целью решения своих уникальных проблем или оперативного реагирования на возникающие риски инфекций, характерных для их контекста. В результате,

реализация мероприятий ПИИК часто зависит от своевременного предоставления рекомендаций, ресурсов и одобрения со стороны центральных органов власти. Это может приводить к значительным задержкам и ограничивать гибкость медицинских учреждений в плане внедрения инноваций или определения приоритетов местных инициатив по инфекционному контролю.

На практике отсутствие децентрализованной ответственности означает, что на уровне учреждений могут отсутствовать четкие цели, специальное финансирование и специализированный персонал, которые являются важными компонентами эффективной программы ПИИК. Учреждения вынуждены полагаться на стандартизированные руководства, а не разрабатывать собственные меры, адаптированные к конкретным условиям, что может снизить общую эффективность мер по контролю инфекций. Кроме того, такая организация порцессов может привести к упущенным возможностям для местного руководства и персонала проявить инициативу или развить экспертные знания, поскольку их основная роль заключается в выполнении внешних директив, а не в проактивном управлении рисками инфекции в своей собственной среде.

Примечательно, что средние баллы, полученные по этому компоненту, являются умеренными во всех оцененных отделениях ЦРБ и демонстрируют базовую степень эффективности программы ПИИК (Рисунок 7).

Рисунок 7. Доля полученных баллов от максимально возможного, по отделениям ЦРБ



Программа ПИИК отсутствует в большинстве медицинских учреждений, а там, где она есть, программы являются неполноценными, что напрямую связано с централизованной системой здравоохранения, в которой программа ПИИК имеется только на центральном уровне.

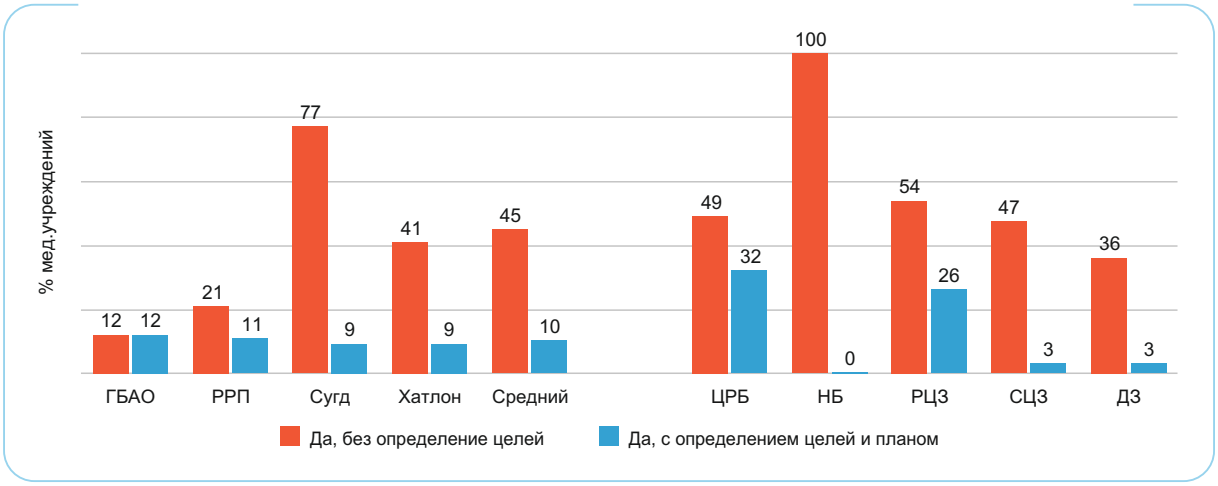
Несмотря на то, что программа ПИИК признана важнейшим компонентом качества медицинской помощи и безопасности пациентов, она по-прежнему остается в значительной степени недостаточной в большинстве медицинских учреждений. В тех случаях, когда программа ПИИК все же существует, она зачастую является неадекватной и не соответствует основным стандартам, необходимым для эффективной профилактики и контроля инфекций. Этот постоянный недостаток тесно связан с централизованной структурой системы здравоохранения, которая склонна концентрировать усилия и ресурсы ПИИК на центральном уровне, оставляя

региональным и местным учреждениям ограниченную поддержку и автономию. В результате, многие медицинские учреждения не имеют надежных организационных структур и практических рекомендаций, необходимых для реализации комплексных мер ПИИК, адаптированных к их конкретным потребностям. Без устранения этих структурных диспропорций и обеспечения повсеместного внедрения функциональных программ ПИИК система здравоохранения будет по-прежнему испытывать трудности в достижении последовательных и эффективных методов инфекционного контроля по всей стране.

Практически половина (45%) медицинских учреждений не имела действующей программы ПИИК, в результате чего они были классифицированы только на базовом уровне эффективности по КК1. Это подчеркивает сохраняющийся разрыв в создании эффективных структур ПИИК, которые необходимы для поддержания качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

Большинство медицинских учреждений, имеющих программы ПИИК, не имели целей, бюджета или персонала, специально предназначенного для реализации ПИИК. Только 10% оцениваемых медицинских учреждений имеют программу ПИИК с четко определенными целями, по сравнению с 19% в базовой оценке.

Рисунок 8. Наличие программы ПИИК по регионам и типам мед. учреждений



В тех медицинских учреждениях, где доступна программа ПИИК, в 45% случаев программа не имеет четко определенных целей. Наибольшая доля таких учреждений (12%) была зафиксирована в ГБАО и среди ЦРБ, НБ и РЦЗ – 49%, 100% и 54% соответственно (Рисунок 8). Только 10% оцениваемых медицинских учреждений сообщили о наличии программы ПИИК с четко определенными целями.

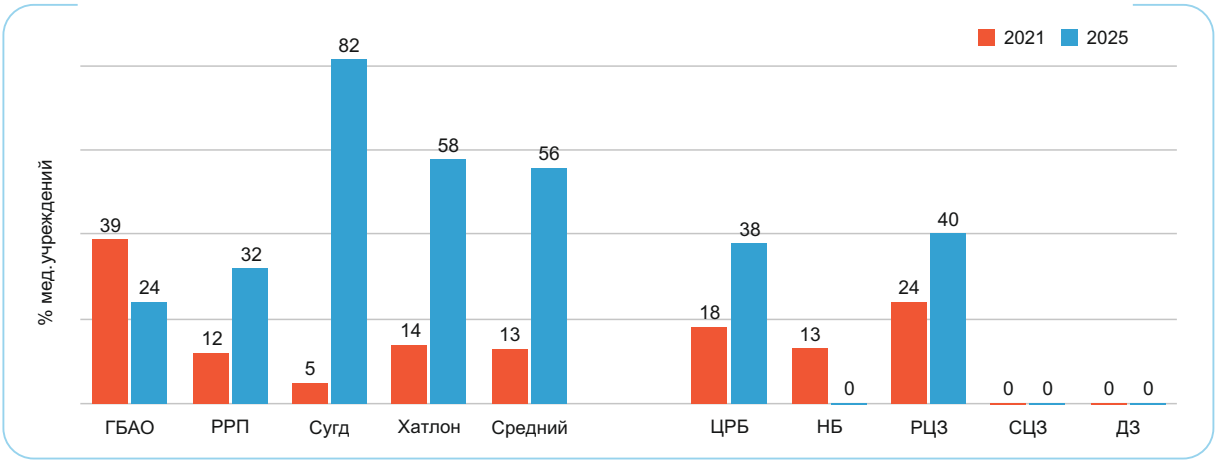
В большинстве медицинских учреждений, где реализуются программы ПИИК, организация программ является неадекватной.

По рекомендации ВОЗ для эффективной реализации программы ПИИК медицинским учреждениям рекомендуется создавать междисциплинарные группы ПИИК и назначать специальных координаторов, ответственных за надзор за деятельностью ПИИК. Такой подход обеспечивает координацию, устойчивость и

адаптацию усилий ПИИК к уникальным потребностям каждого учреждения, что в конечном итоге повышает безопасность пациентов и качество медицинской помощи[11].

По результатам заключительной оценки было выявлено, что менее половины оцениваемых медицинских учреждений имеют сформированную команду ПИИК, что свидетельствует о том, что многие учреждения по-прежнему полагаются на ограниченные людские ресурсы для реализации ПИИК. Около 43% учреждений сообщили, что у них есть только один координатор или специалист по ПИИК вместо многопрофильной команды ПИИК, что значительно ограничивает масштаб и устойчивость мероприятий в области ПИИК.

Рисунок 9. Наличие ответственного сотрудника, по регионам и типам мед. учреждений (2021 г. по сравнению с 2025 г.)



В силу широко распространенной нехватки персонала и необходимости выполнения дополнительной рабочей нагрузки многие из этих координаторов работают неполный рабочий день, деля свое время между обязанностями ПИИК и другими клиническими или административными обязанностями. Кроме того, для задач, связанных с ПИИК, не выделяется специальное время или рабочая нагрузка, что еще больше ограничивает регулярный надзор, анализ данных и внедрение мер по улучшению. Эта ситуация подчеркивает необходимость институционализации полных рабочих мест ПИИК в штатной структуре учреждений и обеспечения выделения достаточного времени и ресурсов для выполнения функций ПИИК. Создание междисциплинарных команд, в сравнении с наличием отдельных координаторов, имеет решающее значение для обеспечения устойчивого прогресса и эффективной координации практик профилактики и контроля инфекций.

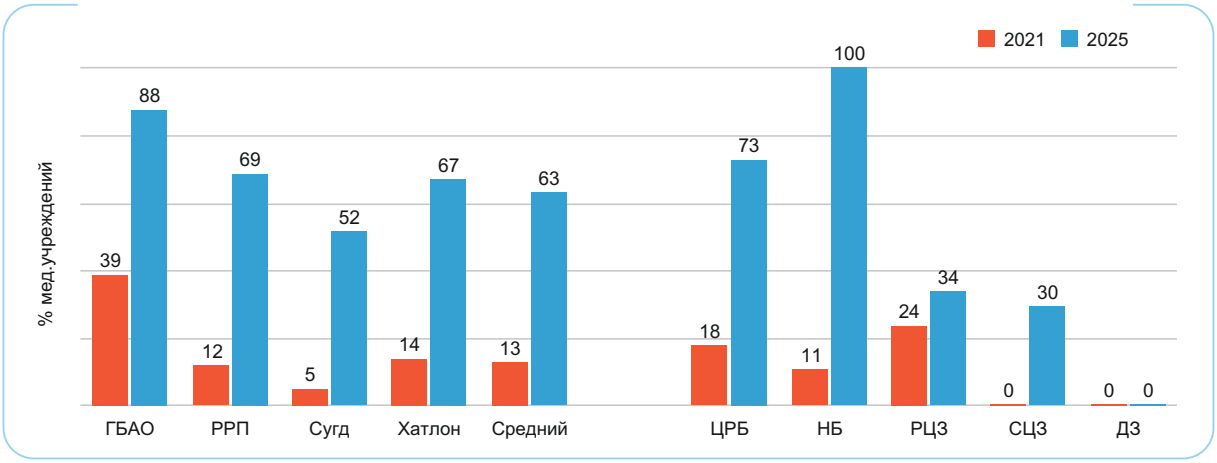
Хотя в большинстве районных учреждений первичной и вторичной медицинской помощи указали на наличие комитета по ПИИК, его регулярное функционирование и вынесение вопросов ПИИК на обсуждение не является регулярным и требует улучшений.

[11] Обученный координатор по ПИИК (один обученный штатный сотрудник на полную ставку – мед.сестра или врач –в соответствии с рекомендуемым соотношением 1:250 коек, с выделенным временем для проведения мероприятий по ПИИК во всех учреждениях (например, если в учреждении 120 коек, один специалист, работающий на 50% штатной нагрузки).

В соответствии со статьей 25 Национального кодекса здравоохранения каждому медицинскому учреждению рекомендуется создать комиссию по качеству и безопасности медицинских услуг, которая также служит основой для интеграции вопросов ПИИК в их повседневные функции. Однако в большинстве медицинских учреждений комитеты ПИИК не работают на регулярной основе, и постоянное участие в решении вопросов ПИИК остается ограниченным. Для достижения значимого прогресса необходимо усилить функциональность этих комитетов и обеспечить регулярное рассмотрение вопросов ПИИК. Отсутствие постоянной функциональности подрывает потенциал комитетов по предоставлению стратегических рекомендаций, содействию коммуникации между персоналом и мониторингу прогресса инициатив ПИИК.

Результаты заключительной оценки показывают, что только одно из шести опрошенных медицинских учреждений имеет подгруппу ПИИК в составе комитета по качеству и безопасности медицинских услуг (Рисунок 10). В сельских учреждениях, ограниченность персонала делает создание и поддержание работы таких комитетов нецелесообразным.

Рисунок 10. Наличие комиссии/комитета по ПИИК по регионам и типам мед. учреждений (2021 г. по сравнению с 2025 г.)



Функционирование комитетов/подгрупп ПИИК играет важную роль в формировании культуры безопасности и ответственности в медицинских учреждениях. Комитеты должны не только проводить регулярные заседания, но и работать с четко определенными функциями, обязанностями и планами работы, адаптированными к конкретным потребностям каждого учреждения.

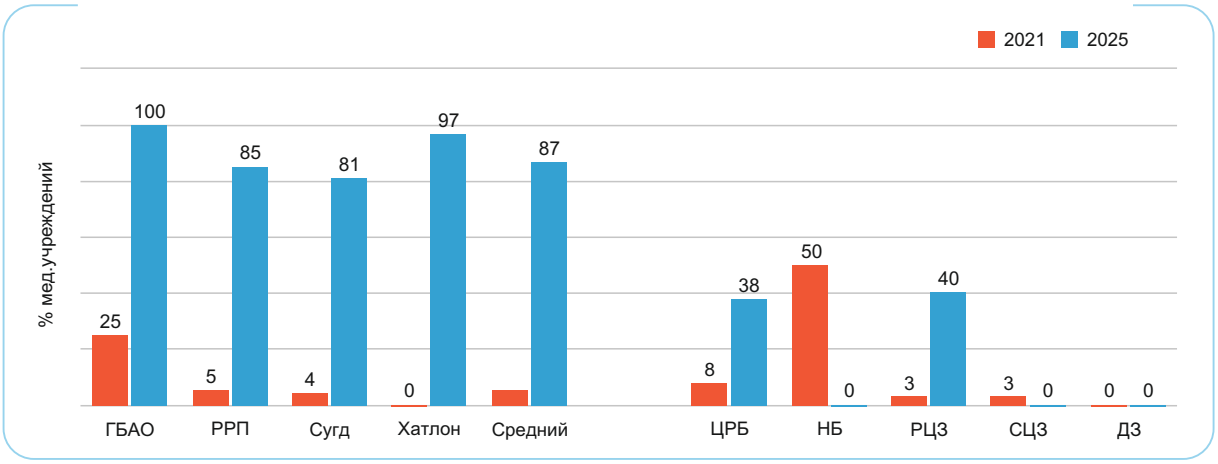
Состав комитетов ПИИК, а также сферы их деятельности различаются в зависимости от региона и типа медицинского учреждения. Участие высшего руководства и клинического персонала в качестве членов комитета чаще наблюдается во всех медицинских учреждениях, в то время как представительство мед. сестер было очень низким.

Оценка показала, что два из пяти медицинских учреждений не имеют четко определенных целей, показателей или задач программы ПИИК. Даже там, где цели существуют (примерно в половине учреждений), они редко подкрепляются

измеримыми показателями или будущими задачами. Этот пробел значительно ограничивает мониторинг, оценку и долгосрочное совершенствование практик ПИИК.

Неэффективное руководство, низкая степень приверженности и поддержки процесса реализации программы ПИИК наблюдаются практически во всех оцененных медицинских учреждениях. Чтобы эффективно реализовывать программу ПИИК, помимо целей, планов и человеческих ресурсов, нужны финансовые ресурсы. В период с 2021 по 2025 годы все регионы продемонстрировали заметный прогресс в создании бюджетных статей по профилактике и контролю инфекций, проявив определенную ответственность в отношении внутреннего финансирования здравоохранения. На национальном уровне доля медицинских учреждений с определенной бюджетной статьей ПИИК резко возросла с 5% до 87%, что отражает сильную институциональную приверженность и принятие политик (Рисунок 11). Однако, несмотря на эту обнадеживающую тенденцию, выделение целевых средств на мероприятия ПИИК остается фрагментарным и недостаточным, что ограничивает масштаб, последовательность и устойчивость реализации.

Рисунок 11. Доля мед. учреждений с выделенной бюджетной статьей для поддержки ПИИК (2021г. по сравнению с 2025 г.)

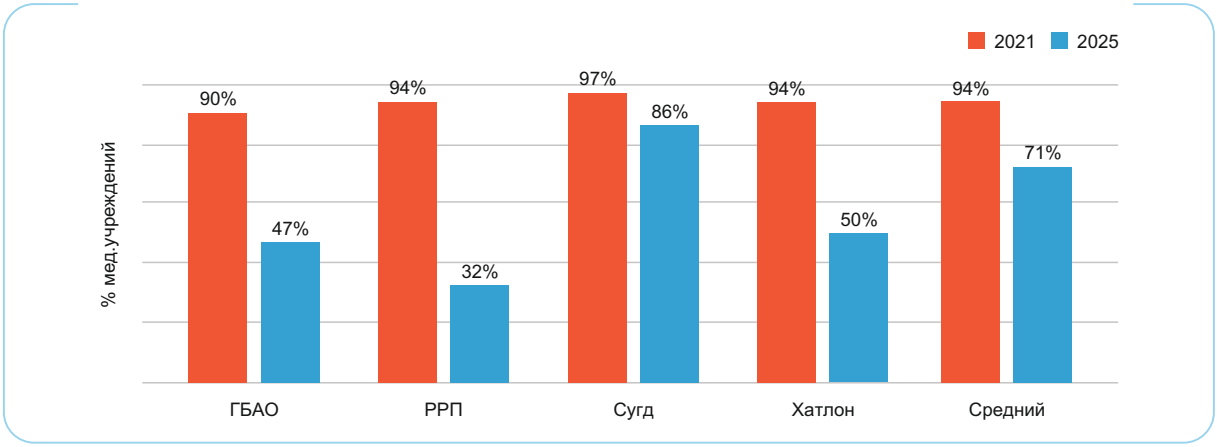


Отсутствие надлежащей микробиологической лабораторной поддержки, как на местах, так и за их пределами медучреждений, для проведения рутинных ежедневных исследований по-прежнему является серьезным препятствием для эффективного осуществления программ ПИИК.

Как представлено на рисунке 12, в период с 2021 по 2025 годы Таджикистан добился определенного прогресса в расширении микробиологической лабораторной поддержки ПИИК: доля учреждений, не имеющих таких возможностей, **сократилась с 94% до 71% по стране**. Более двух третей (71%) опрошенных медицинских учреждений сообщили об отсутствии доступа к микробиологической лабораторной поддержке, как на месте, так и вне мед. учреждения. Этот пробел значительно подрывает потенциал профилактики и контроля инфекций, ограничивая возможности подтверждения диагнозов и мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам. Укрепление лабораторных сетей и систем направления пациентов должно быть приоритетной задачей для обеспечения доказательной медицины и эффективной реализации ПИИК. Поэтому для обеспечения доступа к надежными лабораторными

услугам, которые являются основой эффективной системы ПИИК и качественного медицинского обслуживания, необходимы устойчивые инвестиции с учетом специфики региона.

Рисунок 12. Доля мед. учреждений, не имеющих поддержки микробиологической лабораторий



Резюме результатов оценки КК1:

Программа ПИИК является неотъемлемым элементом национального руководства по ПИИК, ее структура и требования подробно изложены в главе 3. Заключительная оценка показала, что, несмотря на достижение некоторого прогресса в реализации программ ПИИК, между медицинскими учреждениями по-прежнему существуют значительные различия. Примечательно, что в некоторых регионах лидерство и приверженность ПИИК несколько улучшились; тем не менее, многие учреждения по-прежнему сталкиваются с несоответствующими стандартам организационными практиками и недостаточной лабораторной поддержкой. Кроме того, отсутствие специально выделенного времени ответственного сотрудника для деятельности ПИИК подчеркивает необходимость более сильного лидерства, более эффективного распределения ресурсов и более структурированного подхода к реализации.

Хотя некоторые медицинские учреждения предприняли ряд шагов по внедрению ПИИК, по-прежнему наблюдаются широко распространенные недостатки, особенно в области формулирования четких целей, измеримых показателей и определенных задач. Отсутствие стратегического направления и количественных ориентиров значительно снижает эффективность инициатив ПИИК и ограничивает их влияние на общие результаты в области здравоохранения.

Таким образом, результаты оценки подчеркивают критическую важность постоянных, целенаправленных усилий по решению как существующих уже длительное время, так и новых проблем в реализации ПИИК. Постоянная приверженность и целенаправленные меры имеют решающее значение для достижения значимых и устойчивых улучшений в практике профилактики и контроля инфекций.

Ключевой компонент 2: Руководство ПИИК

В этой части оценивалась доступность и использование основанного на доказательствах национального руководства ПИИК, адаптированного к потребностям учреждения. Также оценивалось, проводило ли учреждение обучение медицинских работников по новому руководству и контролировало ли оно их внедрение. Этот компонент является важной частью комплексной программы ПИИК как на национальном уровне, так и на уровне учреждений. Однако одного лишь наличия руководств недостаточно для обеспечения их внедрения и применения научных принципов, и результаты исследования ясно показывают, что адаптация к местным условиям является необходимым условием для успешного внедрения руководства.

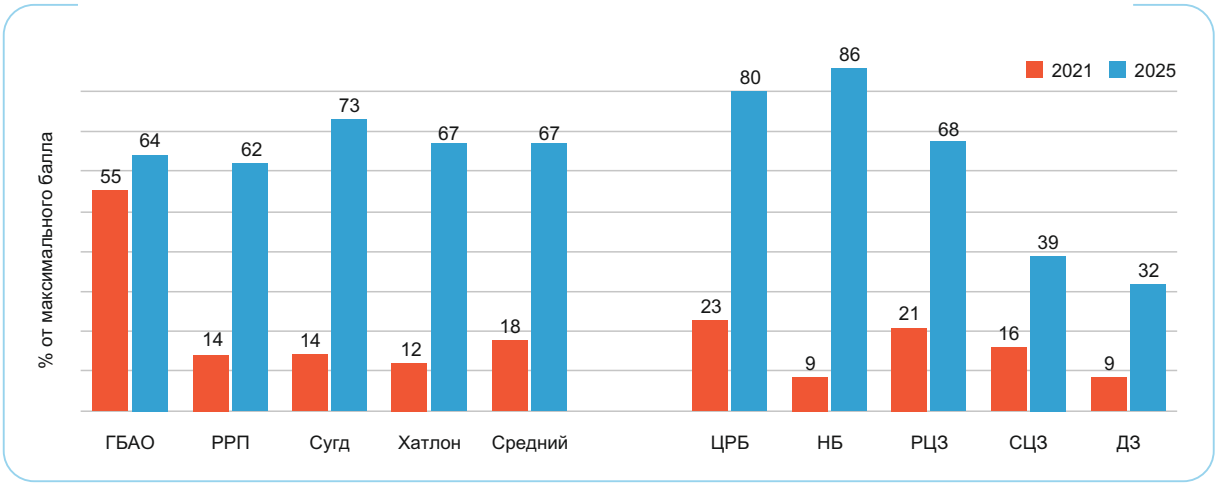
В январе 2023 года МЗСЗН РТ одобрило первое национальное руководство по профилактике инфекций и инфекционному контролю в учреждениях здравоохранения, которое устанавливает минимальные требования к ПИИК в медицинских учреждениях, учитывая существующие условия. Цель руководства состоит в улучшения ПИИК и качества медицинской помощи в медицинских учреждениях путем повышения осведомленности о ПИИК, повышения потенциала медицинских работников и стандартизации практик ПИИК в учреждениях.

Оценка внедрения руководства ПИИК показала существенное улучшение по сравнению с 2021 годом; положительная динамика отмечается во всех регионах и типах учреждений. В настоящее время все регионы находятся на «среднем» уровне выполнения этого компонента, в основном благодаря утверждению пересмотренного национального руководства ПИИК и его распространению во всех регионах и районах (Рисунок 13). Стоит отметить, что ключевой компонет 2 получил оценку 56,2, что представляет собой наивысший показатель среди всех оцениваемых ключевых компонентов.

Оценка совокупных показателей внедрения данного ключевого компонента показала, что лишь 14% учреждений были отнесены к категории “неадекватный уровень”, 27% - достигли базового уровня, 38% - промежуточного уровня, а 22% - продвинутого уровня выполнения. Эти результаты отражают как достигнутый прогресс, так и сохраняющиеся области для улучшения, при этом значительная часть учреждений продвинулась за пределы базовых стандартов к более высоким уровням соблюдения практик.

Тем не менее сохраняются региональные различия: некоторые районы близки к полному соблюдению, а другие требуют усиления кураторства и инвестиций. Эти выводы подтверждают, что, несмотря на все более широкое внедрение руководства ПИИК, для обеспечения справедливого и общенационального внедрения необходимы устойчивое финансирование и целенаправленное наращивание потенциала. Больницы постоянно достигали более высоких результатов («продвинутый уровень»), что отражает более сильный институциональный потенциал, в то время как учреждения первичной медико – санитарной помощи отставали, что подчеркивает необходимость целенаправленной поддержки первичному уровню оказания медицинской помощи.

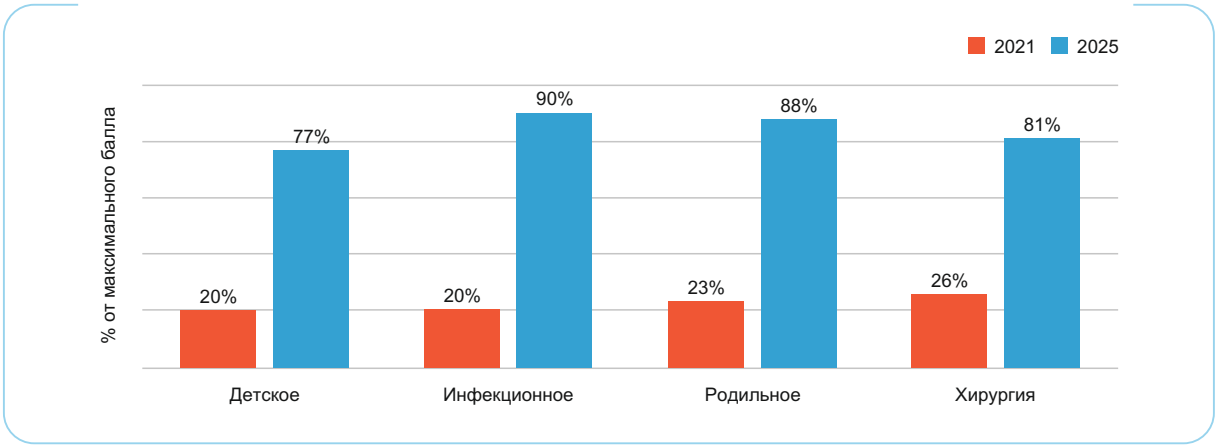
Рисунок 13. Доля баллов, набранных по руководствам ПИИК, из максимально возможного балла, по регионам и типам медицинских учреждений



На уровнях ЦРБ и НБ показатели эффективности оцениваемых отделений в отношении внедрения рекомендаций ПИИК значительно улучшились почти во всех отделениях (Рисунок 14). Наиболее заметный прогресс был отмечен в отделениях инфекционных заболеваний, где уровень соответствия вырос с 20% в 2021 году до 90% в 2025 году. Другие отделения также продемонстрировали заметный прогресс: их показатели за период оценки утроились, перейдя от «базового» к «продвинутому» уровню внедрения ПИИК.

Эти достижения в значительной степени можно связать с поддержкой, оказанной в рамках финансируемого ЕС проекта, который сыграл ключевую роль в укреплении инфраструктуры медицинских учреждений и обеспечении практического применения стандартов ПИИК.

Рисунок 14. Доля баллов, полученных по руководствам ПИИК, из максимально возможного, по отделениям



Результаты оценки показали, что, хотя некоторые медицинские учреждения располагают руководствами и стандартными операционными процедурами (СОП) по

ПИИК, их доступность остается неравномерной. Восемь из десяти медицинских учреждений сообщили о наличии СОП по гигиене рук (Рисунок 15). Учреждения, располагающие комплексными и доступными СОП, имеют больше возможностей для внедрения стандартных мер предосторожности и мер предосторожности, основанных на пути передачи инфекции. Однако пробелы в распространении и использовании руководств подчеркивают необходимость усиления поддержки в обеспечении всех учреждений обновленными, стандартизированными протоколами ПИИК.

Рисунок 15. Наличие руководств /СОП на уровне мед. учреждений



Заключительная оценка выявила, что все регионы приступили к разработке СОП либо непосредственно на основе национального руководства ПИИК, либо на основе рекомендаций ведущих учреждений или МЗСЗН РТ. Этот процесс является важным шагом на пути к институционализации практик профилактики и контроля инфекций по всей стране. Разработка СОП на районном уровне имеет особое значение, поскольку позволяет внедрить национальную политику в жизнь в виде практических протоколов, адаптированных к оперативным реалиям каждого региона и типа медицинского учреждения. В следующей таблице (Таблица 7) подробно представлена текущая ситуация с наличием СОП для конкретных компонентов ПИИК в разных регионах и типах медицинских учреждений, что отражает прогресс и остающиеся пробелы в разработке и внедрении СОП.

Как показано выше (Таблица 7), медицинские учреждения продемонстрировали заметные улучшения по сравнению с базовой оценкой в отношении доступности ключевых стандартных операционных процедур по профилактике и контролю инфекций. По сравнению с оценкой 2021 года в этой области был достигнут значительный прогресс. Однако основные проблемы по-прежнему заключаются в воплощении этих руководящих принципов на практике на уровне медицинских учреждений.

Наличие этих СОП по регионам указывает на то, что регионы достигают заметного прогресса в формализации и стандартизации процедур ПИИК. Однако контекст также указывает на заметные различия в полноте и качестве разработки СОП.

Таблица 7. Наличие руководств (СОП) по регионам и типам медицинских учреждений (%)

	ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	ЦРБ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ДЗ
Стандартные меры	58,8	32,2	38,7	66,7	73,0	100,0	63,0	39,0	32,0
Гигиена рук	64,7	69,0	90,3	84,4	92,0	100,0	100,0	73,0	76,0
Меры предосторожности по путям передачи	52,9	34,5	48,4	65,2	76,0	100,0	71,0	39,0	37,0
Профилактика хирургической инфекции	33,3	25,9	31,5	27,3	70,0	100,0	71,0	13,0	5,0
Катетер - ассоцированная инфекция кровотока	35,3	23,0	24,7	27,3	73,0	0,0	60,0	11,0	0,0
Вентилятор ассоцированная пневмония	29,4	17,2	21,5	21,2	62,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Катетер - ассоцированная ИМП	35,3	23,0	21,5	19,7	68,0	100,0	45,0	2,0	1,0
Дезинфекция и стерилизация	52,9	31,0	55,9	56,1	83,0	100,0	68,0	41,0	28,0
Защита мед.работников	41,2	35,6	48,4	68,2	73,0	100,0	80,0	41,0	33,0
Безопасная инъекция	41,2	36,8	53,8	71,2	76,0	100,0	83,0	42,0	40,0
Управление мед.отходами	52,9	37,9	59,1	83,3	84,0	100,0	83,0	50,0	45,0
Рациональное применение антибиотиков	11,8	28,7	55,9	47,0	65,0	100,0	60,0	37,0	28,0

В ходе оценки медицинских учреждений было установлено, что в центральных больницах имеются стандартные операционные процедуры (СОП), связанные с ПИИК, основополагающие практики, такие как стандартные меры предосторожности, но они не внедрены повсеместно. В учреждениях более низкого уровня, особенно в сельских медицинских центрах, наблюдаются значительные пробелы практически во всех категориях СОП, причем некоторые критически важные СОП (например, профилактика инфекций кровотока, связанных с катетером, инфекций мочевыводящих путей, связанных с катетером, и порфилактика внутрибольничной пневмонии) практически полностью отсутствуют на всех уровнях. Такое неравномерное распределение подчеркивает необходимость целенаправленного наращивания потенциала, разработки упрощенных пакетов СОП для учреждений первичного уровня и усиления надзора для обеспечения последовательного применения стандартов ПИИК на всех уровнях системы здравоохранения.

Несмотря на эти положительные сдвиги, оценка показывает, что многие медицинские учреждения по-прежнему сталкиваются **с трудностями при самостоятельной разработке или адаптации своих собственных СОП**. Способность медицинских учреждений разрабатывать и адаптировать руководящие принципы и СОП по ПИИК остается ограниченной, причем показатели варьируют от 12% в Хатлонской области до 41% в Согдийской области. Отчасти это связано с ограниченными техническими знаниями и преобладающим дирекивным подходом («сверху вниз»), который может ограничивать автономию учреждений и их способность реагировать на местные потребности в области ПИИК. Такие значительные различия свидетельствуют о сохраняющихся пробелах в способности местных руководителей и персонала медицинских учреждений адаптировать национальные руководства ПИИК к местным условиям и внедрять их в практику. В результате, несмотря на то, что стандартные операционные процедуры становятся все более распространенными, по-прежнему существует острая необходимость в инициативах по наращиванию потенциала, таких как целевое обучение, наставничество и ресурсная поддержка, для расширения возможностей

руководителей и персонала местных медицинских учреждений. Эти меры помогут обеспечить не только наличие всех стандартных операционных процедур, но и их эффективную адаптацию, понимание и последовательное внедрение во всех регионах и на всех уровнях учреждений.

Все регионы демонстрируют «базовые» показатели вовлечения соответствующих заинтересованных сторон, таких как врачей и медицинских сестер, руководителей мед. учреждений, а также персонала ПИИК в процесс проведения обучения с использованием пересмотренного руководства. Более половины медицинских учреждений сообщили о проведении мониторинга отдельных СОП и мероприятий ПИИК, при этом региональные показатели варьируют от 35% в РРП до 77% в Сугде. Эти различия свидетельствуют как об улучшении ситуации в некоторых регионах, так и о сохраняющихся пробелах в систематическом мониторинге. Укрепление систем мониторинга - посредством регулярного кураторства, согласованных инструментов и механизмов обратной связи - имеют решающее значение для обеспечения не только внедрения, но и поддержания практик ПИИК на всех уровнях системы здравоохранения.

В период с 2021 по 2025 год был достигнут заметный прогресс в укреплении руководства ПИИК и организации обучения. Доля учреждений, сообщивших о наличии руководств, соответствующих национальным и международным стандартам, более чем удвоилась на национальном уровне, увеличившись с 20% до 49%. Также улучшился охват медицинских работников обучением, который увеличился с 21% до 52%, причем наиболее значительные успехи были достигнуты в Согдийской области. Несмотря на этот прогресс, региональные различия остаются заметными, а общий охват по-прежнему недостаточен для обеспечения единой практики ПИИК по всей стране (Таблица 8). Эти выводы подчеркивают необходимость целевых вложений в отстающие регионы, расширения программ обучения и укрепления механизмов для обеспечения полного соответствия руководящих принципов учреждений национальным и международным стандартам.

Таблица 8. Адаптация и внедрение руководств по регионам (%)

		ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
Руководящие принципы соответствуют национальным/ международным руководящим принципам (если таковые существуют)	2021	71	14	11	18	20
	2025	37	37	67	52	49
Медицинские работники проходят специальное обучение по новым или обновленным руководящим принципам ПИИК	2021	56	19	16	14	21
	2025	41	36	80	39	52

Резюме результатов оценки КК 2:

Национальная программа ПИИК создала прочную основу, включая комплексные руководства, приведенные в соответствие с международными стандартами, участие заинтересованных сторон в их разработке и постоянные инициативы в области подготовки кадров. Однако адаптация к местным условиям медицинских учреждений остается фрагментарной, и по-прежнему отсутствуют важнейшие стандартные операционные процедуры (СОП), например, по готовности к вспышкам заболеваний, антимикробной резистентности и внутрибольничным инфекциям. Подготовка кадров по обновленному руководству проводится нерегулярно, а механизмы регулярного мониторинга отсутствуют, что приводит к неравномерному внедрению на разных уровнях медицинских учреждений. В дальнейшем приоритетные действия должны включать укрепление национального потенциала по адаптации руководств, расширение обучения и наставничества работников на уровне первичной медико-санитарной помощи, разработку упрощенных пакетов СОП для учреждений низшего уровня и институционализацию систем мониторинга для обеспечения последовательной и устойчивой практики ПИИК на уровне мед. учреждений.

Ключевой компонет 3: Подготовка и обучение по ПИИК

В этой части оценки рассматривалось наличие образовательных и учебных стратегий ПИИК, основанных на выполнении конкретных задач. Этот компонент оценки позволил определить, насколько обучение ПИИК интегрировано в работу медицинских учреждений, с учетом периодичности, масштаба и доступности обучающих мероприятий, направленных на повышение компетентности персонала в области ПИИК.

В соответствии с требованиями ВОЗ, обучение и подготовка в области ПИИК должны быть частью комплексной стратегии обучения в медицинских учреждениях, включающей в себя ориентацию для новых сотрудников, а также возможности для непрерывного обучения всего существующего персонала, независимо от их должностей или уровней. Непрерывное и целенаправленное обучение ПИИК имеет важное значение для обеспечения медицинских работников необходимыми знаниями и практическими навыками для последовательного внедрения стандартов ПИИК. Без регулярного обучения медицинский персонал может быть не осведомлен об обновленных протоколах, что приводит к неэффективным практикам и повышенному риску ИСМП. Поэтому укрепление потенциала персонала, который находится на передовой, посредством периодических, официально утвержденных программ обучения ПИИК имеет решающее значение для успешного внедрения и устойчивости мер ПИИК на местном уровне.

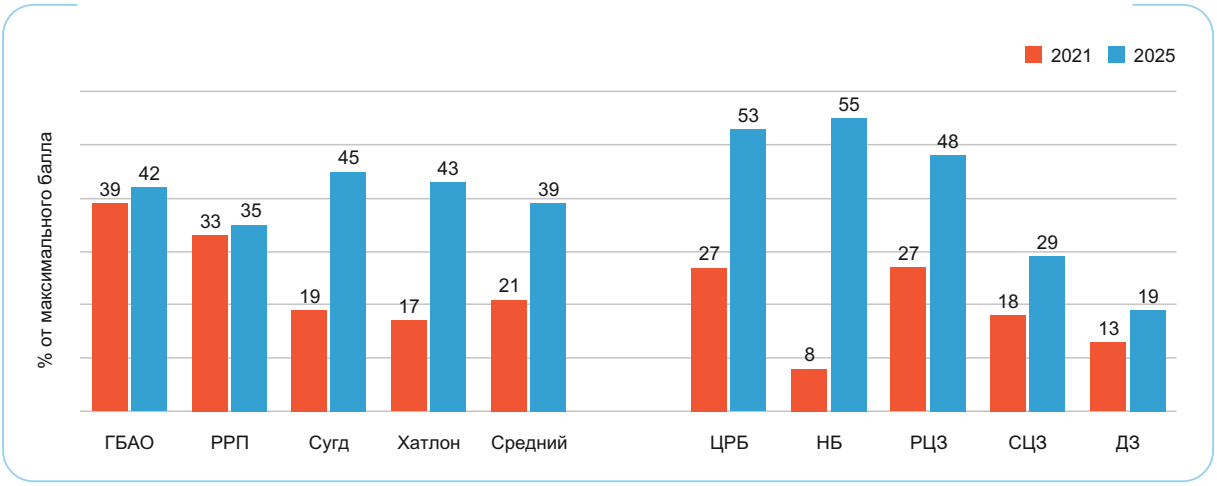
Среди оцененных районов 24% учреждений по-прежнему выполняют меры ПИИК на неадекватном уровне, 54% достигли базового уровня выполнения, а 22% достигли промежуточного уровня выполнения этого компонента.

Несмотря на то, что выполнение мер ПИИК достигло «базового» уровня и существует национальное руководство по ПИИК и нормативные акты МЗСЗН РТ, обучение персонала по ПИИК по-прежнему не является приоритетной задачей на уровне медицинских учреждений. В то время как в оценке 2021 года обучение по ПИИК было оценено как «неадекватное» во всех регионах, заключительные результаты показывают лишь незначительное улучшение, и в настоящее время обучение оценивалось как «базовое». Указанные данные свидетельствуют о

некотором прогрессе, но также подчеркивают, что подготовка по-прежнему остается недостаточной для обеспечения устойчивого потенциала ПИИК по всей стране.

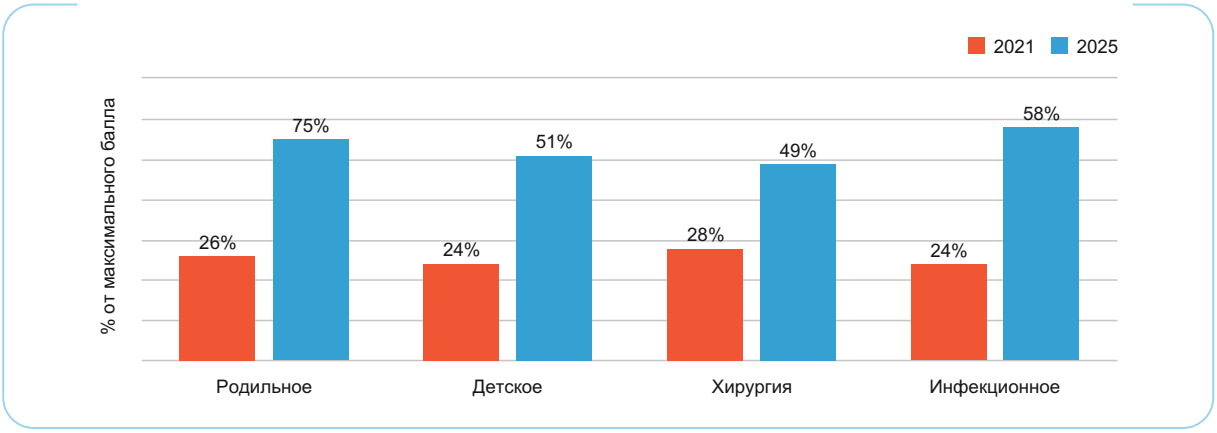
В период с 2021 по 2025 год в среднем потенциал ПИИК в области образования и подготовки почти удвоился, повысившись с 21% до 39% от максимального показателя. Наибольшие улучшения были отмечены в Согдийской и Хатлонской областях, а также в учреждениях вторичного уровня, где показатели выросли более чем вдвое. Однако прогресс был неравномерным: в РРП и ГБАО показатели ПИИК практически не изменились. На уровне сельских медицинских учреждений поддержка по-прежнему остается крайне недостаточной, а результаты минимальными. Эти выводы подчеркивают необходимость целевых инвестиций в учреждения первичного звена и отстающие регионы для обеспечения справедливой организации подготовки в области ПИИК (Рисунок 16).

Рисунок 16. Доля баллов, набранных по обучению и подготовке в области ПИИК, из максимального возможного балла, по регионам и типам медицинских учреждений



Результаты заключительной оценки демонстрируют явную тенденцию к повышению уровня образования и подготовки ПИИК во всех отделениях больниц в период с 2021 по 2025 год. Средние показатели почти удвоились, достигнув чуть более половины максимально достижимого уровня. Особенно значительный прогресс в отделениях инфекционных заболеваний и родильных отделениях отражает влияние целенаправленных мер и приоритезации областей с высоким риском (Рисунок 17). Однако тот факт, что **ни одно отделение не превысило 60%,** свидетельствует о сохраняющихся пробелах в институционализации наращивании потенциала по ПИИК. Эти результаты свидетельствуют о необходимости применения устойчивого, общесистемного подхода к обучению персонала - включения регулярных, адаптированных к потребностям отделений, тренингов по ПИИК в планы повышения квалификации медицинского персонала для обеспечения последовательного и устойчивого совершенствования практики в области инфекционного контроля.

Рисунок 17. Доля баллов, полученных по обучению на уровне отделений ЦРБ



Все регионы сталкиваются с проблемой нехватки персонала, обладающего опытом в области ПИИК и способного проводить обучение по ПИИК в медицинских учреждениях. В период с 2021 по 2025 годы доступность персонала с опытом ПИИК для проведения обучения и наставничества значительно улучшилась в большинстве регионов, особенно в Согдийской и Хатлонской областях. Доля учреждений с опытными инструкторами в этих регионах почти удвоилась, а также расширился круг дополнительного персонала с необходимыми навыками по поддержке обучения (Таблица 9). Однако прогресс остается неравномерным: в ГБАО наблюдается снижение доступности экспертов и ни в одном регионе доля учреждений с тренерами по ПИИК не превышает 50 %. Эти выводы указывают как на достигнутые успехи, так и на хрупкость текущего потенциала, что подчеркивает необходимость постоянных инвестиций в создание и удержание критической массы тренеров и наставников по ПИИК во всех регионах.

Таблица 9. Наличие персонала с опытом работы по ПИИК для проведения обучения, по регионам

		ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон
Наличие персонала с опытом работы по ПИИК для проведения обучения по ПИИК	2021	42%	15%	19%	8%
	2025	23%	31%	47%	35%
Наличие дополнительного персонала с необходимыми навыками для работы в качестве инструкторов и наставников	2021	22%	9%	13%	9%
	2025	24%	28%	43%	36%

Доступ к обучению ПИИК в медицинских учреждениях остаётся ограниченным. Почти треть всех опрошенных учреждений сообщили, что в течение последних 12 месяцев обучение по ПИИК не проводилось. Более четверти медицинских учреждений сообщили, что проводят обучение только для вновь нанятых сотрудников, а не организуют регулярные занятия для всего персонала. Только 6 % учреждений подтвердили, что проводят обучение ПИИК на регулярной основе для

медицинских работников. Следует отметить, что большинство технического персонала не прошло никакого обучения по ПИИК, за исключением примерно четверти младшего персонала, которые сообщили, что получили базовую информацию по ПИИК во время вводного инструктажа.

Методы обучения остаются такими же, как и в базовой оценке. В большинстве (70 %) медицинских учреждений во всех регионах обучение ПИИК проводилось в основном в устной форме, с ограниченным использованием структурированных или интерактивных методов. Настораживает тот факт, что 28% учреждений указали, что обучение ПИИК вообще не проводилось. Такая зависимость от неформальных устных подходов в сочетании с отсутствием обучения в более чем четверти учреждений подчеркивает отсутствие стандартизированных, основанных на компетенциях, систем обучения и указывает на острую необходимость в более систематических, практических и устойчивых подходах к наращиванию потенциала. Только 4% сообщили об использовании интерактивных методов обучения, таких как обучение у постели больного, несмотря на их доказанную эффективность. Более половины (53%) медицинских учреждений указали, что их административный и управленческий персонал не прошел никакого общего обучения по профилактике и контролю инфекций в рамках своего учреждения.

Периодическая оценка эффективности программ обучения не является регулярной практикой. Только 4% против 10% базовой оценки медицинских учреждений, регулярно проводят оценку эффективности программ обучения; значительных различий между регионами не выявлено. Только 17% медицинских учреждений указали, что они проводят специальное обучение ПИИК для пациентов или членов их семей с целью минимизации риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (например, для пациентов с иммуносупрессией, пациентов с инвазивными устройствами, пациентов с множественной лекарственных устойчивостью). Половина медицинских учреждений сообщила, что обучение ПИИК не интегрировано в клиническую практику и обучение других специальностей. Каждое шестое медицинское учреждение сообщило, что персонал ПИИК не имеет возможности для дальнейшего развития и образования, в основном из-за финансовых ограничений.

Резюме результатов оценки КК3:

Во всех регионах медицинские учреждения сталкиваются с серьезными проблемами из-за нехватки персонала, обладающего знаниями в области ПИИК и способного проводить обучающие мероприятия. Доступ к обучению в области ПИИК остается ограниченным, и хотя в рамках проекта, поддерживаемого ЕС, было проведено дополнительное обучение для ключевых специалистов в целевых районах с целью содействия наращиванию потенциала, эти усилия не решили более широкие проблемы. В настоящее время информация о ПИИК в основном распространяется посредством устных инструкций и письменных материалов, при этом интерактивные или практические методы обучения практически не используются. В медицинских учреждениях обучение по ПИИК не является приоритетным и отсутствует в годовых планах повышения квалификации.

Ключевой компонент 4: Эпиднадзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП)

В этом разделе оценивалась система надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. Оценивалась способность системы раннего выявления вспышек и принятия приоритетных мер ПИИК, а также предоставления медицинским работникам обратной связи о ситуации с ИСМП на уровне учреждения.

Надзор за ИСМП является ключевым компонентом программ по профилактике и контролю инфекций, поскольку помогает выявлять вспышки и пути передачи, направлять меры по профилактике и контролю инфекций, а также предоставляет ценную информацию о распространённости и циркуляции определённых патогенов и профилей устойчивости. Все системы эпиднадзора должны основываться на достоверном качестве данных, что включает правильное использование стандартных определений случаев и надлежащие микробиологические лабораторные процедуры.

Итоговая оценка 2025 года выявила сохраняющиеся пробелы и системные проблемы в продвижении внедрения КК4 в различных регионах и клинических отделениях, показав незначительные региональные или ведомственные различия.

Общий **средний балл по КК4 составил 27 из 100, что указывает на значительные ограничения в возможностях надзора за инфекциями, связанными с медицинской помощью (ИСМП)** во всех оцененных медицинских учреждениях и подчеркивает необходимость усиления подготовки персонала, разработки более четких протоколов, более эффективного использования данных надзора и улучшения координации для создания надежной системы надзора за ИСМП и реагирования на них во всех регионах. Почти половина медицинских учреждений (49%) показали *неадкватные* результаты в этом ключевом направлении, 38% соответствуют лишь *минимальным* требованиям, а 14% достигают *промежуточного* уровня эффективности. В большинстве учреждений нет специалистов, прошедших подготовку в таких фундаментальных областях, как эпидемиология, эпидемиологический надзор и ПИИК. В частности, в 63 % учреждений отсутствует персонал, прошедший базовую подготовку по эпидемиологии или по эпиднадзору за распространением инфекции. Более того, мероприятия по эпидемиологическому надзору за ИСМП проводятся нечасто: 70 % учреждений не осуществляют активный мониторинг этих инфекций, а 76 % не уделяют приоритетного внимания эпидемиологическому надзору за ИСМП в своей деятельности.

Эти результаты показывают, что система эпидемиологического надзора за ИСМП остается в значительной степени недостаточно отлаженной и не применяется на регулярной основе в обследованных медицинских учреждениях, несмотря на существующие обязательства по обязательной отчетности. В Таджикистане ответственность за эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями, включая ИСМП, несет Служба санитарно-эпидемиологического надзора. Согласно действующим правилам, при подозрении или выявлении ИСМП медицинские работники обязаны задокументировать случай в журнале инфекционных заболеваний (форма 091). Это включает в себя запись ключевых сведений, таких как дата поступления в больницу, отделение, начало симптомов инфекции, анатомическое место инфекции, дата диагноза, диагностические тесты и назначенное лечение. Заполненная информация затем направляется региональному эпидемиологу для дальнейшего расследования и проверки случая.

За последние несколько лет МЗСЗН РТ и его учреждения, ответственные за контроль инфекционных заболеваний, усилили выполнение вышеуказанного приказа путем мониторинга отдельных медицинских учреждений.

В Таджикистане действует национальный нормативный акт «О надзоре за инфекционными заболеваниями и реагировании на них» (№ 133), который был обновлен в декабре 2019 года с интеграцией наименований ИСМП. Данное руководство является ориентиром, описывающим все шаги по оперативному выявлению и реагированию на эпидемии и ИСМП. Однако его основным ограничением является отсутствие компонента эпидемиологического надзора за ИСМП. Персонал медицинских учреждений зачастую не имеет достаточной подготовки и поддержки для эффективного осуществления эпидемиологического надзора. Координация между поставщиками медицинских услуг и эпидемиологическими службами остается недостаточной, что приводит к неэффективности механизмов обратной связи и ограниченности последующих мер по зарегистрированным случаям. Текущая практика часто опирается на карательные меры, что еще больше препятствует открытому общению и эффективному ведению случаев. В результате система эпиднадзора не в полной мере способствует своевременному выявлению или реагированию на ИСМП.

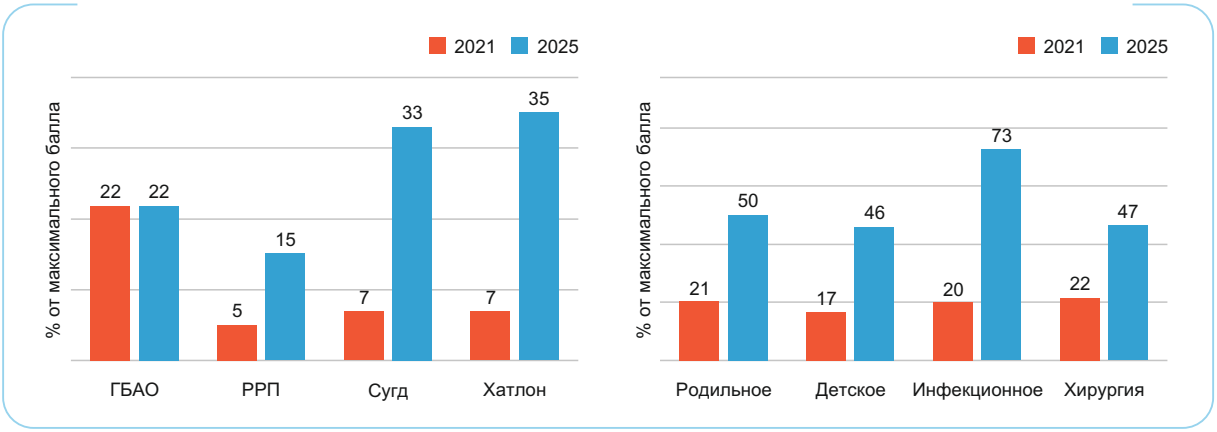
Недостаточная эффективность эпидемиологического надзора за ИСМП в медицинских учреждениях обусловлена сложным взаимодействием взаимосвязанных факторов. В числе факторов, влияющих на ситуацию по эпиднадзору, можно указать недостаточную подготовку сотрудников, ответственных за эпиднадзор, отсутствие четких протоколов и стандартных определений случаев заболевания, ограниченный доступ к микробиологической поддержке и диагностическим средствам, а также отсутствие интеграции эпиднадзора в более широкие программы по профилактике и контролю инфекций. Кроме того, отсутствие надежной цифровой инфраструктуры и ИТ-поддержки, неадекватное распределение специального персонала и слабые механизмы обратной связи еще больше снижают эффективность мер по надзору. Использование карательных подходов вместо поддержки и совместного решения случаев препятствует открытому общению и мешает активному реагированию на случаи ИСМП. В совокупности эти системные проблемы помогают объяснить, почему медицинским учреждениям трудно разрабатывать и поддерживать эффективные системы эпидемиологического надзора за ИСМП, что отражено в постоянно низких показателях эффективности, отмеченных в отчете.

Итоговая оценка выявила некоторый прогресс по сравнению с базовым уровнем 2021 года. На региональном уровне наиболее значительные улучшения продемонстрировали Сугд и Хатлон, где показатели выросли с базового уровня всего 7% до примерно одной трети от максимального показателя к 2025 году. Это свидетельствует об эффективности мер ПИИК и усилий по наращиванию потенциала в этих регионах. Показатели РРП также улучшились, но прогресс остается умеренным по сравнению с другими регионами. Напротив, ГБАО не продемонстрировал заметных изменений, что подчеркивает сохраняющиеся диспропорции и необходимость целевой поддержки. Полученные результаты по эпиднадзору (КК4), к примеру, за микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью и антимикробной резистентностью, показали лишь небольшой прогресс, вероятно, из-за необходимости значительных затрат времени и ресурсов.

На уровне отделений ЦРБ все клинические области продемонстрировали значительный прогресс. Наиболее заметный прогресс был отмечен в отделениях инфекционных заболеваний, которые продвинулись с 20 % в 2021 году до 73 % в 2025

году, что отражает успешную приоритезацию ПИИК в условиях высокого риска. Отделения материнства и детства также более чем удвоили свои показатели, что свидетельствует об укреплении практики ПИИК в области материнского и педиатрического ухода. Хирургические отделения демонстрировали стабильное улучшение, но остаются ниже 50 %, что указывает на необходимость дальнейших инвестиций в меры по профилактике операционных инфекций (до, во время и после) (Рисунок 18).

Рисунок 18. Доля баллов, набранных по эпиднадзору за ИСМП от максимального балла, по регионам и по отделениям



Системы надзора за ИСМП, действующие на базе больниц, продемонстрировали минимальное улучшение с момента установления базового уровня в 2021 году.

В целом, интеграция надзора в программы ПИИК (индикатор 4.1) улучшилась, причем наиболее заметные успехи были достигнуты в Согдийской и Хатлонской областях. Однако в ГБАО, где исходные показатели были самыми высокими, наблюдается резкое снижение, что вызывает обеспокоенность в отношении устойчивости и институциональной приверженности. Кадровые ресурсы для эпиднадзора (индикатор 4.2) остаются критическим недостатком. В то время как Хатлон добился прогресса, в других регионах, особенно в ГБАО и РРП, наблюдалось сокращение числа специалистов, что подрывает устойчивость системы.

Подготовка персонала, занимающегося эпиднадзором (индикатор 4.3), в целом остается недостаточной. В Хатлоне и Сугде отмечены незначительные положительные сдвиги, но средний показатель по стране по-прежнему составляет всего 16 %, в результате чего в большинстве регионов не хватает подготовленных специалистов для осуществления эпиднадзора и интерпретации данных.

Наиболее слабым звеном является поддержка в области ИТ (Таблица 10, индикатор 4.4), которая с 2021 года еще более ухудшилась. К 2025 году цифровые инструменты и инфраструктура для эпиднадзора практически отсутствовали во всех регионах, что серьезно ограничивало сбор, анализ и своевременную отчетность по данным. Таким образом, нехватка обученного персонала, ИТ-поддержки и пробелы в доступе к диагностике с контролем качества и надежным системам данных создают ограничения для осуществления эпиднадзора во всех регионах и медицинских

учреждениях. В таблице 10 представлена сводная информация о текущем организационном состоянии системы эпиднадзора.

Таблица 10. Организации системы эпиднадзора по регионам

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
4.1	Эпиднадзор является определенным компонентом вашей программы ПИИК	2021	90%	7%	1%	14%	20%
		2025	29%	18%	50%	41%	36%
4.2	Наличие персонала, ответственного за эпиднадзор	2021	63%	14%	44%	9%	28%
		2025	29%	8%	34%	33%	25%
4.3	Специалисты, ответственные за деятельность по эпидемиологическому надзору, прошли обучение по основам эпидемиологии, эпидемиологического надзора и ПИИК (т.е. способность контролировать методы эпидемиологического надзора, управлять данными и интерпретировать их)	2021	37%	2%	19%	2%	12%
		2025	12%	3%	22%	26%	16%
4.4	Имеется ИТ-поддержка для проведения эпиднадзора (например, оборудование, мобильные технологии, электронные медицинские карты)	2021	16%	2%	10%	2%	7%
		2025	0%	1%	7%	7%	5%

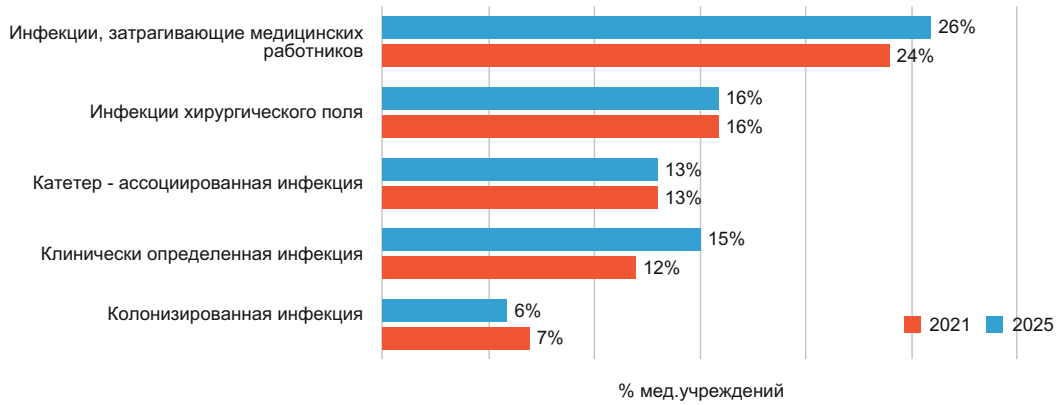
По результатам заключительной оценки было установлено, что не было проведено никаких действий, направленных на определение приоритетов в области мониторинга инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Подавляющее большинство медицинских учреждений (86%) сообщили, что в рамках своей деятельности по эпиднадзору они не уделяют приоритетного внимания конкретным нозологическим формам ИСМП. Только 14% учреждений указали, что они определяют, какие ИСМП должны быть объектом надзора. Существенных различий между регионами или типами учреждений не наблюдалось. Подобная практика приоритезации снижает эффективность систем надзора и ограничивает возможности направлять ресурсы туда, где они наиболее необходимы.

Заключительная оценка выявила критический пробел в области профилактики и контроля инфекций: отсутствие систематической приоритезации внутрибольничных инфекций для целей эпидемиологического надзора. Эта тенденция наблюдается во всех регионах и типах учреждений, что подчеркивает системный, а не локальный характер проблемы. В среднем лишь небольшая часть учреждений сообщила об определении конкретных внутрибольничных инфекций для мониторинга, причем значительных различий между регионами не наблюдалось. Это указывает на то, что отсутствие приоритезации является системной проблемой, а не локальным пробелом. Наиболее активно

наблюдались инфекции, поражающие медицинских работников (26%), в то время как инфекции в месте хирургического вмешательства и инфекции, связанные с медицинскими устройствами, составляли соответственно 16% и 13%.

В целом, эффективность работы оцениваемых медицинских учреждений в борьбе с ИСМП остается недостаточной. Этот пробел отражает более широкую системную проблему в области определения приоритетов и эпидемиологического надзора: большинство учреждений не занимаются активным выявлением или целенаправленным мониторингом конкретных ИСМП. По сравнению с оценкой 2021 года в этой области не наблюдалось значительного прогресса (Рисунок 19).

Рисунок 19. ИСМП, наблюдаемые на уровне мед. учреждений



Отсутствие приоритезации подрывает эффективность эпидемиологического надзора, поскольку медицинские учреждения не могут сосредоточить ресурсы на наиболее актуальных и распространенных инфекциях, а возможности для усиления профилактики и контроля инфекций упускаются (Таблица 11).

Таблица 11. Приоритеты эпиднадзора по регионам

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
4.5	Практикуется расстановка приоритетов наблюдения за состоянием целевых ИСМП в соответствии с местными условиями	2021	58%	16%	25%	28%	28%
		2025	18%	5%	16%	23%	14%
	Надзор осуществляется в следующих областях:						
4.6	Инфекции хирургического поля	2021	29%	13%	14%	15%	16%
		2025	24%	13%	19%	15%	16%

	Инфекции, связанные с медицинскими устройствами.[12]	2021	34%	8%	9%	16%	13%
		2025	18%	8%	14%	18%	13%
	Клинически установленные инфекции .[13]	2021	27%	9%	11%	10%	12%
		2025	24%	9%	16%	18%	15%
	Колонизация или инфекции, вызванные множественно-лекарственно-устойчивыми патогенами, в соответствии с местной эпидемиологической ситуацией	2021	20%	5%	9%	4%	7%
		2025	0%	3%	9%	8%	6%
	Местные приоритетные эпидемические инфекции	2021	37%	17%	11%	9%	15%
		2025	12%	8%	12%	21%	13%
	Инфекции у уязвимых групп населения (например, новорожденные, пациенты отделений интенсивной терапии, пациенты с ослабленным иммунитетом, пациенты с ожогами)	2021	34%	12%	7%	13%	13%
		2025	12%	6%	11%	18%	11%
	Инфекции, которые могут затронуть работников здравоохранения в клинических, лабораторных или других учреждениях (гепатит B или C, ВИЧ, грипп)	2021	37%	34%	17%	18%	24%
		2025	24%	17%	31%	32%	26%
4.7	Медицинское учреждение регулярно оценивает, соответствует ли эпидемиологический надзор текущим потребностям и приоритетам учреждения	2021	74%	14%	21%	19%	25%
		2025	17%	6%	14%	16%	12%

Несмотря на некоторый прогресс, **лишь чуть более трети оцененных медицинских учреждений в настоящее время осуществляют эпиднадзор за ИСМП**. Они продолжают сталкиваться с серьезными проблемами, в том числе отсутствием надежных определений случаев заболевания, несогласованностью методов сбора данных и отсутствием установленных протоколов для обеспечения качества данных. Поскольку данные эпидемиологического надзора за ИСМП необходимы для разработки и внедрения эффективных мер ПИИК, важно, чтобы надзор основывался на надежных определениях случаев заболевания, применялась стандартизированная методология сбора данных и обеспечивался регулярный аудит качества данных. Еще одним серьезным ограничением является отсутствие четких определений и стандартизированных протоколов для выявления ИСМП, о чем свидетельствует тот факт, что 91 % учреждений не располагает четкими определениями ИСМП. Только 9 % участвующих медицинских учреждений сообщили

[12] Например, катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей, инфекции кровотока, связанные с центральным венозным катетером, инфекции кровотока, связанные с периферическим венозным катетером, пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких.
[13] Например, определения, основанные исключительно на клинических признаках или симптомах при отсутствии микробиологического исследования.

об использовании надежных определений случаев для эпидемиологического надзора (определенные числитель и знаменатель в соответствии с международными определениями). Однако ни одно из медицинских учреждений не смогли предоставить отчеты о результатах эпидемиологического надзора, рекомендованный ВОЗ перечень ИСМП или стандартизированную форму сбора данных (Таблица 12). Несмотря на наличие национальных нормативных актов, обязывающих осуществлять эпидемиологический надзор и отчетность по ИСМП - таких как «Положение о наблюдении и реагировании на инфекционные заболевания», пересмотренное в декабре 2019 года, и приказ № 133 - практическая реализация остается слабой. Хотя существуют формальные процедуры отчетности и расследования случаев ИСМП, они соблюдаются непоследовательно, в основном из-за недостаточной подготовки, ресурсов и координации между медицинскими работниками и эпидемиологическими службами. В результате система наблюдения не в полной мере обеспечивает своевременное выявление, реагирование или обратную связь по случаям ИСМП.

Таблица 12. Используемые методы эпиднадзора по регионам (2021г. по сравнению с 2025 г.)

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
4.8	Используются надежные определения случаев для целей эпидемиологического надзора или, в случае их адаптации, применяется основанный на доказательствах процесс адаптации и консультации с экспертами.	2021	16%	5%	0%	5%	5%
		2025	12%	1%	17%	6%	9%
4.9	Стандартизированные методы сбора данных используются в соответствии с международными протоколами надзора или, в случае их адаптации, посредством процесса адаптации на основе фактических данных и консультаций с экспертами.	2021	16%	7%	0%	0%	4%
		2025	12%	2%	16%	14%	11%
4.10	Имеются процессы для регулярного контроля качества данных.	2021	27%	5%	10%	9%	11%
		2025	6%	3%	14%	18%	11%

Доступ к услугам микробиологических лабораторий во всех регионах имеет решающее значение для эффективного надзора за инфекциями и своевременного принятия мер в области общественного здравоохранения. В подавляющем большинстве медицинских учреждений во всех регионах (77%) отмечается недостаточный потенциал микробиологических и лабораторных служб для эффективной поддержки системы эпиднадзора (ГБАО – 88%, РРП – 87%, Сугд – 68%, Хатлон – 80%).

Отсутствие доступа к лабораторным услугам может привести к задержкам в выявлении вспышек заболеваний, затруднить идентификацию патогенов и снизить способность оперативно реагировать на возникающие угрозы здоровью. Кроме того,

доступ к лабораторным услугам ограничен в периферийных медицинских учреждениях, что еще больше затрудняет работу по эпидемиологическому надзору.

Это ограничение может также повлиять на точность данных эпидемиологического надзора и помешать реализации целевых мер контроля, что в конечном итоге повлияет на общие показатели здоровья на региональном и национальном уровнях. Надежные микробиологические лаборатории, которые оперативно выявляют патогены и модели устойчивости к антимикробным препаратам (то есть чувствительность), функционируют только в 3% (нет отличий от базовой оценки) медицинских учреждений. Окончательная оценка показала, что лабораторные услуги улучшились в плане распознования грамположительных и грамотрицательных штаммов, увеличившись с 1% в 2021 году до 12% в 2025 году (регион Сугд — 26%), хотя идентификация патогенов по-прежнему недоступна. Только 13% учреждений регулярно сообщали о проведении эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам. Региональные показатели микробиологических и лабораторных возможностей для поддержки эпиднадзора за заболеваниями приведены в Таблице 13.

Таблица 13. Баллы, полученные по микробиологическому и лабораторному потенциалу для поддержки эпиднадзора, по регионам (2021г. по сравнению с 2025г.)

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
4.11	Адекватный микробиологический и лабораторный потенциал для поддержки эпиднадзора:						
4.11.1	Да, может различать грамположительные/ грамотрицательные штаммы, но не может идентифицировать патогены	2021	0%	0%	4%	0%	1%
		2025	6%	4%	26%	6%	12%
4.11.2	Да, может своевременно и надежно идентифицировать патогены (например, идентифицировать изоляты)	2021	5%	5%	13%	7%	8%
		2025	0%	3%	5%	7%	5%
4.11.3	Да, может своевременно и надежно идентифицировать патогены и образцы устойчивости к антимикробным препаратам (то есть чувствительность)	2021	0%	0%	6%	2%	3%
		2025	6%	5%	1%	6%	3%

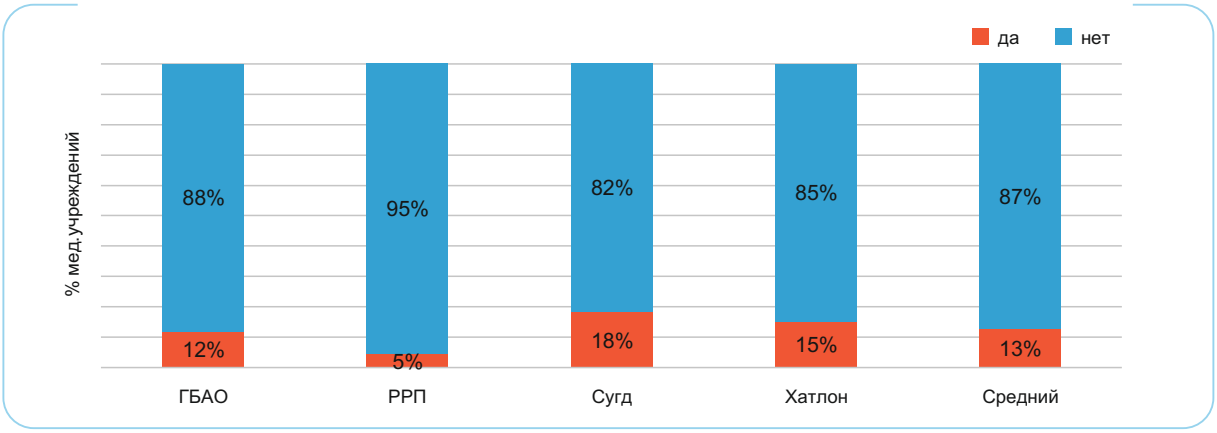
Наличие надежных микробиологических лабораторных услуг имеет важное значение для эффективного надзора за ИСМП, поскольку они предоставляют критически важные, своевременные и точные данные для профилактики и контроля инфекций.

Результаты заключительной оценки выявили продолжающиеся пробелы и системные проблемы в продвижении реализации КК4 в регионах и клинических отделениях, продемонстрировав незначительные региональные или ведомственные различия.

Общий показатель потенциала медицинских учреждений по надзору за ИСМП по данным заключительной оценки составил всего 27 %, что свидетельствует о сохраняющемся критическом дефиците в системе ПИИК.

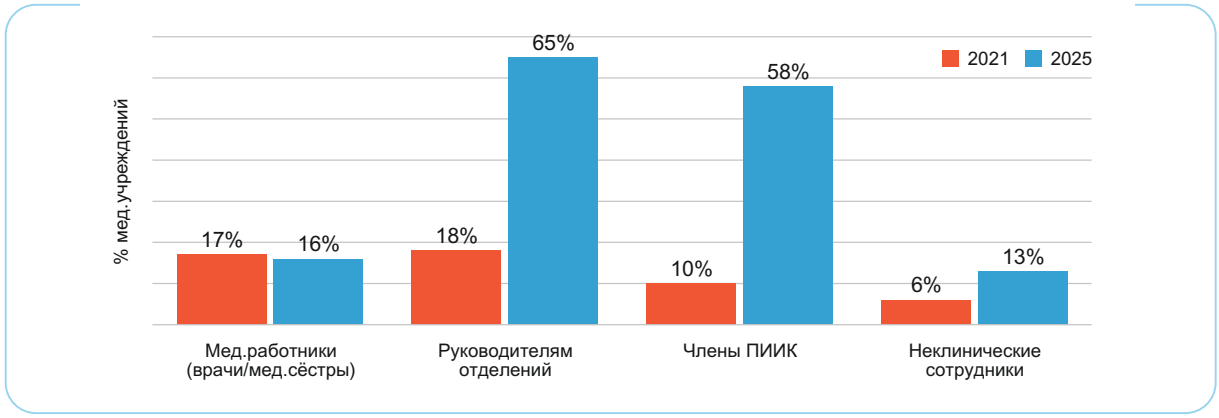
Использование данных эпиднадзора и обмен данными отчетов по эпиднадзору для создания планов по улучшению практики ПИИК на уровне отделений или учреждений в настоящее время не отвечает стандартам.

Рисунок 20. Использование данных эпиднадзора



Результаты заключительной оценки показали, что ситуация с использованием данных эпиднадзора для разработки планов улучшения работы учреждений осталась примерно такой же, как и в базовом исследовании. Только 13% медицинских учреждений сообщили об использовании данных эпиднадзора для улучшения практики ПИИК и систем эпиднадзора. Существенных региональных различий не наблюдалось, за исключением РРП, где только 5% учреждений сообщили о применении данных эпиднадзора (Рисунок 20).

Рисунок 21. Предоставление обратной связи по эпиднадзору



Своевременная и надлежащая обратная связь по данным эпиднадзора является важным аспектом успешного эпиднадзора. Все заинтересованные стороны должны получать отчеты, чтобы они могли ориентировать, информировать и оценивать меры

ПИИК по изменению стереотипов работы. Результаты итоговой оценки совпадают с результатами базовой оценки в отдельных районах, которые свидетельствуют о крайне низком уровне обратной связи по данным эпиднадзора. Более 70% оцененных медицинских учреждений сообщили, что не предоставляют обратной связи ни в письменной, ни в устной форме (Рисунок 21).

Среди медицинских учреждений, которые предоставляют данные эпиднадзора своим сотрудникам, 65% распространяют информацию среди руководителей клинических отделений/заведующих отделениями, 58% — среди членов комитетов ПИИК, 16% — среди врачей и мед. сестер и только 13% — среди неклинического персонала и руководства. Обратная связь в основном предоставляется в письменной форме, и редко применяются интерактивные подходы, направленные на решение проблем. Эти результаты свидетельствуют о некоторых улучшениях в области предоставления данных эпиднадзора соответствующим аудиториям (Таблица 14).

Таблица 14. Анализ и распространение информации, по регионам

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний
4.12	Данные эпиднадзора используются для разработки индивидуальных планов по улучшению практики ПИИК на уровне отделений/ учреждений	2021	63%	12%	19%	12%	20%
		2025	12%	5%	18%	15%	12%
4.13	Регулярно (например, ежеквартально/ежеполугодно/ ежегодно) проводится анализ устойчивости к противомикробным препаратам	2021	26%	0%	29%	35%	22%
		2025	6%	9%	20%	12%	13%
4.14	Регулярная (например, ежеквартальная/полугодовая/ежегодная) актуальная информация о эпиднадзоре предоставляется:						
	Медицинским работникам (врачи/мед. сестры)	2021	44%	11%	9%	22%	17%
		2025	17%	8%	23%	17%	16%
	Руководителям отдделений	2021	44%	15%	12%	19%	18%
		2025	66%	85%	50%	82%	65%
	Комитету по ПИИК	2021	32%	6%	3%	14%	10%
		2025	66%	57%	50%	72%	58%
	Неклиническому персоналу/ администрации (главный исполнительный директор/ финансовый директор)	2021	9%	3%	2%	10%	6%
		2025	13%	17%	21%	22%	13%
4.15	Обновляемая информация о наблюдениях предоставляется (каким образом):						
	Только в письменном/устном виде	2021	84%	35%	50%	54%	51%
		2025	35%	9%	34%	30%	25%

Резюме результатов оценки КК4:

Несмотря на то, что в соответствии с распоряжением МЗСЗН РТ медицинские учреждении обязаны оперативно и в полном объеме сообщать о случаях ИСМП, как только они выявляются в медицинских учреждениях, внедрение системы эпиднадзора за ИСМП все ещё остается неполным во всех регионах. Это в основном может быть обусловлено следующими недостатками:

i) слабый эпиднадзор практически за всеми ИСМП:
   - хирургические инфекции;
   - инфекции, связанные с медицинскими изделиями (инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетером, инфекции кровотока, связанные с центральным катетером, пневмония, связанная с искусственной вентиляцией лёгких);
   - клинически определенные инфекции (определения основаны только на клинических признаках или симптомах при отсутствии микробиологических тестов);
   - инфекции, вызванные множественно-лекарственно-устойчивыми патогенами, местными приоритетными инфекциями, склонными к эпидемиям (норовирус, грипп, SARS);
   - инфекции у уязвимых групп населения (новорожденные, пациенты отделений интенсивной терапии, пациенты с ослабленным иммунитетом, пациенты с ожогами);
   - инфекциии, поражающие медицинских работников (гепатит В или С, ВИЧ, грипп).

ii) отсутствие надежных определений случаев для эпиднадзора в соответствии с международными стандартами, стандартизированного сбора данных и обеспечения качества данных;

iii) недостаточные микробиологические и лабораторные ресурсы для эффективной поддержки усилий по эпиднадзору.

Усилия по укреплению эпиднадзора за ИСМП по-прежнему сдерживаются ограниченной ИТ-поддержкой, отсутствием регулярного отслеживания антимикробной резистентности и упущенными возможностями использовать данные эпиднадзора для индивидуальных улучшений ПИИК на уровне учреждений. Все указанные проблемы приводят к снижению оперативности системы и ее способности направлять целенаправленные мероприятия в наиболее необходимые области.

Ключевой компонент 5: Мультимодальные стратегии[14] при внедрении мероприятий ПИИК

В этом разделе анализируется, создали ли междисциплинарные группы в учреждении инструменты и контрольные списки, помогающие предотвращать и контролировать ИСМП и УПП. Согласно ВОЗ, мультимодальные стратегии (ММС) - пятый ключевой компонент эффективной программы ПИИК - объединяют пять элементов, которые при совместном внедрении улучшают соблюдение ПИИК за счет

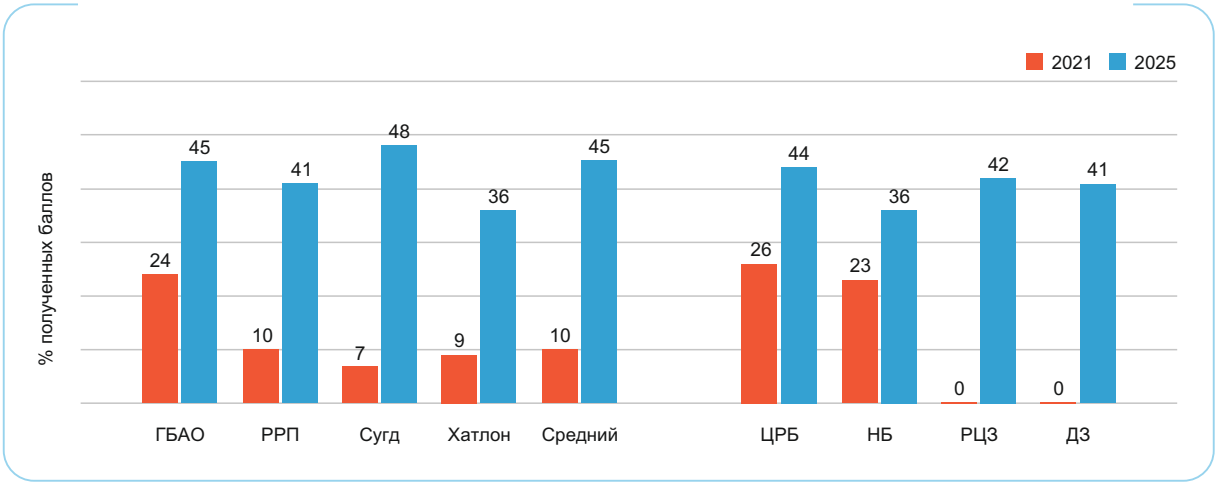
[14] Смотри определение в http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1,

решения конкретных проблем. В ходе оценки рассматриваются следующие пять компонентов ММС: (i) изменение системы, (ii) образование и обучение, (iii) мониторинг и обратная связь, (iv) коммуникация и напоминания, а также безопасный климат, и (v) изменение культуры.

Заключительная оценка продемонстрировала, что большинство медицинских учреждений улучшили применение мультимодальных подходов к улучшению ПИИК. Оценка показала «базовый» уровень применения мультимодальных стратегий медицинскими учреждениями во всех регионах, что указывает на прогресс во всех регионах и типах учреждений. Заметные успехи были достигнуты в инфраструктуре, образовании, мониторинге и вовлечении руководства. Эти достижения отражают национальную приверженность укреплению безопасности пациентов и устойчивости системы здравоохранения, а также выявляют сохраняющиеся пробелы, требующие целенаправленных инвестиций.

Учреждения первичной медико-санитарной помощи и ЦРБ во всех регионах демонстрируют базовые практики в применении мультимодальных стратегий (ММС) по сравнению с другими типами медицинских учреждений (Рисунок 22).

Рисунок 22. Доля полученных баллов по внедрению мультимодальных стратегий ПИИК от максимального балла по данному компоненту, по регионам и типам медицинских учреждений

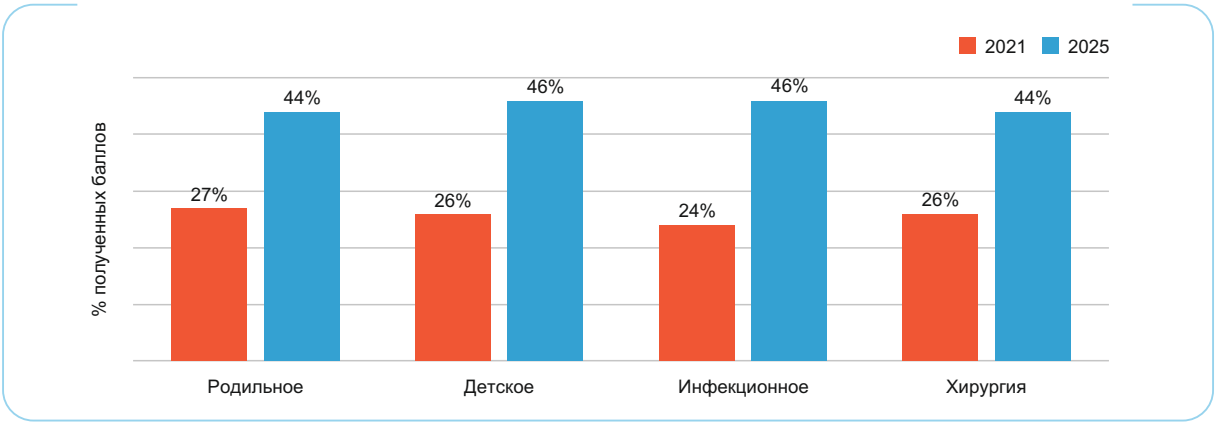


Следует с **осторожностью интерпретировать относительно более высокий показатель**, наблюдаемый в этом компоненте. Хотя результаты указывают на заметное улучшение, это **отчасти связано с ограниченным пониманием элементов мультимодальных стратегий среди респондентов и оценщиков, что могло привести к субъективности в процессе оценки.** В частности, некоторые учреждения сообщили о внедрении некоторых элементов подхода ММС (изменение системы, образование и обучение, мониторинг/аудит и обратная связь, напоминания и коммуникации, а также изменение культуры) без предоставления подтверждающей

документации или доказательств наличия устойчивых практик. Эти проблемы согласуются с выводами различных оценок, проведенных в развивающихся странах.[15]

Результаты итоговой оценки показали значительное улучшение показателей КК5 во всех отделениях ЦРБ, что свидетельствует о положительной тенденции в области внедрения и эффективности мультимодальных стратегий в этих учреждениях (Рисунок 23).

Рисунок 23. Доля полученных баллов по мультимодальным стратегиям ПИИК от максимального балла, по отделениям



По итогам заключительной оценки было установлено, что треть оцененных медицинских учреждений используют мультимодальный подход для реализации мероприятий ПИИК. В период с 2021 по 2025 годы использование мультимодальных стратегий для реализации мероприятий ПИИК заметно расширилось, хотя прогресс был неравномерным в разных регионах и на разных уровнях оказания медицинской помощи. НБ достигли полного внедрения (100%), продемонстрировав, что ММС могут быть успешно институционализированы на уровне мед. учреждений второго уровня оказания помощи. Центральные районные больницы и районные центры здоровья также продемонстрировали высокий уровень внедрения (51% и 49% соответственно), что отражает растущую интеграцию ММС на уровне медицинской помощи второго уровня. Напротив, учреждения первичной медицинской помощи, такие как сельские центры здоровья (23%) и дома здоровья (22%) заметно отстают, что подчеркивает сохраняющиеся проблемы в распространении практик ПИИК. Региональные тенденции были неоднородными: Согдийский регион добился наибольших успехов (с 0% до 57%), в то время как ГБАО продемонстрировал резкое снижение (с 63% до 12%), что подчеркивает различия в устойчивости и потенциале. В целом данные указывают на положительную динамику, с системным внедрением на третичном и вторичном уровнях, но, также подчеркивают необходимость целевой поддержки для обеспечения справедливого и устойчивого внедрения во всех регионах и типах учреждений. Медицинские учреждения в Согдийской области и учреждения вторичного уровня (ЦРБ, НБ) более склонны включать элементы мультимодальных стратегий ПИИК (Таблица 15).

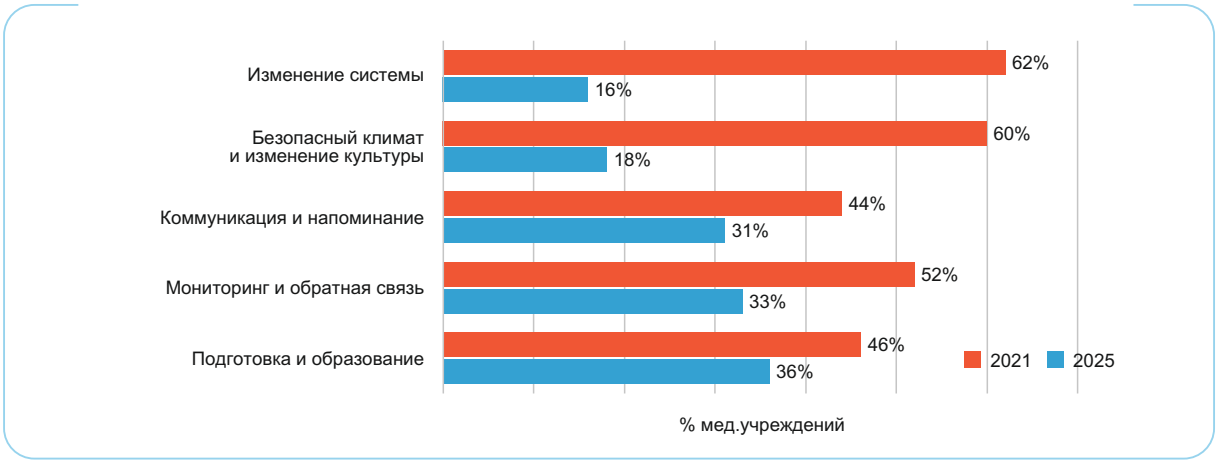
[15] Opollo, M. S., Otim, T. C., Kizito, W., et al., 'Infection Prevention and Control at Lira University Hospital, Uganda: More Needs to Be Done', Tropical Medicine and Infectious Disease, vol. 6, no.2, 2021, p.69. https://doi.org/10.3390/tropicalmed6020069

Таблица 15. Использование мультимодальных стратегий, по регионам и типам мед. учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
5.1	Мультимодальные стратегии используются для реализации ПИИК-мероприятий	2021	63%	7%	0%	0%	10%		0%			10%
		2025	12%	24%	57%	12%	32%	22%	100%	51%	23%	49%

В период с 2021 по 2025 годы все пять элементов мультимодальной стратегии демонстрируют улучшение, при этом особенно заметные достижения отмечаются в области безопасности климата, изменения культуры и системных преобразований.

Рисунок 24. Элементы мультимодальной стратегии, применяемые медицинскими учреждениями



Оцененные медицинские учреждения продемонстрировали очевидный прогресс в применении мультимодальных стратегий ПИИК (Рисунок 24). Хотя на раннем этапе внедрение было ограниченным, особенно в области системных изменений (16%) и культуры и безопасности климата (18%), к 2025 году оба показателя превысили 60%, что отражает значительный сдвиг в сторону внедрения ПИИК в организационные структуры и нормы. Мониторинг и обратная связь также выросли (с 33% до 52%), усилив подотчетность и стимулировав улучшения в других областях. Образование, обучение и коммуникация демонстрировали стабильный рост, хотя и более медленными темпами, что свидетельствует о том, что к 2021 году эти элементы уже были относительно устоявшимися. В целом данные указывают на переход от зависимости от индивидуальных вмешательств к системным и культурным преобразованиям, что укрепляет устойчивость и долгосрочное воздействие практик ПИИК. Хотя учреждения сообщают об использовании мультимодальных стратегий для реализации интервенций ПИИК, не все основные элементы ММС применяются

последовательно, что ставит под сомнение устойчивость этого ключевого компонента ПИИК. Такие элементы ММС, как образование, коммуникация и напоминания, используются реже. Для повышения эффективности и устойчивости этих интервенций важно обеспечить полное понимание персоналом того, что включают в себя мультимодальные стратегии и как каждый компонент способствует успешной реализации ПИИК.

В Таблице 16 представлено детальное сравнение применения ключевых элементов мультимодальной стратегии ПИИК с разбивкой по регионам и типам медицинских учреждений. Эта подробная разбивка показывает закономерности внедрения и различия в прогрессе в разных условиях, давая ценную информацию о сильных сторонах и сферах, требующих улучшения в конкретных регионах и учреждениях.

Изменение системы. Наличие необходимой инфраструктуры и материалов для ПИИК улучшилось: национальный охват вырос с 5% в 2021 году до 35% в 2025 году. Больницы, в частности НБ (100%), и РЦЗ (49%), достигли почти полного соответствия требованиям. В то же время, несмотря на улучшение инфраструктуры, количество мер, направленных на улучшение эргономики и доступности, резко сократилось (с 12% до 2%), что указывает на необходимость интегрировать в планирование мер ПИИК подход, ориентированный на человека, что подразумевает *вовлечение медицинских работников, пациентов и других заинтересованных сторон* в разработку мероприятий, рабочих процессов или инструментов.

Подготовка и образование. Значительно расширились подходы, основанные на применении письменных материалов и электронного обучения, при этом их использование увеличилось в среднем с 33% до 53%. Согдийская область (с 10% до 79%) и НБ (с 0% до 100%) стали лидерами по расширению доступа к обучению. Однако во всех регионах сократилось количество практических занятий и занятий с использованием симуляторов, что ограничивает возможности для укрепления навыков и их практического применения.

Мониторинг и обратная связь. Практически вдвое увеличился уровень мониторинга процессов ПИИК (с 28% до 46%), при этом Сугд (77%) и НБ (100%) установили эталоны передовой практики. Несмотря на улучшение мониторинга, своевременная обратная связь с персоналом остается минимальной (с 5% до 2%), что подрывает устойчивость достигнутых результатов по соблюдению нормативных требований. Районные и сельские центры здоровья значительно отстают от больниц по всем показателям.

Коммуникация и напоминания. Использование напоминаний, плакатов и инструментов пропаганды - важный элемент ММС - также возрос с 27% до 55% по всей стране. Особенно активно эти меры применялись в учреждениях ЦРБ (81%) и Сугде (80%), что свидетельствует о значительном прогрессе в институционализации этих практик.

Безопасный климат и изменение культуры. На национальном уровне заметно возросла поддержка инициатив в области инфекционного контроля со стороны руководства и управленческого персонала - с 10% до 38% - что свидетельствует об укреплении институциональной приверженности. Данные из Сугда, ЦРБ и РЦЗ (51–52%) подчеркивают многообещающие изменения в культуре, причем в них наблюдается существенный импульс к устойчивым переменам.

Сельские центры здоровья по-прежнему значительно отстают от больниц в области внедрения мер ПИИК, что подчеркивает сохраняющиеся различия и неравенство в области профилактики и контроля инфекций на разных уровнях медицинского обслуживания. Уровень восприятия ответственности и расширения прав и возможностей снизился с 9% до 2%, что подчеркивает хрупкость культуры безопасности, требующую повышенного внимания и целенаправленного укрепления.

Таблица 16. Элементы мультимодальной стратегии ПИИК, по регионам и типам медицинского учреждения (2021 г. по сравнению с 2025 г.)

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
5.2	Комбинированные стратегии включают ряд или все нижеследующие элементы											
5.2.1	**Изменение системы %**											
	Проводятся оперативные мероприятия для обеспечения необходимой инфраструктуры и постоянного наличия предметов снабжения	2021	26%	5%	0%	0%	5%		0%			5%
		2025	24%	31%	60%	10%	35%	24%	100%	49%	34%	47%
	Проводятся оперативные мероприятия для обеспечения необходимой инфраструктуры и постоянного наличия предметов снабжения, и решения вопросов эргономики[16] доступности	2021	37%	5%	2%	19%	12%		0%			12%
		2025	6%	1%	1%	4%	2%	0%	0%	6%	1%	8%
5.2.2	**Обучение и подготовка**											
	Письменная информация и/или устные указания и/или только дистанционное обучение	2021	74%	28%	10%	47%	33%		0%			35%
		2025	59%	38%	79%	35%	53%	41%	100%	77%	50%	62%
	Дополнительные интерактивные курсы обучения (включают имитационную профессиональную подготовку и/или обучение у постели пациента)	2021	0%	5%	4%	0%	3%		17%			2%
		2025	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3%
5.2.3	**Мониторинг ва робитаи мутақобил**											
	Контроль соответствия показателям процессов или конечных результатов	2021	63%	21%	17%	33%	28%		67%			27%
		2025	53%	31%	77%	20%	46%	34%	100%	69%	46%	54%

[16] Эргономика: человеческий фактор, или понимание взаимодействия между людьми и элементами системы для оптимизации благополучия человека и общей производительности системы, а также предотвращения человеческих ошибок. Дополнительная информация по ссылке: Storr, Julie, Dr Neil Wigglesworth and Claire Kilpatrick, 'Integrating human factors with infection prevention and control', thought paper, the Health Foundation, London, 2013. http://www.health.org.uk/sites/health/files/IntegratingHumanFactorsWithInfectionAndPreventionControl.pdf



	Контроль соответствия и обеспечение своевременной обратной связи по результатам мониторинга для медицинских работников и лиц, принимающих решения	2021	5%	9%	4%	2%	5%		0%			5%
		2025	0%	1%	1%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	10%
5.2.4	**Коммуникация и напоминания**											
	Памятки, плакаты, или другие общественно-просветительские/ информационно-разъяснительные инструменты, для продвижения мероприятий	2021	53%	23%	17%	30%	27%		50%			26%
		2025	65%	44%	80%	30%	55%	40%	100%	63%	52%	81%
	Дополнительные методы/ инициативы для улучшения процесса коммуникации между командами различных отделений и профильных дисциплин	2021	11%	5%	0%	5%	4%		0%			5%
		2025	6%	1%	1%	1%	2%		0%	3%	0%	5%
5.2.5	**Безопасный климат и изменение культуры**											
	Руководители/ управляющие оказывают ощутимую поддержку и выступают как инициаторы и ролевые модели, продвигая адаптационный подход[17] и усиливая культуру, которая поддерживает ПИИК, безопасность пациента и качество ухода	2021	26%	5%	4%	14%	10%		0%			10%
		2025	53%	32%	52%	24%	38%	29%	29%	51%	35%	51%
	Кроме того, команды и отдельные лица получают больше возможностей для самореализации, что позволяет им чувствовать себя причастными к реализации мероприятий	2021	32%	5%	0%	12%	9%		0%			9%
		2025	0%	4%	0%	1%	2%		1%	0%	0%	5%

Итоговая оценка показала некоторый прогресс в вовлечении междисциплинарных команд, а также коллег из отделов повышения качества и безопасности пациентов в разработку и продвижение мультимодальных стратегий ПИИК.

Оценка также выявила, что во всех регионах наблюдается улучшение показателей, особенно на базовом уровне. Медицинские учреждения

[17] Адаптивные подходы учитывают поведенческую, организационную и культурную сложность систем здравоохранения. Они направлены на улучшение местной климата безопасности и мотивацию местных команд к последовательному применению передовых методов путем формирования взглядов, убеждений и ценностей врачей. Это может включать вовлечение руководства, улучшение сотрудничества и командной работы, а также содействие вовлечению персонала в процесс внедрения. Более подробная информация доступна по ссылке: https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/index.html

усовершенствовали свою инфраструктуру, систему образования, системы мониторинга, каналы коммуникации и вовлеченность руководства. В частности, стационары начали внедрять более систематические практики, такие как формирование междисциплинарных команд, сотрудничество с коллегами команд по улучшению качества и безопасности пациентов, а также внедрение комплексов мер и контрольных списков. В то время как Согдийский регион и РРП продолжали стабильно развиваться, в ГБАО, несмотря на сильный старт в 2021 году, наблюдалось значительное снижение по большинству показателей (таблица 16). Эти изменения в значительной степени обусловлены поддержкой проекта ЕС по улучшению инфраструктуры медицинских учреждений, постоянному мониторингу и поддерживающему кураторству. Они также подчеркивают возросший национальный потенциал и приверженность ПИИК. Однако по-прежнему существуют проблемы, требующие целенаправленных инвестиций.

Таблица 17. Подход к реализации мультимодальной стратегии ПИИК, по регионам и типам медицинских учреждений (2021г. по сравнению с 2025г.)

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
5.3	Многопрофильная группа используется для реализации комбинированных стратегий ПИИК	2021	68%	2%	2%	2%	11%		0%			11%
		2025	12%	26%	40%	15%	27%		100%	54%		51%
5.4	Коллеги с опытом улучшения качества и безопасности пациентов регулярно вовлекаются в разработку и продвижение мультимодальных стратегий ПИИК	2021	68%	14%	6%	5%	16%		0%			16%
		2025	17%	26%	32%	33%	30%		100%	45%		59%
5.5	Эти стратегии включают комплексы мер[18] или проверочные списки	2021	0%	0%	0%	0%	0%		0%			0%
		2025	18%	23%	37%	24%	28%		100%	31%		49%

Примерно треть медицинских учреждений сообщили о сотрудничестве с междисциплинарными группами и коллегами из комитета по качеству и безопасности в целях укрепления реализации мультимодальной стратегии ПИИК (Таблица 17). Важно отметить, что аналогичная доля учреждений также сообщила об использовании контрольных списков, включенных в национальное руководство по ПИИК, предлагаемых в качестве инструмента мониторинга, что является обнадеживающим признаком прогресса в направлении стандартизированной, основанной на доказательствах практики.

[18] Комплексы мер: наборы научно обоснованных практик, направленных на структурированное улучшение процесса оказания медицинской помощи, например, улучшение процедуры установки катетера. Следует отметить, что комплексы мер и мультимодальные стратегии - это не одно и то же; комплексы мер - это инструменты, которые можно использовать для облегчения внедрения мер по инфекционному контролю, в идеале в контексте мультимодальных стратегий, которые представляют собой гораздо более комплексный подход.

Резюме результатов оценки КК5:

Несмотря на прогресс, достигнутый с 2021 года, реализация мультимодальных стратегий ПИИК в выбранных медицинских учреждениях остается фрагментарной и недостаточно развитой. Это создает серьезную проблему для устойчивости и эффективности мер ПИИК. Этот разрыв в значительной степени объясняется ограниченным институциональным потенциалом, а именно отсутствием обученных специалистов по ПИИК, функционирующих комитетов по ПИИК и назначенных координаторов, которые необходимы для продвижения внедрения ММС.

Концепция мультимодальных стратегий все еще набирает популярность в национальных рамках ПИИК, что может объяснить наблюдаемые низкие показатели эффективности. Однако увеличение среднего балла КК5 - с 10 на начальном этапе до 42 в текущей оценке - свидетельствует о появлении динамики и растущем признании его ценности. Эта восходящая тенденция представляет собой стратегическую возможность для целевых инвестиций в наращивание потенциала, развитие лидерства и оперативную поддержку с целью ускорения внедрения и усиления воздействия. Укрепление этого компонента будет иметь решающее значение для достижения устойчивых, системных улучшений в области ПИИК.

Ключевой компонент 6: Мониторинг/аудит практики ПИИК и обратная связь

В рамках данной части оценки были рассмотрены наличие, периодичность и эффективность систем мониторинга ПИИК, включая механизмы обратной связи с медицинским персоналом, а также компетентность персонала и инструменты, используемые в этих процессах. Мониторинг и аудит практик ПИИК имеют основополагающее значение для обеспечения последовательного внедрения стандартов ПИИК и стимулирования постоянного улучшения качества.

Регулярный мониторинг и аудит практик на основе установленных национальных стандартов должны проводиться как на уровне медицинских учреждений, так и на национальном уровне, с предоставлением своевременной обратной связи соответствующему персоналу и заинтересованным сторонам. Мониторинг и аудит практик ПИИК, наряду со структурированными каналами обратной связи, имеют важное значение для выявления пробелов, обеспечения соответствия национальным стандартам ПИИК и содействия постоянному улучшению качества на уровне медицинских учреждений. Регулярный мониторинг и аудит практик ПИИК являются одними из важнейших способов повышения эффективности ПИИК.

Менее трети оцененных медицинских учреждений осуществляют мониторинг/аудит практик ПИИК и предоставляют обратную связь соответствующим сотрудникам.

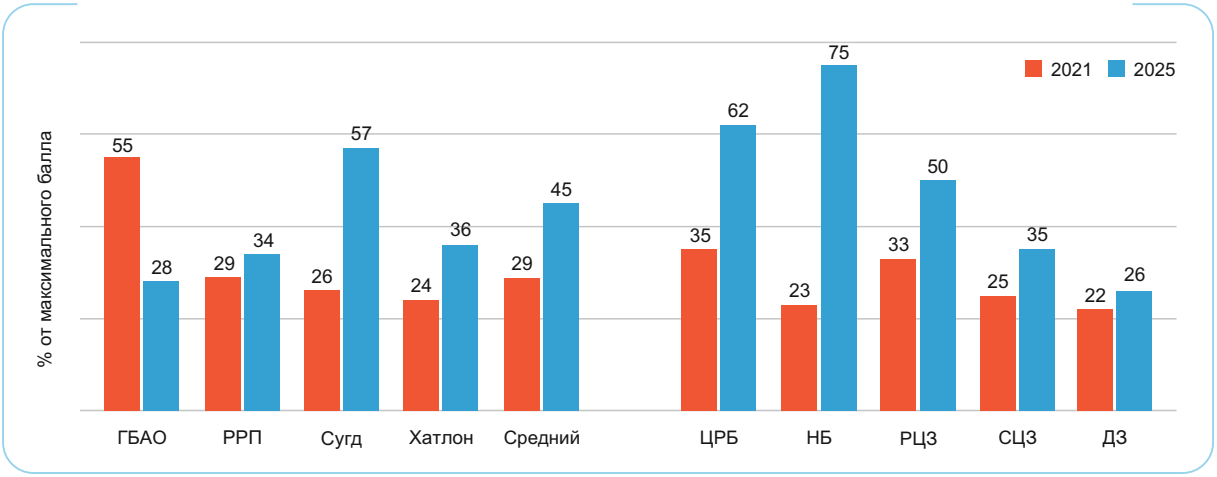
Этот компонент показывает, насколько медицинские учреждения регулярно проверяют соблюдение ребований ПИИК, дают структурированные отзывы и используют данные мониторинга для принятия мер по коррекции ситуации.

Показатели по этому компоненту демонстрируют значительные различия в практике мониторинга и аудита ПИИК в разных учреждениях. **В частности, 24% учреждений показали неадекватное внедрение, а 35% - базовый уровень, что указывает на ограниченное соблюдение и частичное внедрение рекомендованных стандартов. Всего 24% учреждений достигли промежуточного**

уровня, продемонстрировав прогресс в области структурированного мониторинга и механизмов обратной связи, но все еще сталкиваясь с заметными пробелами в последовательности и эффективности. Только 8% учреждений достигли продвинутого статуса, что подчеркивает небольшую долю тех, кто успешно институционализировал комплексные системы мониторинга ПИИК с регулярными аудитами, структурированной обратной связью и постоянным улучшением качества. Эта разбивка подчеркивает как достигнутый прогресс, так и постоянную необходимость целенаправленных усилий по совершенствованию практик, особенно в учреждениях, которые все еще работают на неадекватном или базовом уровне.

В целом, в период с 2021 по 2025 год мониторинг и аудит практики инфекционного контроля перешли от несистематизированных к полуструктурированным системам. Итоговая оценка продемонстрировала прогресс в мониторинге и аудите практик ПИИК почти во всех регионах по сравнению с базовой оценкой. Доля полученных баллов от максимально возможной цифры улучшилась с 29% до 45%, что свидетельствует об улучшении мониторинга и более систематических обратных связях, предоставляемых на уровне учреждений (Рисунок 25). Несмотря на очевидный прогресс, устойчивость и институционализация остаются проблемами, особенно в сельских районах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Оценка проекта КК6 в различных регионах и типах учреждений выявляет как прогресс, так и сохраняющиеся различия в его реализации.

Рисунок 25. Доля полученных баллов по компоненту мониторинг/аудит практик ПИИК и обратной связи, по регонам и типам медицинских учреждений от максимального балла

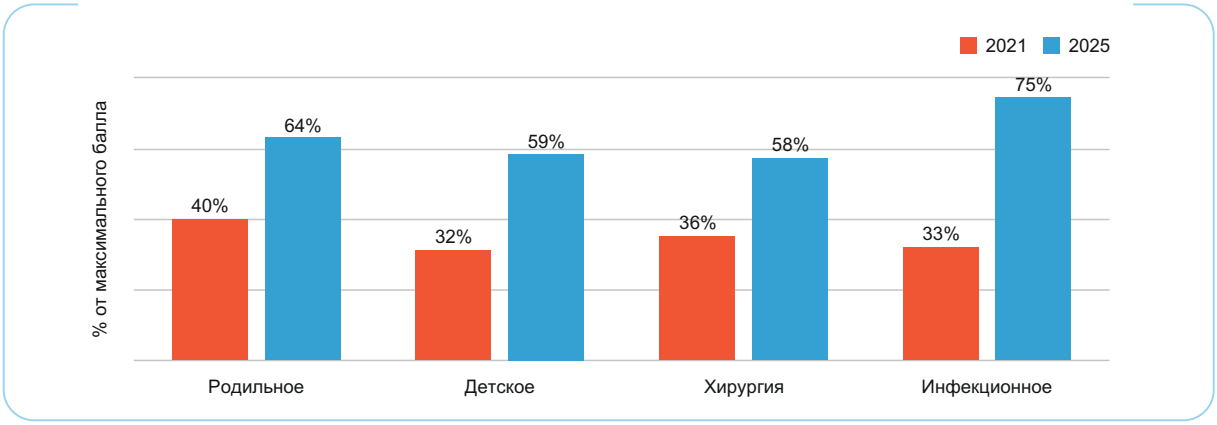


Самый высокий средний балл (57%) был достигнут в Согдийской области, что свидетельствует о тесной интеграции мониторинга ПИИК в повседневную работу стационаров. Большинство районных больниц и инфекционных отделений проводят регулярные аудиты (ежемесячно или ежеквартально) и начали документировать и обсуждать результаты на внутренних совещаниях. В Хатлонской области отмечено умеренное улучшение (45%), однако аудиты по-прежнему носят в основном реактивный, а не превентивный характер, а механизмы обратной связи не всегда сопровождаются корректирующими мерами. РРП продемонстрировал устойчивый, но неполный прогресс (34%), с непоследовательной документацией и отсутствием

структурированной обратной связи с персоналом на передовой. ГБАО отстает (28%), большинство учреждений по-прежнему полагаются на неформальный надзор и не имеют стандартизированных инструментов аудита или обученных координаторов ПИИК для анализа данных. Наблюдаются явные различия между уровнями учреждений: ЦРБ и НБ продемонстрировали наибольший прогресс, особенно в отделениях, поддерживаемых проектами ЕС/ЮНИСЕФ, где были использованы контрольные листы для мониторинга и формы для кураторских визитов. В то же время амбулаторные учреждения - РЦЗ и СЦЗ - продемонстрировали низкий или умеренный прогресс, часто из-за отсутствия обученных координаторов ПИИК и ограниченного числа кураторских визитов со стороны вышестоящих органов. ДЗ по-прежнему в значительной степени остаются вне формальных систем мониторинга (Рисунок 25).

Структурированные сессии обратной связи и отчеты мониторинга стали более распространёнными; вместе с тем во многих учреждениях обратная связь остаётся нерегулярной и не всегда интегрируется в планирование корректирующих мер или повторное обучение. Использование стандартизированных инструментов мониторинга ПИИК остаётся ограниченным, а качество документации существенно различается. Персонал часто отмечает, что аудиты проводятся преимущественно “для отчётности”, а не как часть культуры обучения и постоянного совершенствования. В то же время создание внутренних аудиторских комитетов в медицинских учреждениях вторичного уровня и ЦРБ, поддержанных проектом ЕС, способствовало укреплению подотчётности и систематическому мониторингу соблюдения требований. Однако в небольших учреждениях аудиты продолжают проводиться лишь во время визитов внешних групп кураторства, что подчёркивает необходимость дальнейшего развития устойчивых внутренних механизмов контроля.

Рисунок 26. Доля полученных баллов по мониторингу/аудиту практик ПИИК и обратной связи, по отделениям от возможно максимального балла



По сравнению с базовым уровнем 2021 года, итоговая оценка 2025 года показывает небольшой прогресс как в области наличия обученного персонала, так и в области структурированных планов мониторинга, хотя между регионами и уровнями учреждений по-прежнему существуют различия.

Таблица 18 демонстрирует, что доля учреждений с подготовленным персоналом, ответственным за мониторинг ПИИК, увеличилась по всей стране, особенно в Согдийской (42%) и Хатлонской (30%) областях, что отражает укрепление потенциала

благодаря обучению, проведённому в рамках проекта. Наибольшие улучшения отмечены в ЦРБ (59%) и РЦЗ (47%), где ответственные за ПИИК теперь проводят регулярные аудиты. Однако во многих учреждениях эти сотрудники продолжают работать на неполной ставке и не имеют чётко выделенного времени для деятельности по ПИИК. Учреждения первичной медико-санитарной помощи и ГБАО по-прежнему сталкиваются с острой нехваткой подготовленного персонала.

Улучшилась доступность четко определенных планов мониторинга с установленными целями и инструментами, особенно в Согдийской области (45%) и ЦРБ (46%), что свидетельствует о постепенной институционализации структурированного надзора ПИИК. Тем не менее, **лишь около трети мед. учреждений на уровне выбранных районов имеют формализованные планы; мониторинг по-прежнему носит преимущественно ситуативный несистематический характер, особенно в учреждениях первичного звена и отдаленных районах**.

Несмотря на некоторые улучшения в реализации КК6, по-прежнему существуют серьезные пробелы, в том числе нехватка обученных координаторов ПИИК для проведения регулярных аудитов, отсутствие стандартизированных или электронных инструментов обратной связи, слабая связь между результатами аудита и эффективностью работы персонала, а также редкие контрольные визиты региональных координаторов ПИИК. Эти проблемы по-прежнему ограничивают эффективность и устойчивость систем мониторинга ПИИК.

Таблица 18. Наличие плана мониторинга/аудита и обученного персонала для мониторинга практики ПИИК, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
6.1	Имеется обученный персонал, ответственный за мониторинг/аудит ПИИК-практик и обратную связь по программе	2021	22%	13%	12%	5%	22%	6%	10%	13%	17%	14%
		2025	29%	29%	42%	30%	34%	17%	32%	47%	9%	59%
6.2	Имеется четко сформулированный план мониторинга с ясными целями, задачами и мероприятиями (включая инструменты для систематического сбора данных)	2021	54%	15%	17%	9%	18%	9%	20%	13%	0%	23%
		2025	18%	23%	45%	15%	28%	13%	29%	40%	0%	46%

Почти треть всех учреждений (33%) сообщили, что мед. учреждения не проводят никакого мониторинга и аудита.

Мониторинг конкретных процессов и показателей ПИИК различается в зависимости от региона и типа медицинского учреждения, как показано на Таблице 19. Итоговая оценка показывает неоднозначные результаты в мониторинге ключевых процессов и показателей ПИИК в медицинских учреждениях в период с 2021 по 2025 год. В то время как некоторые показатели улучшились, другие продемонстрировали

снижение или непоследовательное внедрение, что свидетельствует о том, что мониторинг остается неравномерным и часто зависит от внешней проектной поддержки, а не от институциональных систем.

Мониторинг соблюдения гигиены рук улучшился в большинстве регионов, особенно в Сугде (с 62% до 77%) и Хатлоне (с 48% до 73%), что свидетельствует о положительном эффекте обучения и надзора в рамках программы, поддерживаемой ЕС. Однако в ГБАО мониторинг соблюдения резко снизился (95%–35%), в основном из-за текучести кадров и отсутствия постоянного надзора.

По типу учреждений лучшие результаты продемонстрировали больницы (НБ 100% и ЦРБ 84%), что отражает более строгий управленческий контроль. Однако учреждения первичного уровня по-прежнему демонстрируют непоследовательные практики наблюдения.

Рисунок 27 иллюстрирует насколько медицинские учреждения проводят мониторинг основных процессов и показателей ПИИК в соответствии с рекомендациями ВОЗ. По сравнению с базовым уровнем 2021 года, итоговая оценка выявила снижение уровня мониторинга ключевых показателей ПИИК. Контроль за утилизацией медицинских отходов резко снизился с 98% до 43%, а мониторинг уборки помещений отделений сократился с 59% до 34%. Кроме того, мониторинг инвазивных процедур, практик дезинфекции и потребления антимикробных препаратов остается стабильно слабым. Эти выводы подчеркивают настоятельную необходимость укрепления институционализации аудитов ПИИК для обеспечения систематического, регулярного и устойчивого мониторинга эффективности работы всех учреждений.

Рисунок 27. Процессы и показатели в области ПИИК, подвергаемые мониторингу (% мед.учреждений)



Мед. учреждения, которые проводят оценки не реже одного раза в год, по-прежнему составляют очень небольшую часть — только НБ (100%) и небольшая доля СЦЗ (6%) и РЦЗ (6%) проводят их регулярно. Это показывает, что, хотя осведомленность о программе ВОЗ по гигиене рук растет, институционализация регулярных циклов самооценки по-прежнему ограничена.

Таблица 19. Процессы и показатели ПИИК, отслеживаемые по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
6.3	В мед. учреждении мониторингу подвергаются следующие процессы и показатели											
6.3.1	Соблюдение гигиены рук (использование для этой цели инструмента наблюдения ВОЗ или аналога)	2021	95%	64%	62%	48%	62%	-	54%	67%	50%	70%
		2025	35%	41%	77%	73%	62%	53%	58%	66%	100%	84%
6.3.2	Введение сосудистого катетера и/или практика ухода	2021	44%	15%	10%	5%	13%	-	7%	11%	0%	23%
		2025	24%	12%	13%	11%	13%	-	4%	20%	100%	49%
6.3.3	Смена раневых повязок	2021	56%	26%	23%	12%	24%	-	12%	35%	50%	36%
		2025	24%	13%	19%	21%	18%	2%	10%	37%	100%	51%
6.3.4	Меры предосторожности, связанные с передачей инфекций, и изоляция, чтобы предупредить распространение организмов с множественной лекарственной устойчивостью	2021	24%	19%	14%	12%	16%	-	7%	20%	33%	26%
		2025	0%	8%	19%	9%	12%	4%	8%	14%	100%	35%
6.3.5	Уборка помещений отделения	2021	59%	63%	57%	55%	59%	-	46%	56%	50%	71%
		2025	35%	25%	47%	27%	34%	27%	30%	47%	100%	46%
6.3.6	Дезинфекция и стерилизация медицинского оборудования/ инструментов	2021	98%	36%	45%	41%	47%	-	33%	68%	50%	63%
		2025	35%	18%	37%	30%	28%	12%	22%	54%	100%	54%
6.3.7	Потребление/ использование спиртосодержащих средств для дезинфекции рук или мыла	2021	90%	46%	46%	26%	45%	-	32%	56%	50%	57%
		2025	24%	20%	38%	33%	30%	21%	24%	43%	100%	49%
6.3.8	Потребление/ использование антимикробных препаратов	2021	42%	25%	22%	15%	23%	-	14%	27%	50%	35%
		2025	6%	8%	22%	15%	14%	4%	12%	23%	100%	33%
6.3.9	Управление отходами	2021	98%	61%	37%	72%	98%	-	57%	67%	0%	66%
		2025	47%	15%	50%	68%	43%	32%	37%	60%	100%	60%
6.4	Частота проведения опроса по системе самооценки гигиены рук ВОЗ [19]											
6.4.1	Периодически, но без регулярного графика	2021	93%	52%	45%	34%	49%		31%	46%	44%	67%
		2025	35%	47%	66%	59%	56%	41%	53%	77%	0%	76%
6.4.2	Не реже одного раза в год	2021	5%	8%	3%	3%	4%	4%	5%	7%	0%	3%
		2025	0%	2%	6%	9%	5%	4%	6%	6%	100%	3%

[19] С программой самооценки гигиены рук ВОЗ можно ознакомиться по ссылке: http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf?ua=1

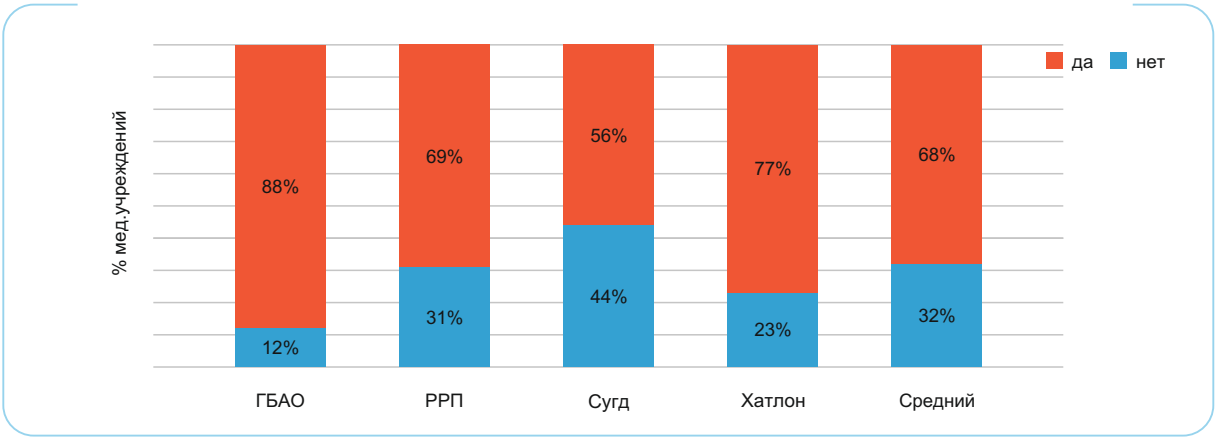
В целом мониторинг процессов и показателей ПИИК (Таблица 19, индикатор 6.3) остается фрагментарным и непоследовательным в разных регионах и типах учреждений. Большинство учреждений проводят аудиты нерегулярно и не имеют стандартизированных инструментов или форматов отчетности. Наилучшие результаты наблюдаются в медицинских учреждениях второго уровня, где программа ПИИК лучше структурирована и связана с кураторством и обучением.

Наихудшие результаты наблюдаются в учреждениях первичного уровня из-за нехватки обученного персонала, отсутствия формальных планов мониторинга и ограниченных механизмов подотчетности. Деятельность по мониторингу по-прежнему в значительной степени ориентирована на соблюдение требований, а не на улучшение качества. Связь между сбором данных, обратной связью и корректирующими действиями остается слабой, и нет систематического использования электронных инструментов или интеграции с системами HMIS/DHIS2 (информационная система управления здравоохранения /информационная система управления здравоохранения районного уровня).

Результаты итоговой оценки показали, что предоставление обратной связи улучшилось на национальном уровне, однако остаётся фрагментированным и непоследовательным. Согдийская область демонстрирует наибольшие успехи, ГБАО заметно отстаёт, а другие регионы продвигаются медленно. Укрепление механизмов обратной связи имеет ключевое значение для того, чтобы аудиты ПИИК стали действительно значимыми и устойчивыми.

Исследование показало, что предоставление обратной связи по результатам мониторинга практик ПИИК оценивается как «неадекватное». Только одна треть (33%) медицинских учреждений предоставляет обратную связь по результатам мониторинга/аудита соответствующим сотрудникам. Почти 67% учреждений - около шести из десяти - не предоставляют никакой обратной связи по результатам мониторинга или аудита (Рисунок 28).

Рисунок 28. Предоставление обратной связи по результатам мониторинга



В среднем, обратная связь по результатам мониторинга практики ПИИК и индикаторам чаще всего адресована командам ПИИК (22%). Медицинские работники на передовой получают 14% обратной связи, а руководители отделений отмечаются в 13%. Напротив, только 7% обратной связи передается руководству и старшим

администраторам, что подчеркивает пробел в обмене информацией с лицами, принимающими решения на более высоком уровне (Таблица 20). Эффективные механизмы обратной связи имеют важное значение для постоянного совершенствования, подотчетности и обеспечения того, чтобы практики ПИИК приводили к ощутимым и устойчивым результатам. Они позволяют своевременно вносить корректировки, способствуют вовлечению персонала и поддерживают принятие решений на основе фактических данных на всех уровнях системы здравоохранения.

Таблица 20. Обратная связь по результатам мониторинга/аудита ПИИК, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
6.5	Отзывы о состоянии деятельности/результатах ПИИК (например, отзывы о данных по соблюдению гигиены рук или других процессах) предоставляются:											
6.5.1	Группе ПИИК	2021	44%	6%	2%	3%	8%	4%	0%	2%	8%	12%
		2025	6%	18%	33%	17%	22%	1%	19%	31%	100%	38%
6.5.2	Руководителям и менеджерам отделений в областях, подлежащих аудиту	2021	5%	2%	4%	9%	5%	1%	0%	11%	2%	8%
		2025	12%	10%	16%	14%	13%	4%	14%	17%	0%	27%
6.5.3	Медицинским работникам первой линии	2021	37%	8%	3%	28%	15%	11%	17%	16%	12%	20%
		2025	6%	10%	27%	3%	14%	8%	17%	14%	0%	16%
6.5.4	Комитету ПИИК или комитету по качеству медицинской помощи, или их эквиваленты	2021	5%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	2%
		2025	0%	9%	11%	9%	9%	0%	0%	20%	0%	11%
6.5.5	Руководству и старшему административному персоналу	2021	39%	7%	3%	5%	8%	7%	0%	7%	6%	12%
		2025	12%	9%	5%	5%	7%	0%	6%	14%	0%	16%

Отчетность о результатах мониторинга/аудита ПИИК по-прежнему остается неадекватной в большинстве регионов и медицинских учреждениях. Регулярная отчетность о результатах мониторинга/аудита практик и показателей ПИИК в основном практикуется в одной трети медицинских учреждений, варьируя от 12% до 100%. Только одна треть медицинских учреждений указала, что их учреждение регулярную предоставляет отчетность, по крайней мере, ежегодно (Таблица 21).

Систематическая отсутствие данных о процессе ПИИК и показателях результативности препятствует прогрессу в этой области, включая возможности оценивать эффективность реализации программы ПИИК, принимать обоснованные меры и отстаивать важность ПИИК (т. е. противостоять принципу «нет данных - нет проблемы»).

Таблица 21. Отчётность по результатам мониторинга/аудита ПИИК, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
6.6	Отчетность по данным мониторинга, проводи-мого на регулярной основе (не реже одного раза в год)	2021	78%	18%	23%	14%	25%	17%	28%	50%	31%	23%
		2025	12%	31%	44%	23%	32%	21%	100%	30%	34%	57%
6.7	Мониторинг и обратная связь по процессам и индикаторам ПИИК осуществляются в институциональной культуре, свободной от обвинений, направленной на улучшение и изменение поведения	2021	56%	14%	10%	7%	15%	10%	14%	33%	16%	18%
		2025	12%	26%	61%	24%	63%	33%	100%	34%	40%	54%

Итоговая оценка показала, что внедрение процесса мониторинга и обратной связи по ПИИК, не допускающего поиска виновных и нареканий, возросло с 15% (неадекватного) до 63% (удовлетворительно). Все регионы и типы учреждений продемонстрировали значительный прогресс, за исключением ГБАО, где показатель снизился с 56% до 12%. Все медицинские учреждения продемонстрировали эффективность внедрения «беспристрастного, без обвинений» процесса мониторинга и обратной связи по инфекционному контролю на «базовом» уровне. Это свидетельствует как о базовом соблюдении стандартов профилактики и контроля инфекций, так и о значительном потенциале для дальнейшего развития.

Резюме результатов оценки КК6:

По сравнению с базовым уровнем 2021 года, итоговая оценка 2025 года показывает небольшой прогресс как в области наличия обученного персонала, так и в области структурированных планов мониторинга, хотя между регионами и уровнями учреждений по-прежнему существуют различия. Применение «беспристрастного, без обвинений» процесса мониторинга ПИИК и обратной связи увеличилось с 15 % (неадекватно) до 63 % (удовлетворительно). Почти треть всех учреждений (33%) сообщили, что медицинское учреждение не проводит никакого мониторинга и аудита. По сравнению с базовым уровнем 2021 года, итоговая оценка показала снижение мониторинга ключевых индикаторов ПИИК. Надзор за управлением медицинскими отходами резко снизился с 98% до 43%, а мониторинг уборки помещений снизился с 59% до 34%. Кроме того, мониторинг инвазивных процедур, практик дезинфекции и потребления антимикробных препаратов остается стабильно слабым. Регулярная отчетность о результатах мониторинга/аудита практик и индикаторов ПИИК в основном практикуется одной третью медицинских учреждений в диапазоне от 21% до 100%. Ограниченный мониторинг практик ПИИК может быть результатом ограничений, связанных со знаниями, кадровыми ресурсами, навыками и доступными инструментами мониторинга. Устранение этих пробелов в будущем может включать

обучение медицинских работников и оснащение их соответствующими ресурсами для мониторинга ПИИК в медицинских учреждениях. Несколько инструментов мониторинга, таких как система самооценки гигиены рук и другие, уже включены в национальное руководство ПИИК и могут быть легко адаптированы к требованиям учреждений.

Ключевой компонент 7: Рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и занятость коек

Этот компонент итоговой оценки посвящен укомплектованию персоналом и занятости коек, при этом условия в учреждении сравнивались со стандартами ВОЗ. Этот компонент имеет важное значение для обеспечения **безопасного и высококачественного ухода, а также эффективной профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК)**. Адекватное укомплектование персоналом и контролируемая заполняемость коек снижают риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, улучшают соблюдение протоколов ПИИК и способствуют благополучию персонала. Переполненность и нехватка персонала приводят к выгоранию, медицинским ошибкам и плохим результатам лечения пациентов. Обеспечение управляемой рабочей нагрузки и надлежащего соотношения числа пациентов и персонала улучшает как рутинное медицинское обслуживание, так и устойчивость системы во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения.

Пандемия COVID-19 показала, что нехватка персонала и коек может создать огромные проблемы для готовности страны реагировать на вспышки заболеваний и способствовать их распространению[20].

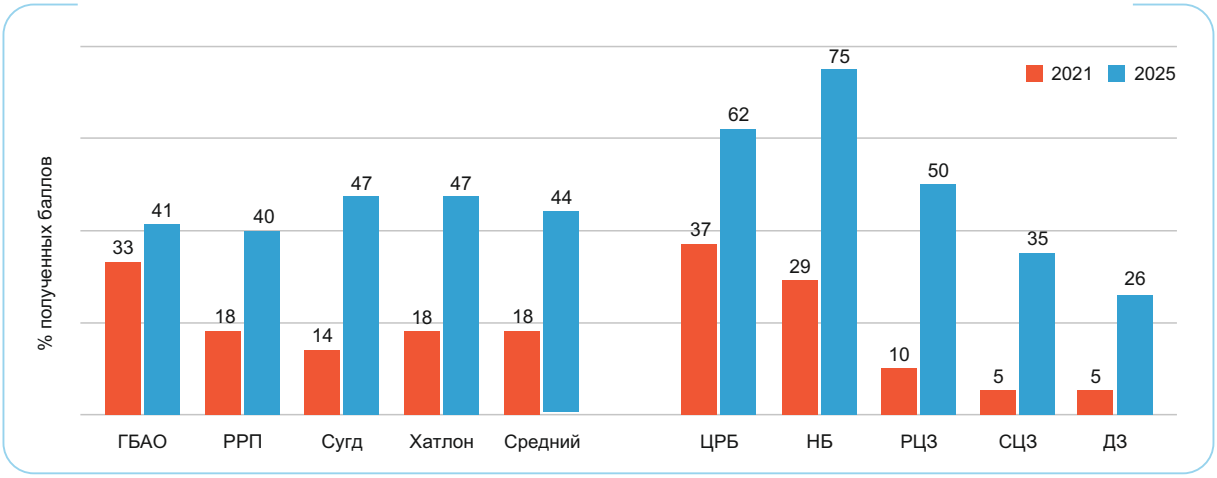
На национальном уровне, компонент по нагрузке, укомплектованности персоналом и занятости коек достиг «*базового*» уровня, по сравнению с «*неадекватным*» по результатам базовой оценки. Сравнение показателей 2021 и 2025 годов показывает заметные улучшения в управлении нагрузкой, укомплектованностью персоналом и занятости коек во всех регионах и типах учреждений (Рисунок 29). Эффективность данного компонента выросла в среднем с 18% до 44% от максимального показателя, что свидетельствует об укреплении потенциала в области распределения людских ресурсов и процессов управления койками.

Это улучшение подчеркивает более строгое соблюдение практик ПИИК во всей системе здравоохранения.

Важно отметить, что уровни реализации этого основного компонента значительно различались в оцененных регионах страны - 27% учреждений оставались на *неадекватном* уровне, что свидетельствует о существенных пробелах в соблюдении основных стандартов. Большинство (68%) достигли *базового* уровня, продемонстрировав значительный прогресс в принятии фундаментальных практик. В то же время 8% учреждений достигли *промежуточного* уровня, что отражает постоянные усилия по совершенствованию процессов и потенциала.

[20] Всемирная организация здравоохранения, Политика и управление кадровыми ресурсами в сфере здравоохранения в контексте реагирования на пандемию COVID-19: временное руководство, ВОЗ, Женева, 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333.

Рисунок 29. Доля баллов из максимально возможного, набранных по рабочей нагрузке, укомплектованию персоналом и средней занятости койки, по регионам и типам медицинских учреждений



Показатели этого ключевого компонента продемонстрировали улучшение во всех отделениях ЦРБ, подняв его до «базового» уровня (Рисунок 29).

Только одна десятая часть медицинских учреждений в стране приводит уровень укомплектованности персоналом в соответствие с рабочей нагрузкой, определяемой национальными стандартами или результатами рекомендованной ВОЗ стандартной оценки потребностей в персонале. Существенных различий между регионами и типами медицинских учреждений не наблюдается (Таблица 22, индикатор 7.1).

Таблица 22. Укомплектование персоналом, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
7.1	Сатҳи мувофиқи Оценка необходимого уровня укомплекто-ванности персоналом в учреждении в соответствии с нагрузкой пациентов, с использованием национальных стандартов или стандартного инструмента оценки потребностей в персонале, такого как метод ВОЗ «Показа-тели нагрузки для оценки потребностей в персонале»[21]	2021	15%	16%	2%	9%	9%	6%	0%	20%	2%	14%
		2025	47%	27%	37%	29%	33%	16%	28%	57%	100%	57%

[21] Метод ВОЗ по показателям рабочей нагрузки для оценки потребности в персонале предоставляет руководителям здравоохранения систематический способ определения необходимого количества медицинских работников пределенного типа для обеспечения рабочей нагрузки в конкретном медицинском учреждении и помогает в принятии решений. http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

7.2	В вашем учреждении соблюдается согласованное (ВОЗ или национальное) соотношение медицинских работников и пациентов[22]											
	Для персонала в менее чем 50% отделений	2021	15%	12%	10%	30%	17%	14%	0%	24%	15%	18%
		2025	29%	35%	21%	45%	33%					
	Для персонала в более чем 50% отделений	2021	2%	7%	10%	16%	10%	6%	0%	16%	4%	16%
		2025	0%	5%	10%	9%	7%					
	Для всех медицинских работников в учреждении	2021	64%	9%	2%	0%	10%	7%	17%	13%	11%	10%
		2025	17%	21%	22%	8%	18%					
7.3	Существует система реагирования на результаты оценок кадровых потребнос - тей, когда уровень обеспеченности персоналом считается слишком низким	2021	46%	36%	15%	39%	31%	23%	17%	38%	23%	41%
		2025	47%	37%	51%	36%	42%	25%	38%	63%	100%	70%

Оценка показала, что *более половины* медицинских учреждений не имеют системы для принятия мер по результатам оценки кадровых потребностей, когда уровень укомплектованности персоналом считается слишком низким. Только 43% опрошенных медицинских учреждений сообщили о наличии такой системы (Таблица 22, индикатор 7.3) с наибольшей долей в Согдийской области (51%), за которой следует ГБАО (47%), в то время как в Хатлонской области зафиксирована наименьшая доля (36%). Медицинские учреждения более высокого уровня - районные центры здоровья, центральные районные больницы и номерные больницы - чаще сообщали о наличии таких систем и их использовании для определения оптимальной численности персонала, по сравнению с сельскими медицинскими учреждениями.

Анализ индикаторов (7.4–7.7) показывает, что в оцениваемых учреждениях вторичного уровня оказания медицинской помощи количество коек является недостаточным. Переполненность больниц, когда количество пациентов превышает количество доступных коек или когда количество коек превышает проектную мощность учреждения, затрудняет разделение потоков пациентов и разграничение «чистых» и «грязных» процессов. Эти условия способствуют значительному увеличению риска внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Хотя признается, что фактическая вместимость коек может отличаться от первоначального проекта учреждения и варьировать между больницами, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подчеркивает, что планировка палат и вместимость коек должны строго соответствовать как национальным, так и международным стандартам. В ситуациях, когда вместимость коек временно превышает эти стандарты, администрация больницы должна реагировать, обеспечивая достаточную численность персонала для удовлетворения возросших потребностей пациентов и поддерживая достаточное расстояние между кроватями для обеспечения безопасности пациентов. ВОЗ подчеркивает, что эти требования применяются ко всем стационарным отделениям, включая отделения неотложной помощи, с целью минимизации рисков и обеспечения высокого качества медицинской

[22] С учетом всех медицинских работников, участвующих в предоставлении услуг и уходе за пациентами, включая клинический персонал (врачи, медсестры, стоматологи, медицинские помощники и т. д.), лаборантов и других медицинских работников (например, уборщиков).

помощи. Как указано в руководствах ВОЗ[23], заполняемость коек не должна превышать одного пациента на одну койку.

Итоговая оценка показала, что количество коек в оцениваемых учреждениях не соответствует международным стандартам. Только треть медицинских учреждений сообщили о соответствии стандартам только для определенных отделений, а только 4% планируют количество коек в соответствии со стандартами для всех отделений (Таблица 23, индикатор 7.4). Стандарты по количеству коек не соблюдаются в 70% медицинских учреждений РРП, 60% Хатлона, 55% Сугда и 78% ГБАО. Более половины ЦРБ соответствуют стандартам отделений в некоторых областях, но ни одно из них не соответствует стандартам во всех отделениях.

Таблица 23. Средняя занятость койки, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
7.4	Проектирование палат в учреждении в соответствии с международными стандартами[24] в отношении количества коек:											
	Только в определенных отделениях	2021	37%	23%	35%	5%	24%				0%	25%
		2025	12%	30%	45%	42%	37%				100%	59%
	Для всех отделений (включая отделение неотложной помощи и педиатрию)	2021	26%	9%	4%	0%	7%				0%	8%
		2025	6%	2%	6%	3%	4%				0%	0%
7.5	Заполняемость коек поддерживается на уровне одного пациента на кровать:											
	Только в определенных отделениях	2021	47%	37%	48%	54%	46%				50%	46%
		2025	0%	54%	50%	44%	37%				100%	43%
	Для всех отделений (включая отделение неотложной помощи и педиатрию)	2021	26%	2%	8%	2%	7%				17%	7%
		2025	50%	36%	28%	44%	37%				0%	39%
7.6	Пациенты размещаются на кроватях, стоящих в коридоре за пределами палаты (включая кровати в отделении неотложной помощи):											
	Чаще, чем два раза в неделю	2021	5%	5%	10%	0%	5%				0%	1%
		2025	0%	9%	7%	11%	8%				0%	8%
	Реже, чем два раза в неделю	2021	0%	2%	2%	0%	1%				0%	5%
		2025	0%	27%	14%	11%	16%				0%	16%
7.7	Обеспечено достаточное расстояние > 1 метр между кроватями пациентов:											
	Только в определенных отделениях	2021	42%	47%	56%	49%	50%				67%	49%
		2025	75%	27%	64%	44%	50%				100%	48%
	Для всех отделений (включая отделение неотложной помощи и педиатрию).	2021	26%	9%	15%	7%	12%				0%	13%
		2025	0%	54%	7%	22%	24%				0%	24%

[23] Всемирная организация здравоохранения, Руководство по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций на национальном уровне и уровне учреждений неотложной медицинской помощи, ВОЗ, Женева, 2016 г. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929

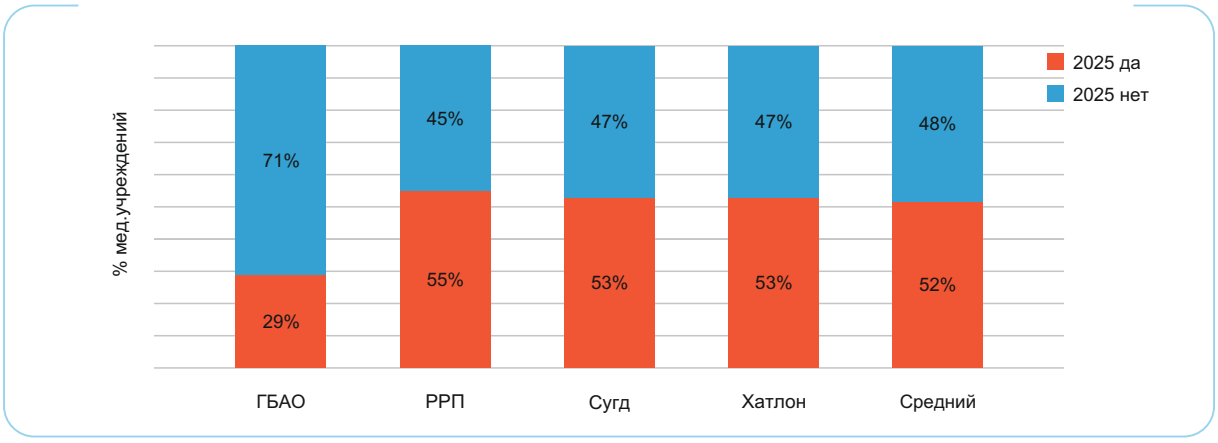
[24] Руководство ВОЗ по основным стандартам охраны окружающей среды в здравоохранении содержит рекомендации по стандартам, необходимым для оказания медицинской помощи в странах со средним и низким уровнем ресурсов. Эти рекомендации предназначены для использования руководителями и планировщиками здравоохранения, архитекторами, градостроителями, сотрудниками водоснабжения и канализации, клиническим и сестринским персоналом, лицами, осуществляющими уход, и другими медицинскими работниками, а также специалистами по пропаганде здорового образа жизни, http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/

Более трети медицинских учреждений не соблюдают норму «один пациент на одну койку» и не справляются с проблемой переполненности. Переполненность больниц создает серьезную угрозу для общественного здоровья, способствуя распространению заболеваний. Поэтому для обеспечения безопасности пациентов крайне важно внедрить правило «один пациент на одну койку» во всех отделениях. Таблица 23 показывает (индикатор 7.5), что 37% больниц применяют это правило в определенных отделениях, а еще 37% - во всех отделениях. Степень соблюдения этого правила варьирует в зависимости от региона и типа учреждения: 50% больниц в Согдийской области и 46% больниц, отвечающих стандартам качества, соблюдают правило «один пациент на одну койку». Хотя большинство больниц не в полной мере реализуют эту политику, переполненность остается относительно редким явлением. Таблица 23 (индикатор 7.6) показывает, что 16% больниц размещают пациентов в коридорах реже одного раза в неделю, а 8% - более двух раз в неделю.

Чуть более 20% больниц обеспечивают достаточное расстояние между кроватями во всех клинических отделениях.

Хотя половина больниц соблюдает минимальное расстояние в один метр между кроватями пациентов в некоторых отделениях, только 24% последовательно применяют этот стандарт во всех отделениях. Это указывает на то, что соблюдение норм расстояния между кроватями остается частичным и неравномерным. О достаточном расстоянии между кроватями сообщалось во всех регионах, за исключением РРП, где только 27% учреждений обеспечивают требуемое расстояние между кроватями пациентов, что указывает на потенциальную переполненность и более высокий риск перекрестного заражения. Общие выводы подчеркивают, что соблюдение экологических стандартов ПИИК, таких как надлежащее расстояние между кроватями, еще не институционализировано в большинстве стационаров. Этот пробел отражает как инфраструктурные ограничения, так и недостаточный управленческий контроль за соблюдением пространственных стандартов, предназначенных для минимизации рисков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Рисунок 30. Наличие системы регулирования коечного фонда, по регионам



Оценка выявила, что почти в половине оцениваемых больниц отсутствует система оценки и корректировки количества коек.

Соблюдение требований к количеству коек снизилось с 68% базовой до 52% по данным заключительной оценки, что подчеркивает настоятельную необходимость принятия усиленных мер для достижения национального стандарта.

Итоговая оценка продемонстрировала, что 42 % учреждений (по сравнению с 48 % в 2021 году) считают, что ответственность за оценку количества коек и внесение необходимых корректировок лежит на руководителе отделения. Более того, лишь 10 % учреждений возлагают эту ответственность на администрацию или руководство больницы, как показано в Таблице 24 (индикатор 7.8).

Таблица 24. Наличие системы оценки и реагирования на превышение расчётного числа развёрнутых коек, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
7.8	Существует система оценки и реагирования в случае превышения достаточной количества коек:											
	Ответственность за это несет руководитель отдела	2021	68%	58%	42%	37%	48%				33%	49%
		2025	18%	42%	49%	38%	42%				100%	57%
	Это ответственность администрации/ руководства больницы	2021	21%	21%	10%	30%	20%				0%	21%
		2025	12%	13%	3%	15%	10%				0%	24%

Резюме результатов оценки КК7:

Показатели ключевого компонента улучшились во всех отделениях ЦРБ, но остаются на «базовом» уровне. Рабочая нагрузка и укомплектованность персоналом были оценены как базовые, а заполняемость коек считается недостаточной. Хотя данный компонент был одним из основных компонентов с более высокими показателями по сравнению с другими элементами ПИИК, оцениваемыми в медицинских учреждениях, некоторые учреждения по-прежнему сталкивались с серьезными проблемами. К ним относятся недостаточное расстояние между койками, что может способствовать увеличению риска инфекций, а также постоянно высокая рабочая нагрузка и уровень укомплектованности персоналом, которые были оценены как базовые. Такие проблемы подчеркивают существующие пробелы в создании безопасной и эффективной среды при оказании медицинской помощи, что подчеркивает необходимость целенаправленных мер по устранению ограничений как в области физической инфраструктуры, так и в области людских ресурсов. Необходимо решить проблему высокого соотношения «пациент/медицинский работник», поскольку перегруженность медицинских работников приводит к ухудшению практики ПИИК и увеличивает риск инфекций. Поэтому руководители медицинских учреждений должны стремиться поддерживать соотношение «пациент/медицинский работник» на уровне, рекомендованном национальными или международными руководствами.

Ключевой компонент 8: Поддерживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК на уровне мед. учреждения

В данном компоненте оценивались факторы безопасности окружающей среды для профилактики и контроля ИСМП и УПП при оказании медицинской помощи пациентам. Данный компонент фокусируется на физической инфраструктуре, материалах и оборудовании, необходимых для обеспечения безопасной медицинской среды. К этим факторам относятся водоснабжение, инфраструктура для гигиены рук и санитарии, электроснабжение, вентиляция и уборка, наличие средств индивидуальной защиты (СИЗ), размещение пациентов, управление медицинскими отходами и сточными водами, а также протоколы дезинфекции и стерилизации.

Проект ЕС/ЮНИСЕФ способствовал предоставлению мусоросжигательных печей 30 районам, что улучшило безопасное обращение с медицинскими отходами и стандарты ПИИК. Эта инвестиция непосредственно устранила критические пробелы в инфраструктуре утилизации отходов, снизив риск передачи заболеваний и загрязнения окружающей среды в медицинских учреждениях. Поддерживая установку и ввод в эксплуатацию мусоросжигательных печей, ЮНИСЕФ способствовал созданию более безопасных условий труда для медицинского персонала и улучшению показателей здоровья населения. Эта мера соответствует национальным стратегиям ПИИК и отражает приверженность ЮНИСЕФ укреплению устойчивости системы здравоохранения посредством устойчивых и высокоэффективных решений.

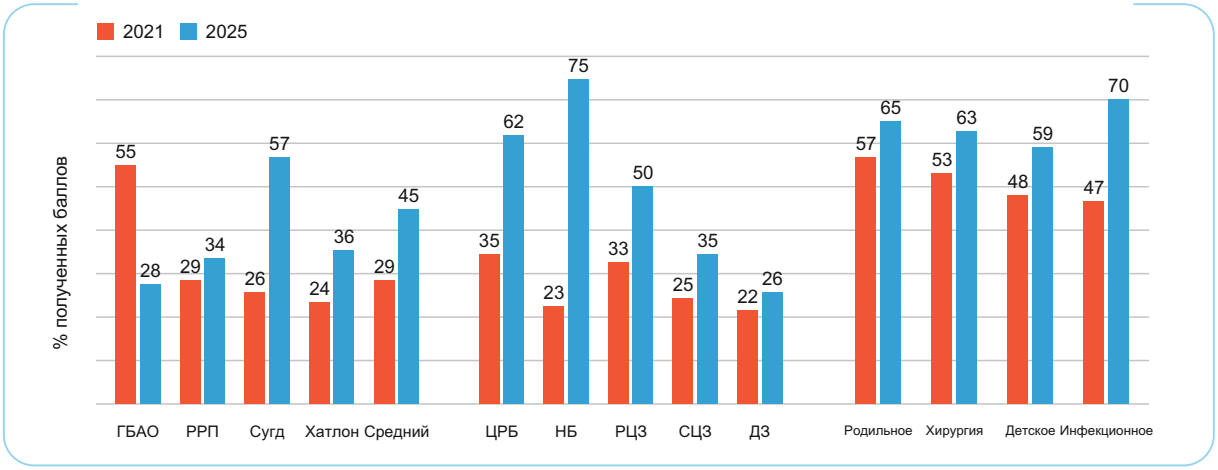
Общая эффективность поддерживающей среды, материалов и оборудования ПИИК в медицинских учреждениях оценивается как «*базовая*», за исключением учреждений вторичного уровня, которые оцениваются как «*промежуточные*».

Среди 37 медицинских учреждений, прошедших оценку на предмет внедрения КК8, 11% были признаны несоответствующими стандартам, что свидетельствует о значительных пробелах в критически важной инфраструктуре и ресурсах. Большинство (62%) оцениваемых медицинских учреждений по-прежнему находятся на базовом уровне, что указывает на наличие некоторых важных элементов ПИИК, но также и на значительные возможности для улучшения, особенно в таких областях, как водоснабжение, санитария и управление отходами. Примечательно, что 19% учреждений (учреждения вторичного уровня) получили ***промежуточную*** оценку, что отражает прогресс в направлении более надежных мер ПИИК, включая улучшение доступа к СИЗ, улучшение вентиляции и усовершенствование протоколов дезинфекции. Следует отметить, что 8% оцениваемых учреждений достигли ***продвинутого*** уровня внедрения, продемонстрировав образцовые стандарты в области экологической безопасности, комплексного обеспечения материалами и использования оборудования, которые соответствуют национальным и международным руководящим принципам ПИИК. Эти результаты подчеркивают как сохраняющиеся проблемы, так и появляющиеся сильные стороны системы здравоохранения, указывая на необходимость целенаправленных инвестиций и постоянных усилий по повышению стандартов ПИИК во всех учреждениях.

Следует отметить, что относительно низкий балл этого компонента в первую очередь обусловлен включением учреждений ПМСП, в которых подавляющее большинство не имеет адекватного водоснабжения, имеет очень слабую систему очистки окружающей среды и сталкивается со значительными недостатками в области утилизации отходов и санитарных сооружений.

В целом 45% оцениваемых медицинских учреждений достигли «базового» уровня по этому основному компоненту, что представляет собой небольшой рост по сравнению с предыдущим базовым показателем в 40%. Хотя региональные различия незначительны, ЦРБ и НБ достигли «промежуточного» уровня эффективности, опередив другие типы медицинских учреждений. Различия в результатах были также обнаружены среди отделений ЦРБ. Родильные и хирургические отделения продемонстрировали умеренные результаты в этой области, превзойдя педиатрическое отделение. Примечательно, что отделения инфекционных заболеваний зафиксировали существенные улучшения. В целом, все отделения достигли «среднего» уровня результативности по этому компоненту, что отражает как прогресс, так и области, требующие постоянного внимания (Рисунок 31).

Рисунок 31. Доля полученных баллов от максимального балла за поддерживающую среду, материалы и оборудование для ПИИК на уровне учреждения, по регионам, типам медицинских учреждений и по отделениям ЦРБ



Доступ к воде в оцениваемых медицинских учреждениях ограничен. **Доступность воды в любое время и в достаточных количествах немного увеличилась в период с 2021 по 2025 год (с 25% до 27%). Доступность безопасной питьевой воды, как на постоянной основе, так и в достаточных количествах, осталась неизменной. Только около 20% медицинских учреждений сообщили о наличии доступа к безопасной питьевой воде.**

Только 27 % учреждений сообщают о наличии доступа к достаточным объемам воды в любое время (Таблица 25, индикатор 8.1). Доступ к воде в любое время в достаточных количествах более ограничен в сельских медицинских учреждениях (СЦЗ и ДЗ). Доступ к воде в среднем ≥ 5 дней немного увеличился (с 25% до 27%), и, следовательно, доступность воды в среднем менее 5 дней в неделю уменьшилась (с 58% до 48%). В то же время 27% имеют доступ, но не в достаточных количествах (Таблица 25, индикатор 8.1).

Оценка показала, что, хотя примерно 65% медицинских учреждений имеют доступ к безопасной питьевой воде, только 19% из них могут обеспечить постоянное снабжение безопасной питьевой водой всех палат и групп пациентов - показатель, который остался неизменным по сравнению с базовой оценкой. Региональные различия очевидны: в Хатлоне отмечается самый низкий показатель учреждений,

отвечающих этому стандарту (17%), а в Сугде — самый высокий (26%), в результате чего средний показатель по стране составляет 19%. Примечательно, что наибольший доступ к воде отмечается в центральных районных больницах, где 54% этих учреждений обеспечивают постоянное снабжение безопасной питьевой водой всех палат и групп (Таблица 25, индикатор 8.2).

Таблица 25. Доступ к воде по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.1	Водоснабжение доступно в любое время и в достаточном количестве для всех видов использования (например, мытье рук, питье, личная гигиена, медицинские процедуры, стерилизация, дезинфекция, уборка и стирка)											
	Доступно в среднем менее 5 дней в неделю	2021	17%	72%	38%	58%	51%	69%	40%	64%	67%	35%
		2025	53%	51%	32%	48%	44%	63%	47%	12%	0	44%
	Доступно в среднем ≥ 5 дней в неделю или каждый день, но в недостаточном количестве	2021	24%	8%	35%	27%	24%	20%	27%	18%	0%	31%
		2025	24%	29%	30%	29%	27%	21%	32%	46%	100%	29%
	Доступно каждый день и в достаточном количестве	2021	59%	20%	27%	15%	25%	11%	33%	18%	33%	34%
		2025	24%	21%	38%	23%	27%	16%	21%	43%	0%	57%
8.2	Надежный источние безопасной питьевой воды доступен для персонала, пациентов и их семей в любое время и во всех местах/палатах											
	Иногда, или только в некоторых местах, или недоступна для всех пользователей	2021	51%	29%	44%	27%	35%	16%	33%	51%	30%	44%
		2025	47%	39%	50%	48%	46%	39%	50%	57%	100%	35%
	Доступно в любое время и для всех отделений/групп	2021	32%	15%	19%	18%	19%	7%	17%	22%	14%	28%
		2025	18%	15%	26%	17%	19%	11%	11%	28%	0%	54%

Доступ к средствам гигиены рук и санитарным удобствам ограничен. Доля функционирующих гигиенических станций с полным запасом средств гигиены снизилась до 13% в 2025 году по сравнению с 20% в оценке 2021 года. Каждое седьмое учреждение сообщило, что, несмотря на наличие станций, средства гигиены не всегда были в наличии. Обеспечение надежного доступа к станциям для мытья рук с достаточным запасом средств остается важной задачей во всех регионах, поскольку это значительно влияет на надлежащую гигиену рук. Хотя доля медицинских учреждений, оборудованных достаточным количеством функционирующих улучшенных туалетов, выросла с 13% в 2021 году до 20% в 2025 году, их количество по-прежнему остается недостаточным (Таблица 26).

Таблица 26. Гигиена рук и санитарные принадлежности по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.3	Во всех пунктах оказания медицинской помощи имеются работающие станции для гигиены рук (то есть спиртовой раствор для рук или мыло и вода, а также чистые одноразовые полотенца)											
	Станции имеются, но расходные материалы не всегда доступны	2021	20%	52%	59%	62%	54%	45%	62%	50%	67%	57%
		2025	53%	48%	76%	61%	62%	49%	64%	69%	100%	70%
	Станции, на которых имеются надежные запасы	2021	80%	11%	21%	4%	20%	17%	22%	16%	33%	23%
		2025	18%	15%	9%	14%	13%	8%	6%	31%	0%	24%
8.4	≥ 4 туалета или улучшенных уборных [25] доступны для амбулаторных пациентов или ≥ 1 на 20 пользователей для стационарных пациентов.											
	Доступно и функционирует меньше требуемого количества туалетов или уборных	2021	15%	18%	21%	17%	18%	9%	22%	14%	0%	26%
		2025	94%	57%	50%	42%	54%	67%	50%	43%	0%	51%
	Достаточное количество присутствует и функционирует	2021	20%	7%	24%	5%	13%	10%	7%	50%	18%	17%
		2025	6%	15%	25%	23%	20%	15%	17%	23%	100%	32%

Восемь из десяти медицинских учреждений (80%) имеют доступ к электроснабжению, но только треть учреждений имеют бесперебойный доступ к электроснабжению во всех районах.

За последние несколько лет доступ к электроэнергии в секторе здравоохранения Таджикистана значительно улучшился. Практически все медицинские учреждения, включая те, что находятся в сельских и отдаленных районах, теперь подключены к национальной электросети или альтернативным источникам энергии. Однако проблемы остаются, особенно на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которые по-прежнему сталкиваются с частыми и длительными перебоями в электроснабжении в зимние месяцы из-за увеличения спроса, старения инфраструктуры и ограниченности резервных систем электроснабжения. Обеспечение надежного круглогодичного электроснабжения, особенно на уровне ПМСП, остается важнейшим приоритетом для улучшения готовности к оказанию услуг и результатов в области здравоохранения.

Оценка показала, что 80% медицинских учреждений по сравнению с 86% в оценке 2021 года в оцениваемых районах имеют доступ к электроснабжению. Все медицинские учреждении первичного и вторичного уровней имеют доступ к электроснабжению, однако сельские медицинские учреждения по-прежнему сталкиваются с перебоями в электроснабжении (Рисунок 32).

[25] Улучшенные санитарные условия включают в себя смывные туалеты с подключением к централизованной канализации или септику и дренажной яме, VIP-туалеты, выгребные ямы с бетонным основанием и компостные туалеты. Для того чтобы туалет считался пригодным для использования, он должен иметь дверь, которая не запирается, когда не используется (или для которой всегда есть ключ), и которую можно запереть изнутри во время использования. В конструкции туалета не должно быть больших отверстий, трещин или протечек, отверстие или яма не должны быть забиты, должна быть доступна вода для смывных/ливневых туалетов. Туалет должен находиться на территории объекта и быть чистым, что подтверждается отсутствием отходов, видимой грязи, экскрементов и насекомых.

Рисунок 32. Доступ к электроснабжению по регионам и типам медицинских учреждений

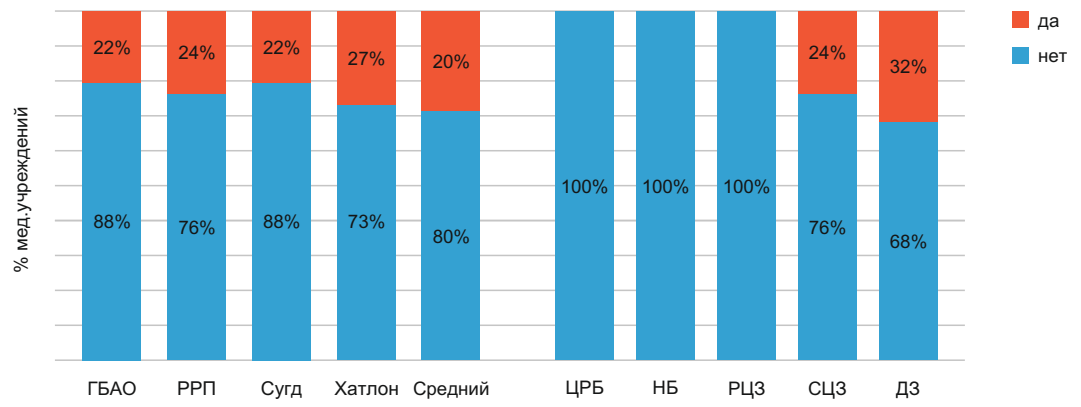


Таблица 27. Электроснабжение, вентиляция и уборка, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.5	Достаточный запас энергии/электроэнергии доступен днем и ночью для всех видов использования											
	Иногда или только в некоторых из указанных областей	2021	20%	24%	30%	44%	31%	31%	42%	31%	17%	24%
		2025	35%	47%	56%	54%	51%	56%	56%	40%	0%	38%
	Да, всегда и во всех упомянутых областях	2021	80%	63%	51%	43%	55%	39%	60%	45%	50%	69%
		2025	53%	29%	32%	18%	29%	12%	19%	60%	100%	62%
8.6	Функционирующая вентиляция помещений (естественная или механическая) в зонах стационарного лечения пациентов	2021	93%	39%	29%	24%	37%	20%	44%	22%	50%	55%
		2025	82%	43%	74%	56%	60%	47%	50%	100%	100%	77%
8.7	Для полов и горизонтальных рабочих поверхностей имеется доступный журнал уборки, который ежедневно подписывается уборщиками											
	Журнал ведется, но не заполняется и не подписывается ежедневно или является устаревшим	2021	29%	22%	39%	47%	35%	28%	47%	32%	17%	39%
		2025	18%	35%	52%	27%	38%	32%	41%	43%	100%	35%
	Запись заполняется и подписывается ежедневно	2021	68%	13%	35%	3%	23%	11%	24%	17%	83%	31%
		2025	12%	13%	11%	12%	12%	5%	4%	23%	0%	38%
8.8	Имеются подходящие и в рабочем состоянии материалы для уборки (например, моющие средства, швабры, ведра и т. д.)											
	Имеются, но не в хорошем состоянии	2021	34%	80%	59%	85%	70%	68%	73%	50%	75%	67%
		2025	71%	65%	75%	70%	70%	67%	72%	80%	100%	59%
	Доступно и в хорошем состоянии	2021	66%	10%	36%	5%	23%	13%	27%	50%	17%	31%
		2025	29%	10%	18%	9%	14%	11%	7%	20%	0%	38%

Хотя многие учреждения подключены к источнику электроэнергии, это не гарантирует непрерывное и надежное электроснабжение во всех оцениваемых районах. Итоговая оценка показала, что только одна треть учреждений сообщила о постоянном электроснабжении, а половина оцениваемых учреждений страдает от перебоев (Таблица 27, индикатор 8.5). Перебои с электроснабжением часто встречаются во всех регионах – 12% в ГБАО, 24% в РРП, 12% в Сугде и 27% в Хатлоне. О наличии работающей вентиляции (естественной или механической) в стационарных отделениях сообщили 60% медицинских учреждений.

Уборка помещений и их постоянное содержание в чистоте выявили серьезные проблемы во всех регионах и типах медицинских учреждений, как показано в Таблице 27 (индикаторы 8.7 и 8.8). Эти критические проблемы свидетельствуют о том, что последовательные и тщательные протоколы уборки не выполняются повсеместно, что может повлиять на меры по профилактике и контролю инфекций. Устранение этих пробелов имеет важное значение для обеспечения более безопасных условий в медицинских учреждениях и снижения риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Почти семь из десяти (66%) оцениваемых медицинских учреждений не имеют возможности изолировать пациентов с похожими патогенами, когда количество изоляторов недостаточно. Одна треть ЦРБ сообщила о наличии отдельной изоляционной палаты, в то время как еще одна треть опрошенных медицинских учреждений указала, что в случае нехватки изоляционных палат в учреждении имеются либо одноместные палаты, либо палаты, пригодные для группирования пациентов. Одноместные палаты для изоляции имеются только в 7% медицинских учреждений, а еще 27% могут использовать палаты для группирования (Таблица 28, индикатор 8.9).

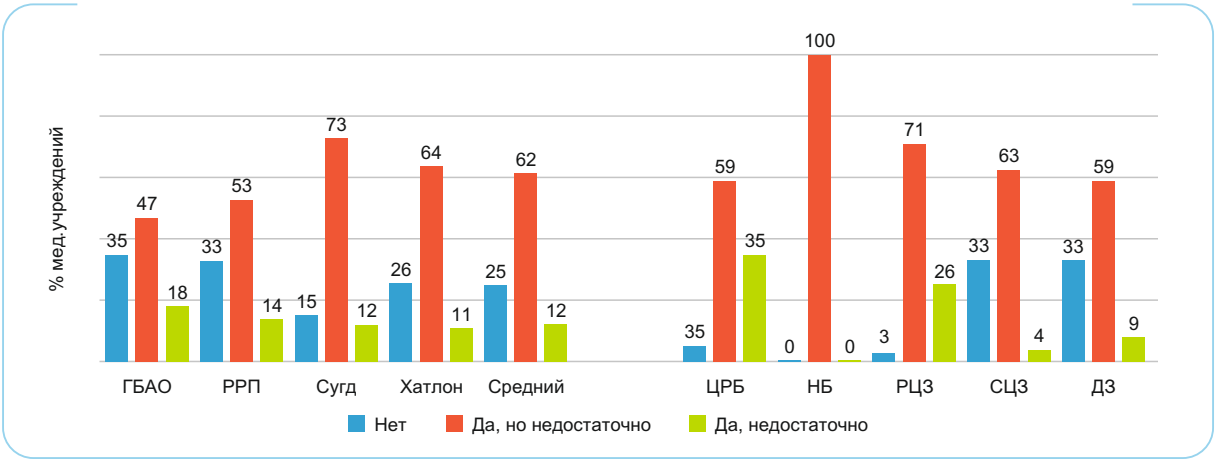
Таблица 28. Размещение пациентов и СИЗ в медицинских учреждениях по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.9	Одноместные помещения или помещения для составления определённого контингента[26] пациентов со схожими патогенами имеются в наличии, если количества изоляторов в больнице недостаточно											
	Одноместные палаты отсутствуют, но имеются палаты, подходящие для группирования пациентов	2021	12%	18%	23%	14%	18%	1%	13%	50%	11%	31%
		2025	29%	31%	30%	18%	27%	16%	17%	54%	100%	27%
	Да, одноместные палаты доступны	2021	10%	8%	21%	13%	14%	1%	20%	33%	6%	23%
		2025	12%	6%	7%	6%	7%	3%	1%	11%	0%	30%
8.10	Средства индивидуальной защиты доступны в любое время и в достаточном количестве для всех видов использования для всех работников здравоохранения											
	Да, постоянно доступны в достаточном количестве	2021	78%	14%	43%	27%	34%	27%	24%	29%	50%	46%
		2025	18%	14%	12%	11%	12%	8%	4%	27%	0%	35%

[26] Стратегии формирования групп (когорт) должны основываться на оценке рисков, проводимой группой по инфекционному контролю.

Медицинские учреждения постоянно сталкиваются с проблемами обеспечения адекватного и непрерывного снабжения средствами индивидуальной защиты, и многие из них не в состоянии удовлетворить спрос на достаточное количество таких средств в любое время. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) включают защитную одежду, каски, перчатки, лицевые щитки, очки, маски и/или респираторы, или другое оборудование, предназначенное для защиты пользователя от травм или распространения инфекции или заболевания. СИЗ могут блокировать передачу загрязняющих веществ из крови, биологических жидкостей или дыхательных выделений. СИЗ также могут защищать пациентов, которые подвержены высокому риску заражения инфекцией в результате хирургического вмешательства или имеют медицинские показания, такие как иммунодефицит, от воздействия веществ или потенциально инфекционных материалов, приносимых посетителями и медицинскими работниками. При правильном использовании в сочетании с другими мерами по контролю инфекций, такими как мытье рук, использование дезинфицирующих средств для рук на спиртовой основе и прикрывание рта при кашле и чихании, СИЗ сводят к минимуму распространение инфекции от одного человека к другому. Являясь важным компонентом мер ПИИК, СИЗ в достаточном количестве должны быть постоянно доступны во всех медицинских учреждениях для всех медицинских работников. Рисунок 33 показывает, что каждое четвертое медицинское учреждение не имеет достаточного и постоянного запаса СИЗ. В частности, 35% учреждений в ГБАО и 33% в РРП сообщили о недоступности СИЗ. Наиболее затронуты этой нехваткой сельские центры здоровья.

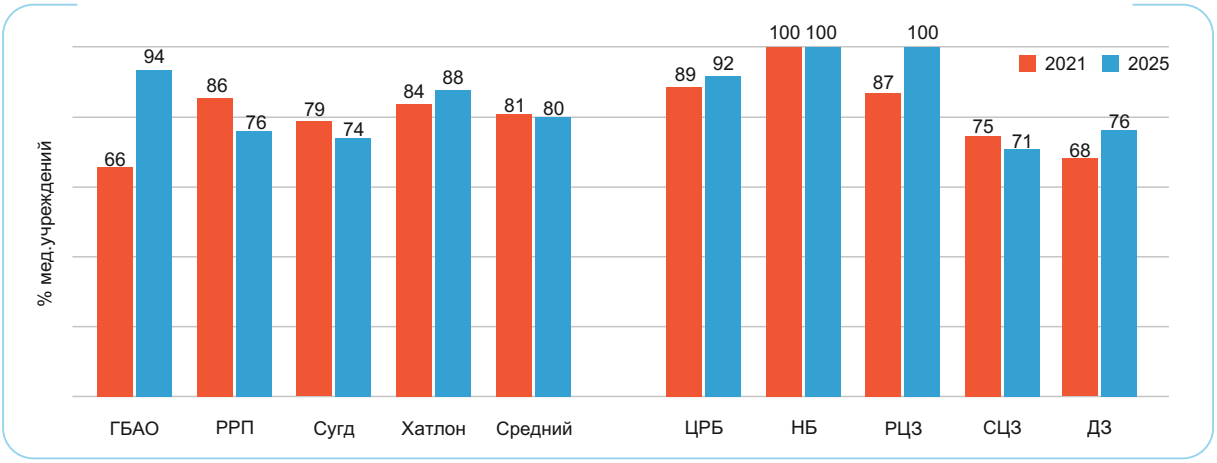
Рисунок 33. Наличие СИЗ по регионам и типам медучреждений



Там, где СИЗ имеются, 62% медицинских учреждений сообщают о недостаточном количестве СИЗ, и только 12% из них имеют постоянный доступ к СИЗ в достаточном количестве (Рисунок 34).

Восемьдесят процентов медицинских учреждений имеют контейнеры для отходов общего назначения, инфекционных отходов и острых предметов во всех точках образования отходов (Рисунок 34). Нехватка функциональных контейнеров для отходов наблюдалась в Сугде (26%), РРП (24%) и среди СЦЗ (29%)/ДЗ (24%).

Рисунок 34. Доля медицинских учреждений, в которых имеются контейнеры для сбора отходов, по регионам и типам медицинских учреждений



Среди учреждений, которые сообщили о наличии контейнеров для сбора отходов, только 24% сообщили, что контейнеры для отходов являются функциональными, тогда как в шести из десяти медицинских учреждений имеются отдельные контейнеры, но крышки либо отсутствуют, либо контейнеры заполнены более чем на 3/4, либо имеется только два контейнера (вместо трех), либо контейнеры имеются в некоторых, но не во всех точках образования отходов (Таблица 32, индикатор 8.11). Наименьшая доля медицинских учреждений с исправными контейнерами для сбора отходов была зафиксирована в Согдийской области (14%), РРП (24%) и среди сельских центров здоровья (16% - 19%).

Менее четверти (19%) медицинских учреждений осуществляют надлежащую утилизацию неинфекционных, неопасных отходов. В ходе итоговой оценки было установлено, что только 19% медицинских учреждений располагают надлежащими средствами для утилизации общих отходов (Таблица 29, индикатор 8.12). Об эффективных методах утилизации сообщили 71% учреждений ГБАО, но показатели в других регионах варьировали от 26% в Хатлоне до 14% в Сугде. Лучшие показатели продемонстрировали ЦРБ и РЦЗ – 48% и 37% соответственно.

Оценка по итогам проекта показала, что менее трети медицинских учреждений имеют достаточные мощности и функциональную систему для обработки инфекционных и острых отходов. Достаточные мощности для обработки инфекционных и острых отходов были зафиксированы во районных медицинских учреждениях вторичного уровня – ЦРБ 73%, НБ 100% и в РЦЗ 40%, в то время как мощности сельских медицинских центров оказались крайне недостаточными. Наличие мусоросжигательной печи или другой технологии для обработки инфекционных и острых отходов недостаточно, если эти технологии не работают должным образом. Только четверть медицинских учреждений сообщили, что они располагают технологиями обработки инфекционных и острых отходов, которые являются функциональными и имеют достаточные мощности (Таблица 29, индикатор 8.13).

Таблица 29. Управление медицинскими отходами и сточными водами, по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.11	Функциональные контейнеры для сбора неинфекционных (общих) отходов, инфекционных отходов и острых предметов доступны в непосредственной близости от всех точек образования отходов											
	Имеются отдельные контейнеры, но крышки отсутствуют или они заполнены более чем на 3/4; только два контейнера (вместо трех); или контейнеры имеются в некоторых, но не во всех местах образования отходов	2021	12%	70%	34%	72%	53%	48%	58%	50%	56%	52%
		2025	23%	52%	60%	61%	60%	54%	57%	63%	100%	43%
	Функциональные контейнеры для сбора неинфекционных (общих) отходов, инфекционных отходов и острых предметов доступны в непосредственной близости от всех точек образования отходов	2021	54%	16%	45%	12%	28%	20%	29%	50%	19%	38%
		2025	71%	24%	14%	27%	24%	19%	16%	37%	0%	48%
8.12	Функциональная яма для захоронения/огороженная свалка отходов или муниципальный сбор мусора для утилизации неинфекционных (неопасных/общих отходов)											
	Яма на территории объекта, но с недостаточными размерами; ямы/свалки переполнены или не огорожены/не закрыты или нерегулярный вывоз муниципальных отходов	2021	44%	32%	34%	63%	43%	34%	31%	50%	44%	50%
		2025	47%	31%	42%	56%	42%	40%	44%	54%	100%	27%
	Да	2021	51%	11%	32%	12%	22%	9%	33%	50%	16%	30%
		2025	23%	17%	17%	24%	19%	7%	10%	34%	0%	59%
8.13	Имеется мусоросжигательная печь или альтернативная технология для обработки инфекционных и острых отходов (например, автоклав) (расположенная на территории объекта или за его пределами и эксплуатируемая лицензированной службой по обращению с отходами), которая находится в рабочем состоянии и имеет достаточную мощность											
	Да, но не работает надежно	2021	10%	10%	22%	28%	19%	11%	11%	22%	33%	22%
		2025	0%	13%	44%	23%	25%	21%	32%	23%	0%	16%
	Да, и работает надежно	2021	63%	21%	45%	19%	33%	11%	42%	19%	67%	49%
		2025	29%	21%	18%	30%	23%	9%	10%	40%	100%	73%
8.14	Система очистки сточных вод (например, септик с дренажной ямой) имеется (на территории объекта или за его пределами) и работает надежно											
	Да, но не работает надежно	2021	15%	22%	23%	13%	19%	10%	20%	33%	10%	29%
		2025	18%	25%	45%	27%	32%	41%	34%	34%	100%	24%
	Да, и работает надежно	2021	59%	8%	23%	6%	18%	11%	20%	33%	14%	22%
		2025	0%	13%	13%	20%	14%	3%	6%	26%	0%	49%



Заключительная оценка показала, что более половины обследованных медицинских учреждений не имеют стабильно надежной и должным образом функционирующей системы очистки сточных вод. Только 18% медицинских учреждений указали, что имеют функциональную и надежную систему очистки сточных вод. Доступность системы резко снизилась в ГБАО (с 53 % базовой оценки до 0 % заключительной оценки). В других регионах наблюдался устойчивый рост. Надежно функционирующая система очистки сточных вод имеется в половине оцениваемых ЦРБ (Таблица. 29, индикатор 8.14).

Процессы дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов и другого оборудования по-прежнему остаются крайне неадекватными и требуют срочного значительного усовершенствования. Только 14% медицинских учреждений имеют зоны дезинфнкции и/или отделение (комнату) стерильных материалов для дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов и других предметов/оборудования, причем наибольшая доля таких учреждений была отмечена в ГБАО (18%) и среди НБ (100%) (Таблица 30, индикатор 8.15).

Таблица 30. Дезинфекция и стерилизация по регионам и типам медицинских учреждений

Индикатор			ГБАО	РРП	Сугд	Хатлон	Средний	ДЗ	НБ	РЦЗ	СЦЗ	ЦРБ
8.15	Специальная зона дезинфекции и/или отдел стерильных материалов (расположенный на территории объекта или за его пределами, предоставляемый и обслуживаемый лицензированной службой по дезинфекции) для дезинфекции и стерилизации медицинских изделий и других предметов/оборудования											
	Да, иногда или только в некоторых из упомянутых зон	2021	22%	25%	28%	26%	26%	9%	29%	24%	33%	35%
		2025	47%	28%	38%	32%	33%	19%	38%	49%	0%	34%
	Да, всегда и во всех упомянутых областях	2021	44%	11%	28%	10%	20%	1%	18%	11%	50%	35%
		2025	18%	9%	16%	17%	14%	0%	3%	31%	100%	14%
8.16	У вас всегда есть стерильное и продезинфицированное оборудование, готовое к использованию?											
	Да, доступно в среднем ≥ пять дней в неделю или каждый день, но в недостаточном количестве	2021	10%	19%	40%	28%	28%	14%	42%	50%	21%	33%
		2025	29%	21%	48%	35%	35%	28%	30%	60%	0%	38%
	Да, доступно каждый день и в достаточном количестве	2021	81%	17%	38%	10%	28%	16%	33%	50%	20%	39%
		2025	29%	9%	19%	16%	16%	1%	10%	25%	100%	16%
8.17	Одноразовые предметы доступны при необходимости											
	Да, но доступны только иногда	2021	5%	59%	40%	55%	46%	45%	49%	53%	50%	40%
		2025	41%	48%	72%	48%	56%	48%	64%	63%	100%	41%
	Да, постоянно доступно	2021	95%	29%	57%	35%	47%	39%	51%	36%	50%	58%
		2025	29%	20%	16%	29%	21%	9%	12%	37%	0%	60%

Хотя более половины медицинских учреждений имеют мусоросжигательную печь или другое альтернативное оборудование, только пятая часть из них располагает оборудованием, готовым к ежедневному использованию и в достаточном количестве. 56% медицинских учреждений

сообщили о наличии достаточных мощностей, но в 28% из них необходимое оборудование не работает надежно или его количество недостаточно. Только 20% медицинских учреждений имеют стерильное и продезинфицированное оборудование, готовое к ежедневному использованию в достаточном количестве. Доля таких учреждений была наибольшей в ГБАО (81%) и среди НБ (50%) (Таблица 30 , индикатор 8.16).

Менее половины медицинских учреждений поддерживает постоянное снабжение одноразовыми изделиями. Хотя почти 77% медицинских учреждений сообщили о наличии одноразовых изделий, чуть более одной пятой сообщили о постоянной доступности одноразовых изделий в случае необходимости. Наибольшая доля медицинских учреждений, обеспечивающих постоянную доступность средств гигиены, была зафиксирована в ГБАО (29%) и Хатлоне (29%), а также в ЦРБ (60%) (Таблица 30, индикатор 8.17).

Резюме результатов оценки КК8:

Общая эффективность инфраструктуры, материалов и оборудования ПИИК в медицинских учреждениях оценивается как «базовая». В четверти медицинских учреждений вода доступна в любое время и в достаточном количестве. Доступ к безопасной питьевой воде в любое время и в достаточном количестве обеспечен только в пятой части медицинских учреждений. Доступ к средствам гигиены рук и санитарным удобствам ограничен. Девять из десяти медицинских учреждений имеют доступ к электроснабжению, хотя только шесть из десяти имеют бесперебойный доступ к электроснабжению во всех помещениях. Семь из десяти опрошенных медицинских учреждений не имеют возможности изолировать пациентов с похожими патогенами, когда количество изоляторов недостаточно. Средства индивидуальной защиты в достаточном количестве в любое время не всегда доступны в медицинских учреждениях.

Итоговая оценка показала, что только 19% медицинских учреждений имеют надлежащие средства для утилизации общих отходов. Менее четверти медицинских учреждений практикуют надлежащую утилизацию неинфекционных, неопасных отходов. Треть медицинских учреждений демонстрируют достаточные мощности и функциональную систему для обработки инфекционных и острых отходов. В большинстве медицинских учреждений отсутствует надежно функционирующая система очистки сточных вод. Дезинфекция и стерилизация медицинских инструментов и других предметов/оборудования требуют существенного улучшения. Хотя более половины медицинских учреждений имеют мусоросжигательную печь или другую альтернативную технологию, только пятая часть из них имеет оборудование, готовое к ежедневному использованию и в достаточном количестве. Менее половины медицинских учреждений обеспечивают бесперебойное снабжение средствами для утилизации отходов.

ГЛАВА 3. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

3.1 Выводы

Общее соответствие стандартам МПК

Общее соответствие стандартам и практикам ПИИК в большинстве выбранных медицинских учреждений (первичного и вторичного уровня) оценивается как «базовый» уровень (более 300 баллов) в соответствии с инструментом IPCAF ВОЗ.

Эти выводы в согласуются с выводами Глобального доклада ВОЗ по ПИИК, в котором было установлено, что большинство стран с низким уровнем дохода имеют базовый уровень ПИИК.

Средний балл по оценке ПИИК значительно вырос с базового среднего показателя 157.9 до 310.1, что позволило повысить уровень ПИИК отдельных МУ *с* «неадекватного» до «базового», что отражает положительные изменения в области соблюдения соответствующих требований. Это свидетельствует о значительном прогрессе в области структур и практик ПИИК по всей стране. К заключительной оценке все регионы достигли как минимум *«базового»* уровня эффективности ПИИК, что свидетельствует о широком прогрессе по всей стране, хотя для достижения более высоких уровней эффективности необходимы дальнейшие усилия; однако ГБАО остался на «базовом» уровне, что указывает на сохраняющиеся проблемы. Примечательно, что только ЦРБ, НБ и РЦЗ продемонстрировали значительный рост эффективности ПИИК, в то время как учреждения ПМСП более низкого уровня по-прежнему нуждаются в целенаправленной поддержке и стратегических инвестициях для устранения критических пробелов.

Итоговое исследование ПИИК показало, что наряду с улучшением реализации основных компонентов ПИИК, некоторые пробелы остались в инфраструктуре, ресурсах, кадровом обеспечении и образовании по вопросам ПИИК, особенно в небольших и сельских медицинских учреждениях. Эти пробелы свидетельствуют о том, что, несмотря на прогресс, достигнутый в больницах благодаря целенаправленным политическим мерам, необходимо более широкое и справедливое внедрение программ и ресурсов ПИИК на всех уровнях системы здравоохранения. Этими областями являются мониторинг/аудит практик ПИИК и обратная связь, надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и заполняемость коек, а также материально-техническая база для ПИИК. Другими областями, требующими укрепления, являются мультимодальные стратегии, руководства ПИИК и программа ПИИК.

Кроме того, некоторые улучшения, достигнутые во время пандемии COVID-19, могли быть недавно утрачены из-за сокращения инвестиций в ПИИК и ВСГ, и перераспределения ресурсов и средств в другие области. Заметные различия в потенциале и прогрессе ПИИК очевидны между учреждениями первичной и вторичной медицинской помощи, а также между различными районами.

Эффективность ключевых компонентов ПИИК

С точки зрения эффективности основных компонентов ПИИК, наиболее значительные улучшения были отмечены в **КК2 (руководства)** и **КК5 (мультимодальные стратегии)**, что подтверждает положительное влияние национальных усилий по распространению информации и комплексных подходов. Следует отметить, что **КК4 (надзор за ИСМП), КК6 (мониторинг/аудит и обратная связь)** и **КК7 (рабочая нагрузка/кадровое обеспечение)** остаются наиболее проблемными областями, что отражает системные пробелы в кадровых ресурсах, информационных системах и финансировании.

Для достижения рекомендованных стандартов и мер необходимы активизация усилий и увеличение инвестиций как в человеческие, так и в финансовые ресурсы, выделяемые на ПИИК. Эти моменты имеют решающее значение для укрепления внедрения ПИИК, что позволит снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и повысить безопасность пациентов. На уровне учреждений улучшения могут быть достигнуты за счет усовершенствования внутренних механизмов, таких как регулярный мониторинг, структурированные аудиты и своевременные циклы обратной связи. Эти меры необходимы для укрепления соблюдения требований, выявления проблем и продвижения культуры постоянного улучшения качества ПИИК.

Ключевые проблемные области

Ключевые проблемные области, обнаруженные в рамках оценки восьми ключевых компонентов, можно систематизировать следующим образом:

КК1. Программа ПИИК

- Отсутствие полноценно функционирующих программ ПИИК на национальном уровне, ограниченный штат сотрудников и финансирование.
- Несмотря на разработку национального руководства ПИИК, в некоторых учреждениях отсутствуют специально назначенные координаторы или комитеты по ПИИК.
- Компоненты ПИИК по-прежнему не являются приоритетными в распределении бюджета и стратегическом планировании.
- Существование карательных мер, особенно в области мониторинга и обратной связи по показателям ПИИК, включая штрафы за случаи внутрибольничных инфекций, препятствует как улучшению показателей, так и позитивным изменениям в поведении персонала.
- Несоответствие национальных нормативных актов новейшим международным рекомендациям по ПИИК.

КК2. Руководства ПИИК

- Задержка в распространении и ограниченное внедрение в практику вновь разработанного национальных руководства ПИИК.
- Некоторые медицинские работники, работающие на передовой, не знают о существовании руководства или не имеют практической подготовки по его применению.

- Печатных экземпляров недостаточно, а доступ к цифровым версиям ограничен, особенно в отдаленных районах.

КК3. Образование и обучение в области ПИИК

- Отсутствие стандартизированных пакетов обучения ПИИК или возможностей для развития навыков на районном уровне.
- Лишь немногие медицинские учреждения включили вопросы ПИИК в программу обучения медицинских работников на рабочем месте.
- Компоненты ПИИК фрагментированы и не полностью интегрированы в программы додипломной подготовки врачей и медсестер.
- Обучение без отрыва от производства часто носит ситуативный характер, зависит от доноров и не основано на развитии компетенций.

КК4. Надзор за внутрибольничными инфекциями

- Отсутствие систематического выполнения распоряжения МЗСЗН РТ о системе эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями (ВБИ) на уровне медицинских учреждений.
- Большинство медицинских учреждений не имеют обученного персонала, стандартных определений случаев, инструментов и лабораторных возможностей для проведения надзора.
- Данные, если они собираются, не анализируются и не используются для принятия корректирующих мер.

КК5. Мультимодальные стратегии

- Отсутствие осведомленности/знаний о мультимодальной стратегии ПИИК.
- Ограниченные возможности по разработке и реализации комплексных стратегий улучшения ПИИК.
- Меры часто сосредоточены на отдельных видах деятельности (например, гигиене рук) без учета системных факторов, таких как реорганизация рабочего процесса, лидерство и мотивация персонала.
- Компоненты, связанные с изменением поведения, недостаточно разработаны.

КК6. Мониторинг/аудит и обратная связь

- Мониторинг/аудит ПИИК проводится нечасто, не стандартизирован и не связан с планами по улучшению ситуации.
- Такие инструменты, как IPCAF ВОЗ, используются недостаточно (для регулярной самооценки) или внедряются только при внешней поддержке.
- Обратная связь слабая, и руководители учреждений часто не принимают меры по результатам аудита.

КК7. Рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и заполняемость коек

- Высокая рабочая нагрузка и нехватка персонала, особенно в сельских и районных больницах.

- Медицинские работники имеют ограниченное время для надлежащего соблюдения ПИИК (например, гигиены рук между пациентами).
- Переполненные палаты, особенно в пиковые сезоны, затрудняют инфекционный контроль.
- Перегруженность другими приоритетными задачами в области здравоохранения и на местном уровне.

КК8. Окружающая среда, материалы и оборудование

- Устаревшая инфраструктура, особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи, и постоянная нехватка основных средств ПИИК, таких как мыло, дезинфицирующие средства и СИЗ.
- Многие учреждения по-прежнему имеют ограниченный доступ к безопасной воде, местам для мытья рук или исправным системам вентиляции.
- Системы управления отходами часто не соответствуют национальным стандартам (соблюдение руководств и приказа МЗСЗН РТ № 410 от мая 2021 года).

Для устранения вышеперечисленных препятствий потребуются дополнительные инвестиции в человеческие и финансовые ресурсы, стратегическое планирование и создание надежных внутренних механизмов мониторинга и обратной связи. Эти шаги необходимы для укрепления внедрения ПИИК, снижения риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и повышения безопасности пациентов на всех уровнях медицинских учреждений.

Уровень соответствия Таджикистана минимальным требованиям ВОЗ по профилактике инфекций и инфекционному контролю

В этом сравнительном обзоре описывается степень соответствия национальной программы ПИИК Таджикистана основным компонентам, определенным минимальными требованиями ВОЗ к ПИИК, которые служат базовыми стандартами для всех стран. Эти требования включают создание национальной программы ПИИК, разработку руководств, внедрение механизмов мониторинга и обратной связи, обеспечение надлежащего обучения, наличие необходимых материалов и создание соответствующих структур управления. Результаты оценки основаны на анализе национальной политики, стратегических документов и практики реализации, наблюдаемой в ходе поддерживающего кураторства и итоговой оценки. В таблице 31 выделены области полного, частичного соблюдения или несоблюдения требований, что дает важную информацию о существующих сильных сторонах, текущих проблемах и приоритетных областях для улучшения. Эти данные имеют важное значение для национального планирования и определения направлений будущих инвестиций в ПИИК как на национальном, так и на субнациональном уровнях.

Таблица 31. Соответствие основным компонентам ВОЗ-ПИИК в Таджикистане: 2014-2025 гг.

Ключевой компонент ПИИК	Состояние реализации ПИИК в Таджикистане: 2014-2025 гг.
Программа ПИИК	Меры по реализации программы ПИИК по-прежнему фрагментированы между различными национальными программами. Хотя МЗСЗН РТ назначило сотрудников, ответственных за ПИИК в рамках проекта «Миллати Солим», поддерживаемого Всемирным Банком, аналогичная фрагментация наблюдается в отношении финансовой поддержки ПИИК, которая распределена между различными службами. В настоящее время финансирование мероприятий ПИИК в основном обеспечивается партнерами по развитию. МЗСЗН РТ проявляет активный интерес к поддержке и внедрению программы инфекционного контроля на всех уровнях системы здравоохранения: • Вопросы профилактики инфекций и ее финансирования являются компонентами Национальной стратегии здравоохранения населения Республики Таджикистан на период до 2030 года. • Существующая система контроля качества и безопасности медицинских и диагностических услуг на уровне медицинских учреждений. • Наличие ответственного лица за ПИИК. • Возможность прохождения обучения в области ПИИК на уровне медицинского учреждения с привлечением обученных специалистов.
Технические руководства ПИИК	Первая версия национальных руководства ПИИК была разработана в 2014 году и затем пересмотрена в 2022 году с учетом новых научных разработок и рекомендаций ВОЗ. Все учреждения первичной, вторичной и третичной медицинской помощи обеспечены руководством ПИИК. Продолжается распространение пересмотренных руководств, стандартов и стандартных операционных процедур. • 2014 г. – Приказ МЗСЗН РТ № 1119 от 2014 г. «Профилактика внутрибольничных инфекций в медицинских учреждениях страны». • 2022 год – МЗСЗН РТ создало техническую рабочую группу из ведущих экспертов для пересмотра национального руководства ПИИК в соответствии с рекомендациями ВОЗ. • 2023 г. – Национальное руководство, пересмотренное в соответствии с рекомендациями ВОЗ, было утверждено МЗСЗН РТ и распространено по всей стране. • Руководство предлагает стандартную структуру управления ПИИК от центрального уровня до уровня медицинских учреждений на основе рекомендаций ВОЗ. • Национальное руководство четко определяет роли и обязанности каждого уровня здравоохранения и медицинского персонала в реализации мер ПИИК.
Человеческие ресурсы, подготовка и	Обучение медицинских работников было основным компонентом, который включал подготовку преподавателей в учебных медицинских учрежденияхдля устранения пробелов в учебных

обучение	программах додипломной подготовки. В медицинских учреждениях как на региональном, так и на районных уровнях есть координаторы по ПИИК. В сотрудничестве с партнерскими агентствами МЗСЗН РТ координировало инициативы по наращиванию потенциала примерно 8000 медицинских работников в области ПИИК.
Эпиднадзор за ИСМП и оценка соответствия практик ПИИК	В 2019 году МЗСЗН РТ одобрило комплексный нормативный акт (№ 133), призванный содействовать своевременной отчетности и надзору за инфекционными заболеваниями, включая ИСМП. Однако в настоящее время система отчетности по-прежнему основана на бумажных носителях. На всех уровнях системы здравоохранения имеются службы санитарно-эпидемиологического надзора с четко определенными задачами. Эпидемиологический надзор и расследование случаев осуществляются на основе национальных правил санитарно-эпидемиологического надзора (Приказ № 133 от 2019 года). Регистрация случаев ИСМП частично интегрирована в систему информационная система управления здравоохранения н арайонном уровне (DHIS) (форма 1). Планируется разработка и утверждение стандартных определений случаев ИСМП для мониторинга и эпидемиологического надзора.
Микробиологическая лаборатория	Таджикистан соблюдает рекомендации ВОЗ по мерам борьбы с антимикробной резистентностью (АМР). Группа ПИИК является одной из технических рабочих групп, целью которой является решение проблемы АМР в стране. Надзор за АМР осуществляется лабораториями путем проведения посева и определения чувствительности.
Поддерживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК	Имеются руководства по водоснабжению, санитарии и гигиене (ВСГ) в учреждениях здравоохранения, разработанные МЗСЗН РТ при технической и финансовой поддержке ЮНИСЕФ. В рамках государственных служб санитарного и эпидемиологического надзора функционирует отдел, ответственный за меры по ВСГ. Размещение пациентов, изоляционные помещения и хранение стерильных материалов включены в национальные руководства ПИИК 2014 и 2023 годов. **Разработаны и утверждены национальные руководства по стандартизации ВСГ в учреждениях здравоохранения.** Руководство МЗСЗН РТ 2014 года «Гигиенические требования к размещению, обустройству, оборудованию и эксплуатации больниц, роддомов и других медицинских стационарных учреждений» регулирует стандарты и требования к медицинским учреждениям в отношении создания надлежащей безопасной среды. Стратегия здравоохранения до 2030 года определяет улучшение ситуации с водоснабжением, санитарией и гигиеной на уровне медицинских учреждений в качестве приоритета. Разработан национальный инвестиционный план по обеспечению всеобщего доступа к ВСГ в медицинских учреждениях к 2030 году. Услуги по стерилизации доступны в большинстве учреждений вторичной и третичной медицинской помощи через централизованную службу или на уровне отделений.

Мониторинг и оценка ПИИК	МЗСЗН РТ в рамках программы ПИИК разработало матрицу индикаторов ПИИК и в настоящее время разрабатывает систему мониторинга и оценки, в соответствии с которой все медицинские учреждения будут обязаны ежемесячно предоставлять отчеты. В настоящее время мониторинг и оценка реализации программы ПИИК осуществляются на разовой основе, и в случае выявления пробелов принимаются соответствующие меры.
Мультимодальные стратегии	Медицинские учреждения продемонстрировали фрагментарное и ограниченное применение мультимодальных стратегий для внедрения ПИИК в качестве постоянной практики и институционального приоритета. Среди стратегий, которые иногда используются, можно назвать периодические учебные сессии, использование образовательных плакатов и пособий, а также внедрение стандартных операционных процедур, особенно тех, которые связаны с практикой гигиены рук.

3.2. Рекомендации

Приведенные ниже практические рекомендации, основанные на фактических данных, структурированы вокруг восьми ключевых компонентов ПИИК и направлены на устранение выявленных пробелов и проблем, которые должны быть рассмотрены как на национальном, так и на местном уровне медицинских учреждений. Для каждой рекомендации следует более подробное изложение. Важно понимать, что эти рекомендации разработаны таким образом, чтобы они были не изолированными мерами, а взаимозависимыми и взаимно усиливающими друг друга.

Эффективная программа ПИИК имеет решающее значение для сокращения числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и создания безопасной среды как для пациентов, так и для персонала. Такая программа должна основываться на всеобъемлющих национальных руководствах, строгих стандартах и надежной организационной структуре как на национальном уровне, так и на уровне медицинских учреждений. Ниже приведены меры по осуществлению целевых вмешательств в отношении каждого основного компонента ПИИК, разработанные для устранения существующих пробелов и содействия последовательному внедрению во всех медицинских учреждениях.

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
КК1. **Программа ПИИК**	• Разработать и утвердить Стратегию ПИИК и план действий с расчетом затрат, соответствующий Глобальной стратегии и плану действий ВОЗ, а также системе мониторинга ПИИК на 2026-2030 годы. • Разработать и утвердить самостоятельную национальную программу ПИИК с четко определенными	• Включить вопросы ПИИК в повестку дня регулярных совещаний и конференций МУ на постоянной основе с целью повышения осведомленности персонала. • Назначить специальных координаторов ПИИК на уровне МУ с четко определенными обязанностями в соответствии с

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	целями, функциями и мероприятиями, а также рассмотреть вопрос о разработке национального плана по профилактике ИСМП. • Усиление национальной программы по ПИИК путем назначения и наращивания потенциала штатных сотрудников и руководящего комитета по ПИИК на центральном уровне, координационных центров на региональном уровне для надзора за координацией и на уровне медицинских учреждений. • Создание целевых статей бюджета для финансирования расходных материалов, обучения и надзора на центральном и субнациональном уровнях.	национальными руководящими принципами ПИИК. • Повысить эффективность существующего комитета по качеству и безопасности услуг здравоохранения за счет привлечения клинического, неклинического и управленческого персонала с четким распределением ролей и обязанностей в области внедрения ПИИК. • Обеспечить выделение бюджета, предназначенного специально для программы ПИИК. • Разработать адаптированный к ситуации в медицинском учреждении план действий по ПИИК, включающий четкие механизмы мониторинга для отслеживания прогресса и обеспечения эффективной реализации.
КК2. **Руководство ПИИК**	• Создать системный механизм для регулярного пересмотра, обновления и распространения национального руководства по ПИИК, обеспечивающий его соответствие международным стандартам и меняющимся приоритетам в области общественного здравоохранения. • Утвердить и распространить окончательный вариант стандартных оперативных процедур (СОП). • Разработать пакеты документов или контрольные листы для эффективного внедрения практик ПИИК. • Выпустить постановление о создании штатной должности, ответственной за ПИИК в каждом медицинском учреждении.	• Обеспечить наличие руководств по ПИИК, включая СОП, во всех медицинских учреждениях районного уровня. • Проводить регулярный мониторинг и оценку их надлежащего внедрения. • Разработать СОП на уровне медицинских учреждений в соответствии с национальными руководствами по ИППП, национальными стандартами качества и практическими инструментами внедрения (например, контрольные листы, самооценка и наглядные пособия).

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	• Создать централизованный ресурс по ПИИК на веб-сайте МЗСЗН РТ, чтобы обеспечить постоянный и удобный доступ для всех уровней системы здравоохранения.	
КК3. **Подготовка и обучение по ПИИК**	• Периодически пересматривать национальную учебную программу на основе последних данных, чтобы обеспечить всем работникам здравоохранения последовательное и качественное образование. • Периодически пересматривать и утверждать стандартизированный пакет учебных материалов, адаптированных для различных категорий работников здравоохранения. • Активно привлекать группу существующих мастеров-тренеров для проведения обучения на разных уровнях. • По согласованию со всеми учебными заведениями пересматривать и обновлять учебную программу и включать вопросы ПИИК в программы обучения в медицинских училищах и институтах, в том числе в программы непрерывного медицинского образования.	• Обеспечить включение обучения по ключевым темам ПИИК в годовой план работы МУ и планы обучения персонала. • Обеспечить регулярное профессиональное обучение персонала по ПИИК. • Предоставить персоналу доступ к возможностям для наращивания потенциала (онлайн-обучение) через Интернет. • Укрепить потенциал и наладить регулярные институциональные самооценки ПИИК во всех медицинских учреждениях.
КК4. **Надзор за ИСМП**	• Пересмотреть перечень ИСМП и разработать/утвердить стандартные определения случаев ИСМП. • Включить согласованные индикаторы по внутрибольничным инфекциям в национальную систему медицинской информации (DHIS2), чтобы обеспечить своевременную отчетность, анализ и обратную связь на всех уровнях здравоохранения. • Наращивать потенциал эпидемиологов и медицинских	• Организовать качественный мониторинг ИСМП командой/комитетом по ПИИК и обеспечить соответствие национальным рекомендациям. • Обеспечить своевременную и правильную ежемесячную отчетность по показателям ИСМП через систему DHIS2. • Обеспечить, чтобы все медицинские работники были проинформированы и регулярно получали обновленную информацию об ИСМП и УПП, включая их

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	работников в области внутрибольничных инфекций и надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам. • Пересмотреть и внедрить национальный протокол надзора за внутрибольничными инфекциями и устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП).	профилактику, выявление и новейшие передовые методы борьбы с ними. • Предусмотреть наличие обученного персонала, ответственного за мониторинг/аудит практик ПИИК и обратную связь. • Обеспечить, чтобы по крайней мере одна назначенная лаборатория на районном уровне была надлежащим образом оборудована и укомплектована персоналом для проведения микробиологических исследований, включая рутинный надзор и реагирование на вспышки заболеваний.
КК 5. **Мультимодаль-ные стратегии ПИИК**	• Внедрить пятиступенчатую мультимодальную стратегию ВОЗ (изменение системы, образование, мониторинг, напоминания и изменение культуры) для всех мер по инфекционному контролю. • Расширить внедрение мер по инфекционному контролю путем улучшения инфраструктуры и снабжения; регулярного обучения всего медицинского персонала; проведения регулярных аудитов; привлечения руководителей учреждений и признания лидеров в области инфекционного контроля.	• Назначить ответственных сотрудников для мониторинга и аудита и обеспечить ежеквартальный мониторинг и аудит ключевых мер ПИИК, и обратной связи (гигиена рук, уборка, асептические процедуры и т.д.). • Обеспечить тщательное обучение персонала МУ по всем аспектам мультимодальных стратегий ПИИК (5 компонентов). • Дальнейшее укрепление институциональной культуры «без обвинений» для содействия улучшениям и изменению поведения.
КК6. **Мониторинг/ аудит практики ПИИК и обратная связь**	• Улучшить мониторинг и регулярную оценку реализации программы ПИИК. • Разработать стандартизированные инструменты аудита ПИИК и обеспечить проведение ежеквартальных внутренних аудитов на уровне учреждений. • Разработать системы	• Институционализация инструментов самооценки ПИИК (гигиена рук, уборка, управление отходами и т. д.) • Разработать и утвердить инструменты и мероприятий мониторинга для учреждения на основе национального руководства ПИИК и обеспечение регулярного мониторинга процессов и

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
	отчетности по мониторингу и оценке ПИИК, включающие индикаторы ПИИК, адаптированные к различным медицинским учреждениям. • Усилить кураторскую поддержку с помощью обученных региональных координаторов ПИИК и структурированных механизмов обратной связи. • Нарастить потенциал координаторов по вопросам управления данными (сбор, анализ и использование инструментов).	индикаторов ПИИК, определенных на национальном уровне, включая инструменты самооценки.
КК7. **Рабочая нагрузка, укомплектованность персоналом и занятость коек**	• Внедрить систему периодической оценки кадровых потребностей с использованием национальных стандартов и принятия мер по результатам оценки. • Предусмотреть требования по включению должностей ПИИК в официальный штат всех вторичных и третичных медицинских учреждений, а также в стандарты проектирования и реконструкции медицинских учреждений. • Уделить приоритетное внимание улучшению инфраструктуры для обеспечения надлежащего водоснабжения, санитарии, вентиляции и расстояния между кроватями. • Пересмотреть национальные стандарты укомплектования персоналом для каждого типа медицинских учреждений на основе результатов стандартной оценки потребностей в персонале.	• Внедрить систему оценки и реагирования в случае превышения допустимой вместимости коек. • Районные медицинские учреждения должны регулярно проводить оценку кадровых потребностей с использованием национальных методологий и методологий ВОЗ, что позволит руководству принимать обоснованные решения о распределении и найме персонала в соответствии с меняющимися потребностями в услугах. • Внедрить на уровне района процесс мониторинга вместимости коек с протоколами для оценки и реагирования в случае превышения числа госпитализированных пациентов над установленной вместимостью медицинского учреждения.

Ключевые компоненты	На национальном уровне	На уровне медицинских учреждений
КК8. Поддерживающая среда, материалы и оборудование для ПИИК на уровне учреждения	• Пересмотреть существующие стандартные требования к запасам СИЗ и средств инфекционного контроля по типам медицинских учреждений, чтобы обеспечить готовность и устойчивость. • Пересмотреть и распространить национальные руководства и стандарты по проектированию, строительству и ремонту медицинских учреждений, включая технические характеристики по расстояниям, отделке, поверхностям и системам вентиляции. • На основе рекомендаций ВОЗ определить минимальные требования к инфраструктуре ПИИК, которые должны соблюдаться всеми медицинскими учреждениями для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников. • Гарантировать непрерывную и надежную национальную цепочку поставок основных материалов и оборудования ПИИК, таких как дезинфицирующие средства, средства для гигиены рук, СИЗ и системы утилизации отходов, уделяя приоритетное внимание сельским и недостаточно обслуживаемым учреждениям за счет стабильного финансирования и структурированного участия местных органов власти.	• Обеспечить наличие по крайней мере одного функционального источника безопасной воды на каждом объекте. • Обеспечить наличие и размещение станций для мытья рук с мылом и водой или спиртового раствора для рук во всех пунктах оказания медицинской помощи и у входов в объекты. • Обеспечить постоянную поставку необходимых материалов для инфекционного контроля (СИЗ, моющие средства, дезинфицирующие средства, средства для гигиены рук). • Обеспечить наличие перчаток, масок, халатов и средств защиты глаз, отдавая предпочтение многоразовым изделиям, если это безопасно. • Улучшить систему обращения с медицинскими отходами — внедрить надлежащие практики сбора отходов, использования контейнеров с цветовой маркировкой, контейнеров для острых предметов, сортировки и усилить безопасное уничтожение медицинских отходов в соответствии с национальными стандартами.

Укрепление механизмов реализации ПИИК

На рисунке представлен стандартный подход к внедрению мер по ПИИК в медицинских учреждениях. Эта модель начинается с диагностической фазы, в которой используется рамочная система ВОЗ по оценке ПИИК (IPCAF) и дополнительные инструменты для оценки базового потенциала ПИИК. Результаты этой самооценки используются для разработки целевых мер, которые затем внедряются, контролируются и периодически корректируются для поддержания прогресса.

Данный циклический подход способствует постоянному совершенствованию практик ПИИК, что приводит к заметному снижению числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и более эффективному сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам (УПП). Внедряя регулярную оценку и адаптивное планирование в программы ПИИК, медицинские учреждения могут обеспечить долгосрочную устойчивость и соответствие национальным и глобальным стандартам ПИИК.



Использование IPCAF и других инструментов самооценки, изложенные в национальном руководстве ПИИК предоставляет сотрудникам медицинских учреждений систематическую, основанную на фактических данных, систему для выявления и приоритезации пробелов в инфекционном контроле. Эти инструменты позволяют персоналу разрабатывать и внедрять эффективные, экономически выгодные меры, адаптированные к их конкретным потребностям, что в конечном итоге укрепляет практику профилактики инфекций во всем учреждении.

Приложение 1. Инструмент ВОЗ IPCAF

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2023.2

Приложение 2. Перечень рекомендаций по итогам базовой оценки, проведенной в 2021 году, по улучшению показателей ПИИК на национальном уровне и уровне учреждений, а также статус этих мероприятий по состоянию на август 2025 года

Ключевые рекомендации по базовой оценке	Статус действия	Детали действия
Разработать и утвердить самостоятельную национальную программу ПИИК с четко определенными целями, функциями и мероприятиями, а также заняться разработкой национальных планов по профилактике ИСМП.	Частично реализовано	В 2021 году МЗСЗН РТ создала техническую рабочую группу (ТРГ) для разработки руководств, политики и стратегических документов, связанных с ПИИК. На сегодняшний день ТРГ успешно разработала серию СОПов, национальное руководство ПИИК, которые интегрируют ключевые программные цели и стратегические направления ПИИК по укреплению профилактики и контроля инфекций, включая организационную структуру, четко определяющую ответственность координаторов ПИИК на всех уровнях системы здравоохранения.
Разрабатать/пересматреть/ утверждить национальные стандарты ПИИК и обеспечить, в том числе, разработку, распространение и внедрение технических, основанных на фактических данных, руководств, адаптированных к местным условиям.	Полностью реализовано	В сентябре 2023 года МЗСЗН РТ официально одобрило обновлённое комплексное национальное руководство ПИИК. ЮНИСЕФ напечатал 5100 экземпляров (4950 версий на таджикском языке; 100 – на русском и 50 -на английском) обновлённого национального реуководства ПИИК, которые были переданы всем медицинским учреждениям в сентябре 2024 года. Также была разработана дополнительная серия стандартных операционных процедур, которая в настоящее время ожидает официального одобрения МЗСЗН РТ.
Адвакация для выделения бюджета на деятельность ПИИК.	Частично реализовано	Несмотря на постоянную поддержку со стороны ЮНИСЕФ и ВОЗ, выделенный бюджет на вмешательства ПИИК по-прежнему отсутствует, хотя местные ассигнования обеспечивают фрагментированное финансирование конкретных мер ПИИК на уровнях МУ.
Внедрить систему поддерживающего кураторства/наставничества для оказания технической поддержки медицинским	Частично реализовано	С мая по июнь 2025 года ЮНИСЕФ инициировал и поддержал поддерживающие куратоские визиты для мониторинга реализации руководства ПИИК в 39 районах,

учреждениям в разработке и адаптации рекомендаций к местному контексту.		охватив все целевые медицинские учреждения. Для институционализации такого подхода и обеспечения последовательности МЗСЗН РТ рекомендуется утвердить национальные руководства по поддерживающему кураторству, которые послужат стандартизированным инструментом для наставничества для улучшения практик ПИИК, охватывая все целевые медицинские учреждения.
Выделить определённое время сотрудникам ПИИК в медицинских учреждениях.	Частично реализовано	Национальное руководство ПИИК определяет чётко определённые задачи и обязанности ключевых лиц ПИИК на центральном и местном уровнях. Тем не менее, у ряда МУ всё ещё не хватает специалистов, прошедших обучение по ПИИК.
Подготовить стандартизированный пакет учебных материалов, адаптированных для различных медицинских работников.	Полностью реализовано	Был разработан национальный учебный пакет, адаптированный к конкретным потребностям, реалиям и приоритетам местного контекста. Учебный пакет утвержден МЗСЗН РТ (приказ № 709 от 17 октября 2024 г.), но не доступен в широком масштабе.
Подготовить группу мастер-тренеров из ведущих специалистов.	Полностью реализовано	Группа мастеров-тренеров прошла обучение – 4 раунда ToT в 2023 году и 3 раунда ToT в 2025 году - представляя почти все регионы страны.
Пересмотреть учебные программы и включить вопросы ПИИК в программы подготовки медицинских работников до и последипломного образования, в том числе в программы непрерывного медицинского образования.	Не реализовано	Инициатива была начата МЗСЗН РТ и на данный момент отдельные компоненты были включены в программу обучения последипломной подготовки.
В систему мониторинга медицинских учреждений включены четкие цели, задачи и мероприятия.	Частично реализовано	Национальная рабочая группа по ПИИК разработала ряд инструментов самооценки и мониторинга, которые были включены в национальное руководство ПИИК. Обучение координаторов ПИИК в МУ включало также тематику о системе мониторинга.
Развитие потенциала и институционализация регулярных самооценок ПИИК во всех медицинских учреждениях.	Частично реализовано	Инструменты самооценки ПИИК разработаны как неотъемлемая часть национального руководства ПИИК. Однако для их реального внедрения необходимо дальнейшее укрепление потенциала руководителей медицинских учреждений и координаторов ПИИК.

Адвокация для обеспечения доступности безопасного и достаточного водоснабжения.	Частично реализовано	Проведена углубленная оценка WASH-FIT для изучения и количественной оценки потребностей в эффективном внедрении WASH (ВСГ) в больницах и учреждениях первичной медико - санитарной помощи. На основе оценки были рекомендованы конкретные меры на уровне учреждений.
Улучшить процесс утилизации отходов медицинского происхождения.	Частично реализовано	ЮНИСЕФ предоставил оборудование для утилизации медицинских отходов всем целевым учреждениям: центральным районным больницам в 37 районах и 1500 учреждениям первичной медико-санитарной помощи. На уровне медицинских учреждений установлено 30 мусоросжигательных печей.
Обеспечить наличие расходных материалов, таких как мыло, спиртосодержащее средство для дезинфекции рук и средства индивидуальной защиты.	Частично реализовано	МЗСЗН РТ продолжает предпринимать усилия по увеличению местного производства и бесперебойному снабжению медицинских учреждений дезинфицирующими средствами, жидким мылом и спиртосодержащими средствами для рук.
Создать четкие регулярные каналы передачи данных наблюдения за ИСМП из медицинского учреждения на национальный уровень.	Частично реализовано	Министерство здравоохранения официально одобрило систему надзора за внутрибольничными инфекциями в 2019 году приказом № 133. Хотя это официальное одобрение стало важной вехой в политике, полномасштабное внедрение системы остается незавершенным и требует дальнейшего укрепления для обеспечения ее последовательного применения на всех уровнях медицинского обслуживания.
Создать лабораторию для проведения микробиологических исследований и обеспечить ее качественным лабораторным оборудованием.	Не реализовано	Только некоторые референс лаборатории на центральном и региональном уровнях, поддерживаемые ВОЗ, проводят комплексные исследования. На местном уровне основными препятствиями для создания адекватного лабораторного потенциала остаются нехватка бюджетных средств, высокая стоимость расходных материалов и нехватка обученного персонала.

Полностью выполнено *— меры приняты и дальнейшие действия в соответствии с рекомендацией не требуются;*

Частично выполнено *— некоторые меры приняты, но требуются дальнейшие действия в соответствии с рекомендацией;*

Не выполнено *— меры не приняты.*

Приложение 3. Ответы на вопросы инструмента IPCAF

Основной компонент 1: Программа Профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Есть ли у вас Программа ПИИК?	Нет	0	118	44,9%
	Да, но без четко определенных целей и задач	5	119	45,2%
	Да, с четко определенными целями и задачами	10	26	9,9%
2. Укреплена ли программа ПИИК командой по ПИИК с профессионалами в сфере ПИИК?	Нет	0	117	44,5%
	Без команды, только ответственное лицо в сфере ПИИК	5	115	43,7%
	Да	10	31	11,8%
3. Включен ли в команду ПИИК хотя бы один постоянный сотрудник по ПИИК или приравненный к нему (медицинская сестра или врач, который уделяет 100% времени ПИИК)?	Профессионала в сфере ПИИК нет	0	128	48,7%
	Нет, имеется только временный сотрудник в сфере ПИИК	2.5	117	44,5%
	Да, один сотрудник на более 250 коек	5	13	4,9%
	Да, один сотрудник на 250 коек или менее	10	5	1,9%
4. Есть ли у команды ПИИК или ответственного лица по ПИИК выделенное время на мероприятия ПИИК?	Нет	0	142	54,0%
	Да	10	121	46,0%
5. Включает ли команда ПИИК как врачей, так и медицинских сестер?	Нет	0	125	47,5%
	Да	10	138	52,5%
6. Есть ли у вас комитеты ПИИК, которые оказывают активную поддержку команде ПИИК?	Нет	0	165	62,7%
	Да	10	98	37,3%
7. Включены / представлены ли следующие профессиональные группы в комитет ПИИК?				
• Высшее руководство учреждения (к примеру, административный директор, генеральный директор, директор по лечебным вопросам)	Нет	0	173	65,8%
	Да	5	90	34,2%
• Старший клинический персонал (к примеру, врачи, медицинские сестры)	Нет	0	121	46,0%
	Да	2.5	142	54,0%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
• Хозяйственная часть (к примеру, сотрудники биологической безопасности, утилизации отходов, и сотрудники, занимающиеся вопросами водоснабжения, санитарии и гигиены [ВСГ/WASH])	Нет	0	146	55,5%
	Да	2.5	117	44,5%
8. Есть ли у вас определенные цели и задачи в сфере ПИИК (то есть по определенным критическим сферам)?	Нет	0	108	41,1%
	Да, только по задачам ПИИК	2.5	123	46,8%
	Да, с охватом задач ПИИК и измеряемых показателей (индикаторов) по результатам (то есть, соответствующим мероприятиям по улучшению)	5	28	10,6%
	Да, с охватом задач ПИИК, измеряемых индикаторов по результатам и набора будущих целей	10	4	1,5%
9. Показывает ли высшее руководство учреждения приверженность и поддержку Программы ПИИК: посредством выделенного бюджета на Программу ПИИК (то есть с охватом мероприятий, включая оплату труда)?				
• Посредством бюджета, выделенного на программу ПИИК (то есть, с охватом мероприятий ПИИК, включая оплату труда)?	Нет	0	230	87,5%
	Да	5	33	12,5%
• Посредством показательной поддержки целей и задач ПИИК и их показателей в рамках учреждения (к примеру, на совещаниях руководящего уровня, обходах руководства, на совещаниях по вопросам заболеваемости и смертности)?	Нет	0	200	76,0%
	Да	5	63	24,0%
10. Есть ли у вашего учреждения поддержка микробиологической лаборатории (либо на территории, либо за ее пределами) для ежедневного	Нет	0	188	71,5%
	Да, но без обеспечения надежных результатов (с точки зрения своевременности и достаточного качества)	5	59	22,4%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
тестирования?	Да, с обеспечением надежных результатов (с точки зрения своевременности и достаточного качества)	10	16	6,1%

Основной компонент 2: Руководства по Профилактике инфекций и инфекционному контролю (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Обладает ли ваше учреждение экспертными знаниями (в сфере ПИИК и / или инфекционных заболеваний) для разработки или адаптации руководств?	Нет	0	180	68,4%
	Да	7.5	83	31,6%
2. Есть ли в вашем учреждении руководства по:				
• Стандартным мерам предосторожности?	Нет	0	145	55,1%
	Да	2.5	118	44,9%
• Гигиене рук?	Нет	0	52	19,8%
	Да	2.5	211	80,2%
• Мерам предосторожности от передачи инфекции?	Нет	0	136	51,7%
	Да	2.5	127	48,3%
• По вопросам управления вспышками и готовности к ним?	Нет	0	173	65,8%
	Да	2.5	90	34,2%
• Профилактике хирургических раневых инфекций?	Нет	0	181	71,3%
	Да	2.5	73	28,7%
• Профилактике инфекций кровеносной системы в связи с катетеризацией?	Нет	0	196	74,5%
	Да	2.5	67	25,5%
• Профилактике нозокомиальной (внутрибольничной) пневмонии ([ВБП]; всех типов ВБП, включая (но не исключительно) пневмонию, связанную с использованием ИВЛ)?	Нет	0	209	79,5%
	Да	2.5	54	20,5%
• Профилактике инфекций мочевыводящих путей в результате катетеризации?	Нет	0	204	77,6%
	Да	2.5	59	22,4%
• Профилактике передачи патогенов с множественной лекарственной	Нет	0	207	78,7%
	Да	2.5	56	21,3%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
устойчивостью (МЛУ)?				
• Дезинфекции и стерилизации?	Нет	0	138	52,5%
	Да	2.5	125	47,5%
• Защите и технике безопасности медицинских работников?	Нет	0	135	51,3%
	Да	2.5	128	48,7%
• Инъекционной безопасности?	Нет	0	127	48,3%
	Да	2.5	136	51,7%
• Управлению отходами?	Нет	0	111	42,2%
	Да	2.5	152	57,8%
• Рациональному использованию антибактериальных препаратов (антибиотиков)?	Нет	0	153	58,2%
	Да	2.5	110	41,8%
3. Согласованы ли руководства/протоколы в вашем учреждении с национальными / международными руководствами (если таковые имеются)?	Нет	0	133	50,6%
	Да	10	130	49,4%
4. Адаптирована ли реализация руководств к местным потребностям и ресурсам при поддержании ключевых стандартов ПИИК?	Нет	0	151	57,4%
	Да	10	112	42,6%
5. Вовлечены ли медицинские работники переднего края как в планирование, так и реализацию руководств ПИИК вместе с персоналом по ПИИК?	Нет	0	144	54,8%
	Да	10	119	45,2%
6. Вовлечены ли соответствующие заинтересованные лица (к примеру, ведущие врачи и медицинские сестры, руководители больниц, управление качеством) в разработку и адаптацию руководств по ПИИК вместе с сотрудниками ПИИК?	Нет	0	160	60,8%
	Да	7.5	103	39,2%
7. Проходят ли медицинские работники специализированное обучение новым или обновленным руководствам ПИИК, которые внедряются в вашем учреждении?	Нет	0	125	47,5%
	Да	10	138	52,5%
8. Проводите ли вы регулярный мониторинг реализации хотя бы некоторых руководств ПИИК в вашем учреждении?	Нет	0	135	51,3%
	Да	10	128	48,7%

Основной компонент 3: Образование и обучение Профилактике инфекций и инфекционному контролю (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Имеется ли персонал с экспертным опытом в сфере ПИИК (в ПИИК и / или инфекционных заболеваний) для проведения курсов обучения ПИИК?	Нет	0	165	62,7%
	Да	10	98	37,3%
2. Имеется ли дополнительный персонал, не связанный с ПИИК и обладающий достаточными навыками для работы в качестве инструкторов и наставников (к примеру, линейные медицинские сестры или врачи, передовые работники)?	Нет	0	171	65,0%
	Да	10	92	35,0%
3. Как часто медицинские работники проходят обучение в отношении ПИИК в вашем учреждении?	Никогда или редко	0	93	35,4%
	Ориентационные курсы для новых сотрудников только для медицинс-ких работников	5	107	40,7%
	Предлагаются ориентационные курсы для новых сотрудников и регулярное (не менее одного раза в год) обучение ПИИК для медицинских работников, но такие курсы не являются обязательными	10	47	17,9%
	Ориентационные курсы для новых сотрудников и регулярные обязательные (не менее одного раза в год) курсы ПИИК для всех медицинских работников	15	16	6,1%
4. Как часто санитары и другие сотрудники, непосредственно связанные с уходом за пациентами, проходят обучение в отношении ПИИК в вашем учреждении?	Никогда или редко	0	103	39,2%
	Ориентационные курсы для новых сотрудников только для других сотрудников	5	106	40,3%
	Предлагаются ориентационные курсы для новых сотрудников и регулярные (не реже одного раза в год) курсы обучения для других сотрудников, но они не	10	38	14,4%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
	обязательные			
	Ориентационные курсы для новых сотрудников и регулярные (не менее одного раза в год) обязательные курсы ПИИК для других сотрудников	15	16	6,1%
5. Получает ли административный и управленческий персонал общее обучение в сфере ПИИК в вашем учреждении?	Нет	0	138	52,5%
	Да	5	125	47,5%
6. Как проходит обучение медицинских работников и другого персонала?	Обучение не проводится	0	75	28,5%
	С использованием письменных и / или устных методических указаний и / или только электронное обучение	5	178	67,7%
	Включает дополнительные интерактивные учебные мероприятия (к примеру, симуляции и / или обучение у постели больного)	10	10	3,8%
7. Проводится ли регулярная оценка действенности учебных программ (к примеру, аудиты гигиены рук, другие проверки знаний)?	Нет	0	107	40,7%
	Да, но нерегулярно	5	145	55,1%
	Да, регулярно (не менее одного раза в год)		11	4,2%
8. Включено ли обучение ПИИК в клиническую практику и обучение по другим специальностям (к примеру, обучение хирургов затрагивает аспекты ПИИК)?	Нет	0	136	51,7%
	Да, по некоторым дисциплинам	5	108	41,1%
	Да, по всем дисциплинам	10	19	7,2%
	Да, по некоторым дисциплинам	5	0	0,0%
	Да, по всем дисциплинам	10	0	0,0%
9. Проводится ли специализированное обучение ПИИК для пациентов или членов семей для минимизации вероятности инфекций, связанных с медицинским обслуживанием (к примеру, пациентов с ослабленным иммунитетом, пациентов с инвазивными аппаратами, пациентов с мульти-резистентным иммунитетом)?	Нет	0	218	82,9%
	Да	5	45	17,1%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
10. Предлагается ли сотрудникам в сфере ПИИК возможность постоянного развития / образования (к примеру, путем регулярного участия на конференциях, курсах)?	Нет	0	156	59,3%
	Да	10	107	40,7%

Основной компонент 4: Эпидемиологический надзор инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Является ли эпидемиологический надзор определенным компонентом вашей программы ПИИК?	Нет	0	168	63,9%
	Да	5	95	36,1%
2. Имеется ли у вас персонал, ответственный за мероприятия эпидемиологического надзора?	Нет	0	197	74,9%
	Да	5	66	25,1%
3. Прошли ли специалисты, ответственные за мероприятия эпидемиологического надзора, обучение в сфере базовой эпидемиологии, эпидемиологического надзора и ПИИК (то есть, потенциал по мониторингу методов эпидемиологического надзора, управления и интерпретации данных)?	Нет	0	220	83,7%
	Да	5	43	16,3%
4. Имеется ли у вас поддержка ИТ для проведения своего эпидемиологического надзора (к примеру, оборудование, мобильные технологии, электронные медицинские карты)?	Нет	0	249	94,7%
	Да	5	14	5,3%
Приоритеты для эпидемиологического надзора, определенные в соответствии с масштабом оказания помощи				
5. Проводите ли вы мероприятия определения приоритетности для определения целевых ИСМП для эпидемиологического надзора в соответствии с местными условиями (то есть, выявление инфекций, которые являются основными причинами заболеваемости и смертности в учреждении)?	Нет	0	226	85,9%
	Да	5	37	14,1%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
6. Проводится ли в вашем учреждении эпидемиологический надзор в отношении:				
• Инфекций области операционного вмешательства?	Нет	0	220	83,7%
	Да	5	43	16,3%
• Инфекций, связанных с инструментами (к примеру, инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией, инфекции кровеносных сосудов, связанные с центральным катетером, инфекции, связанные с катетером периферических вен, пневмония, связанная с ИВЛ)?	Нет	0	228	86,7%
	Да	5	35	13,3%
• Клинически выявленных инфекций (к примеру, определения, основанные только на клинических признаках или симптомах при отсутствии микробиологического тестирования)?	Нет	0	39	14,8%
	Да	5	224	85,2%
• Колонизации или инфекций, вызванных мульти-резистентными патогенами в соответствии с вашими местными условиями?	Нет	0	247	93,9%
	Да	5	16	6,1%
• Местных приоритетных инфекций, способных вызвать эпидемии (к примеру, норовирус (желудочный грипп), грипп, туберкулез [ТБ], тяжелый острый респираторный синдром [ТОРС], Эбола, лихорадка Ласса)?	Нет	0	229	87,1%
	Да	5	34	12,9%
• Инфекции среди уязвимого населения (к примеру, пациенты неонатологии, отделений реанимации и интенсивной терапии, с иммунной недостаточностью, с ожогами)?	Нет	0	234	89,0%
	Да	5	29	11,0%
• Инфекции, которые могут повлиять на медицинских работников в клинических, лабораторных и других условиях (к примеру, гепатит В или С, вирус	Нет	0	194	73,8%
	Да	5	69	26,2%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
иммунодефицита человека [ВИЧ], грипп)?				
7. Проводите ли вы регулярную оценку соответствия ваших мероприятий эпидемиологического надзора потребностям и приоритетам вашего учреждения?	Нет	0	231	87,8%
	Да	5	32	12,2%
Методы эпидемиологического надзора				
8. Используете ли вы надежные определения случаев эпидемиологического надзора (определенные числители и знаменатели в соответствии с международными определениями [например, НСБЗ[27] ЦКЗ[28]/ЕЦКЗ[29]] или при адаптации, в соответствии с процессом доказательной адаптации и экспертных консультаций?	Нет	0	240	91,3%
	Да	5	23	8,7%
9. Используете ли вы стандартизированные методы сбора данных (к примеру, активный перспективных эпидемиологический надзор) в соответствии с международными протоколами эпидемиологического надзора (к примеру, НСБЗ ЦКЗ /ЕЦКЗ) или при адаптации, в соответствии с процессом доказательной адаптации и экспертных консультаций?	Нет	0	235	89,4%
	Да	5	28	10,6%
10. Имеются ли у вас процессы для регулярного обзора качества данных (к примеру, оценка форм отчета по случаям заболевания, обзор результатов микробиологических тестов, определение знаменателя, и т.д.)?	Нет	0	234	89,0%
	Да	5	29	11,0%
11. Имеется ли у вас соответствующий потенциал микробиологического и лабораторного тестирования для поддержки эпидемиологического надзора? Выберите один ответ	Нет	0	207	78,7%
	Да, с возможностью дифференциации грамположительных / отрицательных штаммов, но без возможности определения патогенов	2.5	33	12,5%

[27] НСБЗ – Национальная сеть безопасности здравоохранения
[28] ЦКЗ – Центр по контролю заболеваний
[29] ЕЦКЗ – Европейский центр по контролю заболеваний

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
	Да, имеется возможность надежного и своевременного определения патогенов (к примеру, изолированного определения)	5	13	4,9%
	Да, имеется возможность надежного и своевременного определения патогенов и схем резистентности к антибактериальным препаратам (то есть, чувствительности)	10	10	3,8%
12. Используются ли данные эпидемиологического надзора для разработки специализированных планов для отделений / учреждений для совершенствования практики ПИИК?	Нет	0	230	87,5%
	Да	5	33	12,5%
13. Проводите ли вы анализ резистентности к антимикробным препаратам на регулярной основе (к примеру, ежеквартальный / полугодовой / ежегодный)?	Нет	0	227	86,3%
	Да	5	36	13,7%
14. Проводите ли вы регулярные (к примеру, ежеквартальный / полугодовой/ ежегодный) мероприятия по сбору отзывов по последней информации эпидемиологического надзора:				
• Медицинских работников переднего края (врачей / медицинских сестер)?	Нет	0	220	83,7%
	Да	5	43	16,3%
• Клинические руководители / заведующие отделениями	Нет	0	15	34,9%
	Да	5	28	65,1%
• Комитет ПИИК	Нет	0	18	41,9%
	Да	5	25	58,1%
• Неклиническое управление / администрация (генеральный директор / главный бухгалтер)?	Нет	0	20	46,5%
	Да	5	23	53,5%
• Как вы предоставляете отзывы по обновленной информации	Нет отзывов	0	191	72,6%
	Только письменной / устной информацией	2.5	66	25,1%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
эпидемиологического надзора? (не менее одного раза в год)	Путем презентаций и интерактивного проблемно-ориентированного поиска решений	7.5	6	2,3%

Основной компонент 5: Комбинированные стратегии для реализации интервенций профилактики инфекций и инфекционного контроля (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Используете ли вы комбинированные стратегии для реализации интервенций ПИИК?	Нет	0	179	68,1%
	Да	15	84	31,9%
2. Включают ли ваши комбинированные стратегии какие-либо или все следующие элементы:	**Системные изменения**			
	Элемент не включен в комбинированные стратегии	0	164	62,4%
	Интервенции для обеспечения необходимой инфраструктуры и постоянного наличия расходных материалов	5	93	35,4%
	Интервенции для обеспечения необходимой инфраструктуры и постоянного наличия расходных материалов и решения вопросов эргономики доступности, как например лучшее размещение набора и столика для центрального венозного катетера	10	6	2,3%
	Образование и обучение			
	Элемент не включен в комбинированную стратегию	0	121	46,0%
	Письменная информация и / или устные инструкции и / или только электронное обучение	5	140	53,2%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
	Дополнительные интерактивные учебные мероприятия (включает симуляции и / или обучение у койки больного)	10	2	0,8%
	Мониторинг и отзывы			
	Элемент не включен в комбинированную стратегию	0	138	52,5%
	Мониторинг соблюдения процесса или показателей следствий (к примеру, аудиты гигиены рук или практики катетеризации)	5	121	46,0%
	Мониторинг соблюдения и предоставление своевременных результатов мониторинга медицинским работникам и ключевым игрокам	10	4	1,5%
	Коммуникации и памятки			
	Элемент не включен в комбинированную стратегию	0	116	44,1%
	Памятки, плакаты или другие агитационные / информационные инструменты для продвижения интервенций	5	143	54,4%
	Дополнительные методы / инициативы для совершенствования командной коммуникации по всем подразделениям и дисциплинам (к примеру, путем создания системы регулярных конференций и раундов отзывов)	10	4	1,5%
	Изменение климата и культуры безопасности			
	Элемент не включен в комбинированную стратегию	0	157	59,7%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
	Менеджеры / руководители демонстрируют очевидную поддержку и действуют в качестве передовиков и образцов для подражания, продвижение адаптивного подхода и укрепление культуры, которая поддерживает ПИИК, безопасность пациента и качество	5	101	38,4%
	Дополнительно, команды и отдельные сотрудники обладают возможностями, которые позволяют им воспринимать чувство собственности интервенций (к примеру, путем интерактивных раундов отзывов)	10	5	1,9%
3. Используется ли многопрофильная команда для реализации комбинированных стратегий ПИИК?	Нет	0	191	72,6%
	Да	10	72	27,4%
4. Связываете ли вы регулярно коллег из сферы повышения качества и безопасности пациента для разработки и продвижения комбинированных стратегий ПИИК?	Нет	0	185	70,3%
	Да	10	78	29,7%
5. Включают ли эти стратегии пакеты или контрольные списки?	Нет	0	190	72,2%
	Да	10	73	27,8%

Основной компонент 6: Мониторинг / аудит практик ПИИК и отзывы (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
1. Имеется ли у вас обученный персонал, ответственный за мониторинг / аудит практики ПИИК и отзывы?	Нет	0	174	66,2%
	Да	10	89	33,8%
2. Имеется ли у вас определенный план мониторинга с четкими	Нет	0	188	71,5%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
задачами, целыми и мероприятиями (включая инструменты для систематического сбора данных)?	Да	7.5	75	28,5%
3. Какие процессы и показатели вашего учреждения вы подвергаете мониторингу?	Нет	0	86	32,7%
	Соблюдение гигиены рук (с использованием инструмента ВОЗ наблюдения за гигиеной рук или аналогичного инструмента)	5	161	61,2%
	Ввод внутривенного катетера или уход	5	33	12,5%
	Перевязка ран	5	47	17,9%
	Меры предосторожности и изоляции для профилактики распространения организмов с множественной лекарственной устойчивостью (ОМЛУ)	5	31	11,8%
	Очистка больничной среды	5	89	33,8%
	Дезинфекция и стерилизация медицинского оборудования / инструментов	5	75	28,5%
	Потребление / использование антисептических средств на основе спирта или мыла для рук	5	78	29,7%
	Потребление / использование противомикробных препаратов	5	38	14,4%
	Управление отходами	5	113	43,0%
4. Как часто проводится обследование самостоятельной оценки гигиены рук от ВОЗ?	Никогда	0	102	38,8%
	Периодически, но без регулярного расписания	2.5	147	55,9%
	Не менее одного раза в год	5	14	5,3%
5. Даете ли вы отзывы отчетов по аудиту (к примеру, отзывов	Отчетность отсутствует	0	166	63,1%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
по данным соблюдения гигиены рук или других процессов) состояния мероприятий / результативности ПИИК?	Да, в рамках команды ПИИК	2.5	59	22,4%
	Да, руководителям отделений и руководителям сфер, подлежащих аудиту	2.5	35	13,3%
	Да, медицинским работникам переднего края	2.5	37	14,1%
	Да, комитету ПИИК или комитетам по качеству ухода или аналогичным органам	2.5	24	9,1%
	Да, руководству госпитального учреждения и высшим администраторам	2.5	18	6,8%
6. Предоставляется ли регулярная отчетность по данным мониторинга (не менее одного раза в год)?	Нет	0	178	67,7%
	Да	10	85	32,3%
7. Выполняются ли мониторинг и отзывы процессов и индикаторов ПИИК в «без-обвинительной» институцио-нальной среде, направленной на совершенствование и поведенческое изменение?	Нет	0	165	62,7%
	Да	5	98	37,3%
8. Проводите ли вы оценку культурных факторов в вашем учреждении (к примеру, путем использования других обследований, как например HSOPSC, SAQ, PSCHO, HSC)	Нет	0	227	86,3%
	Да	5	36	13,7%

Основной компонент 7: Рабочая нагрузка, кадровое обеспечение и занятость коек (кол-во = 263)

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
Кадровое обеспечение				
Проводится ли в вашем учреждении оценка уровня кадрового обеспечения в соответствии с рабочей нагрузкой по пациентам с использованием национальных	Нет	0	177	67,3%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
стандартов или стандартных инструментов оценки потребностей кадрового обеспечения, как например, метод ВОЗ по рабочей нагрузке, основанный на индикаторах?	Да	5	86	32,7%
2. Соблюдается ли согласованное соотношение (то есть, на уровне ВОЗ или на национальном уровне) медицинских работников к пациентам в вашем учреждении? Выберите один ответ	Нет	0	111	42,2%
	Да, в отношении сотрудников в менее 50% отделений	5	86	32,7%
	Да, в отношении сотрудников в более 50% отделений	10	19	7,2%
	Да, в отношении всех медицинских работников в учреждении	15	47	17,9%
3. Существует ли в вашем учреждении система действий по результатам оценки потребностей кадрового обеспечения, когда уровень обеспечения рассматривается как крайне низкий?	Нет	0	151	57,4%
	Да	10	112	42,6%
4. Соответствует ли дизайн палат в вашем учреждении международным стандартам в отношении коечного фонда? Выберите один ответ	Нет	0	154	58,6%
	Да, но в определенных отделениях Да, в отношении всех отделений	5	98	37,3%
	(включая отделения неотложной помощи и педиатрии)	15	11	4,2%
5. Поддерживается ли в вашем учреждении занятость коек на уровне – один пациент на одну койку?	Нет	0	7	18,4%
	Да, но только в определенных отделениях	5	17	44,7%
	Да, в отношении всех отделений (включая отделения неотложной помощи и педиатрии)	15	14	36,8%
6. Размещаются ли пациенты в вашем учреждении в койках в коридоре за пределами палаты (включая койки в отделении неотложной помощи)? Выберите один ответ	Да, чаще чем два раза в неделю	0	3	7,9%
	Да, реже, чем два раза в неделю	5	6	15,8%
	Нет	15	29	76,3%
7. Соблюдается ли правильная дистанция > 1 метра между койками пациентов в вашем учреждении? Выберите один	Нет	0	10	26,3%
	Да, но только в определенных отделениях	5	19	50,0%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
ответ	Да, во всех отделениях (включая отделения неотложной помощи и педиатрии)	15	9	23,7%
8. Имеется ли в вашем учреждении система оценки и реагирования при превышении соответствующего уровня коечного обеспечения? Выберите один ответ	Нет	0	126	47,9%
	Да, это входит в обязанности заведующего отделением	5	111	42,2%
	Да, это входит в обязанности администрации / руководства госпитального учреждения	10	26	9,9%

Основной компонент 8: Построенная среда, материалы и оборудование для ПИИК на уровне учреждения

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
Вода				
1. Обеспечено ли постоянное наличие и качество водоснабжения в достаточных объемах для всех методов использования (к примеру, для мытья рук, питья, личной гигиены, медицинских вмешательств, стерилизации, обеззараживания, уборки и стирки)?	Нет, в среднем обеспечивается в течение < 5 дней в неделю	0	115	43,7%
	Да, в среднем обеспечивается ≥ 5 дней в неделю или ежедневно, но не в достаточном объеме	2.5	76	28,9%
	Да, ежедневно и в достаточных объемах	7.5	72	27,4%
2. Имеется ли надежный и безопасный источник питьевой воды, который доступен для сотрудников, пациентов и их семей постоянно и во всех зонах / палатах (кабинетах)? Выберите один ответ	Нет, отсутствует	0	92	35,0%
	Иногда, или только в некоторых зонах или недоступно всем пользователям	2.5	120	45,6%
	Да, с постоянной доступностью и во всех палатах / для всех групп	7.5	51	19,4%
Гигиена рук и санитарные помещения				
3. Имеются ли функционирующие станции гигиены рук (то есть, антисептические растворы для рук или мыло с водой и чистые	Нет, отсутствуют материалами	0	68	25,9%
	Да, станции имеются, но присутствие расходных материалов	2.5	162	61,6%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
одноразовые полотенца) на всех пунктах оказания помощи?	не является надежным			
	Да, с надежным обеспечением расходными материалами	7.5	33	12,5%
4. Обеспечены ли в вашем учреждении ≥ 4 туалетов или улучшенных унитазов для амбулаторных условий или ≥ 1 на 20 пользователей в стационарных условиях?	Количество имеющихся и унитазов меньше требуемого уровня функционирующих туалетов или	0	141	53,6%
	Имеется достаточное количество, но не все функционируют	2.5	70	26,6%
	Имеется достаточное количество и они функционируют	7.5	52	19,8%
Электроснабжение, вентиляция и уборка				
5. Имеется ли в вашем учреждении достаточное электроснабжение в течение дня и ночи для всех видов использования (к примеру, закачки и нагрева воды, стерилизации и обеззараживания, сжигания отходов или альтернативных методов их обработки, электронных медицинских приборов, общее освещение зон, где проводятся медицинские процедуры для обеспечения безопасного оказания медицинских услуг и освещения туалетов и душевых помещений)?	Нет	0	52	19,8%
	Да, иногда или только в некоторых из перечисленных зон	2.5	135	51,3%
	Да, всегда и во всех перечисленных зонах	5	76	28,9%
6. Имеется ли система атмосферной вентиляции (естественной или механической) в зонах оказания помощи пациентам?	Нет	0	106	40,3%
	Да	5	157	59,7%
7. Имеются ли доступные записи по уборке, которые подписываются санитарами ежедневно по этажам и горизонтальным рабочим зонам?	Отсутствуют записи по уборке этажей и поверхностей	0	132	50,2%
	Записи существуют, но они не заполняются и подписываются ежедневно или записи устарели	2.5	100	38,0%
	Да, записи выполняются и подписываются ежедневно	5	31	11,8%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
8. Имеются ли правильные и правильно поддерживаемые материалы для уборки (к примеру, чистящие средства, тряпки, ведра, и т.д.)?	Материалы отсутствуют	0	42	16,0%
	Да, имеются но не поддерживаются на должном уровне	2.5	184	70,0%
	Да, имеются и правильно поддерживаются	5	37	14,1%
Размещение пациентов и средства индивидуальной защиты (СИЗ) в условиях медицинской помощи				
9. Имеются ли у вас палаты для одного пациента или палаты для группирования пациентов со схожими патогенами, если количество изоляторов недостаточно (к примеру, ТБ, корь, холера, Эбола, ТОРС)?	Нет	0	173	65,8%
	Отдельные палаты отсутствуют, но имеются палаты, подходящие для группирования пациентов	2.5	72	27,4%
	Да, отдельные палаты имеются	7.5	18	6,8%
10. Имеется ли постоянное обеспечение СИЗ и в достаточном объеме для всех видов использования медицинскими работниками?	Нет	0	66	25,1%
	Да, но нет постоянного обеспечения в достаточных количествах	2.5	164	62,4%
	Да, постоянно обеспечивается в достаточных количествах	7.5	33	12,5%
Управление медицинскими отходами и канализация				
11. Имеются ли у вас функциональные контейнеры для сбора неинфекционных (общих) отходов, инфекционных отходов вблизи всех пунктов формирования отходов?	Контейнеры или отдельные ведра для острых инструментов отсутствуют	0	54	20,5%
	Отдельные ведра существуют, но у них отсутствуют крышки или они заполнены на более 3/4; имеется только два контейнера (вместо трех); или ведра установлены, но не на всех пунктах формирования отходов	2.5	145	55,1%
	Да	5	64	24,3%
12. Имеется ли функциональная яма / огражденный мусорный контейнер или муниципальный вывоз неинфекционных (неопасных / общих) отходов?	Отсутствует яма или другой метод утилизации	0	101	38,4%
	Яма в учреждении существует, но ее размеры	2.5	111	42,2%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
	недостаточны; ямы / контейнеры переполнены или не ограждены / закрыты; или муниципальный вывоз осуществляется нерегулярно			
	Да	5	51	19,4%
13. Имеется (или присутствует на объекте или за его пределами и эксплуатируется лицензированной службой по управлению отходами) ли мусоросжигательная печь или альтернативная технология обработки для переработки инфекционных и острых отходов?	Нет, отсутствует	0	136	51,7%
	Присутствует, но не функционирует	2.5	67	25,5%
	Да	5	60	22,8%
14. Имеется система переработки сточных вод (к примеру, выгребная дренажная яма), которая функционирует надежно (либо на территории либо за ее пределами)?	Нет, отсутствует	0	142	54,0%
	Да, но не функционирует надежно	2.5	85	32,3%
	Да и функционирует надежно	5	36	13,7%
Обеззараживание и стерилизация				
15. Обеспечивает ли медицинское учреждение выделенную зону для обеззараживания и / или отделение стерильных материалов (либо на территории либо под управлением лицензированной службы обеззараживания) для обеззараживания и стерилизации медицинских приборов и других инструментов / оборудования?	Нет	0	138	52,5%
	Да, иногда или только в некоторых из перечисленных зон	2.5	88	33,5%
	Да, постоянно и во всех перечисленных зонах	5	37	14,1%
16. Имеется ли надежное обеспечение стерильным и дезинфицированным оборудованием готовым к использованию?	Нет, имеется в среднем в течение < пяти дней в неделю	0	130	49,4%
	Да, имеется в среднем в течение ≥ пяти дней в неделю или ежедневно, но не в достаточном количестве	2.5	91	34,6%
	Да, имеется ежедневно и в достаточном количестве	5	42	16,0%

Вопросы	Ответы	Баллы	Число ответов	% ответов
17. обеспечиваются ли одноразовые средства при необходимости? (к примеру, устройства безопасной инъекции, осмотровые перчатки)	Нет, отсутствуют	0	59	22,4%
	Да, только иногда	2.5	148	56,3%
	Да, постоянно	5	56	21,3%

Приложение 4. Список выбранных медицинских учреждений

Район	Название учреждения	Район	Название учреждения
РРП Вахдат	ЦРБ Вахдат	ГБАО	Хорог инфекц. больница
	РЦЗ Вахдат	ГБАО Мургаб	ЦРБ Мургаб
	СЦЗ Бахористон		РЦЗ Мургаб
	СЦЗ Мехрбахш		СЦЗ Тохтамыш
	СЦЗ Навруз		СЦЗ Ханакиргон
	СЦЗ Ромит		ДЗ Башгумбез
	СЦЗ Чорбог	ГБАО Вандж	ЦРБ Вандж (инф.)
	СЦЗ Бустон		РЦЗ Вандж
	СЦЗ Чиламазор		СЦЗ Рог
	ДЗ Кухдоман		СЦЗ Андарбак
	ДЗ Ширинчашма		ДЗ Будун
	ДЗ Сугдиён	ГБАО Дарвоз	ЦРБ Дарваз
	ДЗ Хулмороди		РЦЗ Дарваз
РРП Рогун	ЦРБ Рогун		СЦЗ Лухч
	РЦЗ Рогун		СЦЗ Кеврон
	СЦЗ Кандак		ДЗ Дашти Луч
	СЦЗ Саидон	Хатлон р. Кулоб	ДЗ Даштак
	ДЗ Калтаджо		ЦРБ Джеркала
РРП Нуробод	ЦРБ Нуробод		РЦЗ Джеркала
	РЦЗ Нуробод		СЦЗ Чорбог
	СЦЗ Сари кош		СЦЗ Офтоблико
	СЦЗ Сияхгулак		ДЗ Гулзор
	СЦЗ Миёна Дара		ДЗ Сангпар
	ДЗ Хумдон	Хатлон Восе	РЦЗ Восе
	ДЗ Сангдевор		СЦЗ Мехробод
РРП Ляхш	ЦРБ Ляхш		СЦЗ Файзобод
	РЦЗ Ляхш		СЦЗ Истиклол
	СЦЗ Янгишахар		СЦЗ Гулобод
	СЦЗ Сарикенджа		ДЗ Пахтакор
	СЦЗ Сайрон		ДЗ Гулдашт

	ДЗ Калтабулок		
	ДЗ Сасикбулок	Хатлон Фархор	ЦРБ Фархор
РРП Сангвор	РЦЗ Сангвор		СЦЗ Сафоли поён
	СЦЗ Лочурк		СЦЗ Навруз
	СЦЗ Лочурк		ДЗ Комсомол
	БТ Позун	Бохтар	Гор. больница Бохтар
РРП Рудаки	ЦРБ Рудаки		ГЦЗ Бохтар
	РЦЗ Рудаки	Хатлон Шаартуз	ЦРБ Шаартуз
	СЦЗ Дова		РЦЗ Шаартуз
	СЦЗ Оли Сомон		СЦЗ Устокорон
	СЦЗ Мавдж		СЦЗ Пахтаобод
	СЦЗ Дусти		СЦЗ Хокак
	СЦЗ Теппаи Самарканди		ДЗ Бинокор
	ДЗ Худжабулбулон		ДЗ Бешкапа
	ДЗ Алочабоф		ДЗ Кизиобод
	ДЗ Алибои	Хатлон Вахш	БМН Вахш – инф.
	СЦЗ Рохати		МСН Вахш
РРП Варзоб	ЦРБ Варзоб		МСД Дусти
	РЦЗ Варзоб		МСД Машъал
	СЦЗ Порут		МСД Точикобод
	СЦЗ Харангон		МСД Узбекистон
	СЦЗ Лучоб		ХС Мардаса
	ДЗ Чорвадор		ХС Кунгирот
	ДЗ Дуоба	Джоми	ЦРБ Джоми
РРП Гиссар	ЦРБ Хиссор		РЦЗ Джоми
	РЦЗ Хиссор		СЦЗ Дусти
	инф.б.		СЦЗ Галаба
	СЦЗ Суджали		СЦЗ Джовидо
	СЦЗ Шарора		СЦЗ Оходии Шарк
	СЦЗ Гурет		ДЗ Нвобод-1
	СЦЗ Хиссор		ДЗ Хуросон
	СЦЗ Дучинора		ДЗ Горкий
	ДЗ Кучабоги	Дусти	ЦРБ Дусти
	ДЗ Хосилот		РЦЗ Дусти
	ДЗ Варгандок		СЦЗ Гоголь
РРП Шахринав	ЦРБ Шахринав		СЦЗ Энгельс
	РЦЗ Шахринав		ДЗ Комсомол
	СЦЗ Истиклол	Хатлон Джайхун	ЦРБ Джайхун
	СЦЗ Ободон		РЦЗ Джайхун
	СЦЗ Шуроб		СЦЗ Бахти Милли
	СЦЗ Новобод		СЦЗ Пунч
	СЦЗ Аджам		СЦЗ Якадун

	ДЗ Рохи Нав		СЦЗ Кумсангир (Рахмонов)
	ДЗ Узун		ДЗ Геран
РРП Турсунзода	ЦРБ Турсунзода		ДЗ Пахтакор
	РЦЗ Турсунзода	Хатлон Пяндж	ЦРБ Пяндж
	СЦЗ Дусти		РЦЗ Пяндж
	СЦЗ Бештеппа		СЦЗ Пахтакор
	СЦЗ Гулистон		СЦЗ Комсомол
	СЦЗ Пахтаобод		СЦЗ Киров
	СЦЗ Коммунизм		СЦЗ Сомони
	ДЗ Янги Арик		ДЗ Партсъезд
	ДЗ Кипкок		ДЗ Бешкап
	ДЗ Гульбутта	Сугд Спитамен	ЦРБ Спитамен
	ДЗ Говмиш		РЦЗ Спитамен
Сугд Исфара	ЦРБ Исфара +инф.отд.		СЦЗ Саидкурган
	РЦЗ Исфара		СЦЗ Фармонкурган
	СЦЗ Чоркух		ДЗ Мехнатобод
	СЦЗ Сари Дашт		ДЗ Андарсой
	СЦЗ Ворух	Сугд Дж. Расулов	ЦРБ Дж. Расулов
	СЦЗ Навгилем		РЦЗ Дж. Расулов
	ДЗ Кушдевор		СЦЗ Янгиобод
	ДЗ Шуртанг		СЦЗ Узбек кишлок
Сугд Канибадам	ЦРБ Конибодом		ДЗ Тоджикобод
	РЦЗ Конибодом	Сугд Панджакент	ЦРБ Панджакент (инф.б.)
	СЦЗ Ниязбек		РЦЗ Панджакент
	СЦЗ Махрам		СЦЗ Хурми
	СЦЗ Хамирджуй		СЦЗ Новобод
	ДЗ Маданият		СЦЗ Порвен
	ДЗ Сомониён		СЦЗ Кумсой
Сугд Гафуров	НБ Хистеварз\Йова		СЦЗ Рухнобод
	РЦЗ Гафуров		СЦЗ Равот
	СЦЗ Исмоил		СЦЗ Гузар
	СЦЗ Чорсу		СЦЗ Артуч
	СЦЗ Тошлок		ДЗ Шингак
	СЦЗ Бахористон		ДЗ Суфиён
	ДЗ Мевагуль		ДЗ Кизилджар
	ДЗ Инкилоб	Сугд Кухист. Мастчох	ЦРБ Кухист. Мастчох
	ДЗ Янги Хаёт		РЦЗ Кухист. Мастчох
	ДЗ Суфиён		СЦЗ Мадрушкат
	ДЗ Кизилджар		СЦЗ Пастихав
Сугд Айни	НБ Зарафшан		ДЗ Падаск
	Айни инф.б.	Сугд Истравшан	ЦРБ
	СЦЗ Анзоб		Инфекц.б.

		СЦЗ Дарг			СЦЗ Яккабог
		СЦЗ Шамтуч			СЦЗ Богкалон
		СЦЗ Рарз			СЦЗ Лакат
		СЦЗ Урметан			СЦЗ Калибаланд
		ДЗ Шохи Сафед			ДЗ Якатол
		ДЗ Хушекат			ДЗ Пошкент
Сугд Мастчох		ЦРБ Мастчох+инф.отд.			ДЗ К. Бакавул
		РЦЗ Мастчох	Сугд Девештич		ЦРБ
		СЦЗ джамоат Обурдон			РЦЗ Девештич
		СЦЗ Навобод			СЦЗ Истиклол
		СЦЗ Палдорак			СЦЗ Зарнисор
		ДЗ Амиров			ДЗ Зароб
Сугд		Гор.больница			ДЗ Калаи Ходжи
		РЦЗ			
Сугд Зафаробод		ЦРБ			
		РЦЗ			
		СЦЗ Хайёти Нав			
		СЦЗ Зарафшон			
		СЦЗ Джоми			
		ДЗ Джавони			

ЧАСТЬ 2. Краткий отчет о результатах национальной оценки ПИИК [IPCAT2/ИПКАТ2]

Самооценка реализации основных компонентов ПИИК на национальном уровне

Цели Руководства ВОЗ по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций на национальном уровне заключаются в следующем[30]:

- предоставлять основанные на фактических данных рекомендации по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций, которые должны быть внедрены на национальном уровне для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам с помощью передовых методов ПИИК;
- оказывать поддержку странам и медицинским учреждениям в разработке или укреплении программ и стратегий ПИИК путем предоставления основанных на фактических данных и консенсусе руководств, которые могут быть адаптированы к местным условиям с учетом имеющихся ресурсов и потребностей общественного здравоохранения.

Цель ИПКАТ2

Основная цель ИПКАТ2 — содействовать эффективной реализации стратегий профилактики и контроля инфекций, являясь практической дорожной картой для мероприятий ПИИК. Этот инструмент помогает руководителям систематически оценивать, какие основные компоненты программ ПИИК уже внедрены, выявляя существующие сильные стороны, и определять области, в которых имеются пробелы или слабые места, что позволяет разработать целевые планы действий. ИПКАТ2 построен на основе шести основных компонентов, изложенных в руководстве ВОЗ для программ ПИИК на национальном уровне. Каждый из этих компонентов далее подразделяется на несколько разделов, каждый из которых содержит основные показатели, отражающие ключевые элементы успешных мероприятий по ПИИК.

ИПКАТ состоит из 112 пунктов, на каждый из которых можно ответить «да» или «нет». Пункты разделены на шесть основных компонентов: (i) программа ПИИК, (ii) руководства ПИИК, (iii) образование и обучение в области ПИИК, (iv) эпидемиологический надзор за ИСМП, (v) мультимодальные стратегии внедрения ПИИК и (vi) мониторинг/аудит практик ПИИК. Общее количество ответов «да» по всем пунктам, перечисленным в рамках основного компонента, используется для расчета процентного балла по каждому компоненту. Баллы также могут быть выведены для подкомпонентов в рамках каждого из основных компонентов. Общий процентный балл выводится на основе общего количества пунктов с ответом «да» из 112 пунктов в контрольном списке.

[30]Всемирная организация здравоохранения, Руководства по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций на национальном уровне и на уровне медицинских учреждений неотложной помощи., ВОЗ, Женева, 2016. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929. Всемирная организация здравоохранения, Временное практическое руководство, поддерживающее национальную реализацию руководящих принципов ВОЗ по основным компонентам программ профилактики и контроля инфекций, ВОЗ, Женева, 2017. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017-8

Процентные показатели, полученные основными компонентами и подкомпонентами ИПКАТ, в период с 2022 по 2025 гг.

Ключевые компненты ПИИК	Подкомпоненты	2022	2025
i. Программа ПИИК	**Общий балл**	13%	35%
	Организация и руководство программой	0 %	38%
	Определение круга обязанностей	14%	43%
	Связи с другими программами и профессиональными организациями	25%	25%
ii. Руководство в области ПИИК	**Общий балл**	56%	75%
	Разработка, распространение и внедрение национальных руководств	56%	89%
	Обучение и подготовка соответствующих медицинских работников по руководству ПИИК	0%	33%
	Мониторинг соблюдения требований руководства	0%	0%
iii. Подготовка и обучение по ПИИК	**Общий балл**	5%	65%
	Поддержка и содействие образованию и обучению в области ПИИК на уровне учреждений	0%	80%
	Национальные учебные программы и обучение в области ПИИК	20%	60%
	Мониторинг обучения	0%	0%
	Реализация обучения	0%	67%
iv. Эпиднадзор за ИСМП	**Общий балл**	27%	50%
	Координация эпиднадзора на национальном уровне	29%	75%
	Национальные цели эпиднадзора	0%	60%
	Приоритетные ИСМП для эпиднадзора	50%	50%
	Методы эпиднадзора	33%	33%
v. Мультимодальные стратегии ПИИК	**Общий балл**	13%	55%
	Национальная и субнациональная координация в поддержку реализации на местном уровне мер по улучшению ПИИК	0%	100%
	Национальное и субнациональное содействие в поддержку реализации на местном уровне мер по улучшению ПИИК	0%	60%
	Связь между программой и аккредитацией	50%	50%
vi. Мониторинг/Аудит практики ПИИК и обратная связь	**Общий балл**	0%	31%
	Система мониторинга/аудита и обратной связи для ПИИК	0%	33%
	Показатели мониторинга/аудита	0%	25%
	Процесс мониторинга/аудита и обратной связи и отчетность	0%	17%

Представлена медиана этого показателя для национальной программы ПИИК.

Неудовлетворительный; *Базовый*; *Промежуточный*; *Продвинутый*.

Как указано результаты оценки демонстрируют значительный прогресс во многих областях, особенно в разработке руководств, образовательных и учебных инициативах и реализации мультимодальных стратегий. Несмотря на отмеченные выше успехи, в области мониторинга, механизмов обратной связи и интеграции программ сохраняются серьезные недостатки, которые могут поставить под угрозу устойчивость прогресса. Ниже приводится всесторонний анализ достигнутого прогресса, существующих пробелов и стратегических последствий, выявленных в рамках шести ключевых компонентов ПИИК.

1. Программа ПИИК

Общий балл по этому компоненту вырос с 13% до 35%, что отражает появление структур для руководства программой и более четкое определение обязанностей. Лидерский потенциал улучшился с 0% до 38%, а объем обязанностей – с 14% до 43%. Однако связи с другими программами в области здравоохранения и профессиональными организациями остаются на прежнем уровне 25%, что указывает на ограниченную интеграцию.

Несмотря на создание основ управления, программа остается неустойчивой. Для обеспечения интеграции ПИИК в более широкие усилия по укреплению системы здравоохранения необходимы более сильная институциональная ответственность и межотраслевое сотрудничество.

2. Руководство ПИИК

Общий показатель улучшился с 56% до 75%, при этом отмечается значительное улучшение в разработке и распространении национального руководства (с 56% до 89%). Образование и обучение по вопросам использования руководств по-прежнему ограничены (с 0% до 33%), а мониторинг соблюдения отсутствует (0% в обоих случаях).

Национальное руководство ПИИК является надежным и широко доступным, но без систематического внедрения и контроля его эффективность ограничена. Отсутствие мониторинга соблюдения рекомендаций руководства представляет собой серьезный пробел в области подотчетности.

3. Подготовка и обучение по ПИИК

Этот основной компонент продемонстрировал значительное улучшение: общий балл вырос с 5% до 65%. Поддержка обучения на уровне учреждений выросла с 0% до 80%, а реализация обучения достигла 67%. Национальные учебные программы также улучшились (с 20% до 60%). Тем не менее, мониторинг результатов обучения остается на уровне 0%, в результате чего качество и эффективность обучения не измеряются. На основе полученных результатов самооценки, инициативы в области обучения институционализируются и расширяются. Однако без оценки компетентности и изменений в практике долгосрочная устойчивость и эффективность этих усилий остаются неопределенными.

4. Надзор за ИСМП

Общий балл по этому основному компоненту вырос с 27% до 50%, при этом национальная координация улучшилась с 29% до 75%, а выбранные задачи выросли с 0% до 60%. Однако ключевой элемент этого основного компонента — методы

эпиднадзора и расстановка приоритетов в отношении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) -остается относительно неизменным (33-50%). Несмотря на то, что системы эпидемиологического надзора на национальном уровне стали более структурированными, их внедрение остается ограниченным. Стандартизация методов и приоритизация ИСМП имеют решающее значение для получения данных, пригодных для практического использования.

5. Мультимодальные стратегии

Общий балл значительно вырос с 13% до 55%, при этом как национальная, так и субнациональная координация достигли полного соответствия на уровне 100%. Показатели содействия в поддержку реализации мер по улучшению ПИИК улучшились с 0% до 60%. Однако связи с системами аккредитации остались на прежнем уровне 50%.

Несмотря на то, что механизмы координации являются надежными, неполная интеграция с системами аккредитации и повышения качества по-прежнему препятствует полной институционализации мультимодальных интервенций ПИИК.

6. Мониторинг, аудит, и обратная связь

Этот компонент по-прежнему представляет собой наибольшую проблему, демонстрируя лишь ограниченный прогресс (с 0% до 31%). В настоящее время не существует установленных индикаторов, рамок или систематических механизмов отчетности. Отсутствие систем мониторинга и обратной связи снижает эффективность всех других инициатив ПИИК. Без надежных мер подотчетности улучшения в области обучения, руководств и координации могут оказаться неустойчивыми.

Подводя итог можно отметить, что в этой оценке отмечены значительные успехи в укреплении потенциала и согласовании политики в области ПИИК. Однако в ней также подчеркивается острая необходимость внедрения комплексных механизмов мониторинга, подотчетности и интеграции. Устранение этих пробелов имеет жизненно важное значение для закрепления достигнутых успехов, повышения безопасности пациентов и установления программы ПИИК в качестве одного из основных компонентов устойчивости национальной системы здравоохранения. Дальнейшие усилия должны быть сосредоточены на оценке результатов обучения, разработке надежных систем эпиднадзора и отчетности, а также укреплении интеграции между инициативами ПИИК и другими механизмами повышения качества для обеспечения долгосрочного воздействия и устойчивости.

Инструмент самооценки ПИИК на национальном уровне

	Элемент для оценки	Да/ Нет	Комментарии	Предложенный верификаторы
1	**Инфекция профилактика контроль (ПИИК) программы (35%)**			
1.1	**Организация и лидерство программы (38%)**			
1.1.1	Существует активная программа ПИИК на национальном уровне.	Да	Программа ПИИК описана в национальном руководстве (глава 3).	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.2	Назначенный специалист(ы) по профилактике инфекций, отвечающий(ие) за программу, может быть идентифицированы.	Нет	Заместитель министра выполняет функции координатора ПИИК.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.3	Назначенная техническая группа специалистов по профилактике инфекций включает в себя как врачей, так и медсестёр.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.4	Назначенный специалист по профилактике инфекций прошел обучение по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.5	Назначенный специалист(ы) по профилактике инфекций выделил(и) время для выполнения задач (хотя бы один человек на постоянной основе).	Нет	Частично, только на уровне МУ третичного уровня.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.6	Программе предоставлены полномочия принимать решения, которые влияют на ситуацию на местах.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.7	Существует определенный, целенаправленный бюджет, выделенный в соответствии с запланированой деятельностью.	Нет	Бюджет фрагментирован и недостаточен.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.1.8	Создается официальная многопрофильная группа/комитет или эквивалентная структура для поддержки команды ПИИК на национальном уровне (например, национальный комитет ПИИК).	Нет	Только на уровне МУ.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2	**Объем обязанностей по ПИИК определяется и включает (43%)**			
1.2.1	Разработка национальной политики, руководств и стандартов для эффективной, основанной на фактических данных практики.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

1.2.2	Разработка национального плана профилактики ИСМП, связанных с эндемичными патогенами и патогенами, имеющими эпидемический потенциал, например, включая национальные цели, задачи и стратегии.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2.3	Разработка национальных систем мониторинга для оценки реализации политик, руководств и стандартов.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2.4	Разработка и поддержка программ обучения и образования по ПИИК для поддержки учреждения.	Да	Частично, комплексная программа обучения находится в процессе реализации.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2.5	Эпиднадзор и эпидемиология ИСМП и аспектами, ИСМП, связанными с устойчивость к противомикробным препаратам (УПП), в сотрудничестве с эпидемиологами, менеджерами данных и экспертми по информационным технологиям.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2.6	Национальный план для раннего выявления вспышек ИСМП и быстрых и эффективных ответных мер.	Да	Национального плана нет, но есть приказ МЗСЗН РТ о раннем выявлении и реагировании (№ 133, 2019 г.)	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.2.7	Обеспечение национальных закупок адекватного запаса материалов для практики ПИИК, включая доступ к основным инфраструктурам, материалам и оборудованию, необходимым для безопасных практик ПИИК.	Нет	Поставки являются обязанностью каждого МУ. За исключением некоторых дорогостоящих поставок для МУ вторичного уровня.	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3	**Связи с другими программами и профессиональными организациями - четкие связи (включая рутинные коммуникации) существуют между ПИИК (25%)**			
1.3.1	Другие национальные программы, например, устойчивость к противомикробным препаратам, качество и безопасность, вода, санитария и гигиена, окружающая среда, туберкулез, ВИЧ, иммунизация, охрана здоровья матери и ребенка, подростковое здоровье.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.2	Приоритетные программы общественного здравоохранения, включая интеграцию ПИИК с ММСП и готовностью к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

1.3.3	Национальные референтные лаборатории и лабораторная биобезопасность.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.4	Программы охраны труда.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.5	Ассоциации пациентов /гражданское общество.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.6	Научные профессиональные организации (например, профессиональные общества ПИИК и другие соответствующие медицинские, сестринские и смежные медицинские профессиональные сообщества).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.7	Учебные заведения и академические круги.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
1.3.8	Соответствующие субнациональные органы, например, временные или районные управления здравоохранения.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2. Руководства ПИИК (75%)				
2.1	**Разработка, распространение и выполнение национального руководства (89%)**			
2.1.1	Программа ПИИК имеет мандат на разработку руководств по профилактике и контролю ИСМП.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.2	Руководство предназначено для национального охвата, включая все учреждения неотложной медицинской помощи (как государственные, так и частные).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.3	Руководство пересматривается и обновляется не реже одного раза в пять лет для отражения текущей доказательной базы.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.4	Разработка руководств предполагает использование научных знаний, основанных на фактических данных, и международных/ национальных стандартов.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.5	Программа ПИИК имеет необходимый опыт для разработки национальных руководств.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.6	Программа ПИИК активно занимается адаптацией руководств и стандартизацией эффективных профилактических мер (стандартных операционных процедур) и их внедрением с учетом местных условий.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

2.1.7	Разработка руководства предполагает заблаговременное вовлечение ключевых заинтересованных сторон, включая программы, тесно связанных с ПИИК (см. раздел 1.3).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.8	Программа ПИИК разрабатывает стратегии мультимодального внедрения, используя имеющиеся национальные/международные руководсьва по реализации мероприятий.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.1.9	Программа ПИИК способна обеспечить наличие/реализацию необходимых инфраструктурных и связанных с поставками условий, что инфраструктура и требования, связанные с поставками, позволяющих внедрять руководства на уровне учреждения.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.2	**Образование и обучение в области ПИИК (33%)**			
2.2.1	Программа ПИИК поддерживает и обязывает программу образования работников здравоохранения проводить обучение по рекомендациям руководства во всех учреждениях.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.2.2	Программа ПИИК поддерживает и обязывает программу образования работников здравоохранения и обучение по рекомендациям руководства на додипломном уровне образования.	Нет	В ходе выполнения	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.2.3	Программа ПИИК поддерживает и обязывает программу образования работников здравоохранения и обучение по рекомендациям руководства на уровне последипломной подготовки.	Нет	В ходе выполнения	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.3	**Мониторинг соблюдения рекомендаций (0%)**			
2.3.1	Существует национальная система и график мониторинга и оценки для проверки соблюдения рекомендаций руководства, например, как минимум ежегодно.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.4	**Минимальный набор национальных руководств (100%)**			
2.4.1	Национальные руководства основаны на местных приоритетах, частоте практик и практиках, связанных с группами населения, наиболее подверженных риску заражения ИСМП.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.4.2	Базовые/необходимые руководства были разработаны/адаптированы, основываясь на международных стандартах.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
2.4.3	Специальные рекомендации по профилактике наиболее распространенных ИСМП были разработаны в зависимости от контекста и сложности необходимого ухода	Да	На рассмотрении МЗСЗН РТ	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

	(инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетером, инфекции кровотока, связанные с центральным катетером, инфекции хирургического поля, инфекции, связанные с искусственной вентиляцией лёгких).			
3	**ПИИК образование и обучение (65%)**			
3.1	**Поддержка и содействие обучению и подготовке специалистов по инфекционному контролю на уровне учреждения (80%)**			
3.1.1	Национальная программа ПИИК предоставляет руководство и рекомендации по обучению без отрыва от производства на уровне учреждения (например, частота, требуемые знания, требования к ориентации новых сотрудников, подходы к мониторингу и оценке).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.1.2	Национальная программа ПИИК предоставляет содержание обучения и поддерживает обучение по ПИИК для всех медицинских сотудников учреждений.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.1.3	Национальная программа ПИИК предоставляет содержание обучения и поддерживает обучение по ПИИК другим сотрудникам, которые обеспечивают предоставление медицинских услуг.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.1.4	Национальная программа ПИИК предоставляет содержание обучения и поддерживает обучение по ПИИК для поддержки развития компетенций /развития карьера по ПИИК.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.1.5	Национальная программа ПИИК предоставляет содержание и поддержку для проведения национального эпиднадзора за ИСМП.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.2	**Национальный учебные программы и ПИИК обучение и образование (60%)**			
3.2.1	Национальные учебные программы ПИИК, разработанные (или находящиеся в стадии разработки) в сотрудничестве с местными академическими учреждениями, доступны для курсов додипломного образования.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.2.2	Национальные учебные программы ПИИК, разработанные (или разрабатываемые) в сотрудничестве с местными академическими учреждениями, доступны для курсов последипломного образования.	Да	В разработке	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.2.3	Национальные учебные программы разрабатываются на основе международных учебных программ/сетей и адаптируются к национальным потребностям и местным ресурсам.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

3.2.4	Национальный учебные программы адаптированны к национальным потребностям и местным ресурсам.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.2.5	Обучение по ПИИК интегрировано в непрерывное медицинское, сестринское и смежное профессиональное образование в сфере здравоохранения.	Нет	В настоящее время в процессе	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.3	**Мониторинг образования и обучения по вопросам ПИИК (0%)**			
3.3.1	Существует национальная система и порядок мониторинга и оценки для проверки эффективности обучения и образования, например, не реже одного раза в год.	Нет	В настоящее время в порцессе	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4	**Реализация мероприятий по обучению и образованию (67%)**			
3.4.1	Для поддержки внедрения учебных программ доступны стандартизированные учебные пособия, соответствующие национальным рекомендациям и международным стандартам.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4.2	Национальная программа обучения ПИИК направлена на содействие использованию стратегий, основанных на участии, командной работе и выполнении конкретных задач.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4.3	Национальное обучение ПИИК поддерживает пакеты материалов для использовании симуляционного обучения.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4.4	Национальная программа обучения ПИИК поддерживает пакеты, способствующие использованию мультимодальных стратегий.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4.5	Национальная программа обучения ПИИК поддерживает пакеты для содействовать интеграции и внедрению обучения по ПИИК в клиническую практику и обучение других дисциплин.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
3.4.6	Национальная программа обучения ПИИК поддерживает пакеты для продвижения важности вовлечения пациентов или членов их семей в обучающие программы на уровне учреждения.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4	**Эпиднадзор за ИСМП (50%)**			
4.1	**Координация эпиднадзора на национальном уровне (75%)**			
4.1.1	Создана и поддерживается (в том числе финансово) правительством и местными органами власти национальная программа эпидемиологического надзора за ИСМП и сеть соответствующих учреждений.	Да	Финансовая поддержка недостаточна	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

4.1.2	Национальная команда ПИИК обучена концепциям и методам эпидемиологического надзора за ИСМП.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.1.3	Руководители национальной программы инфекционного контроля (или партнеры по сотрудничеству) назначаются для координации национальной программы и сети эпидемиологического надзора за ИСМП.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.1.4	Национальная программа ПИИК собирает репрезентативную выборку данных об ИСМП на уровне страны или в отдельных регионах в зависимости от возможности, включая привлечение обученных сборщиков данных.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.1.5	Национальная программа эпидемиологического надзора за ИСМП связана с системами эпидемиологического надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП).	Да	На пилотной основе	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.1.6	Национальная программа эпидемиологического надзора за ИСМП взаимодействует с национальными органами здравоохранения, ответственными за соблюдение Международных медико-санитарных правил, для обеспечения своевременного выявления вспышек заболеваний.	Да		*Совместное совещание с экспертами ПИИК (приказ Минздрав №133, 2019)*
4.1.7	Данные национального эпиднадзора за ИСМП используются для целей сравнительного анализа (например, для установления базовых показателей для сравнения).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.2	**Национальные цели эпидемиологического надзора определены и включают (60%)**			
4.2.1	Описание эпидемиологии ИСМП (то есть заболеваемость и/или распространенность, тип, этиология , тяжесть, бремя заболевания).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.2.2	Выявление факторов риска, например, высокого риска населения, процедуры и экспозиции.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.2.3	Раннее выявление вспышек заболеваний.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.2.4	Определение приоритетов политики.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

4.2.5	Оценка эффективности мер ПИИК.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3	**Приоритетные ИСМП для эпиднадзора определены и включают (50%)**			
4.3.1	Инфекции, склонные к эпидемиям (например, норовирус, грипп, тяжелые острые респираторный синдром).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3.2	Инфекции у уязвимых групп населения (например, новорожденные, ожоговые больные, пациенты отделений интенсивной терапии, лица с ослабленным иммунитетом).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3.3	Инфекции, которые могут вызвать серьезные последствия.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3.4	Инфекции, вызванные патогенами с множественной лекарственной устойчивостью, обширной лекарственной устойчивостью и панрезистентностью (например, приоритеты ВОЗ/Глобальные системы антимикробного надзора).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3.5	Инфекции, связанные с инвазивными устройствами или специфическими процедурами (например, внутрисосудистыми устройствами, хирургическим вмешательством и т. д .)	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.3.6	Инфекции, которые могут поражать медицинских работников в клинических, лабораторных и других учреждениях (например, гепатит В или С, вирус иммунодефицита человека, грипп).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.4	**Методы эпиднадзора определены и включают (33%)**			
4.4.1	Стандартизированные методы активного проспективного сбора данных.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.4.2	Стандартизированные определения случаев инфекций (включая точные знаменатели), разработанные на основе международных стандартов, с тщательными консультациями и валидацией с местными экспертами.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.4.3	Системы для регулярной оценки качества данных (например, проверка форм отчетов о случаях заболевания, результатов микробиологических исследований, определение знаменателя) и характеристик программ эпидемиологического надзора (например, чувствительность, специфичность, приемлемость для пользователя).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

4.5	**Микробиология и лабораторная поддержка (50%)**			
4.5.1	Национальная программа ПИИК имеет микробиологическую поддержку для мониторинга определенных организмов (по крайней мере, одна национальная микробиологическая референс лаборатория).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.5.2	Микробиологические данные об этиологии и характере устойчивости к противомикробным препаратам (по крайней мере, для приоритетных внутрибольничных инфекций, например, наиболее тяжелых инфекций).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6	**Информация анализируется, и всем заинтересованным сторонам предоставляется своевременная обратная связь**			
4.6.1	Налажены четкие и регулярные каналы отчетности от учреждения до национального уровня.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.2	Национальный ПИИК программа имеет четкий план для управления и анализа данных на национальном уровне.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.3	Национальная программа ПИИК предоставляет своевременные отчеты заинтересованным сторонам о национальной ситуации с ИСМП и особым событиям.	Да	На основе запросов	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.4	Национальная программа ПИИК предоставляет своевременные отчеты заинтересованным сторонам по вопросам управления и контроля вспышками заболеваний.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.5	Национальная программа ПИИК предоставляет своевременные отчеты соответствующим заинтересованным сторонам об ИСМП, вызванными мультирезистентными патогенами.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.6	Данные эпидемиологического надзора за ИСМП связаны с имеющимися данными по ПИИК, а также данными мониторинга водоснабжения, санитарии и гигиены.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
4.6.7	Отчеты с обратной связью, подготовленные на национальном уровне для соответствующих заинтересованных сторон, содержат как анализ, так и рекомендации.	Да	На основе запросов	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5	**Мультимодальные стратегии (55%)**			
5.1	**Национальная и субнациональная координация в поддержку местной реализации мероприятий по улучшению инфекционного контроля включает (100%)**			
5.1.1	Обученная национальная команда специалистов по ПИИК, компетентная в области науки об имплементации и мультимодальных стратегий изменения поведения.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

5.1.2	Содействие внедрению мультимодальных стратегий путем включения этого подхода в разработку руководств ПИИК, а также в образовательные и обучающие программы.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.2	**Национальный и субнациональный содействие в поддерживать местных выполнение ПИИК улучшение вмешательства включают (60%)**			
5.2.1	Содействие мерам по обеспечению наличия инфраструктуры/необходимых ресурсов для ПИИК (системные изменения).	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.2.2	Внедряется программа повышения квалификации и обучения медицинских работников по вопросам, связанным с мерами по ПИИК.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.2.3	Осуществляется содействие разработке индикаторов мониторинга (процесс или результат), отражающих мероприятия по улучшению ПИИК, включая предоставление данных обратной связи.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.2.4	Осуществляется продвижение роли коммуникаций и напоминаний/ресурсов по повышению осведомленности, касающихся улучшений в области ПИИК.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.2.5	Содействие изменению организационной культуры.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.3	**Связь между программой и аккредитацией включают (50%)**			
5.3.1	Взаимодействие между национальной программой ПИИК и отделами повышения качества/качества и безопасности для продвижения мультимодальных стратегий.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.3.2	Взаимодействие между национальной программой ПИИК и аккредитационными органами для продвижения мультимодальных стратегий.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
5.4	**Оценка мультимодальных стратегий включает (0)%**			
5.4.1	Система регулярной отчетности и оценки мультимодальных стратегий в МУ, включая обратную связь.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6	**Мониторинг/аудит практики ПИИК, обратная связь (31%)**			
6.1	**На национальном уровне создана система мониторинга/аудита и обратной связи в сфере инфекционного контроля (33%)**			
6.1.1	Четко определенный план, ориентированный на результаты, процессы и стратегии ПИИК, с ясными целями, задачами и оперативными планами.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

6.1.2	Показатели ПИИК интегрированы в национальные системы мониторинга, например, в систему управления информацией в сфере здравоохранения.	Да	Частично	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.1.3	Разработка инструментов для систематического сбора информации, необходимой для мониторинга/аудита и обратной связи, включая структуру самооценки гигиены рук ВОЗ.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.1.4	Национальные мероприятия по мониторингу/аудиту и обратной связи согласованы с аналогичными мероприятиями на местном уровне (с упором на основные показатели ПИИК).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.1.5	Создан механизм обучения национальных и местных аудиторов.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.1.6	Механизмы для сопоставления/перекрестной проверки данных мониторинга/аудита ПИИК с имеющимися данными мониторинга водоснабжения, санитарии и гигиены.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.2	**Индикаторы мониторинга/аудита определены (25%)**			
6.2.1	Мониторинг соблюдения правил гигиены рук и обратная связь определены как ключевой национальный показатель, по крайней мере для референс больниц.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.2.2	Все показатели привязаны к целевым показателям, установленным в национальном плане работы по ПИИК.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.2.3	Основные показатели включают как показатели процесса, так и показатели результата (например, ориентированные на структуру/инфраструктуру и окружающую среду, а также на практику медицинских работников).	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.2.4	Определен минимальный набор основных показателей для медицинских учреждений страны.	Да		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.3	**Мониторинг/аудит и процесс обратной связи и отчетность (17%)**			
6.3.1	Информация о мониторинге/аудите национальных целей и стратегий в области ПИИК собирается регулярно.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.3.2	Мониторинг/аудит деятельности и структур ПИИК в медицинских учреждениях проводится регулярно.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.3.3	Собранная информация регулярно анализируется и используется для принятия решений на национальном уровне.	Да	Редко	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

6.3.4	Оценка эффективности местных программ ПИИК проводится с ориентацией на улучшение институциональный культуры.	Да	Не регулярно, только благодаря поддержке доноров	*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.3.5	Национальная программа ПИИК способствует проведению самооценки или экспертной оценки на уровне учреждений в соответствии с национальными стандартами/целями.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*
6.3.6	Регулярные отчеты о результатах мониторинга/аудита предоставляются для стимулирования мер по улучшению на уровне учреждения в рамках мультимодальной стратегии.	Нет		*Совместная встреча с экспертами ПИИК*

ЮНИСЕФ

для каждого ребенка