

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.4.68>

Вопросы оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь

И.А. Киреева¹, В.Б. Смычек², А.И. Разуванов²

¹Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», д. Юхновка, Минская область, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2025. – Том 24, №4. – С. 68-81.

Issues of the quality assessment of medical rehabilitation and medical and social expertise in the Republic of Belarus

I.A. Kireeva¹, V.B. Smychek², A.I. Razuvanau²

¹Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

²State Institution “National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation”, village Yukhnovka, Minsk region, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2025;24(4):68-81.

Резюме.

Цель исследования – выявить перечень актуальных и приоритетных вопросов, препятствующих качественному оказанию указанных видов медицинской деятельности, с последующей формализацией оснований для разработки современных критериев качества.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2022 году и включало три этапа. На первом этапе на основе анализа официальных документов (итогах республиканских совещаний Минздрава за 2017, 2019, 2020 гг.) был сформирован перечень системных проблем в области МР и МСЭ. Второй этап включал контент-анализ 8 нормативных документов, регулирующих проведение оценки качества, с участием 3 экспертов. Третий этап включал экспертный опрос 18 специалистов по методу Делфи для определения значимости и приоритетности ранее выявленных проблем. Применялись дескриптивные и непараметрические статистические методы, а также расчёт внутриклассового коэффициента корреляции (ICC).

Результаты. На первом этапе исследования был проведён анализ официальных материалов Минздрава Республики Беларусь, в том числе докладов по итогам республиканских совещаний службы медицинской экспертизы и реабилитации за 2017, 2019 и 2020 годы. Выявлен перечень 23 ключевых проблем (10 в сфере медико-социальной экспертизы и 13 – в сфере медицинской реабилитации), препятствующих эффективной реализации процедур и влияющих на итоговое качество оказания помощи.

На втором этапе был выполнен контент-анализ нормативных документов, регламентирующих оценку качества медицинской помощи (в том числе Положений о СМК, ведомственных инструкций, приказов). В выборку вошли 8 документов, отобранных с использованием ключевых слов: «качество медицинской помощи», «качество МСЭ», «качество реабилитации». В ходе экспертной оценки по заранее разработанной форме выявлено, что большинство документов слабо раскрывают процессуальные компоненты оценки (по модели Донабедиана), а также не отражают критерии, позволяющие зафиксировать результативность и удовлетворённость пациента.

На третьем этапе проведён опрос по методу Делфи с участием 18 экспертов, среди которых – специалисты по медицинской реабилитации, представители МРЭК и руководители учреждений здравоохранения. Каждый эксперт оценивал 23 выявленные ранее проблемы по двум шкалам: актуальность и приоритетность решения. Результаты анализа показали высокую согласованность экспертных мнений (внутриклассовый коэффициент корреляции ICC=0,94). К числу наиболее значимых проблем были отнесены: низкий уровень координации между комиссиями МСЭ и исполнителями ИПРА, слабая оценка сопутствующих заболеваний при установлении инвалидности, нарушение этапности в проведении реабилитации, а также отсутствие систематизированного учёта результатов обратной связи с пациентами. Это подтвердило необходимость системной доработки действующих критериев оценки качества.

Заключение. Исследование позволило объективно выявить дефициты в нормативной регламентации оценки качества МР и МСЭ, а также систематизировать проблемные зоны. Полученные данные легли в основу последующей разработки критериев оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: оценка качества, медицинская реабилитация, медико-социальная экспертиза, метод Делфи, модель Донабедиана.

Abstract.

Objectives. To identify the list of relevant and priority issues that hinder the high-quality provision of the specified types of medical services with subsequent formalization of the grounds for developing modern quality criteria.

Material and methods. The study was conducted in 2022 and consisted of three stages. In the first stage on the basis of the official documents analysis (the results of republican meetings of the Ministry of Health for 2017, 2019, 2020), the list of systemic problems in the field of MR and MSE was formed. The second stage included content analysis of 8 regulatory documents governing the conduct of quality assessment, with the participation of 3 experts. The third stage included an expert survey of 18 specialists using the Delphi method to determine the significance and priority of previously revealed problems. Descriptive and non-parametric statistical methods were used, as well as the calculation of the intraclass correlation coefficient (ICC).

Results. At the first stage of the study, the analysis of official materials from the Ministry of Health of the Republic of Belarus was conducted, including reports on the results of republican meetings of the medical examination and rehabilitation service for 2017, 2019 and 2020. The list of 23 key problems (10 in the field of medical and social examination and 13 in the field of medical rehabilitation) was identified that hinder the effective implementation of procedures and affect the final quality of care. The second stage involved the content analysis of regulatory documents governing the assessment of the quality of medical care (including regulations on the quality management system, departmental instructions, and orders). The sample included eight documents selected using the keywords: 'quality of medical care,' 'quality of MSEC,' and 'quality of rehabilitation.' During the expert assessment using a pre-developed form, it was found that most documents poorly disclose the procedural components of the assessment (according to the Donabedian model) and do not reflect the criteria for recording effectiveness and patient's satisfaction.

In the third stage, the Delphi survey was conducted with the participation of 18 experts, including medical rehabilitation specialists, representatives of the MREC, and heads of healthcare institutions. Each expert assessed 23 previously identified problems on two scales: relevance and priority of solution. The analysis results showed a high degree of agreement among the experts (intraclass correlation coefficient ICC = 0.94). The most significant problems included: low level of coordination between MSE commissions and IPRI (individual programs of rehabilitation of invalids) implementers, poor assessment of comorbidities when determining disability, violation of the stages of rehabilitation, and lack of systematic recording of patients' feedback. This confirmed the need for systematic refinement of the existing quality assessment criteria.

Conclusions. The study made it possible to identify objectively deficiencies in the regulatory framework for assessing the quality of MR and MSE, as well as to systematize problem areas. The data obtained formed the basis for the subsequent development of criteria for assessing the quality of medical rehabilitation and medical and social expertise.

Keywords: quality assessment, medical rehabilitation, medical and social expertise, Delphi method, Donabedian model.

Введение

В Республике Беларусь повышение качества, доступности и безопасности медицинской помощи, включая МР и МСЭ, декларируется как чрезвычайно важное приоритетное направление государственной политики в области охраны здоровья, и находит самую активную поддержку на всех уровнях – от разработки по решению Правительства Республики Беларусь системы управления качеством медицинской помощи и медицинских экспертиз, до утверждения Министерством здравоохранения критериев оценки качества медицинской помощи по всем основным группам заболеваний (состояний) и условиям ее оказания, критериев оценки качества медицинских экспертиз [1, 2].

Целью создания системы управления качеством медицинской помощи явилось предоставление пациенту качественной, эффективной и безопасной медицинской помощи; обеспечение удовлетворенности пациента качеством оказанной ему медицинской помощи.

В настоящее время в Республике Беларусь в рамках системы управления качеством медицинской помощи осуществляется:

– государственный контроль (надзор) за качеством медицинской помощи, который осуществляется Министерством здравоохранения, как контролирующим (надзорным) органом в соответствии с Перечнем контролирующих (надзорных) органов, уполномоченных проводить проверки, и сфер их контрольной (надзорной) деятельности,

утвержденным Указом Президента Республики Беларусь от 16 октября 2009 г. № 510 «О совершенствовании контрольной (надзорной) деятельности в Республике Беларусь» [3]. Контрольная (надзорная) деятельность осуществляется Министерством здравоохранения в форме оценки качества оказания медицинской помощи, медицинских экспертиз, мониторингов;

– отраслевой (ведомственный) контроль: контроль, проводимый при осуществлении управления медицинской деятельностью организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, главным управлениям по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитету по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета;

– первичный (внутренний) контроль, проводимый организациями здравоохранения, осуществляющими оказание медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз.

Управление качеством медицинской помощи в Республике Беларусь, а также проведение контроля качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с отраслевой (ведомственной) системой организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Беларусь, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2022 г. № 684, на республиканском, областном (г. Минска) и первичном уровнях [4].

Республиканский уровень управления качеством медицинской помощи обеспечивается:

– Министерством здравоохранения, которое реализует государственную политику в отрасли здравоохранения, осуществляет контроль за качеством медицинской помощи, обеспечивает организационно-методическое руководство деятельностью органов управления здравоохранением и организаций здравоохранения при осуществлении управления качеством медицинской помощи, медицинской аккредитации. В целях реализации принципа независимости, разделены функции организации и контроля качества медицинской помощи в структуре Министерства здравоохранения, организованы Главное управление контроля медицинской деятельности и обращения лекарственных средств и Главное управление организации медицинской помощи;

– ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», осуществляющим координационно-аналитическую деятельность в области оценки ка-

чества медицинской помощи, обобщение и анализ результатов оценки качества;

– Республиканскими (Минским) научно-практическими центрами, осуществляющими оказание медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, оценку качества медицинской помощи, оказываемой специализированными службами;

лечебно-контрольным советом Министерства здравоохранения, который организован и функционирует в целях совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, рассмотрения результатов экспертизы и оценки качества медицинской помощи.

Областной уровень управления качеством медицинской помощи обеспечивается:

– главными управлениями по здравоохранению областных исполнительных комитетов;

– Комитетом по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета;

– медико-реабилитационными экспертными комиссиями, в которых для оценки качества медицинской помощи, разработки мероприятий по предупреждению, своевременному выявлению и устранению недостатков оказания медицинской помощи и причин, способствующих их возникновению, в областях и г. Минске организованы отделы оценки качества медицинской помощи;

– ЛКС главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

Первичный уровень управления качеством медицинской помощи обеспечивается организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь и проводящими медицинские экспертизы, а именно: лицом, ответственным за организацию проведения оценки качества медицинской помощи, медицинских экспертиз в организации здравоохранения, ВКК, заведующими структурными подразделениями, врачами-экспертами. Для обеспечения функционирования данного уровня организационной вертикали введены должности заместителя руководителя организации здравоохранения по медицинской экспертизе и реабилитации, врачей-экспертов.

Одними из основных элементов системы управления качеством медицинской помощи, форм проведения контроля качества медицинской помощи, установленных Законом о здравоохранении, являются [5]:

– экспертиза качества медицинской помощи (далее – экспертиза качества) [ст. 37-2], которая

проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения;

- проводится комиссиями: ВКК, комиссиями, созданными Министерством здравоохранения, главными управлениями по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитетом по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета и организациями здравоохранения;

- оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества) [ст. 37-4], которая:

- является новым самостоятельным видом медицинской деятельности и основным компонентом системы управления качеством медицинской помощи;

- проводится в целях совершенствования оказания медицинской помощи;

- обеспечивает системный подход к выявлению и устранению причин и условий, повлекших снижение качества медицинской помощи, а не выявление отдельных нарушений и недостатков.

Комплексный анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи и оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз позволяет более эффективно и целенаправленно управлять деятельностью организации здравоохранения.

Для успешного функционирования системы управления качеством медицинской помощи, в целях обеспечения единого подхода к организации и проведению контроля качества оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз Министерством здравоохранения при непосредственном нашем участии обеспечено нормативное регулирование порядка, случаев и сроков проведения экспертизы качества медицинской помощи и оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, объем проведения оценки качества, персональный состав и порядок работы комиссий при проведении экспертизы качества [6].

Порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи установлен Инструкцией о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи, разработанной с нашим непосредственным участием и утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества

медицинской помощи» (далее – постановление №55) [7].

Порядок и случаи проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз при осуществлении управления деятельностью организаций здравоохранения, подчиненных (входящих в систему) Министерству здравоохранения, главным управлениям по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитету по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, установлены Инструкцией о порядке и случаях проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, утвержденной постановлением №55. Оценка качества осуществляется в соответствии с планами проведения оценки качества в случаях отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения; по решению Министерства здравоохранения, главных управлений по здравоохранению, Комитета по здравоохранению в случаях получения информации о нарушениях и (или) недостатках в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз и (или) снижении их качества.

Таким образом, в Республике Беларусь было организовано проведение контроля качества МР и МСЭ, имеются основные нормативные правовые акты, регламентирующие проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи.

Поиск и выбор эффективных методов управления не только качеством медицинской помощи, но также качеством медицинских экспертиз, совокупность которых составляет единую систему управления качеством медицинской деятельности, – важнейшая задача, стоящая перед отечественным здравоохранением. Следовательно, обеспечение качества как при оказании МР, так и при осуществлении МСЭ требует пристального внимания, изучения существующих проблем, разработки путей их устранения для повышения качества данных видов медицинской деятельности.

Материал и методы

Наше исследование предполагало последовательное выполнение нескольких этапов.

Этап 1. Формирование первичного перечня проблем.

На первом этапе был сформирован исходный перечень проблем, связанных с качеством оказания медицинской реабилитационной помощи и проведением медико-социальной экспертизы.

Этап 2. Оценка нормативных документов с помощью метода Делфи.

В настоящем исследовании метод экспертных оценок (метод Делфи) был использован как центральный инструмент для выявления, формализации и последующего ранжирования проблем, связанных с качеством оказания МР и МСЭ. Методология экспертных оценок позволила получить обоснованное и согласованное мнение группы экспертов в условиях ограниченного числа участников и высокой специфичности предмета исследования.

Для уточнения представления о нормативном обеспечении качества в сфере МСЭ и МР, а также для выявления пробелов в регламентации был организован первичный экспертный опрос. Основной задачей данного этапа было проведение контент-анализа действующих нормативно-правовых актов и методических материалов, затрагивающих вопросы оценки качества в рассматриваемых областях.

Оценка проводилась тремя экспертами, включая одного автора исследования. Для повышения объективности и снижения субъективного фактора были привлечены двое независимых экспертов.

Этап 3. Оценка актуальности и приоритета проблем.

На следующем этапе был подготовлен второй экспертный опрос по методу Делфи. Целью данного раунда стало ранжирование выявленных проблем по двум параметрам:

1. Актуальность (насколько проблема значима в настоящее время);

2. Приоритетность решения (насколько срочно необходимо её устранение в рамках системы здравоохранения).

На данном этапе для оценки актуальности и приоритета проблем было привлечено 18 экспертов.

Ключевым условием для включения эксперта в исследование были определены следующие критерии:

- высшее медицинское образование;
- стаж работы по профилю (МСЭ или МР) не менее 10 лет;
- практический опыт в сфере организации, проведения или оценки качества МР или МСЭ;
- участие в образовательной, экспертной или управленческой деятельности в области МР или МСЭ.

Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS, STATISTICA,

Microsoft EXCEL. По результатам опросов были рассчитаны [8]:

– медианы и средние баллы по каждому пункту с использованием методов описательной статистики;

– ранговая позиция проблемы в общем списке отдельно для актуальности и приоритета решения с помощью статистического критерия Крускала-Уоллиса;

– степень соответствия ($z \leq 1,96$) актуальности и приоритета решения каждой проблемы между всеми экспертами с помощью критерия знаковых рангов Вилкоксона;

– согласие между всеми экспертами для актуальности и приоритета решения проблемы в отдельности с помощью статистического теста Хи-квадрат (χ^2) для дихотомических данных: 0 – отсутствует актуальность / приоритетность решения, 1 – наличие в той или иной степени актуальности / приоритетности решения проблемы;

– степень согласия мнений экспертов в отношении проблем МСЭ и МР по документам МЗ РБ с помощью внутриклассового коэффициента корреляции (intraclass correlation coefficient, ICC). Количественным критерием уровня межэкспертного согласия являлись следующие значения ICC: менее 0,5 – низкое согласие; 0,5-0,75 – умеренное согласие; 0,75-0,90 – высокое согласие; >0,9 – абсолютное согласие [9].

ICC по большинству оценок превысил 0,9, что свидетельствовало о высоком уровне согласия. Разброс оценок оказался минимальным, а структура оценок – устойчивой, что дало основание считать сформированный перечень проблем обоснованным и пригодным для использования в качестве основы модели оценки качества.

Результаты и обсуждение

В ходе выполнения первого этапа исследования в качестве базы для выделения существующих вопросов использованы официальные материалы республиканских совещаний, проведенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь по итогам работы службы медицинской экспертизы и реабилитации за 2017, 2019 и 2020 годы. Это позволило опереться на эмпирически зафиксированные замечания, трудности, ошибки и предложения, исходившие как от практикующих специалистов, так и от административного руководства системы здравоохранения.

Полученный массив был подвергнут структурному и тематическому анализу, в ходе которого проблемы были классифицированы по типу: организационные, нормативно-методические, кадровые, содержательные (медицинские), коммуникативные и иные. Также была проведена предварительная группировка по направлению (МСЭ или МР) и по компоненту системы качества (структура, процесс, результат).

Основной задачей второго этапа было проведение контент-анализа действующих нормативно-правовых актов и методических материалов, затрагивающих вопросы оценки качества в рассматриваемых областях.

Поиск документов осуществлялся в правовых информационных системах ILEX.by и MED.by в интервале с 01.01.2000 г. по 31.12.2022 г. Были использованы следующие ключевые слова и словосочетания:

- «оценка качества медицинской помощи»;
- «оценка качества медико-социальной экспертизы»;
- «оценка качества медицинской реабилитации»;
- «качество медицинской помощи»;
- «качество медико-социальной экспертизы»;
- «качество медицинской реабилитации».

Таким образом были отобраны следующие документы:

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 г. № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» (далее – Постановление МЗ №55);

– Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2021 г. № 1685 «О порядке изучения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях» (далее – Приказ МЗ №1685);

– Приказ комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета от 21.07.2021 г. № 466 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения г. Минска» (далее – Приказ комитета №466);

– Приказ комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета от 30.07.2021 г. № 484 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, эксперти-

зе качества медицинской помощи» (далее – Приказ комитета №484);

– Типовой проект законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС» (Принято 06.04.2010 г.);

– «Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях (инструкция по применению)», от 29.05.2002 г., регистрационный № 37-0102;

– Решение Минского областного исполнительного комитета от 26.06.2006 г. № 613 «Об организации ежегодного областного смотра среди организаций здравоохранения «За повышение качества медицинской помощи и создание оптимальных условий для развития и совершенствования здравоохранения в Минской области» (далее – Решение Минского облисполкома №613);

– «Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению)» от 23.04.2018 г., регистрационный № 121-1117.

На основании отобранных документов была сформирована анкета, содержащая 3 аналитических блока:

Отражение решения сформированных проблем в сфере медико-социальной экспертизы;

Отражения решения сформированных проблем в сфере медицинской реабилитации;

Отражение структуры, процесса и результата в содержании документов.

Оценка проводилась тремя экспертами, включая одного автора исследования. Для повышения объективности и снижения субъективного фактора были привлечены двое независимых экспертов.

При анализе отобранных документов, оценивалась степень отражения решения следующих проблем в сфере медико-социальной экспертизы:

– позднее направление на МСЭ при наличии признаков инвалидности;

– отсутствие преемственности между ВКК и МРЭК;

– недостаточное обоснование сроков инвалидности при вынесении экспертного решения;

– слабая связь между МРЭК и исполнителями ИПРА;

– недооценка влияния сопутствующих заболеваний на инвалидизирующие последствия основного заболевания;

– недостаточная коммуникация экспертов с пациентами;

- дублирование обследований по требованию пациентов;
- недостаточные критерии оценки качества проведения медико-социальной экспертизы;
- недооценка динамики инвалидности;
- конфликтные ситуации во время осуществления МСЭ;
- агрессивное поведение пациентов;
- отсутствие в должной мере безбарьерной среды.

Для снижения субъективности анализа документов на первом этапе исследования привлекались три эксперта, включая самого диссертанта.

При оценке Постановления МЗ № 55 экспертами было дано всего 36,3% положительных ответов об отражении решения сформированных проблем в сфере медико-социальной экспертизы. При оценке приказов комитета № 466 и № 484 от экспертов было получено по 6,7% положительных ответов о решении данными нормативными правовыми актами сформированных проблем. Таким образом, 93,3% ответов были отрицательными. В остальных документах вовсе не отражено решение ни одной из сформированных проблем (табл. 1).

Отражение решения сформированных проблем в сфере медицинской реабилитации оценивалось по следующим критериям:

- недостаточная организация МР на лечебно-реабилитационном этапе;

- несоблюдение приказов МЗ РБ по переводу пациентов на ранний этап стационарной МР;
- некачественное составление выписных эпикризов без указания динамики нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности;
- неэффективная организация амбулаторного этапа МР;
- недостаточно объективная оценка нарушений функций и ограничений жизнедеятельности;
- устаревшая редакция клинических протоколов медицинской реабилитации;
- нечеткая маршрутизация между этапами;
- формальная оценка эффективности МР;
- недостаточное применение шкал и тестов;
- недостаточная универсальность подготовки врачей-реабилитологов.

Оценка показала, что отражение решения сформированных проблем в сфере медицинской реабилитации в изученных документах также крайне недостаточно. Незначительное количество положительных ответов (6,7%) было получено только при оценке экспертами Инструкции по применению методики оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях.

На вопрос о решении сформированных проблем в остальных изученных документах эксперты единогласно ответили отрицательно (табл. 2).

Таблица 1 – Экспертная оценка регулирующих документов по степени отражения решения сформированных проблем в сфере медико-социальной экспертизы

№	Наименование регулирующего документа	Удельный вес положительных оценок	Удельный вес отрицательных оценок	Уровень межэкспертного согласия (r; p)
1	Постановление МЗ №55	36,3%	63,7%	0,648; p=0,014
2	Приказ МЗ № 1685	0%	100%	0,97; p=0,0001
3	Приказ комитета № 466	6,7%	93,3%	0,889; p=0,0019
4	Приказ комитета № 484	6,7%	93,3%	0,889; p=0,0019
5	«Типовой проект законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС», 06.04.2010	0	100%	0,93; p=0,0001
6	Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях (инструкция по применению)	0	100%	0,98; p=0,0001
7	Решение Минского облисполкома № 613	0%	100%	0,98; p=0,0001
8	Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению)	0%	100%	0,98; p=0,0001

Таблица 2 – Экспертная оценка регулирующих документов по степени отражения решения сформированных проблем в сфере медицинской реабилитации

№	Наименование регулирующего документа	Удельный вес положительных оценок	Удельный вес отрицательных оценок	Уровень межэкспертного согласия (r; p)
1	Постановление МЗ №55	0%	100%	0,98; p=0,0001
2	Приказ МЗ № 1685	0%	100%	0,98; p=0,0001
3	Приказ комитета № 466	0%	100%	0,98; p=0,0001
4	Приказ комитета № 484	0%	100%	0,98; p=0,0001
5	«Типовой проект законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС», 06.04.2010	0%	100%	0,98; p=0,0001
6	Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях (инструкция по применению)	6,7%	93,3%	0,889; p=0,0019
7	Решение Минского облисполкома № 613	0%	100%	0,98; p=0,0001
8	Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению)	0%	100%	0,98; p=0,0001

В ходе анализа полноты отражения в содержании отобранных документов всех компонентов концепта «триада Донабедиана» все эксперты единогласно отметили отсутствие во всех исследованных документах такого компонента, как «Процесс» [10].

Структура по мнению большинства экспертов (66,7%) отражена в таких документах, как Постановление Минздрава № 55, Приказы комитета № 466 и № 484, «Типовой проект законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС», Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению). В остальных документах отражение компонента «Структура» экспертами не отмечено.

Компонент «Результат» по мнению двух из трех экспертов присутствует в Постановлении Минздрава № 55, Приказе комитета № 484, «Типовом проекте законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС». Наличие данного компонента в Приказе комитета № 466 и «Методике оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне» отметил один эксперт.

В остальных трех изученных документах компонент «Результат» также отсутствует, как и все другие компоненты (табл. 3).

На следующем этапе был подготовлен второй экспертный опрос по методу Делфи. Целью данного раунда стало ранжирование выявленных проблем по двум параметрам:

актуальность (насколько проблема значима в настоящее время);

приоритетность решения (насколько срочно необходимо её устранение в рамках системы здравоохранения).

Для этого была составлена анкета с двухуровневой шкалой, где каждый эксперт оценивал каждую проблему по шкале от 1 до 5 баллов отдельно по каждому параметру. Инструкция к анкете предполагала обязательное комментирование проблем, получивших максимальные или минимальные баллы, что обеспечивало дополнительную качественную интерпретацию данных.

Включённые в анкету проблемы касались таких направлений, как:

– слабая организация межэтапной маршрутизации в МР;

- недостаточная преемственность между МСЭ и исполнителями ИПРА;

- позднее направление пациентов на экспертизу;

- формализация подходов к оценке нарушений жизнедеятельности;

- недостаточная объективность критериев инвалидизации;

- дефицит реабилитационных кадров и установление протоколов.

Таблица 3 – Экспертная оценка регулирующих документов по степени отражения всех компонентов концепта «триада Донабедиана»

№	Документы	Отражение всех компонентов концепта «триада Донабедиана» в отношении объекта исследования					
		Структура		Процесс		Результат	
		Результаты анализа ответов экспертов (%)	Уровень межэкспертного согласия (г; р)	Результаты анализа ответов экспертов (%)	Уровень межэкспертного согласия (г; р)	Результаты анализа ответов экспертов (%)	Уровень межэкспертного согласия (г; р)
1	Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 55	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022
2	Приказ комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета № 466	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 66,7% Да – 33,7%	0,621; p=0,022
3	Приказ комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета № 484	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022
4	«Типовой проект законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи в государствах – членах ЕврАзЭС», 06.04.2010	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022
5	«Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях (инструкция по применению)», от 29.05.2002, регистрационный № 37-0102	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001
6	Решение Минского областного исполнительного комитета № 613	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001
7	Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению) от 23.04.2018, регистрационный № 121-1117	Нет – 33,3% Да – 66,7%	0,621; p=0,022	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 66,7% Да – 33,7%	0,621; p=0,022
8	Метод оценки качества организации медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на областном уровне (инструкция по применению) от 23.04.2018, регистрационный № 121-1117	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001	Нет – 100% Да – 0%	0,98; p=0,0001

По результатам анализа мнений экспертов было выявлено, что наиболее актуальной проблемой в системе МСЭ является недооценка влияния сопутствующих заболеваний на инвалидизирующие последствия основного заболевания (средний балл 4,72; медиана 5). Эта проблема получила также наивысший приоритет по срочности решения (средний балл 4,83). В обоих случаях зафиксировано согласие экспертных оценок ($p > 0,05$ и $z \leq 1,96$), что подтверждает стабильность восприятия этой проблемы среди профессионального сообщества.

Второе место по актуальности заняла слабая связь между МРЭК и исполнителями индивидуальных программ реабилитации (ИПРА) (4,72 балла), также получившая высокую оценку приоритетности (4,78 балла). Эта проблема подчеркивает необходимость более тесной межведомственной координации при реализации ИПРА. Третьей по актуальности была названа проблема позднего направления на МСЭ (4,4 балла), которая, напротив, заняла второе место по приоритету (4,89 балла), что говорит о признании её срочности, несмотря на относительное смещение в ранжировании по актуальности.

В среднюю зону рейтинга вошли:

- недостаточные критерии оценки качества;
- агрессивное поведение пациентов;
- недостаточное обоснование сроков инвалидности;
- конфликтные ситуации при проведении МСЭ.

Менее значимыми по обоим параметрам были признаны такие проблемы, как:

- недооценка динамики инвалидности;
- дублирование обследований по требованию пациентов.

Последняя проблема особенно выделялась по несогласию экспертов в своих оценках ($\chi^2 < 0,05$).

Аналогичная процедура ранжирования была проведена для проблем медицинской реабилитации. Наиболее актуальной и приоритетной проблемой названа неэффективная организация амбулаторного этапа МР. Высокие показатели (средний балл 4,83 по актуальности и 4,94 по приоритету) в сочетании с подтвержденным согласием экспертных мнений говорят о системной значимости этого вопроса. Также актуальной проблемой (4,72 балла) с высоким приоритетом решения (4,78 балла) эксперты посчитали недостаточную организацию МР на лечебно-реабилитационном этапе. При этом по данному критерию отмечена наибольшая согласованность мнений экспертов ($z = 0,58$).

Недостаточно объективная оценка нарушений функций и ограничений жизнедеятельности по мнению экспертов также является довольно актуальной проблемой (4,61 балла), однако по приоритетности решения данная проблема заняла только 6 место (4,39 балла).

Далее следуют:

- устаревшая редакция клинических протоколов МР;
- формальная оценка эффективности МР;
- несоблюдение приказов Минздрава по переводу пациентов на ранний этап МР.

Отмечены также проблемы, касающиеся:

- недостаточной универсальности подготовки врачей-реабилитологов;
- недостаточного применения шкал и тестов в практике.

В «нижней» части списка оказались:

- некачественное составление выписных эпикризов без описания динамики нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности;
- нечеткая маршрутизация между этапами реабилитации (табл. 4).

Таким образом, использование метода Делфи позволило:

- систематизировать существующие проблемы, опираясь на документальные источники и практический опыт;
- минимизировать влияние субъективного мнения одного исследователя за счет привлечения независимых экспертов;
- количественно обосновать значимость и приоритетность ключевых затруднений в сфере МР и МСЭ;
- подготовить базу для построения критериев оценки качества, а также для дальнейшего моделирования алгоритма управления качеством в организациях здравоохранения.

Заключение

1. В Республике Беларусь создана система управления качеством медицинской помощи (в том числе медицинской реабилитации и медицинской экспертизы), предусматривающая республиканский, областной и первичный уровни.

Однако, анализ документов, регламентирующих организацию и проведение МР и МСЭ, показал, что отсутствует эффективный механизм оценки качества как МР, так и МСЭ с использованием научно обоснованных критериев оценки качества при оказании данных видов помощи пациенту.

Таблица 4 – Ранжирование проблем в сфере медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации по степени актуальности и приоритету решения (по результатам экспертной оценки)

№	Формулировка проблемы	Актуальность			Мера согласия между экспертами	Приоритет решения		
		Место в ранге (актуальность)	ср.ранг / средн.балл / медиана	Согласие экспертов по актуальности проблемы (χ^2)	Актуальность / Приоритет решения (z)	Место в ранге (приоритет решения)	ср.ранг / средн.балл / медиана	Согласие экспертов по приоритету решения проблемы (χ^2)
Ранжирование проблем медико-социальной экспертизы								
1	Недооценка влияния сопутствующих заболеваний на инвалидизирующие последствия основного заболевания	1	158,89 / 4,72 / 5	$p \chi^2 > 0,05$	1,01	1	148,67 / 4,83 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
2	Слабая связь между МРЭК и исполнителями ИПРА	2	157,53 / 4,72 / 5	$p \chi^2 > 0,05$	0,577	3	144,28 / 4,78 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
3	Позднее направление на МСЭ при наличии признаков инвалидности	3	140,81 / 4,4 / 5	$p \chi^2 > 0,05$	2,33	2	147,22 / 4,89 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
4	Недостаточные критерии оценки качества	4	129,42 / 4,22 / 5	$p \chi^2 > 0,05$	1,134	5	122,36 / 4,39 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
5	Аггравантное поведение пациентов	5	121,78 / 4,22 / 5	$p \chi^2 > 0,05$	2,33	4	131,11 / 4,61 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
6	Недостаточное обоснование сроков инвалидности при вынесении экспертного решения	6	119,86 / 4,05 / 4	$p \chi^2 > 0,05$	0,577	7	108,92 / 4,11 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
7	Конфликтные ситуации во время осуществления МСЭ	7	114,19 / 4,05 / 4	$p \chi^2 > 0,05$	1,414	8	106,94 4,06 / 4	$p \chi^2 > 0,05$
8	Отсутствие преемственности между ВКК и МРЭК	8	105,25 / 3,78 / 4	$p \chi^2 > 0,05$	2,041	6	114,5 / 4,33 / 5	$p \chi^2 > 0,05$
9	Недостаточная коммуникация экспертов с пациентами	9	92,42 / 3,55 / 4	$p \chi^2 > 0,05$	1,941	10	91,28 / 3,94 / 4	$p \chi^2 > 0,05$
10	Отсутствие в должной мере безбарьерной среды	10	84,22 / 3,4 / 3,5	$p \chi^2 > 0,05$	2,2	9	104 / 4,16 / 4	$p \chi^2 > 0,05$
11	Недооценка динамики инвалидности	11	46,72 / 2,55 / 2	$p \chi^2 > 0,05$	0,816	12	38,25 / 2,44 / 2	$p \chi^2 > 0,05$
12	Дублирование обследований по требованию пациентов	12	30,92 / 2 / 2	$p \chi^2 < 0,05$	1,111	11	44,47 / 2,11 / 1	$p \chi^2 < 0,05$

№	Формулировка проблемы	Актуальность			Мера согласия между экспертами	Приоритет решения		
		Место в ранге (актуальность)	ср.ранг / средн.балл / медиана	Согласие экспертов по актуальности проблемы (χ^2)	Актуальность / Приоритет решения (z)	Место в ранге (приоритет решения)	ср.ранг / средн.балл / медиана	Согласие экспертов по приоритету решения проблемы (χ^2)
Ранжирование проблем медицинской реабилитации								
1	Неэффективная организация амбулаторного этапа МР	1	115,83 / 4,83 / 5	$p\chi^2>0,05$	1,001	1	121,03 / 4,94 / 5	$p\chi^2>0,05$
2	Недостаточная организация МР на лечебно-реабилитационном этапе	2	109,61 / 4,72 / 5	$p\chi^2>0,05$	0,577	2	113,22 / 4,78 / 5	$p\chi^2>0,05$
3	Недостаточно объективная оценка нарушений функций и ограничений жизнедеятельности	3	107,28 / 4,61 / 5	$p\chi^2>0,05$	1,155	6	83,17 / 4,39 / 5	$p\chi^2>0,05$
4	Устаревшая редакция клинических протоколов медицинской реабилитации	4	102,08 / 4,44 / 5	$p\chi^2>0,05$	2,03	7	80,81 / 4,2 / 4,5	$p\chi^2>0,05$
5	Формальная оценка эффективности МР	5	100,33 / 4,56 / 5	$p\chi^2>0,05$	1,342	5	85,97 / 4,4 / 5	$p\chi^2>0,05$
6	Несоблюдение приказов МЗ РБ по переводу пациентов на ранний этап стационарной МР	6	89,72 / 4,39 / 5	$p\chi^2>0,05$	1,02	4	94,92 / 4,5 / 5	$p\chi^2>0,05$
7	Недостаточная универсальность подготовки врачей-реабилитологов	7	89,42 / 4,33 / 5	$p\chi^2>0,05$	1,897	3	109,72 / 4,67 / 5	$p\chi^2>0,05$
8	Недостаточное применение шкал и тестов	8	82,78 / 4,33 / 4	$p\chi^2>0,05$	1,01	9	72,56 / 4,2 / 4	$p\chi^2>0,05$
9	Некачественное составление выписных эпикризов без указания динамики нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности	9	55,25 / 3,72 / 4	$p\chi^2>0,05$	2,111	8	75,08 / 4,16 / 4	$p\chi^2>0,05$
10	Нечеткая маршрутизация между этапами	10	52,69 / 3,72 / 4	$p\chi^2>0,05$	1,299	10	68,53 / 4 / 4	$p\chi^2>0,05$

2. В стране организована многоуровневая, многокомпонентная служба МР, которая осуществляется взрослому и детскому населению в форме плановой медицинской помощи при оказании первичной, специализированной и (или) высокотехнологичной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения.

Определены маршрутизация пациентов, этапы и сроки проведения реабилитации, порядок направления пациентов на этапы МР, показания и противопоказания для её проведения.

В то же время нами установлены проблемы, препятствующие успешному проведению МР, а также их ранговое место по значимости в общем реабилитационном процессе. Устранение данных проблем будет способствовать как повышению качества осуществляемой МР, так и повышению качества жизни пациентов.

3. В Республике Беларусь создана и успешно функционирует система организации МСЭ, которая соответствует утвержденным нормативам и удовлетворяет потребности населения. Однако, нами установлены проблемы и их рейтинговая значимость, препятствующие качественному осуществлению МСЭ.

Имеющиеся малочисленные критерии оценки качества МСЭ не позволяют в полной мере проводить оценку качества экспертной работы как в отдельной организации, так и непосредственно каждого врача-эксперта. Отсутствует действенный механизм оценки качества МСЭ с использованием научно обоснованных критериев оценки ее организации и проведения. Требуется научное обоснование и практическая реализация современных подходов, позволяющих, с одной стороны, максимально объективно оценить работу специалиста, организации, службы, а с другой стороны, аргу-

ментированно обосновать суть принимаемых экспертных решений.

Литература

1. Смычек, В. Б. Контроль качества оказания медицинской помощи – приоритетное направление деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь / В. Б. Смычек, Д. С. Казакевич, Н. Б. Вольнец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; под ред. В. Б. Смычека. Минск, 2018. Вып. 20. С. 303–307.
2. Смычек, В. Б. Теоретические основы повышения качества медицинской помощи / В. Б. Смычек // Здравоохранение. 2020. № 2. С. 15–22.
3. О совершенствовании контрольной (надзорной) деятельности в Республике Беларусь : Указ Президента Респ. Беларусь от 16 окт. 2009 г. № 510 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 05.08.2025).
4. Об утверждении структуры отраслевой системы организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20 мая 2022 г. № 684 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 05.08.2025).
5. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 № 2435-XII : в ред. от 11 дек. 2020 г. № 94-3 // КонсультантПлюс. Беларусь : справ. правовая система (дата обращения: 05.08.2025).
6. Смычек, В. Б. О требованиях к качеству медицинской помощи / В. Б. Смычек // Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 25–27 нояб. 2019 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; под ред. В. Б. Смычека. Минск, 2019. С. 5–7.
7. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21 мая 2021 г. № 55 // ilex : информ. правовая система (дата обращения: 05.08.2025).
8. Гланц, С. Медико-биологическая статистика : пер. с англ. / С. Гланц. Москва : Практика, 1998. 459 с.
9. Koo, T. K. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research / T. K. Koo, M. Y. Li // Journal of chiropractic medicine. 2016 Jun. Vol. 15, № 2. P. 155–163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
10. Donabedian, A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Archives of pathology and laboratory medicine. 1990 Nov. Vol. 114, № 11. P. 1115–1118.

Поступила 07.05.2025 г.

Принята в печать 22.08.2025 г.

References

1. Smychek VB, Kazakevich DS, Volynets NB. Quality control of medical care - a priority area for the health system of the Republic of Belarus. V: M-vo zdravookhraneniya Resp Belarus', Resp nauch-prakt tsentr med ekspertizy i reabilitatsii; Smychek VB, red. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya: sb nauch st. Minsk, RB; 2018. Vyp 20. P. 303-307. (In Russ.).
2. Smychek VB. Theoretical basis for improving the quality of medical care. Zdravookhranenie. 2020;(2):15-22. (In Russ.).

3. On improvement of control (supervision) activities in the Republic of Belarus: Ukaz Prezidenta Resp Belarus' ot 16 okt 2009 g № 510. V: ilex: inform pravovaya sistema [Accessed 5th August 2025]. (In Russ.).
4. On approval of the structure of the sectoral system of organization and control of quality and safety of medical activities: prikaz M-va zdravookhraneniya Resp Belarus' ot 20 maya 2022 g № 684. V: ilex: inform pravovaya sistema [Accessed 5th August 2025]. (In Russ.).
5. About healthcare: Zakon Resp Belarus' ot 18 iyunya 1993 № 2435-XII: v red ot 11 dek 2020 g № 94-3. V: Konsul'tantPlyus.

- Belarus': sprav pravovaya sistema [Accessed 5th August 2025]. (In Russ.).
6. Smychek VB. On the quality of medical care. V: M-vo zdravookhraneniya Resp Belarus', Resp nauch-prakt tsentr med ekspertizy i reabilitatsii; Smychek VB, red. Aktual'nye voprosy meditsinskoi ekspertizy i reabilitatsii: materialy Mezhdunar nauch-prakt konf, Minsk, 25–27 noyab 2019 g. Minsk, RB; 2019. P. 5–7. (In Russ.).
 7. On the assessment of quality of medical care and medical expertise, examination of quality of medical care: postanovlenie M-va zdravookhraneniya Resp Belarus' ot 21 maya 2021 g № 55. V: ilex: inform pravovaya sistema [Accessed 5th August 2025]. (In Russ.).
 8. Glants S. Medico-biological statistics: per s angl. Moscow, RF: Praktika; 1998. 459 p. (In Russ.).
 9. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of Chiropractic Medicine. 2016 Jun;15(2):155-163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
 10. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1990 Nov;114(11):1115-1118.

Submitted 07.05.2025

Accepted 22.08.2025

Сведения об авторах:

И.А. Киреева – начальник управления контроля медицинской деятельности, Министерство здравоохранения Республики Беларусь;

В.Б. Смычек – д.м.н., профессор, директор ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»;

Разуванов Алексей Иванович – к.м.н., доцент, ученый секретарь ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», e-mail: doc-rai@yandex.by.

Information the authors:

I.A. Kireeva – Head of the Department for Control of Medical Activities, Ministry of Health of the Republic of Belarus;
V.B. Smychek – Doctor of Medical Sciences, professor, director of National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation;

Aliaksei I. Razuvanau – Candidate of Medical Sciences, associate professor, scientific secretary, National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, e-mail: doc-rai@yandex.by.