

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.4.82>

Критерии оценки качества при осуществлении медицинской реабилитации и проведении медико-социальной экспертизы в организациях здравоохранения

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. 82-90.

Criteria for evaluating the quality of medical rehabilitation and medical and social assessment in healthcare organizations

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):82-90.

Резюме.

Цель исследования – обоснование и разработка критериев оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации с использованием метода экспертных оценок.

Материал и методы. Исследование проведено с использованием метода Делфи. В состав экспертной группы вошли 16 специалистов с высшим медицинским образованием, стажем работы по профилю МСЭ или МР не менее 10 лет и опытом в области организации, проведения и оценки качества соответствующих направлений медицинской деятельности. Экспертная оценка охватывала 23 направления (10 по МСЭ и 13 по МР), каждое из которых анализировалось по двум осям: значимость и применимость. Опрос проводился дистанционно с обеспечением 100% возврата анкет. Статистическая обработка результатов включала расчёт медианных значений, ранговых позиций, критериев согласованности мнений (χ^2 , z-критерий Вилкоксона, ICC).

Результаты. По итогам оценки был сформирован перечень приоритетных направлений и разработаны детализированные критерии оценки качества МСЭ и МР. Наиболее значимыми проблемами в сфере МСЭ признаны соблюдение порядка освидетельствования, правовая обоснованность решений, кадровая укомплектованность, качество оформления документации и объективность оценки стойких нарушений функций организма. В сфере МР лидирующие позиции заняли: соблюдение порядка проведения реабилитации, маршрутизация, оценка нарушений по шкалам, соответствие клинко-функционального диагноза и эффективность программ. Разработанные критерии (структурные, процессуальные, результативные) прошли апробацию в учреждениях здравоохранения и показали высокую применимость оценок. Итоговый перечень включён в Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.01.2023 г. №13 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи».

Заключение. Разработанные критерии оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы обеспечивают объективизацию ключевых направлений качества МР и МСЭ, выявление системных проблем и формирование доказательной базы для принятия управленческих решений. Использование предложенных критериев оценки качества позволит повысить результативность МР и МСЭ, минимизировать ошибки и усилить ориентацию системы здравоохранения на клиническую эффективность и пациент-ориентированный подход.

Ключевые слова: оценка качества, медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация, метод Делфи, критерии оценки качества.

Abstract.

Objectives. To justify and develop criteria for assessing the quality of medical and social expertise and medical rehabilitation using the expert assessment method.

Material and methods. The study was conducted using the Delphi method. The expert group consisted of 16 specialists with higher medical education, at least 10 years of work experience in the field of medical and social expertise or medical rehabilitation, and experience in the organization, implementation and quality assessment of relevant areas of medical activity. The expert assessment covered 23 areas (10 in MSEs and 13 in MRs), each of which was analyzed along two axes: significance and applicability. The survey was conducted remotely with the 100% response rate. Statistical processing of the results included the calculation of median values, rank positions, and criteria for consistency of opinions (χ^2 , Wilcoxon's z-test, ICC).

Results. Based on the assessment results, the list of priority areas was formed and detailed criteria for assessing the quality of MSEs and MRs were developed. The most significant problems in the field of MSEs were identified as: compliance with the examination procedure, legal justification of decisions, staffing, quality of documentation, and objectivity in assessing persistent functional disorders. In the field of MR, the leading positions were taken by the compliance with the procedure for conducting rehabilitation, routing, assessment of violations on scales, compliance with the clinical and functional diagnosis, and the effectiveness of programs. The developed criteria (structural, procedural, and performance) were tested in healthcare institutions and showed high applicability of assessments. The final list is included in Resolution No. 13 of the Ministry of Health of the Republic of Belarus dated 23 January 2023 «On the assessment of the quality of medical care and medical examinations, and the examination of the quality of medical care».

Conclusions. The developed criteria for assessing the quality of medical rehabilitation and medical and social expertise ensure the objectification of key areas of MR and MSE quality, the identification of systemic problems and the formation of an evidence base for management decisions. The use of the proposed quality assessment criteria will improve the effectiveness of MR and MSEs, minimize errors and strengthen the healthcare system's focus on clinical effectiveness and a patient-centered approach.

Keywords: *quality assessment, medical and social examination, medical rehabilitation, Delphi method, quality assessment criteria.*

Введение

Разработка новых технологий, позволяющих обеспечить необходимый уровень качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, поиск и выбор эффективных средств, методов и способов управления качеством медицинской деятельности требует не только изучения международного опыта и адаптации его результатов к национальным особенностям, но, в первую очередь, проведения собственных научных исследований [1-6].

В Законе «О здравоохранении» определено, что оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертиза качества медицинской помощи проводятся с использованием критериев оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, устанавливаемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь [7].

Критерии оценки качества – действенный инструмент системы управления качеством медицинской деятельности, определяющий требования к качеству медицинской деятельности на всех уровнях оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз, направлениям обеспечения качества, имеющий решающее

значение для оценки эффективности деятельности организации здравоохранения по повышению качества медицинской деятельности.

Сфера применения оценки качества медицинской реабилитации (МР) и медико-социальной экспертизы (МСЭ) должна быть расширена и детализирована за счет разработки и внедрения новых критериев оценки качества организации и проведения медицинской реабилитации и МСЭ.

Качество критериев с точки зрения научной обоснованности их выбора, понятности, возможности внедрения и реализации всеми заинтересованными лицами в системе организации, осуществления и оценки качества является ключевым условием эффективного их применения на практике и повышения качества МР и МСЭ.

Материал и методы

В настоящем исследовании метод экспертных оценок (метод Делфи) был использован как центральный инструмент для выявления, формализации и последующего ранжирования направлений оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации в контексте их значимости и применимости для

практического здравоохранения, а также для разработки критериев оценки качества этих направлений медицинской деятельности. Методология экспертных оценок позволила получить обоснованное и согласованное мнение группы экспертов в условиях ограниченного числа участников и высокой специфичности предмета исследования. Этот подход позволил получить взвешенные и обоснованные мнения высококвалифицированных специалистов, работающих в области МР и МСЭ, обобщить их точки зрения и, на основе консенсуса, сформулировать приоритетные направления для коррекции и улучшения действующей практики.

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.

По совокупности этих критериев были отобраны 16 экспертов, в том числе представители практического здравоохранения, научных учреждений и системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Один из экспертов – сам исследователь, автор работы, принимал участие на правах модератора и методолога.

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 приоритету 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 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 внутрикласового 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.

Наше исследование предполагало последовательное выполнение нескольких этапов.

Этап 1. Приоритезация направлений оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации в контексте их значимости и применимости для практического здравоохранения.

Этап 2. Апробация детализированных критериев оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации.

Результаты и обсуждения

По результатам, полученным предыдущих этапах исследования [здесь ссылки на предыдущие статьи, тезисы] было выделено несколько десятков проблемных направлений оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации, охватывающих как кадровое обеспечение, так и вопросы нормативной регламентации, соблюдения процедур, оценки эффективности, взаимодействия между уровнями и подразделениями, оформления документации, соблюдения сроков и порядка действий, этичности взаимодействия с пациентами и пр. Эти направления были сгруппированы в логические блоки: отдельно для МР и отдельно для МСЭ.

На основании сформулированных направлений была подготовлена анкета экспертной оценки, включающая перечень направлений оценки качества по МСЭ и МР. Для каждого из направлений предлагалось дать две оценки:

1. Значимость – насколько важным является данное направление с точки зрения системной значимости и влияния на качество;

2. Применимость – насколько целесообразно включение этого критерия в практику оценки качества и возможность его внедрения.

Оценка проводилась по 5-балльной шкале, где:

1. Отсутствует значимость / нецелесообразно к применению;

2. Слабая значимость / слабо применимо;

3. Умеренная значимость / применимо при определенных условиях;

4. Значимо / рекомендовано к внедрению;

5. Высокая значимость / обязательно к включению в критерии качества.

Анкета содержала две части: первая – по МСЭ (10 направлений), вторая – по МР (13 направлений). Кроме того, предусматривалась возможность оставить комментарии и предложения по формулировкам критериев.

Опрос проводился в дистанционном формате. Анкеты были разосланы экспертам по электронной почте с сопроводительным письмом, содержащим цели исследования, принципы конфиденциальности и инструкции по заполнению. В течение двух недель был получен 100% возврат анкет.

На этом этапе проводился первичный статистический анализ: медиана, средний балл, средний ранг – для каждой позиции; Критерий Вилкоксона (z) – для оценки согласия между значимостью и применимостью; Критерий Хи-квадрат (χ^2) – для оценки межэкспертного согласия. Результаты показали высокую степень согласия между экспертами. В большинстве случаев значение $z \leq 1,96$ и $p > 0,05$, что интерпретируется как наличие согласованности мнений и репрезентативность полученных данных.

На основании результатов экспертной оценки можно заключить, что в системе медико-социальной экспертизы (МСЭ) и медицинской реабилитации (МР) сохраняется ряд устойчивых проблем, имеющих высокую значимость для практического здравоохранения. В частности, по направлению МСЭ, наивысшие позиции в рейтинге значимости и приоритетности заняли следующие проблемы:

– соблюдение порядка организации и проведения освидетельствования (переосвидетельствования) – значимость и применимость оценены максимально (медиана=5, средний балл=5, $z=0,00$), с полным согласием экспертов ($p > 0,05$), что подчеркивает её фундаменталь-

ное значение для обеспечения законности и качества МСЭ;

– обоснованность решений МРЭК действующим законодательством и укомплектованность квалифицированными специалистами заняли 2-е и 3-е места соответственно по значимости, также с медианой 5. Это указывает на то, что недостаточная правовая опора и кадровый дефицит являются системными угрозами качеству МСЭ;

– проблемы, связанные с оформлением документации, соблюдением сроков проведения экспертиз, объективностью оценки стойких нарушений функций организма также вошли в топ-10 наиболее значимых и применимых направлений.

Для медицинской реабилитации аналогично было выявлено, что наиболее критичными остаются: эффективность взаимодействия между этапами МР, доступность специализированной помощи, соблюдение протоколов и стандартов, контроль за результатами реабилитации, что говорит о разобщенности между звеньями и слабой преемственности в системе реабилитационной помощи.

Отдельно акцентировано внимание на неудовлетворительной маршрутизации пациентов, отсутствии объективных критериев оценки результатов, а также слабой интеграции шкал и тестов в практику, что снижает доказательную и клиническую обоснованность проводимой МР (табл.).

Таким образом, экспертная оценка позволила не только выстроить иерархию актуальности проблем, но и определить, какие именно направления следует включить в систему управления качеством в первую очередь.

Далее на основании проранжированных направлений, полученных от экспертов, был разработан проект системы детализированных критериев оценки качества медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы. В результате анализа экспертных мнений были разработаны и структурированы критерии оценки качества МСЭ и МР. Критерии основывались на модели А. Донабедиана («структура-процесс-результат»), адаптированной под белорусскую систему здравоохранения [10].

Для МСЭ были сформированы три уровня критериев:

1. Организационные критерии, включающие 66 позиций, охватывающих структуру и условия деятельности комиссий МРЭК, организацию документооборота, доступность, соблюдение сроков, наличие ресурсного обеспечения;

Таблица 1 – Ранжирование сформированных направлений оценки качества медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации в контексте их значимости и применимости для практического здравоохранения (по результатам экспертной оценки)

Ранжирование проблем МСЭ по убыванию								
№	Формулировка направлений оценки качества	Значимость			Мера согласия между экспертами	Применимость		
		Место в ранге (значимость)	ср. ранг / средн. балл / медиана	Согласие экспертов по значимости проблемы (X^2)	Значимость / Применимость (z)	Место в ранге (применимость)	ср. ранг / средн. балл / медиана	Согласие экспертов по применимости (X^2)
1	Соблюдение порядка организации и проведения освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении МСЭ	1	92,5 / 5 / 5	$p>0,05$	$z=0,00$	1	105,0 / 5 / 5	$p>0,05$
2	Обоснованность решений МРЭК действующим нормативным правовым актам и методам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в области МСЭ	2	92,5 / 5 / 5	$p>0,05$	$z=1,732$	5	90,09 / 4,81 / 5	$p>0,05$
3	Укомплектованность специалистами службы МСЭ и их квалификация	3	87,5 / 4,93 / 5	$p>0,05$	$z=1,414$	4	90,09 / 4,81 / 5	$p>0,05$
4	Качество оформления медицинской документации при направлении на МСЭ	4	87,5 / 4,93 / 5	$p>0,05$	$z=0,00$	2	100,03 / 4,93 / 5	$p>0,05$
5	Качество оформления медицинских документов при осуществлении МСЭ	5	82,5 / 4,93 / 5	$p>0,05$	$z=2,45$	8	65,25 / 4,5 / 4,5	$p<0,05$
6	Своевременность направления на МСЭ	6	82,5 / 4,87 / 5	$p>0,05$	$z=1,732$	6	80,16 / 4,68 / 5	$p>0,05$
7	Организационная структура службы МСЭ	7	82,5 / 4,87 / 5	$p>0,05$	$z=0,00$	3	95,06 / 4,87 / 5	$p>0,05$
8	Преимущество между МРЭК и организациями здравоохранения по вопросам МСЭ	8	77,5 / 4,81 / 5	$p>0,05$	$z=2,00$	7	70,22 / 4,56 / 5	$p<0,05$
9	Применение комплексного подхода к установлению (неустановлению) инвалидности	9	72,5 / 4,75 / 5	$p>0,05$	$z=2,24$	9	60,28 / 4,43 / 4	$p<0,05$
10	Этичность и грамотность разъяснения решения МРЭК пациенту	10	47,5 / 4,43 / 4	$p<0,05$	$z=1,13$	10	48,1 / 4,25 / 4	$p<0,05$

Ранжирование проблем МСЭ по убыванию								
№	Формулировка направлений оценки качества	Значимость			Мера согласия между экспертами	Применимость		
		Место в ранге (значимость)	ср. ранг / средн. балл / медиана	Согласие экспертов по значимости проблемы (X²)	Значимость / Применимость (z)	Место в ранге (применимость)	ср. ранг / средн. балл / медиана	Согласие экспертов по применимости (X²)
Ранжирование проблем МР по убыванию								
1	Соблюдение организации и порядка проведения МР	1	121,5 /5 /5	p>0,05	z=0	1	134 /5 /5	p>0,05
2	Соблюдение маршрутизации пациентов на этапы МР	2	115 /4,93 /5	p>0,05	z=0	3	127,53 /4,93 /5	p>0,05
3	Оценка степени выраженности нарушений функций органов и систем организма пациента по шкалам, тестам, опросникам	3	115 /4,93 /5	p>0,05	z=1,73	7	108,13 /4,75 /5	p>0,05
4	Соответствие клинично-функционального диагноза основного и сопутствующих заболеваний данным анамнеза, жалоб, объективного медицинского осмотра пациента, диагностики.	4	115 /4,93 /5	p>0,05	z=1,41	5	114,59 /4,81 /5	p>0,05
5	Качество составления (формирования) индивидуальной программы медицинской реабилитации, абилитации (ИПМРА) пациента	5	115 /4,93 /5	p>0,05	z=1	2	134 /5 /5	p>0,05
6	Оценка эффективности МР по окончании ее проведения	6	115 /4,93 /5	p>0,05	z=1,41	6	114,59 /4,81 /5	p>0,05
7	Укомплектованность специалистами службы МР	7	108,5 /4,87 /5	p>0,05	z=2	10	95,19 /4,62 /5	p>0,05
8	Оснащение медицинскими и иными изделиями отделений (кабинетов) для проведения МР	8	108,5 /4,87 /5	p>0,05	z=0	4	121,06 /4,87 /5	p>0,05
9	Оценка степени выраженности ограничений категорий жизнедеятельности в соответствии с установленной классификацией	9	108,5 /4,87 /5	p>0,05	z=1,41	8	108,13 /4,75 /5	p>0,05
10	Квалификация специалистов службы МР	10	102 /4,81 /5	p>0,05	z=1,414	9	101,66 /4,68 /5	p>0,05
11	Своевременность коррекции ИПМРА	11	95,5 /4,75 /5	p>0,05	z=2,83	12	56,38 /4,25 /4	p<0,05
12	Качество оформления медицинских документов при проведении МР	12	82,5 /4,62 /5	p>0,05	z=0	11	95,19 /4,62/5	p>0,05
13	Оценка удовлетворенности пациента МР	13	56,5 /4,37 /4	p<0,05	z=1,6	13	48,06 /4,12 /4	p<0,05

2. Критерии деятельности первичной и центральной комиссий, включающие свыше 70 позиций, в числе которых полнота и объективность экспертных заключений, соответствие протоколам, качество оформления документов, обоснованность экспертного решения, обратная связь с пациентом.

3. Критерии результата, отражающие степень доверия, количество обоснованных жалоб, повторных обжалований решений, этичность общения с пациентом, юридическую состоятельность заключений.

Для МР аналогично выделены три группы критериев:

1. Критерии структуры (43 в амбулаторной и 63 в стационарной помощи), касающиеся кадрового состава, наличия оборудования, условий оказания помощи, доступности, информированности пациента.

2. Критерии процесса, охватывающие качество выполнения процедур, соблюдение индивидуальных программ реабилитации, точность применения методов, применение шкал и тестов, наличие динамического контроля.

3. Критерии результата, включающие объективную оценку функционального состояния пациента до и после МР, достижение целей программы, оценку эффективности каждого этапа.

Сформированные критерии отличались высокой детализацией, охватывали как организационные, так и клинико-реабилитационные аспекты деятельности.

Для подтверждения применимости и эффективности предложенной модели критериев была проведена апробация в рамках пилотных проектов Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

МСЭ – апробация осуществлялась в 6 областных и Минской городской МРЭК, охвачено 2342 случая экспертизы. В результате установлено, что большинство критериев могут быть объективно и оперативно применены в практике, без значительного увеличения трудозатрат.

МР – апробация прошла в 30 базовых организациях здравоохранения, включая 14 стационаров и 16 амбулаторных отделений МР. Обследовано 2464 случая реабилитации.

В ходе апробации было выявлено, что:

– наиболее эффективно применяются структурные критерии и критерии процесса, особенно при наличии электронных форм мониторинга.

– критерии результата требуют доработки в части индивидуализированной оценки достигнутого эффекта (не всегда формализуемой).

– требуется унификация терминов, шкал и уровней оценки по отдельным параметрам, особенно в блоках, касающихся ограничений базовых категорий жизнедеятельности, нарушений функций органов и систем организма и оценки эффективности МР.

Это дало основание для корректировки формулировок, уточнения измеримых показателей, исключения дублирующих критериев и дополнения ранее неучтенных аспектов (например, коммуникация с пациентом, оценка соблюдения этапности).

По итогам апробации были получены количественные и качественные данные о применимости, чувствительности и валидности критериев. На основании анализа было проведено уточнение формулировок, перераспределение акцентов, исключение избыточных или пересекающихся показателей. Итоговый перечень был включен в нормативный акт – Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.01.2023 г. №13 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи».

Заключение

1. Сформирован и апробирован инструмент экспертной оценки на основе метода Делфи, позволивший объективизировать мнения профессионального сообщества по вопросам значимости и применимости ключевых направлений оценки качества в сферах медико-социальной экспертизы и медицинской реабилитации. В результате опроса 16 экспертов были получены надежные, статистически согласованные данные по каждой из формулировок проблем. Большинство направлений показали высокий уровень согласия между экспертами, что подтверждено показателями χ^2 ($p > 0,05$) и теста Вилкоксона ($z \leq 1,96$).

2. Установлено, что в системе МСЭ наибольшее значение имеют следующие направления оценки качества:

- соблюдения порядка проведения и переосвидетельствования;
- правовой обоснованности решений;
- укомплектованности штатного состава квалифицированными специалистами;
- оформления документации и объективности оценки нарушений функций организма.

Эти направления получили высшие ранговые позиции как по значимости, так и по применимости, а медианные оценки по большинству из них составили 5 баллов.

3. Установлено, что в системе МР наиболее приоритетными направлениями оценки качества являются:

- соблюдение порядка проведения МР;
- организация этапности и маршрутизации пациентов;
- объективная оценка нарушений функций и жизнедеятельности;
- соблюдение стандартов и коррекция программ в процессе МР.

Данные направления получили устойчивые высокие оценки и демонстрируют высокий потенциал для включения в модель управления качеством.

4. Разработанные критерии оценки качества медицинской деятельности в совокупности случаев позволяют:

- оценить качество МР, МСЭ;
- установить характер и причины типичных ошибок и недостатков при проведении МР и МСЭ, устранение и профилактика возникновения которых максимально позитивно скажется на системных показателях качества медицинской деятельности;
- провести сравнительный анализ качества МР по отдельным специалистам, структурным подразделениям, организациям здравоохранения и группам пациентов, объединенным по заболеваниям, этапу медицинской реабилитации;

– прогнозировать эффективность планируемых мероприятий по улучшению качества МР, МСЭ.

Литература

1. Смычек, В. Б. К вопросу о совершенствовании качества оказания медицинской помощи в Республике Беларусь / В. Б. Смычек, Д. С. Казакевич, Л. Г. Казак // 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, 2015. Вып. 17. С. 270–273.
2. Quality improvement in public health / American Public Health Association. URL: <https://www.apha.org/about-apha/centers-and-programs/quality-improvement>. Date of access: 04.08.2025.
3. Denmark: health system review 2007 / ed. E. Mossialos ; European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2007. 164 p.
4. Popescu, I. Measuring and Improving Patient Safety in Canada / I. Popescu // Patient safety. 2022 Sep. Vol. 4, № 3. P. 48–57. DOI: 10.33940/med/2022.9.7
5. United Kingdom: health system review 2015 / J. Cylus, E. Richardson, L. Findley [et al.] ; European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015. 126 p.
6. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в России. Современное состояние и перспективы / И. В. Иванов, О. Р. Швабский, А. А. Щерблякина [и др.] // Менеджмент качества в медицине. 2022. № 1. С. 14–21.
7. Смычек, В. Б. Теоретические основы повышения качества медицинской помощи / В. Б. Смычек // Здравоохранение. 2020. № 2. С. 15–22.
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 30.05.2025 г.

Принята в печать 22.08.2025 г.

References

1. Smychek VB, Kazakevich DS, Kazak LG. On the question of improving the quality of medical care in 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; 2015. Vyp 17. P. 270-273. (In Russ.).
2. American Public Health Association. Quality improvement in public health. URL: <https://www.apha.org/about-apha/centers-and-programs/quality-improvement> [Accessed 4th August 2025].
3. Mossialos E, ed; European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark: health system review 2007. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. 164 p.
4. Popescu I. Measuring and Improving Patient Safety in Canada. Patient Safety. 2022 Sep;4(3):48-57. DOI: 10.33940/med/2022.9.7
5. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D; European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom: health system review 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. 126 p.
6. Ivanov IV, Shvabskiy OR, Shcheblykina AA, Minulin IB, Taut DF. Ensuring the quality and safety of medical activities in Russia. Sovremennoe sostoyanie i perspektivy. Menedzhment Kachestva v Meditsine. 2022;(1):14-21. (In Russ.).
7. Smychek VB. Theoretical basis for improving the quality of medical care. Zdravookhranenie. 2020;(2):15-22. (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 30.05.2025

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