

Межведомственное взаимодействие при формировании индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида

¹А. И. Разуванов, ¹В. Б. Смычек, ¹А. А. Лакутин, ¹А. И. Пацко, ¹А. В. Копыток,

²Н. Н. Красовская, ²Т. В. Тратинко

¹Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Минск, Беларусь

²Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Цель исследования. Выявить проблемные аспекты организации межведомственного взаимодействия специалистов здравоохранения и социальной защиты на основе эмпирического анализа данных анкетирования специалистов, участвующих в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида (ИПРА), а также оценить факторы, связанные с этими проблемами, и предложить рекомендации по совершенствованию данной практики.

Материал и методы. Опрошено 175 специалистов: врачи-эксперты медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК), специалисты кабинетов медико-профессиональной реабилитации МРЭК, специалисты по занятости и социальной защите. Анкета включала 39 пунктов в восьми блоках с ответами по шкале Лайкерта. Применялись коэффициенты альфа Кронбаха, корреляция Спирмена, стандартизация групповых оценок, критерии Краскела – Уоллиса и Манна – Уитни, анализ доминирующей категории ответов и контент-анализ.

Результаты. Наиболее проблемным оказался блок барьеров межведомственного взаимодействия, занявший последнее ранговое место и показавший устойчивые отрицательные корреляции с остальными блоками, что указывает на организационный, а не на ролевой или методический характер трудностей. Стаж работы значимого влияния не оказал. Врачи-эксперты МРЭК участвуют в формировании ИПРА преимущественно постоянно, специалисты по занятости и социальной защите – эпизодически, что ограничивает их позицию по узкоспециальным вопросам.

Заключение. Совершенствование взаимодействия целесообразно сосредоточить на координации между ведомствами стандартизации информационного обмена и более регулярном включении специалистов по занятости и социальной защите в формирование раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА.

Ключевые слова: межведомственное взаимодействие, индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА), профессиональная и трудовая реабилитация, биопсихосоциальная модель.

Objective. To identify problematic aspects of interagency collaboration between healthcare and social protection specialists based on an empirical analysis of survey data from professionals involved in developing the vocational and occupational rehabilitation section of the Individual Programme of Rehabilitation and Habilitation for Persons with Disabilities (IPRH), to assess factors associated with these challenges, and to propose recommendations for improving current practice.

Materials and methods. A total of 175 specialists were surveyed: expert physicians of the Medical Rehabilitation Expert Commission (MREC), specialists from MREC medical and vocational rehabilitation units, and employment and social protection specialists. The questionnaire comprised 39 items organized into eight blocks, with responses rated on a Likert scale. Statistical methods included Cronbach's alpha, Spearman correlation, standardization of group ratings, Kruskal – Wallis and Mann – Whitney U tests, dominant response category analysis, and content analysis.

Results. The most problematic block was the one addressing barriers to interagency collaboration, which ranked last and showed consistent negative correlations with the remaining blocks, indicating that the difficulties are organizational rather than role-related or methodological in nature. Length of professional experience had no significant effect. MREC expert physicians participate in IPRH development predominantly on an ongoing basis, whereas employment and social protection specialists participate episodically, which limits their input on highly specialized matters.

Conclusion. Efforts to improve collaboration should focus on interagency coordination, standardization of information exchange, and more consistent inclusion of employment and social protection specialists in developing the vocational and occupational rehabilitation section of the IPRH.

Key words: interagency collaboration, Individual Programme of Rehabilitation and Habilitation for Persons with Disabilities (IPRH), vocational and occupational rehabilitation, biopsychosocial model.

HEALTHCARE. 2026; 9: 57–67

INTERAGENCY COLLABORATION IN DEVELOPING THE INDIVIDUAL PROGRAMME OF REHABILITATION AND HABILITATION FOR PERSONS WITH DISABILITIES

A. Razuvanau, V. Smychek, A. Lakutin, A. Patsko, A. Kopytok, N. Krasovskaya, T. Tratsinko

Современная концепция инвалидности основывается на биопсихосоциальной модели, закрепленной в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья Всемирной организации здравоохранения. В соответствии с данным подходом ограничения жизнедеятельности рассматриваются как результат взаимодействия нарушений функций организма, индивидуальных особенностей человека и факторов окружающей среды [1; 2]. Следовательно, объективная оценка потребностей инвалида и его реабилитационного потенциала требует комплексного междисциплинарного подхода и координации действий специалистов различного профиля.

В Республике Беларусь указанный подход реализован в нормативном правовом регулировании системы реабилитации инвалидов. Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции»¹ индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида (ИПРА) определена в качестве основного инструмента планирования и координации реабилитационных мероприятий. Порядок формирования и реализации ИПРА регламентируется постановлениями Совета Министров Республики Беларусь «О межведомственном взаимодействии по формированию и выполнению индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов»² (далее – постановление № 672) и «О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах»³ (далее – постановление № 304), устанавливающими участников межведомственного взаимодействия, их полномочия и механизмы информационного обмена.

Особое значение межведомственное взаимодействие приобретает при формировании раздела профессиональной реабилитации, профессиональной абилитации и трудовой реабилитации ИПРА (далее – раздел профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА). Разработка обоснованных рекомендаций в данной сфере требует уче-

та медицинских показаний и противопоказаний, функциональных возможностей человека, его образовательного и профессионального статуса, мотивации к трудовой деятельности, а также социально-экономических условий и возможностей трудоустройства. Комплексный характер указанных задач обуславливает необходимость эффективного взаимодействия специалистов здравоохранения, образования, социальной защиты и службы занятости.

Несмотря на наличие нормативно закрепленных механизмов межведомственного взаимодействия, вопросы их практической реализации остаются недостаточно изученными. В научной литературе ограничено представлены данные о восприятии специалистами эффективности существующей модели взаимодействия, возникающих организационных барьерах и факторах, влияющих на качество формирования и реализации мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации инвалидов.

Актуальность исследования дополнительно подтверждается задачами, определенными государственной политикой в сфере реабилитации инвалидов. В частности, п. 5.61 постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.03.2026 № 8.1 «Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2025 году и основных направлениях деятельности на 2026 год»⁴ (далее – п. 5.61 постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь) предусмотрено постоянное совершенствование межведомственного взаимодействия специалистов здравоохранения, образования, занятости и социальной защиты при формировании, реализации и оценке эффективности индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

В связи с этим представляется актуальным изучение мнения специалистов, участвующих в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА, с целью выявления

¹О правах инвалидов и их социальной интеграции : Закон Респ. Беларусь от 30 июня 2022 № 183-З : в ред. от 16 марта 2026 г. № 134-З // іlex : информ. правовая система (дата обращения: 07.08.2026).

²О межведомственном взаимодействии по формированию и выполнению индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 7 окт. 2022 № 672 // іlex : информ. правовая система (дата обращения: 07.08.2026).

³О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 3 июня 2021 № 304 // іlex : информ. правовая система (дата обращения: 07.08.2026).

⁴Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2025 году и основных направлениях деятельности на 2026 год : постановление коллегии Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 5 марта 2026 № 8.1 // іlex : информ. правовая система (дата обращения: 07.08.2026).

существующих проблем межведомственного взаимодействия, оценки факторов, затрудняющих его эффективность, и обоснования направлений дальнейшего совершенствования организационных механизмов реабилитации инвалидов.

Цель исследования – выявить проблемные аспекты организации межведомственного взаимодействия специалистов здравоохранения и социальной защиты на основе эмпирического анализа данных анкетирования специалистов, участвующих в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА, а также оценить факторы, связанные с этими проблемами, и предложить рекомендации по совершенствованию данной практики.

Материал и методы

Эмпирическую базу исследования составили результаты анкетирования 175 специалистов, непосредственно участвовавших в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА. Опрос проводился в электронной форме. По должностному составу выборка распределена следующим образом: 111 (63,4 %) врачей-экспертов медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК); 15 (8,6 %) – специалистов кабинета медико-профессиональной реабилитации (СКМПР); 49 (28,0 %) респондентов, обозначивших свою должность как «другое» с расшифровкой «специалисты по занятости и социальной защите (СЗСЗ)». По стажу работы респонденты были поделены на четыре группы: до 5 лет ($n = 40$); 5–10 лет ($n = 45$); 11–20 лет ($n = 43$); более 20 лет ($n = 47$). Отдельно фиксировалась частота фактического участия респондента в формировании ИПРА («постоянно», «периодически», «редко»).

При проведении исследования применялась анкета, включавшая 39 пунктов, объединенных в 8 содержательных блоков (5, 5, 3, 7, 3, 7, 5 и 4 пункта соответственно), с ответами по 5-балльной шкале Лайкерта: 1 балл – полностью не согласен/очень низкий уровень; 2 балла – скорее, не согласен; 3 балла – затрудняюсь ответить/средний уровень; 4 балла – скорее, согласен; 5 баллов – полностью согласен/высокий уровень [3]. В обозначенных блоках содержались информация о понимании роли и функций специалистов, каналы коммуникации и информационный обмен, достаточность информации, учет реальных возможностей пациента и согласованность рекомендаций, стандартизация методов оценки, учет индивидуальных характеристик пациента, барьеры межведомственного взаимодействия и направления его совершенствования.

Содержательная валидность инструмента обеспечивалась соответствием структуры, содержания и формулировок блоков анкеты нормативно закреплённой модели межведомственного взаимодействия, определенной постановлениями № 672 и № 304, регламентирующими состав субъектов взаимодействия, этапность процесса и порядок обмена информацией между МРЭК и исполнителями мероприятий ИПРА. Разработка анкеты осуществлялась междисциплинарной командой специалистов, включавшей врачей-экспертов, врачей-гигиенистов, физиологов, психологов и социологов, что позволило обеспечить полноту охвата исследуемой проблематики и учесть медицинские, социальные, психологические и организационные аспекты межведомственного взаимодействия при формировании мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации инвалидов.

Надежность каждого из восьми блоков оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха, полученные значения (от 0,722 до 0,858) признаны приемлемыми для всех блоков [4; 5]. Описательная статистика включала расчет долей низких (1–2 балла) и высоких (4–5 баллов) ответов по каждому блоку с последующим ранжированием блоков по убыванию доли высоких ответов, а также анализ отдельных пунктов анкеты со средними значениями.

Для оценки взаимосвязей между блоками применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Учитывая тот факт, что показатели надежности (альфа Кронбаха) блоков были меньше 1, наблюдаемые коэффициенты корреляции были подвергнуты процедуре коррекции с целью устранения влияния ошибок измерения. Это позволило вычислить истинные значения корреляционных связей.

Для пары блоков, выступающих ключевыми зависимыми переменными исследования (барьеры и направления совершенствования), дополнительно рассчитывалась корреляция, скорректированная на ослабление измерения. Таким образом, $r_{\text{истинная}}$ – корреляция, скорректированная на ненадежность измерения, рассчитана только для пар с участием блоков 7 и 8 как ключевых зависимых переменных исследования по формуле [6; 7]:

$$r_{\text{истинная}} = r_{\text{наблюдаемая}} / \sqrt{(\alpha_X \times \alpha_Y)},$$

где α_X и α_Y – коэффициенты альфа Кронбаха соответствующих блоков.

Для определения приоритетности отдельных направлений (блоков) проводилось ранжирование групповых средних значений по каждому из них. Так как число пунктов в блоках различается, а следовательно, различаются и максимально

достижимые суммарные баллы, прямое сопоставление исходных средних величин между блоками некорректно. Поэтому для приведения показателей к сопоставимому виду была использована многоэтапная процедура нормализации и стандартизации данных, состоящая из следующих этапов.

Этап 1 – нормализация POMS. Наблюдаемый суммарный балл каждого респондента был преобразован в нормализованное значение в диапазоне от 0 до 1 с помощью линейного преобразования: отношение разницы текущего балла респондента и минимального балла к разнице максимального и минимального баллов. Полученное число умножалось на 100 % [8].

Этап 2 – вычисление групповых средних. Для каждой суммарной оценки по блоку на основе нормализованных баллов были рассчитаны групповые средние и дисперсии.

Этап 3 – вычисление межгруппового среднего и внутригруппового стандартного отклонений. На основе групповых средних производился расчет общего среднего по всем группам как среднее арифметическое групповых средних. Внутригрупповое стандартное отклонение было рассчитано путем взятия квадратного корня из средней дисперсии, полученной как среднее арифметическое групповых дисперсий.

Этап 4 – расчет z-оценок и групповых средних z-оценок. Нормализованный балл каждого респондента был преобразован в стандартизованную z-оценку с помощью межгрупповой средней и внутригруппового стандартного отклонения [4].

Этап 5 – ранжирование групп. Полученные z-оценки каждого респондента позволили рассчитать групповые средние z, что позволило далее провести ранжирование данных.

Различия в оценках блоков в зависимости от стажа работы и должности проверялись с помощью критерия Краскела – Уоллиса с последующими попарными сравнениями (критерий Манна – Уитни) и поправкой Бонферрони на множественные сравнения [5].

Ввиду малочисленности одной из трех должностных подгрупп (СКМНР, $n = 15$), ограничивающей статистическую мощность трехгруппового сравнения суммарных баллов по восьми блокам, различия в оценках в зависимости от должности специалиста анализировались методом анализа доминирующей категории ответа на уровне отдельных пунктов блоков 7 и 8 анкеты, примененных к двум укрупненным группам: объединенной группе врачей-экспертов МРЭК и СКМНР ($n = 126$) и группе СЗСЗ ($n = 49$). Объединение врачей-экспертов МРЭК и СКМНР для целей данного анализа обусловлено их общей организационной

принадлежностью к системе медико-социальной экспертизы в противоположность СЗСЗ, представляющим систему занятости и социальной защиты населения, а также ограниченной статистической мощностью раздельного анализа подгруппы СКМНР, где относительные частоты категорий ответа на уровне отдельных пунктов крайне чувствительны к единичным ответам (1 респондент соответствует 6,7 % группы).

Процедура анализа доминирующей категории ответа осуществлялась в следующем порядке. Для каждого пункта в каждой группе отдельно рассчитывались относительные частоты каждой из пяти категорий ответа как отношение числа выбравших данную категорию респондентов к числу всех респондентов группы, ответивших на данный пункт. Устанавливалась максимальная относительная частота среди пяти категорий. Пункт классифицировался как «определенный» (наличие консенсуса в группе), если максимальная относительная частота превышала значение 0,5; в противном случае пункт классифицировался как «неопределенный», что указывало на отсутствие консенсуса между респондентами. Данный подход позволяет ранжировать пункты по приоритетности внутри группы, не прибегая к усреднению баллов по порядковой шкале в распределениях, отличных от нормального, и не требуя допущения равенства интервалов между категориями ответа.

Подготовленная анкета содержала три открытых вопроса, направленных на уточнение должности при выборе варианта «другое», собственный вариант барьера межведомственного взаимодействия и собственный вариант направления его совершенствования. При анализе открытых ответов использовался контент-анализ, при котором в процессе оценки ответов на основе их содержания в ходе сплошного прочтения выделялись категории и подкатегории ответов. Единицей анализа выступало отдельное смысловое высказывание, а не респондент как таковой, то есть, если ответ содержал несколько самостоятельных тезисов, каждый кодировался отдельно, поэтому число закодированных единиц могло превышать число отвечавших. По каждой категории фиксировались число упоминаний и доля от общего числа единиц по данному вопросу; для иллюстрации категорий отбирались характерные дословные высказывания респондентов.

В качестве ограничения анализа открытых вопросов анкеты можно отметить, что доля респондентов, воспользовавшихся ими, была невысокой (3,4 % по барьерам и 5,1 % по направлениям совершенствования), в связи с чем результаты контент-анализа рассматриваются как иллюстра-

тивное дополнение к количественным данным, а не как самостоятельный источник статистически насыщенных выводов; кодирование проводилось одним исследователем, показатель межэкспертного согласия не рассчитывался.

Статистическая обработка количественных данных выполнялась в программах IBM SPSS и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Проведенная многоэтапная стандартизация групповых оценок (POMS-нормализация с последующим переводом в z-оценки) позволила сопоставить между собой блоки анкеты с разным числом пунктов и выявить единую структуру в оценках специалистов (табл. 1).

Наиболее положительно оцененным оказался блок, отражающий понимание роли и функций участников межведомственного взаимодействия (ранг 1; $z = 0,21$). Так, по нему зафиксирована максимальная среди всех блоков доля высоких ответов (73,49 %) при минимальной доле низких (10,06 %), что говорит о достаточной ролевой определенности специалистов, участвующих в формировании ИПРА. Близкие позиции (ранги 2–3) заняли блоки, касающиеся стандартизации методов оценки и направлений совершенствования взаимодействия,

в которых преобладал выраженный перевес высоких ответов над низкими.

Блоки анкеты, характеризующие непосредственную практику согласования рекомендаций и достаточность исходной информации (ранги 4–5), демонстрируют z-оценки, близкие к нулевой отметке, а доля низких ответов по ним возрастает, что можно трактовать как признак умеренной, но не критической неудовлетворенности данными аспектами практики.

Наиболее проблемным компонентом, по субъективным оценкам специалистов, оказался блок, непосредственно посвященный барьерам межведомственного взаимодействия. Он занял последнее, восьмое, ранговое место с выраженным отрывом от смежных блоков ($z = -0,31$ против $-0,04$ у блока 2). Для блока 7 также характерны наименьшая доля высоких оценок (31,31 %) и наибольшая доля низких оценок (27,43 %) среди всех восьми блоков анкеты. Полученный результат согласуется с целью исследования и указывает на то, что ключевым ограничителем практики межведомственного взаимодействия выступают прежде всего организационные барьеры, а не дефицит ролевой определенности или методического обеспечения внутри отдельных институциональных групп специалистов.

Таблица 1. Ранжирование блоков анкеты в зависимости от ответов респондентов

Table 1. Ranking of questionnaire blocks based on respondents' answers

Ранг	Название блока анкеты (его номер)	Кол-во пунктов	z среднее	% низких ответов респондентов (1–2 балла)	% высоких ответов респондентов (4–5 баллов)	Альфа Кронбаха
1	Роль и взаимодействие специалистов (блок 1)	5	0,21	10,06	73,49	0,743
2	Использование профессиональных инструментов (стандартизация методов оценки) (блок 5)	3	0,07	9,14	58,10	0,760
3	Направления совершенствования межведомственного взаимодействия (блок 8)	4	0,06	11,43	62,86	0,858
4	Практика формирования раздела профессиональной и трудовой реабилитации (учет реальных возможностей пациента и согласованность рекомендаций) (блок 4)	7	0,03	14,61	59,02	0,722
5	Качество исходной информации (достаточность информации) (блок 3)	3	-0,006	16,00	60,00	0,798
6	Учет физиологических и психологических аспектов (учет индивидуальных характеристик пациента) (блок 6)	7	-0,019	19,27	53,55	0,807
7	Межведомственное взаимодействие (каналы коммуникации и информационный обмен) (блок 2)	5	-0,04	18,17	55,43	0,816
8	Барьеры в практике межведомственного взаимодействия (блок 7)	5	-0,31	27,43	31,31	0,750

Проведенный анализ позволяет считать сопоставление блоков анкеты методически обоснованным: после нормализации показатели их внутренней согласованности находятся в приемлемом и достаточно однородном диапазоне (альфа Кронбаха = 0,722–0,858). Следовательно, выявленные различия в рангах отражают не случайные колебания, а содержательные расхождения между оцениваемыми конструктами.

Анализ взаимосвязей между блоками дополнительно подтверждает содержательную обособленность блока барьеров межведомственного взаимодействия (блок 7). Наиболее выраженная связь обнаружена между двумя ключевыми зависимыми переменными исследования – блоком барьеров и блоком направлений совершенствования взаимодействия (блок 8). Коэффициент корреляции $r = 0,43$ ($p < 0,001$), а после коррекции на ослабление измерения возрос до 0,53. Это свидетельствует о выраженной сопряженности восприятия барьеров с осознанием необходимости конкретных мер, направленных на совершенствование практики межведомственного взаимодействия (табл. 2).

Блок 7, как и следовало ожидать, обнаруживает отрицательные связи со всеми разделами, описывающими практические стороны взаимодействия. Наиболее тесная зависимость выявлена для стандартизации методов оценки ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,34$, $r_{\text{истинная}} = -0,45$) и для каналов коммуникации и информационного обмена ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,33$, $r_{\text{истинная}} = -0,42$). Несколько слабее связи с учетом индивидуальных характеристик пациента ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,24$, $r_{\text{истинная}} = -0,30$), с пониманием ролей и функций специалистов ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,22$, $r_{\text{истинная}} = -0,29$) и согласованием рекомендаций с реальными возможностями пациента ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,19$, $r_{\text{истинная}} = -0,25$).

Эта закономерность воспроизводится во всех шести оставшихся блоках анкеты. Все связи статистически значимы (p от $< 0,001$ до 0,01). Содержа-

тельно это означает, что чем более выраженными респондент воспринимает барьеры, тем ниже он оценивает прикладные компоненты межведомственного взаимодействия.

Блок 8 (направлений совершенствования) также дает значимые, но менее выраженные отрицательные связи. Они заметны с каналами коммуникации ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,22$, $r_{\text{истинная}} = -0,27$, $p = 0,003$) и с согласованностью рекомендаций ($r_{\text{наблюдаемая}} = -0,16$, $r_{\text{истинная}} = -0,20$, $p = 0,04$). Это указывает на меньшую чувствительность блока 8 к конкретным вопросам практики по сравнению с блоком 7 (барьеры).

Проверка влияния стажа работы на оценку блоков анкеты с помощью критерия Краскела – Уоллиса не выявила статистически значимых различий ни по одному из восьми блоков после поправки на множественные сравнения. Так, значимость варьировала от 0,053 до 0,733 по семи блокам, и лишь по блоку 4 (практика формирования раздела профессиональной и трудовой реабилитации) получено номинально значимое значение ($p = 0,018$), не выдержавшее, однако, порога Бонферрони ($\approx 0,006$) при восьми одновременных сравнениях. Из всех попарных сравнений (критерий Манна – Уитни) статистическую значимость после коррекции сохранила только одна пара групп стажа (5–10 лет против более 20 лет, $p = 0,020$), тогда как остальные сравнения оказались незначимы (p от 0,080 до 1,000).

Полученный отрицательный результат опровергает одну из наиболее ожидаемых гипотез о том, что специалисты с большим стажем воспринимают межведомственное взаимодействие принципиально иначе, чем начинающие. Следовательно, выявленные ранее барьеры межведомственного взаимодействия (см. табл. 1, 2), по-видимому, обусловлены не индивидуальным профессиональным опытом специалиста.

Фактическая частота участия специалистов разных профессиональных групп в формировании

Таблица 2. Корреляции между ключевыми парами блоков анкеты

Table 2. Correlations between key pairs of questionnaire blocks

Пара блоков	$r_{\text{наблюдаемая}}$	$r_{\text{истинная}}$	p
Блок 7 – Блок 8	0,43	0,53	$< 0,001$
Блок 7 – Блок 5	-0,34	-0,45	$< 0,001$
Блок 7 – Блок 2	-0,33	-0,42	$< 0,001$
Блок 7 – Блок 6	-0,24	-0,30	0,002
Блок 7 – Блок 1	-0,22	-0,29	$< 0,001$
Блок 7 – Блок 4	-0,19	-0,25	0,01
Блок 8 – Блок 2	-0,22	-0,27	0,003
Блок 8 – Блок 4	-0,16	-0,2	0,04

раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА неоднородна. Эти различия отчетливы и статистически значимы ($\chi^2 = 90,05$, $p < 0,001$). Наиболее устойчивая включенность врачей-экспертов МРЭК. Среди них у 86,5 % участие постоянное, а доля редкого участия минимальна (1,8 %). Эта категория непосредственно отвечает за медицинское освидетельствование и содержание ИПРА. Специалисты кабинета медико-профессиональной реабилитации занимают промежуточное положение. Постоянное участие у них преобладает (60,0 %), однако у трети (33,3 %) вовлеченность оказывается эпизодической. При малой численности подгруппы ($n = 15$) такая картина может указывать на неоднородность организационного статуса СКМПР в разных МРЭК (табл. 3).

Принципиально иная картина характерна для СЗСЗ. Так, постоянное участие в формировании ИПРА отметили лишь 16,3 % респондентов данной группы, тогда как почти две трети (65,3 %) участвуют в этом процессе редко.

Столь выраженная асимметрия вовлеченности СЗСЗ по сравнению с врачами-экспертами МРЭК представляет собой важный контекстуальный фактор для интерпретации последующих межгрупповых различий по содержательным блокам анкеты, так как эпизодический характер участия СЗСЗ в формировании ИПРА может ограничивать полноту их представлений о фактической практике взаимодействия.

Выявленная закономерность также содержательно перекликается с результатами по блоку 7 (барьеры межведомственного взаимодействия, см. табл. 1, 2), где зафиксированная разница в частоте участия указывает на структурный, организационный, а не только на коммуникационный характер части барьеров, что прямо согласуется с задачами, определенными в п. 5.61 постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Обоснованность объединения врачей-экспертов МРЭК и СКМПР в единую группу для анализа

доминирующей категории ответа подтверждается и эмпирическими данными о частоте их участия в формировании ИПРА (см. табл. 3), где обе категории специалистов демонстрируют сходный, преимущественно регулярный характер участия (соответственно 86,5 % и 60,0 % ответивших «постоянно»), тогда как для СЗСЗ характерно преимущественно эпизодическое участие (65,3 % указали вариант «редко»). Таким образом, отдельные должностные группы, использованные в табл. 3 для описания структуры выборки, были объединены в две укрупненные группы именно при переходе к анализу отдельных пунктов блоков 7 и 8.

Применение метода анализа доминирующей категории ответа к пунктам блоков 7 и 8 в группе врачей-экспертов МРЭК и СКМПР показало, что ни один из девяти пунктов данных блоков не достиг статуса «определенного». Так, максимальная относительная частота доминирующей категории ни по одному пункту не превысила пороговое значение 0,5, то есть строгий консенсус по отдельным пунктам в этой группе отсутствует.

Вместе с тем распределение доминирующих категорий по двум блокам принципиально различается по содержанию. Для четырех из пяти пунктов блока барьеров (блок 7) доминирующей категорией ответа выступила категория 3 (затрудняюсь ответить/средний уровень) при максимальной относительной частоте от 0,28 до 0,33, а для пункта об ограниченности времени на проведение медико-социальной экспертизы – категория 2 (скорее, не согласен – 0,26). Таким образом, врачи-эксперты и СКМПР не демонстрируют выраженного согласия ни с одним конкретным барьером в отдельности. Их ответы рассредоточены по шкале, что указывает не на отсутствие проблемы как таковой (общегрупповой результат по блоку 7 см. в табл. 1–2), а на отсутствие единого, наиболее значимого барьера, вокруг которого сформировалось бы согласованное мнение этой группы специалистов.

Таблица 3. Частота участия в формировании индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида по группам должностей

Table 3. Frequency of involvement in the development of the Individual Programme of Rehabilitation and Habilitation for Persons with Disabilities by occupational groups

Должность	n	Постоянно, %	Периодически, %	Редко, %	Результаты сравнения ответов респондентов по участию в формировании ИПРА по группам должностей
Врач-эксперт МРЭК	111	86,5	11,7	1,8	Хи-квадрат Пирсона = 90,05, $p < 0,001$
СКМПР МРЭК	15	60,0	6,7	33,3	
СЗСЗ	49	16,3	18,4	65,3	

Иная картина характерна для блока направлений совершенствования, где по всем четырем пунктам доминирующей категорией стабильно выступила категория 4 (скорее, согласен) с максимальной относительной частотой от 0,35 до 0,48. Ближе всего к достижению консенсуса оказался пункт о необходимости улучшения координации между специалистами, участвующими в межведомственном взаимодействии (0,48 против 0,52 у остальных категорий совокупно). Несколько менее выраженную, но также стабильную поддержку получили пункты о более четком распределении ролей (0,44) и об усилении учета психологических (0,39) и физиологических (0,35) аспектов (табл. 4).

Следовательно, при отсутствии единого доминирующего барьера специалисты данной группы демонстрируют устойчивую, хотя формально и не достигающую порога консенсуса, склонность к поддержке предложенных направлений совершенствования взаимодействия, преж-

де всего в части координации между участниками процесса, что согласуется с задачами п. 5.61 постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В табл. 5 представлены результаты аналогичного анализа доминирующей категории ответа для группы СЗСЗ. В отличие от групп врачей-экспертов и СКМПР (см. табл. 4), где консенсус не достигнут ни по одному пункту блока барьеров, среди СЗСЗ консенсус зафиксирован сразу по двум пунктам: «недостаток информации для формирования раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА» (67 % ответов – категория 3, что превышает пороговое значение 0,5) и «ограниченность времени на проведение медико-социальной экспертизы» (53 % – категория 3). Примечательно, что в обоих случаях доминирующей стала именно категория 3 (затрудняюсь ответить/средний уровень), а не выраженное согласие или несогласие с наличием барьера. Это можно трактовать

Таблица 4. Ранжирование вопросов блоков 7 и 8 анкеты по приоритету в группе врачей-экспертов и специалистов кабинета медико-профессиональной реабилитации

Table 4. Ranking of questions from blocks 7 and 8 of the questionnaire by priority among medical experts and specialists of the medical and vocational rehabilitation unit specialists

№ вопроса блока анкеты и его название	Ранг пункта	Доминирующая категория ответа	Доля доминирующей категории ответа в сравнении с остальными
Блок 7			
1 – Недостаток информации для формирования раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	3	0,31 _{max} < 0,69
2 – Несогласованность действий специалистов, участвующих в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	3	0,33 _{max} < 0,67
3 – Различия в подходах специалистов к формированию раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	3	0,31 _{max} < 0,69
4 – Недостаточная роль отдельных специалистов (физиолога, психолога и др.)	Неопределенный пункт	3	0,28 _{max} < 0,72
5 – Ограниченность времени на проведение медико-социальной экспертизы	Неопределенный пункт	2	0,26 _{max} < 0,74
Блок 8			
1 – Требуется улучшение координации между специалистами, участвующими в межведомственном взаимодействии при формировании и реализации раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	4	0,48 _{max} < 0,52
2 – Необходимо более четкое распределение ролей между специалистами, участвующими в межведомственном взаимодействии при формировании и реализации раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	4	0,44 _{max} < 0,56
3 – Необходимо усиление учета физиологических аспектов	Неопределенный пункт	4	0,35 _{max} < 0,75
4 – Необходимо усиление учета психологических факторов	Неопределенный пункт	4	0,39 _{max} < 0,71

как неопределенность, а не как сформированную позицию, то есть СЗСЗ, для которых характерно преимущественно эпизодическое участие в формировании ИПРА (65,3 % указали редкое участие), закономерно затрудняются в оценке узкоспециальных процедурных аспектов работы МРЭК.

В пунктах «несогласованность действий специалистов» (0,47), «недостаточная роль отдельных специалистов» (0,43) и «различия в подходах к формированию раздела» (0,45, с доминированием категории 4 – скорее, согласен) формального консенсуса не достигли, однако приблизились к пороговому значению заметно теснее, чем аналогичные пункты у врачей-экспертов (где максимальные частоты не превышали 0,33). Это указывает на несколько более выраженную поляризацию мнений СЗСЗ в отношении органи-

зационных аспектов межведомственного взаимодействия.

По блоку 8 (направления совершенствования) обе группы демонстрируют сходную картину. Так, ни один пункт формального консенсуса не достиг, но доминирующей категорией во всех пунктах у СЗСЗ, как и у специалистов МРЭК (врачи-эксперты и СКМПР), выступила категория 4 с максимальной относительной частотой от 0,39 до 0,43. Совпадение доминирующей категории по всем пунктам блока 8 в обеих профессиональных группах, несмотря на кардинально различающуюся частоту их фактического участия в формировании ИПРА (согласно данным табл. 3) и разную структуру ответов по блоку 7 (барьеры), свидетельствует об устойчивом межведомственном согласии относительно самой необходимости

Таблица 5. Ранжирование вопросов блоков 7 и 8 анкеты по приоритету в группе специалистов по занятости и социальной защите

Table 5. Ranking of questions from blocks 7 and 8 of the questionnaire by priority among specialists in employment and social protection specialists

№ вопроса блока анкеты и его название	Ранг пункта	Доминирующая категория ответа	Доля доминирующей категории ответа в сравнении с остальными
Блок 7			
1 – Недостаток информации для формирования раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	1	3	0,67 _{max} > 0,33*
2 – Несогласованность действий специалистов, участвующих в формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	3	0,47 _{max} < 0,53
3 – Различия в подходах специалистов к формированию раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	4	0,45 _{max} < 0,55
4 – Недостаточная роль отдельных специалистов (физиолога, психолога и др.)	Неопределенный пункт	3	0,43 _{max} < 0,57
5 – Ограниченность времени на проведение медико-социальной экспертизы	2	3	0,53 _{max} > 0,47*
Блок 8			
1 – Требуется улучшение координации между специалистами, участвующими в межведомственном взаимодействии при формировании и реализации раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	4	0,41 _{max} < 0,59
2 – Необходимо более четкое распределение ролей между специалистами, участвующими в межведомственном взаимодействии при формировании и реализации раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА	Неопределенный пункт	4	0,39 _{max} < 0,61
3 – Необходимо усиление учета физиологических аспектов	Неопределенный пункт	4	0,43 _{max} < 0,57
4 – Необходимо усиление учета психологических факторов	Неопределенный пункт	4	0,43 _{max} < 0,57

Примечание: * – наличие консенсуса по вопросам блока анкеты.

совершенствования практики межведомственного взаимодействия (прежде всего в части координации между специалистами), что формирует надежную эмпирическую основу для рекомендаций в соответствии с задачами п. 5.61 постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты контент-анализа открытых ответов респондентов в целом согласуются с количественными данными по закрытым пунктам анкеты и могут рассматриваться как их дополнение. Так, с учетом невысокой доли респондентов, воспользовавшихся открытыми полями (3,4 % по барьерам и 5,1 % по направлениям совершенствования; всего закодировано 7 и 9 смысловых единиц соответственно). Наиболее часто упоминаемой категорией как среди барьеров (42,9 % закодированных единиц), так и среди направлений совершенствования (33,3 %) стала «организационно-нормативная координация межведомственного взаимодействия» (табл. 6). Это напрямую подтверждает результаты количественного анализа, где именно пункт о необходимости улучшения координации между специалистами оказался ближе всего к достижению формального консенсуса в группе врачей-экспертов и СКМПР (см. табл. 4: 0,48 при пороге 0,5), а пара блоков «барьеры – направления совершенствования» продемонстрировала наиболее тесную взаимосвязь среди всех пар блоков анкеты (см. табл. 2: $r_{\text{наблюдаемая}} = 0,43$, $r_{\text{истинная}} = 0,53$).

Второй по частоте категорией в обоих вопросах выступило «информационное обеспечение» (28,6 % барьеров и 22,2 % направлений), что также согласуется с пунктом о недостатке информации, отмеченным СЗСЗ (см. табл. 5).

Между двумя открытыми вопросами прослеживается содержательная асимметрия. «Мотивация и психология пациента» заметно чаще фигурирует в ответах о барьерах (28,6 %), чем о способах их преодоления (11,1 %). Фактически респонденты чаще обозначают этот фактор как проблему, чем предлагают конкретные решения. Еще более рез-

кий разрыв виден в категориях «согласие и участие пациента» и «учет социального статуса пациента». Среди барьеров они не встречаются совсем (0,0 %), зато возникают только в ответах о направлениях улучшения практики – 22,2 % и 11,1 % соответственно (см. табл. 6). Это может указывать на то, что пациентоориентированные аспекты взаимодействия специалисты воспринимают не столько как действующий источник трудностей, сколько как желаемую и перспективную линию развития практики. С учетом ограничений контент-анализа, описанных в разделе «Материал и методы», полученные данные лучше рассматривать как содержательное дополнение к количественным результатам, а не как отдельный статистически обобщенный вывод.

Заключение

Опрос 175 экспертов, занимающихся разделом профессиональной и трудовой реабилитации в структуре ИПРА, выявил устойчивую закономерность. Среди восьми тематических модулей инструментария наименьшую поддержку получил сегмент, описывающий препятствия межведомственного сотрудничества. Отрыв от прочих позиций оказался весьма заметным. Достоверность подобного итога подкрепляется непротиворечивой сетью взаимосвязей, отвечающей теоретическим ожиданиям.

Восприятие барьеров ожидаемо и статистически значимо сопряжено с уменьшением баллов за ролевую ясность, качество каналов связи, стандартизацию рабочего инструментария и внимание к индивидуальным особенностям пациента. Одновременно фиксируется рост запроса на конкретные шаги по налаживанию совместной деятельности.

Следовательно, фокус корректирующих мер стоит направить на два приоритета: усиление механизмов координации между представителями разных структур и унификацию регламентов передачи информации. Именно эти направления

Таблица 6. Категории контент-анализа открытых ответов анкеты

Table 6. Content analysis categories of open-ended questionnaire responses

Категория	Барьеры	Направления совершенствования
Организационно-нормативная координация межведомственного взаимодействия	3 (42,9 %)	3 (33,3 %)
Информационное обеспечение	2 (28,6 %)	2 (22,2 %)
Мотивация и психология пациента	2 (28,6 %)	1 (11,1 %)
Согласие и участие пациента	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)
Учет социального статуса пациента	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
Итого	7 (100,0 %)	9 (100,0 %)

получили наиболее надежное подтверждение как на количественном, так и на качественном материале. Вместе с тем организационного решения требует вопрос вовлечения специалистов СЗСЗ в подготовку реабилитационного блока ИПРА. Как раз фрагментарность участия не позволяет данной группе экспертов вырабатывать глубокую, аргументированную позицию по узко-профессиональным нюансам взаимодействия.

Дальнейшие исследования, включающие качественные интервью с представителями различных ведомств, статистическое сравнение по дол-

жностному признаку на расширенной выборке СКМПР, разработку и апробацию отдельного инструментария для оценки барьеров межведомственного взаимодействия на этапе реализации раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА, а также повторную оценку эффективности внедряемых организационных мер, позволят уточнить и детализировать намеченные в настоящей работе направления совершенствования межведомственного взаимодействия при формировании раздела профессиональной и трудовой реабилитации ИПРА.

Литература

1. *International classification of functioning, disability and health: ICF* / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2001. – 315 p.
2. Смычек, В. Б. Основы МКФ : монография / В. Б. Смычек. – Мн. : Колорград, 2025. – 439 с.
3. Sullivan, G. M. Analyzing and interpreting data from likert-type scales / G. M. Sullivan, A. R. Artino Jr. // *Journal of Graduate Medical Education*. – 2013. – Vol. 5, № 4. – P. 541–542.
4. Фер, Р. М. Психометрика: введение / Р. М. Фер, В. Р. Бакарак; пер. с англ. А. С. Науменко, А. Ю. Попова; под ред. Н. А. Батурина, Е. В. Эйсмана. – Челябинск : Издательский центр ЮУрГУ, 2010. – 444 с.
5. Наследов, А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 416 с.
6. Spearman, C. The proof and measurement of association between two things / C. Spearman // *The American Journal of Psychology*. – 1904. – Vol. 15. – P. 72–101.
7. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests / L. J. Cronbach // *Psychometrika*. – 1951. – Vol. 16. – P. 297–334.
8. The problem of units and the circumstance for POMP / P. Cohen, J. Cohen, L. S. Aiken, S. G. West // *Multivariate Behavioral Research*. – 1999. – Vol. 34. – P. 315–346.

References

1. WHO. *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: WHO; 2001.
2. Smychek V.B. *Fundamentals of the ICF*. Minsk: Kolograd; 2025. 439. (in Russian)
3. Sullivan G.M., Artino A.R. Jr. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *J Grad Med Educ*. 2013; 5(4): 541–542.
4. Fer R.M., Bakarak V.R. *Psychometrics: an introduction*. Chelyabinsk: Izdatel'skij centr Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta; 2010. 444. (in Russian)
5. Nasledov A.D. *SPSS: computer data analysis in psychology and social sciences*. 2nd ed. St. Petersburg: Piter; 2007. 439. (in Russian)
6. Spearman C. The proof and measurement of association between two things. *Am J Psychol*. 1904; 15: 72–101.
7. Cronbach L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16: 297–334.
8. Cohen P., Cohen J., Aiken L.S., West S.G. The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivariate Behav Res*. 1999; 34: 315–346.

Контактная информация:

Разуванов Алексей Иванович – к. м. н., доцент, ученый секретарь
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации
Д. Юхновка, Колодищанский с/с, 93, 223027, Минский р-н
Сл. тел. +375 17 516-69-09
ORCID: 0000-0001-5033-2933

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: А. И. Р., В. Б. С.
Сбор информации и обработка материала: А. И. Р., А. А. Л., Н. Н. К., Т. В. Т.
Статистическая обработка данных: А. И. Р., А. А. Л.
Написание текста: А. И. Р., А. А. Л., А. И. П., А. В. К.
Редактирование: А. И. Р., В. Б. С.
Смычек Василий Борисович. ORCID: 0000-0001-6886-1059
Лакутин Антон Андреевич. ORCID: 0009-0009-3694-8446
Пацко Анастасия Игоревна. ORCID: 0009-0007-2023-8795
Копыток Анна Владимировна. ORCID: 0000-0002-6411-2744
Красовская Наталья Николаевна. ORCID: 0000-0003-2080-6397
Трапинко Татьяна Валентиновна. ORCID: 0000-0003-0032-1157

Конфликт интересов отсутствует

Поступила 17.08.2026
Принята к печати 15.09.2026