

УДК: 61

DOI 10.21661/r-556085

М.В. Логинова, О.В. Игнатьева, Е.В. Сухова

УПРАВЛЕНИЕ ТРУДОМ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Аннотация: для решения вопросов организационного управления трудом сотрудников бюро медико-социальной экспертизы с целью повышения качества медико-социальной экспертизы был проведен хронометраж освидетельствования 30 граждан с различной нозологией в БМСЭ №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда РФ. 30 лиц (11 мужчин и 19 женщин) были отобраны методом случайной выборки из числа лиц, проходивших процедуру освидетельствования в БМСЭ №5 в 2020 году. Данные проведенного хронометража могут быть использованы в других бюро медико-социальной экспертизы для управления трудом сотрудников, так как этапы экспертизы регламентированы нормативными документами.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, бюро медико-социальной экспертизы, освидетельствование, хронометраж.

Как известно, Россия ратифицировала ряд международных документов в области защиты прав инвалидов, в том числе Конвенцию ООН о правах инвалидов. В нашей стране начался процесс развития отечественного законодательства в данной сфере. В связи с этим, акцент с медицинской модели инвалидности смещен на модель медико-социальную. В медико-социальной модели конечной целью является социальная адаптация инвалида, в том числе принятие инвалида другими членами общества. Социальная интеграция инвалида может быть реализована при активном участии в этом процессе двух сторон- самого инвалида и различных социальных институтов (здравоохранение, система социальной защиты, образование).

Успех зависит от точного, профессионального и квалифицированного учета возможностей, потребностей и мотиваций инвалида, его стремления к неза-

висимому образу жизни, а также учета нарушений функций его организма и имеющихся ограничений жизнедеятельности для полноценной жизни в обществе. Это становится возможным при высокопрофессиональном освидетельствовании инвалида в БМСЭ (бюро медико-социальной экспертизы), и при грамотной оценке и необходимой корректировке результатов реабилитации.

Клинико-функциональная диагностика подразумевает выявление нарушений функций организма, а также степени их выраженности. Необходимо оценить характер и степень ограничения жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю своего поведения, обучению, трудовой деятельности).

Реабилитационно-экспертная диагностика включает определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

В связи с этим возрастают требования к специалистам различных профилей медико-социальной экспертизы. Не менее трех специалистов участвуют в проведении МСЭ в бюро. Помимо врачей, в состав специалистов бюро входят: психолог, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и медицинская сестра.

Медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей пациента в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

Как известно, в компетенцию регионального бюро входят такие функции:

– проведение медико-социальной экспертизы гражданам на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;

- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, в том числе определение вида, формы, сроков и объемов мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- установление факта наличия инвалидности, ее группы, причин, срока и времени наступления;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- определение стойкой утраты трудоспособности;
- определение нуждаемости пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разработка программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту);
- выдача гражданам, проходящим медико-социальную экспертизу, разъяснений по вопросам медико-социальной экспертизы;
- предоставление в военные комиссариаты сведений обо всех случаях признания военнообязанных и граждан призывного возраста инвалидами.

Бюро медико-социальной экспертизы проводит организационно-методическую работу (информирование граждан о порядке предоставления

государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, оказание консультативной помощи МО (медицинским организациям), проведение анализа деятельности бюро и др.), клинико-экспертную работу (своевременное предоставление гражданам государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, анализ предоставляемых ЛПУ документов на предмет всестороннего и качественного обследования, компетентного и своевременного оформления направлений на МСЭ, с целью повышения качества медико-социальной экспертизы), работу по реабилитации инвалидов (разработка индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида и программы реабилитации пострадавшего на производстве; анализ реализации ИПРА (индивидуальная программа реабилитации или абилитации) и ПРП (программы реабилитации пострадавшего) различными структурами – ЛПУ, службой занятости населения, предприятием, ФСС).

Подобный большой объем работы требует не только высокой профессиональной подготовки специалистов, но и максимальной оптимизации всей службы МСЭ.

В работе бюро медико-социальной экспертизы можно выделить следующие компоненты: организационный, содержательный и чисто технологический.

В данной статье речь пойдет о технологическом компоненте работы первичного бюро МСЭ.

В доступной литературе мы не нашли анализа хронометража процедуры первичного освидетельствования граждан.

Целью проведенного исследования явился хронометраж процедуры освидетельствования граждан в первичном бюро смешанного профиля медико-социальной экспертизы.

Для реализации поставленной цели был проведен хронометраж освидетельствования 30 граждан с различной нозологией в БМСЭ №5 смешанного профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда РФ. 30 лиц (11 мужчин и 19 женщин, средний возраст 47 лет) были отобраны методом слу-

чайной выборки из числа лиц, проходивших процедуру освидетельствования в БМСЭ №5 в 2020 году.

Началом технологического процесса являлось поступление в первичное бюро медико-социальной экспертизы направления (ф.088-у) и пакета документов гражданина, принятых по реестрам от ЛПУ и назначенных на конкретное число в БМСЭ рабочей группой по организации приема документов для оказания государственной услуги в ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда РФ. Окончанием освидетельствования являлась сдача медико-экспертного дела освидетельствованного гражданина в архив.

При проведении хронометража учитывались все этапы процесса первичного освидетельствования гражданина. Освидетельствование начинается с изучения предоставленных медицинских документов. Анализируются: амбулаторная карта, выписки из стационара, консультации специалистов, результаты инструментальных и лабораторных исследований, записи врачей-специалистов в ф.088-у, соответствие предоставленных на экспертизу данных стандарту обследования пациента согласно приказу Минтруда и Минздрава России от 31.01.2019 г. №52н/35н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

Объективное обследование гражданина, проходящего очное первичное освидетельствование, включает: внешний осмотр, походку, выполнение манипуляций с одеждой и обувью, объем движений в суставах, ориентацию в месте и времени, ориентировочно зрение, слух, пальпацию живота и суставов, перкуссию грудной клетки, аускультацию сердца и легких, неврологический статус. Особое внимание уделяется изучению степени нарушения функции пораженного органа.

У каждого гражданина, проходящего процесс первичного освидетельствования, оценивается характер и степень ограничения жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю за своим поведением, обучению и трудовой деятельности.

При проведении реабилитационно- экспертной диагностики учитывают психологические особенности личности освидетельствуемого, уровень его образования, мотивацию к трудовой деятельности и самостоятельности, социальной независимости, личностные потребности, социальный, семейный статус, образ и уровень жизни, социальные привычки.

Заключительным этапом реабилитационно-экспертной диагностики является анализ реабилитационного потенциала инвалида и его реабилитационного прогноза.

Все данные по освидетельствованию конкретного лица вносятся в программу ЕАВИИАС МСЭ (единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы).

По вышеописанной процедуре первичного освидетельствования был проведен хронометраж. Данные хронометража представлены в таблице 1.

Таблица 1

Хронометраж процедуры первичного освидетельствования гражданина

№ п.п.	Этап производственного процесса	Ответственный исполнитель БМСЭ	Продолжительность по времени (средняя)
1.	Проверка наличия (его создание при отсутствии) приглашения	Руководитель	0,5 мин.
2.	Перевод МЭД в статус «новое дело»	Руководитель	0,5 мин.
3.	Сбор общих сведений	Мед. сестра	3 мин.
4.	Сканирование паспортных данных	Мед. сестра	3 мин.
5.	Сбор данных по проведению МСЭ	Мед. сестра	2 мин.
6.	Сбор данных по социально-средовым и социально-бытовым условиям	Мед. сестра	3 мин.
7.	Сбор данных по образованию	Мед. сестра	3 мин.
8.	Сбор профессиональных данных	Мед. сестра	5 мин.
9.	Добавление согласия на проведение МСЭ в документы-основания, распечатка, подпись руководителя и ознакомление гражданина	Врач по МСЭ	2 мин.
10.	Перевод МЭД в статус «проведение»	Врач по МСЭ	0,5 мин.
11.	Изучение предоставленных медицинских документов (амбулаторной карты, выписок из стационара, консультаций специалистов,	Врач по МСЭ	17 мин.

	результатов инструментальных и лабораторных исследований, записей в ф.088-у), их анализ, доведение до сведения членов комиссии		
12.	Сбор жалоб	Врач по МСЭ	2 мин.
13.	Сбор анамнеза	Врач по МСЭ	5 мин.
14.	Осмотр больного (для оценки нарушения функций всех органов и систем), включая походку, слух, речь, письмо, ориентировочно зрение и психический статус, манипуляции с одеждой и обувью, осмотр внешний, пальпацию, перкуссию, аускультацию, движения в суставах, неврологический статус)	Врачи по МСЭ, специалист по реабилитологии	10 мин.
15.	Обсуждение результатов осмотра, сопоставление с представленной медицинской документацией, принятие решения об установлении группы инвалидности, сроков ее установления, степени выраженности нарушений функций органов и систем, степени нарушений ОЖД (основных категорий жизнедеятельности), необходимых ТСР (технических средств реабилитации); при спорных и сложных случаях консультация в ЭС (экспертном составе)	Все члены комиссии	6 мин.
16.	Внесение в программу ЕАВИИАСМСЭ статусов врачей-специалистов после осмотра гражданина	Врачи по МСЭ, специалист по реабилитологии	5 мин.
17.	Формулировка основного и сопутствующих диагнозов с указанием степени нарушения функций организма человека	Врач по МСЭ, руководитель	5 мин.
18.	Составление решения, экспертного заключения с указанием степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности человека, видах и степенях выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, группы инвалидности и ее причины, срока инвалидности и обоснования экспертного решения в программе ЕАВИИАС МСЭ	Врач по МСЭ, руководитель	6 мин.
19.	Отметка о необходимости разработки ИПРА (индивидуальной программы реабилитации / абилитации)	Специалист по реабилитологии	0,5 мин.
20.	Сканирование согласия, ф.088-у, заключений специалистов, акта о профессиональном заболевании (несчастном случае), справки ВК (врачебной комиссии) и прикрепление их	Врач по МСЭ	7 мин.

	к документам-основаниям		
21.	Проверка всех данных, внесенных врачами по МСЭ и специалистом-реабилитологом, времени проведения освидетельствования, соответствие группы инвалидности степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности, видам и степеням выраженности стойких нарушений функций организма человека, сроков инвалидности, в программу ЕАВИИАС МСЭ	Руководитель	5 мин.
22.	Перевод МЭД в статус «завершено»	Руководитель	0,5 мин.
23.	Добавление справки МСЭ в документы-результаты, ее проверка и печать, подпись, ксерокопирование, сканирование, внесение записи в Журнал выдачи справок МСЭ	Руководитель	5 мин.
24.	Разработка ИПРА с указанием необходимости медицинской, социальной, социально-психологической, социокультурной, социально-средовой реабилитации, социально-бытовой адаптации; рекомендуемых ТСР и услуг по реабилитации (с указанием сроков) за счет средств федерального и регионального бюджетов. Распечатка ИПРА с внесением записи в Журнал выдачи ИПРА	Специалист по реабилитации	6 мин.
25.	Оформление листка нетрудоспособности	Руководитель	3 мин.
26.	Распечатка листа информирования	Руководитель	0,5 мин.
27.	Вызов гражданина, объявление решения, подпись в листе информирования; выдача справки об освидетельствовании в случае не определения инвалидности; выдача справки МСЭ и ИПРА в случае определения инвалидности, подпись в Журналах выдачи справок МСЭ и выдачи ИПРА, разъяснение о мерах социальной поддержки. Направление в Ресурсный центр	Руководитель, специалист по реабилитации	5 мин.
28.	Перевод МЭД в статус «документы выданы». Закрытие заявления. Распечатка Протокола проведения МСЭ гражданина в ФГУ МСЭ, Акта МСЭ гражданина, Сведений о результатах проведенной МСЭ. Подпись всех членов комиссии. Печать	Руководитель	3 мин.
29.	Формирование и оформление МЭД и сдача его в архив. Оформление реестра выданных справок и отправление почтой в ПФ (Пенсионный фонд) РФ	Мед. сестра	6 мин.
	<i>Всего</i>	БМСЭ №5	<i>120 мин.</i>

Как видно из представленной таблицы, в среднем первичное освидетельствование в БМСЭ №5 занимает 120 мин. (2 часа).

Обсуждение результатов.

Режим работы, продолжительность рабочего времени и отдыха устанавливаются коллективным договором. Коллективный договор представляет собой взаимные обязательства сторон с целью отрегулирования их производственных, трудовых и социально-экономических отношений. Положения коллективного договора распространяются на всех работников предприятия.

Совершенно очевидно, что для регулирования режима работы необходимо точно проводить учет рабочего времени.

Рабочим временем следует считать период, когда работник в соответствии с трудовым договором и правилами внутреннего трудового распорядка выполняет свои трудовые обязанности. Поэтому для эффективного контроля за рабочим временем необходим учет всех деталей технологического процесса и их хронометраж.

В современных социально-экономических условиях важен поиск эффективных способов управления трудом, обеспечивающих активизацию человеческих ресурсов. Решающим фактором результативности деятельности работников является их мотивация к деятельности для достижения личных целей. Эта мотивация должна формироваться, для чего необходимо знание всех деталей технологического процесса деятельности.

Оптимизация технологического процесса работы бюро МСЭ способствует оптимизации организации труда. Организация труда – это определенная система действий по объединению, согласованию, упорядочению, приведению в стройную систему деятельности людей во взаимодействии друг с другом и применяемыми в процессе труда техническими средствами. Правильная организация труда стимулирует улучшение результатов труда. Повышенные результаты труда способствуют увеличению размера получаемого вознаграждения, что и может явиться мотивацией к эффективной деятельности работников БМСЭ.

Выделяют две стороны организации труда: организационно-техническую и социально-экономическую. Первая решает проблемы эффективного использования материальных факторов производства, а вторая – человеческих ресурсов (человеческого потенциала).

К основным составляющим организации труда относятся:

- разделение и кооперация труда;
- организация рабочих мест, их оснащение и планировка;
- организация обслуживания рабочих мест;
- методы и приемы труда;
- нормирование труда;
- условия труда;
- дисциплина труда.

Проведенное исследование позволяет точно выделить этапы освидетельствования, мишени для кооперации труда и разделения труда.

Точное знание содержания технологических процессов помогает в оптимальном оснащении рабочих мест, их планировке и организации.

Хронометраж каждого этапа освидетельствования необходим при нормировании труда работников БМСЭ.

Проведенное исследование объективизирует различные этапы и фазы освидетельствования граждан и способствует оптимизации нормирования труда работников БМСЭ.

Разделение труда – это объективный процесс обособления отдельных видов труда и отдельных трудовых функций с целью сокращения производственного цикла за счет одновременного выполнения различных работ.

Выделяют следующие виды разделения труда:

- технологическое – расчленение производственного процесса на отдельные стадии, фазы, виды работ и т. п.;
- функциональное – по характеру выполняемых функций и участию в производственном процессе различных категорий работников;
- профессиональное – по профессиям и специальностям;

– квалификационное – по сложности, точности, ответственности.

Проведенное исследование наглядно показывает конкретные стадии, фазы процесса освидетельствования, и участие различных категорий сотрудников БМСЭ в каждом из них. По результатам проведенного исследования возможно точно разделить процесс освидетельствования функционально, профессионально и квалификационно, что может существенно повысить эффективность качества освидетельствования и эффективность труда работников БМСЭ.

При проектировании разделения труда необходимо учитывать его границы: экономические, физиологические и социальные.

Экономические границы определяются длительностью производственного цикла, производительностью труда, трудоемкостью операции, квалификацией работников.

Проведенное исследование объективно определило каждый этап освидетельствования граждан в БМСЭ, трудоемкость каждой производимой операции. Это позволяет точно проектировать разделение труда с учетом экономических границ. Самые затратные по времени этапы освидетельствования – это изучение и анализ предоставленных медицинских документов и полный осмотр больного всеми членами комиссии. Эти работы нельзя ускорить по времени с целью недопущения снижения качества проводимой экспертизы. Значительное увеличение времени освидетельствования в БМСЭ №5 занимает внесение данных в программу ЕАВИИАС МСЭ на каждом этапе производственного процесса (+ 45 мин.). Уменьшить их не представляется возможным из-за требований сегодняшнего дня по цифровизации процедуры освидетельствования и удобства пользования программой. При условии необходимости оформления ПДО (программы дополнительного обследования), технологический процесс увеличивается на 15–20 минут.

Физиологические границы связаны с утомляемостью работника, динамикой работоспособности, тяжестью, монотонностью труда, ритмом труда (принудительный или свободный ритм), режимом труда и отдыха в течение смены.

Проведенное исследование позволяет определить ритм труда работников, монотонность труда, проектировать утомляемость работников по анализу хронометража выполняемых ими трудовых операций.

Социальные границы определяются степенью содержательности труда и удовлетворенностью трудом.

Проведенное исследование позволяет определить содержательность труда работников БМСЭ.

Кооперация труда – это соединение участников расчлененного производственного процесса для получения запланированного результата.

Всякий конечный результат в виде товара, услуги является результатом кооперации труда, основанной на его разделении.

Проведенное исследование позволяет определить мишени как для разделения, так и для кооперации труда работников БМСЭ, а в целом – проектировать организацию труда работников БМСЭ. То есть эффективно управлять трудом работников БМСЭ.

Используя различные варианты разделения и кооперации труда, методы технологической и организационной синхронизации производственного процесса, возможно достичь оптимальной продолжительности производственного цикла, что крайне важно, учитывая цели работы БМСЭ.

Таким образом, для управления трудом, проектировании труда в бюро медико- социальной экспертизы необходима рациональная организация трудовой деятельности сотрудников бюро медико-социальной экспертизы, оптимального разделения труда и кооперации. Проведенное исследование способствует рационализации и оптимизации процесса медико-социальной экспертизы.

Полученные данные могут быть использованы для организации труда и проектирования труда в других бюро медико- социальной экспертизы.

Список литературы

1. Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы: Приказ Министер-

ства труда и социальной защиты РФ от 11 октября 2012 г. №310н // СПС «Консультант Плюс».

2. Дементьева Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: учеб. пособие / Н.Ф. Дементьева, Л.И. Старовойтова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Академия, 2013. – 272 с.

3. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / М.В. Коробов, В.Г. Помников. – СПб., 2017. – 344 с.

4. Пузин С.Н. Инвалидность трудоспособного населения в Российской Федерации / С.Н. Пузин, Л.С. Гришина, В.П. Лунев. – М., 2007. – 207 с.

5. Воробцова Е.С. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи / Е.С. Воробцова, А.В. Мартыненко, С.В. Овчинникова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – №2. – С. 14–21.

6. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Гардарики, 2007. – 156 с.

Логинова Марина Владимировна – канд. мед. наук, врач, руководитель, БМСЭ №5 ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области», Самара, Россия.

Игнатьева Ольга Вячеславовна – врач, БМСЭ №5 ФКУ «ГБМСЭ по Самарской области», Самара, Россия.

Научный руководитель **Сухова Елена Викторовна** – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой, ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия.
