

В. А. Шапошников, Т. И. Зубкова, Л. А. Скороходова

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**



**Екатеринбург
РГПУ
2021**

Министерство просвещения Российской Федерации
ФГАОУ ВО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет»

В. А. Шапошников, Т. И. Зубкова, Л. А. Скороходова

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Монография

Под научной редакцией В. А. Шапошникова

Екатеринбург
РГППУ
2021

УДК 364-7:364.4-053.2-056.24

ББК С94+С993

Ш24

Авторы: В. А. Шапошников (введение, пп. 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, заключение), Т. И. Зубкова (пп. 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2), Л. А. Скороходова (пп. 2.3, 3.3, приложения 1–3)

Шапошников, Владислав Александрович.

Ш24 Современные аспекты реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании социальных услуг: монография / В. А. Шапошников, Т. И. Зубкова, Л. А. Скороходова; под науч. ред. В. А. Шапошникова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2021. 140 с. Текст: непосредственный.
ISBN 978-5-8050-0717-1

Отражены результаты исследования коллектива ученых, занимающихся проблемами реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания им ранней помощи. Представлены нормативно-методическая база и авторские методики для оценки эффективности системы предоставления социальных услуг.

Монография предназначена для руководителей и специалистов ведомственных органов исполнительной государственной власти и организаций различной принадлежности, предоставляющих социальные услуги, а также для студентов, обучающихся на экономических и социальных направлениях.

УДК 364-7:364.4-053.2-056.24

ББК С94+С993

Рецензенты: доктор экономических наук, профессор Г. В. Астратова (ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина»); доктор педагогических наук, профессор Н. В. Третьякова (ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»)

ISBN 978-5-8050-0717-1

© ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет», 2021

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1. Общее представление о социальных услугах и механизме межведомственного взаимодействия	7
1.1. Основные проблемы предоставления социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания ранней помощи	7
1.2. Теоретические положения о моделировании механизма межведомственного взаимодействия.....	10
Глава 2. Особенности реализации механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.....	13
2.1. Модель межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов	13
2.2. Нормативно-методическая база межведомственного взаимодействия по оказанию услуг реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.....	55
2.3. Эффективность системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов	65
Глава 3. Специфика реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи	88
3.1. Модель межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи.....	88
3.2. Нормативно-методическая база межведомственного взаимодействия по оказанию услуг ранней помощи организаций различной ведомственной принадлежности	108
3.3. Единые подходы к определению результативности мероприятий по оказанию услуг ранней помощи и сопровождения в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования	110

Заключение	125
Библиографический список.....	126
Приложение 1. Характеристика основных документов национального и международного законодательства	134
Приложение 2. Форма отчета выполнения программы субъекта Российской Федерации по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.....	138
Приложение 3. Форма оценки системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, субъекта Российской Федерации	139

Введение

Актуальность темы исследования, представленного в данной работе, обусловлена ростом значимости качественного предоставления социальных услуг, что в современном российском обществе напрямую зависит от эффективной реализации механизма межведомственного взаимодействия, например, при реабилитации, абилитации, сопровождении детей-инвалидов и оказании услуг ранней помощи.

Механизм межведомственного взаимодействия при оказании услуг реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и ранней помощи на сегодняшний день находится на этапе формирования. Отметим, что есть множество утвержденных нормативных документов, которые регламентируют процессы предоставления услуг. Однако граждане по-прежнему отмечают массу недостатков и противоречий этой системы, а также не в полной мере удовлетворены качеством оказываемых услуг. Именно поэтому целью нашего исследования, подготовленного на основе двух научно-исследовательских работ «Разработка оптимальных моделей реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности» (№ государственной регистрации АААА-А17-117110340036-9) и «Разработка алгоритма (маршрутизации) оказания услуг по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, образования» (№ государственной регистрации АААА-А17-117110340037-6) и изложенного в данной монографии, были актуализация проблемы межведомственного взаимодействия при оказании социальных услуг и разработка методических рекомендаций по ее решению.

В монографии представлены три главы, каждая из которых посвящена отдельным аспектам проблемы оказания социальных услуг и реализации механизма межведомственного взаимодействия.

Так, в первой главе рассмотрены основные проблемы предоставления социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания ранней помощи. Кроме того, отражена авторская позиция в отношении теории вопроса о моделировании механизма межведомственного взаимодействия.

Вторая глава посвящена особенностям реализации механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении таких социальных услуг, как реабилитация, абилитация и сопровождение детей-инвалидов.

В третьей главе отражена специфика реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи.

Таким образом, содержание глав раскрывает базовые положения по реализации механизма межведомственного взаимодействия применительно к различным социальным услугам, предоставляемым в Российской Федерации.

Отметим, что в данной работе содержатся как теоретические, так и практические наработки, которые получили признание и прошли апробацию на региональном уровне.

Также работа содержит три приложения: характеристику основных документов национального и международного законодательства (прил. 1), форму отчета выполнения программы субъекта Российской Федерации по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (прил. 2), форму оценки системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, субъекта Российской Федерации (прил. 3).

Монография может быть рекомендована студентам, обучающимся на экономических и социальных направлениях, а также руководителям и специалистам ведомственных органов исполнительной государственной власти и организаций различной принадлежности, предоставляющих социальные услуги.

Глава 1. ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ И МЕХАНИЗМЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

1.1. Основные проблемы предоставления социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания ранней помощи

Проблема жизни людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) непосредственно связана с историей человечества, так как они рождались в любую эпоху. Исторически выживание людей с ограничениями жизнедеятельности было фактором случайности: в судьбе конкретного человека свершалось событие, которое позволяло ему адаптироваться в обществе и прожить свою нелегкую жизнь. Фактор случайности был обусловлен исторической эпохой (отношение к инвалидам), территорией проживания (государство, страна, тип поселения), национально-культурными традициями.

Переломным в социально ориентированной деятельности государства стал XX в., в том числе по реабилитации людей с ограниченными возможностями. При этом проблема реабилитации инвалидов приобретает международный статус: ООН принимает декларации и конвенции в отношении защиты прав людей с ограничениями жизнедеятельности. В России в 20-е гг. XX в. стали появляться общества инвалидов: были организованы Всероссийское общество слепых (ВОС), Всероссийское общество глухих (ВОГ). Были созданы врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). В 1988 г. в Екатеринбурге появляется первый в России экспериментальный реабилитационный центр для дезадаптированных детей в системе образования под руководством кандидата медицинских наук и доктора педагогических наук Б. Н. Алмазова. Деятельность по реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) переходит в фазу работы узко профилированных учреждений и организаций. Разрабатываются восстановительные методики и технологии в здравоохранении, образовании, в области физической культуры и спорта.

Что касается XXI в., то он характеризуется новым этапом становления реабилитационного процесса – развитием многопрофильных

организаций, построенных на межведомственной основе, обеспечивающих реабилитацию, абилитацию и сопровождение лиц с ограничениями жизнедеятельности и их интеграцию в общество. При этом фактор случайности восстановительного процесса сохраняется, деятельность узко профилированных центров продолжает совершенствоваться.

Прежде чем рассмотреть основные проблемы реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов, остановимся на базовых понятиях, относящихся к данной теме.

Под *реабилитацией инвалидов (детей-инвалидов)* понимаются система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, направленные на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграции в общество.

Абилитация инвалидов (детей-инвалидов) – это система и процесс целенаправленного интенсивного развития сохранных у инвалидов функций и формирования способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Социальное сопровождение – это деятельность по созданию условий для многостороннего развития личности инвалида (ребенка-инвалида) и его интеграции в общество путем привлечения организаций, осуществляющих такую деятельность на основе межведомственного взаимодействия.

Ранняя помощь – комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям. Эти услуги направлены на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению их в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей). При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно продолжение оказания таких услуг до достижения ребенком возраста 7–8 лет.

Таким образом, сложность процессов реабилитации, абилитации, социального сопровождения и оказания услуг ранней помощи предопределили особенности их организации в нашей стране и, соответственно, проблематику нашего исследования.

Отметим, что анализ нормативно-правовых документов позволил выделить ряд проблем, препятствующих формированию региональной системы комплексной реабилитации, ранней помощи и сопровождения в Свердловской области. Все проблемы были выделены в четыре группы: нормативно-правовые, информационно-технические, научно-методические и прочие.

Нормативно-правовые:

- отсутствие стандартов оказания услуг в сфере ранней помощи и сопровождения;
- отсутствие в действующей нормативно-правовой базе типовых положений о службах ранней помощи;
- отсутствие на региональном уровне примерных штатных нормативов для учреждений, оказывающих услуги ранней помощи;
- противоречивость стандартов услуг в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения;
- противоречивость и несогласованность отдельных положений федеральной и региональной нормативно-правовых баз;
- отсутствие преемственности содержания нормативно-правовых актов разной ведомственной принадлежности в области комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения;
- отсутствие в регионе примерных штатных нормативов для учреждений, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Информационно-технические:

- отсутствие региональной автоматизированной информационно-аналитической системы, позволяющей собирать, хранить и обрабатывать информацию о детях-инвалидах в Свердловской области, организациях различной ведомственной принадлежности, предоставляющих реабилитационные услуги и сопровождение, дающей возможность формировать и оценивать результаты социального сопровождения, передавать персональные данные при межведомственном взаимодействии;
- отсутствие единой системы выявления и межведомственного обмена данными о потребностях инвалидов в реабилитационных мероприятиях;

- недостаточный уровень информационной открытости организаций, осуществляющих реабилитационные мероприятия;
- отсутствие единой справочно-информационной системы для формирования реабилитационного маршрута.

Научно-методические:

- отсутствие достаточной проработки понятийно-категориального аппарата концепции организации ранней помощи и сопровождения;
- отсутствие единых подходов, норм и стандартов организации предоставления услуг ранней помощи и координации деятельности различных ведомств при ее организации;
- несформированность комплексного и системного подхода при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.

Прочие:

- недостаточный уровень информированности родителей детей целевой группы об услугах ранней помощи и социальном сопровождении;
- проблема трудоустройства родителей детей-инвалидов;
- дефицит учреждений для детей раннего возраста с особыми образовательными потребностями;
- низкая мотивация и ответственность семей детей-инвалидов к исполнению рекомендаций индивидуальных программ реабилитации или абилитации ребенка-инвалида и вовлечению в реабилитационный процесс.

Таким образом, выявленные проблемы демонстрируют актуальность обращения к вопросам реабилитации, абилитации, сопровождению детей-инвалидов, оказанию ранней помощи.

1.2. Теоретические положения о моделировании механизма межведомственного взаимодействия

Рассмотрим основные понятия, которые определяют содержание темы исследования: «модель», «механизм», «межведомственное взаимодействие».

В самом общем представлении *модель* – это система, исследование которой служит средством для получения информации о другой системе [56]; представление некоторого реального процесса, устройства или концепции. Модель – это также абстрактное представление реальности в какой-либо форме (например, в математической, физи-

ческой, символической, графической или дескриптивной), предназначенное для отображения определенных аспектов этой реальности и позволяющее получить ответы на изучаемые вопросы [7].

В зависимости от поставленной задачи, способа создания модели и предметной области различают множество типов моделей [2]:

- по области использования: учебные, опытные, игровые, имитационные, научно-исследовательские;
- временному фактору: статические и динамические;
- форме представления: математические, геометрические, словесные, логические, специальные;
- по способу представления: информационные (нематериальные, абстрактные) и материальные.

Таким образом, поскольку основой для моделирования механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности являются, прежде всего, нормативные документы, в своем исследовании мы придерживались понятия модели как описания чего-либо словами и (или) графически, например, в виде схемы.

Далее рассмотрим понятие «механизм», в основе которого, по мнению Л. И. Абалкина, лежат следующие элементы [1]:

- формы организации общественного производства (разделение труда, специализация производства, его размещения и др.), с помощью усовершенствования которых общество влияет на развитие производительных сил и обеспечивает повышение эффективности их использования;
- формы хозяйственных связей, благодаря которым осуществляется своеобразный «обмен веществ» в экономике, в том числе оборот средств производства, финансово-кредитные отношения и др.;
- структура, формы и методы планирования и хозяйственного руководства, в составе которых одновременно с экономическими могут быть выделены также правовые и социально-психологические формы и методы;
- совокупность экономических рычагов и стимулов влияния на производство и участников хозяйственной деятельности, с помощью которых обеспечивается согласование и стимулирование хозяйственной деятельности.

Если же придерживаться теории экономических механизмов, важнейших вклад в разработку которой внесли нобелевские лауреаты в 2007 г. Л. Гурвиц, Р. Майерсон и Э. Маскин, то механизм – это лю-

бое взаимодействие между экономическими субъектами; некая форма игры – описание того, как могут действовать игроки (экономические субъекты) и к чему приведет любой набор действий [55].

Таким образом, при современной трактовке понятия механизма в экономических исследованиях использование термина «взаимодействие» будет, на наш взгляд, избыточным. Тем не менее, поскольку он заложен в названии всего исследовательского проекта, будем его применять в полном объеме.

Также отметим, что под механизмом в самом общем виде понимается не столько некий посредник сам по себе, сколько некий процесс, обеспечивающий преобразование (передачу) того, что имеется в одном, в то, что требуется в другом. *Взаимодействие* же – это процесс непосредственного или опосредованного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь, в результате которого происходят изменения их исходных качеств или состояний [54]. Оно ведет к синтезу, интеграции объектов, к единому действию [4]. В свою очередь, это проявляется в удовлетворении интересов, реализации возможностей, разрешении проблем, организации совместной деятельности, поиске и обретении партнеров и дополнительных ресурсов. Следовательно, механизм взаимодействия – это процесс, обеспечивающий связь между субъектами, их общее действие. Видами взаимодействия являются сотрудничество, конкуренция и конфликт [57].

Отметим, что *механизм межведомственного взаимодействия* применительно к объекту нашего исследования должен быть направлен на интеграцию, сотрудничество, достижение синергетического эффекта при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов (в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности).

Также отметим, что существует и более прозаичная формулировка понятия «*межведомственное взаимодействие*»: обмен документами и информацией, в том числе в электронной форме, между органами власти, органами государственных внебюджетных фондов в целях предоставления гражданам и организациям государственных и муниципальных услуг [12].

Учитывая вышеизложенное, далее будет отражена авторская позиция в отношении механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Глава 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ И СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

2.1. Модель межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Опишем существующий механизм межведомственного взаимодействия. Как известно, деятельность в сфере реабилитации инвалидов в России регламентируется в рамках международных соглашений, а также национального законодательства и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Основополагающим документом, определяющим политику РФ в сфере реабилитации инвалидов, является Федеральный закон № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон) [25]. Положения Закона распространяются и на сферу реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

В целом, Закон определяет понятие реабилитации инвалидов, ее цели, основные направления, требования к организациям, осуществляющим реабилитацию инвалидов. Законом установлено, что их реабилитация представляет собой «систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности», которые направлены на «устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество» [25].

Особенностью определения понятия «реабилитация инвалидов» является то, что оно включает в себя термины «система» и «процесс». Содержание процесса реабилитации описывается в Законе достаточно детально, тогда как термин «система реабилитации» не раскрывается. Отчасти поэтому система комплексной реабилитации инвалидов в стране находится на стадии формирования.

Кроме того, опираясь на доступные нам источники информации, можно сделать вывод о том, что в настоящее время недостаточно проработаны документы, регламентирующие механизм межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей, отсутствует регламент (порядок, алгоритм), определяющий механизм межведомственного взаимодействия учреждений, оказывающих инвалидам услуги по реабилитации и абилитации, сообразно их реабилитационному маршруту.

В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 июля 2016 г. № 398н «Об утверждении Порядка и условий проведения конкурсного отбора субъектов Российской Федерации для участия в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также регламента работы и состава конкурсной комиссии» определено понятие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов как «системы организаций, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы, оказание ранней помощи и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия при обеспечении социальной защиты инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом особенностей нарушения их здоровья, а также сопровождения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и (или) их семей» [41].

Отдельные элементы механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности могут быть рассмотрены на примере Свердловской области.

Правительством Свердловской области 13 ноября 2008 г. было принято «Положение о взаимодействии и координации деятельности органов управления, учреждений и организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области» № 1198-ПП (далее – Положение) [49]. Рассмотрим основные пункты этого документа с изменениями на 22 сентября 2015 г.

Во-первых, Положение определяет порядок взаимодействия органов управления, учреждений и организаций, осуществляющих мероприятия по различным аспектам реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на территории Свердловской области.

Важно подчеркнуть, что данный порядок носит весьма условный характер и определяется всего лишь тремя положениями, которые, на наш взгляд, не обеспечивают четкой картины для понимания механизма межведомственного взаимодействия. Перечислим их.

1. Координацию взаимодействия органов управления, учреждений и организаций Свердловской области в сфере реабилитации и абилитации инвалидов (в том числе детей-инвалидов) в рамках компетенции субъекта Российской Федерации осуществляет Министерство социальной политики Свердловской области.

2. В целях осуществления взаимодействия органы управления, учреждения и организации Свердловской области в пределах своей компетенции должны выполнять следующие функции:

1) обеспечение социальной защиты и социальной поддержки инвалидов (в том числе детей-инвалидов) в Свердловской области;

2) осуществление на основании письменных запросов обмена информацией по вопросам работы с инвалидами;

3) осуществление реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);

4) обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, включая получение инвалидами по слуху услуг по переводу с использованием русского жестового языка;

5) обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

3. Ответственность за соблюдение настоящего Положения и контроль за его выполнением возлагается на руководителей органов управления, учреждений и организаций, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, указанных в п. 2 настоящего Положения.

Во-вторых, к органам управления, учреждениям и организациям, осуществляющим деятельность в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на территории Свердловской области, относятся:

1) областные исполнительные органы государственной власти Свердловской области:

- Министерство социальной политики Свердловской области;
- Министерство здравоохранения Свердловской области;

- Министерство общего и профессионального образования Свердловской области;
 - Министерство культуры Свердловской области;
 - Министерство физической культуры, спорта и молодежной политики Свердловской области;
 - Министерство строительства и развития инфраструктуры Свердловской области;
 - Министерство транспорта и связи Свердловской области;
 - Министерство энергетики и жилищно-коммунального хозяйства Свердловской области;
 - Министерство промышленности и науки Свердловской области;
 - Департамент по труду и занятости населения Свердловской области;
- 2) территориальные исполнительные органы государственной власти Свердловской области (управления социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области);
 - 3) Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;
 - 4) Государственное учреждение – Свердловское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации;
 - 5) органы местного самоуправления муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области;
 - 6) учреждения и организации независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие процесс реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Как видно из вышеизложенного, перечень организаций достаточно широк. Однако при этом непонятно, как осуществляется межведомственная работа, в какой форме она реализуется, и какие процессы там представлены. Положение лишь регламентирует основные направления деятельности органов управления, учреждений и организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, что, естественно, не дает четкой картины функционирования всей системы.

В-третьих, к основным направлениям деятельности органов управления, учреждений и организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, относятся следующие:

- 1) профилактика инвалидности;
- 2) медицинская реабилитация инвалидов, реконструктивная хирургия;

3) обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

4) профессиональная реабилитация инвалидов (профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация);

5) социальная реабилитация инвалидов (социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация, физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт);

6) психолого-педагогическая реабилитация детей-инвалидов (дошкольное воспитание и обучение, общее образование, психолого-педагогическая коррекционная работа);

7) формирование безбарьерной среды – создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к средствам связи и информации и объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур;

8) выполнение научно-исследовательских работ по вопросам профилактики инвалидности, реабилитации и абилитации инвалидов;

9) создание информационного пространства по различным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, включающего в себя информацию о рекомендованных и предоставленных реабилитационных услугах различного профиля, о реабилитационных учреждениях, функциональных моделях реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, предприятиях реабилитационной индустрии;

10) взаимодействие с общественными объединениями инвалидов по вопросам реабилитации и абилитации.

В приведенном перечне достаточно полно представлены основные направления работы с детьми-инвалидами по вопросам реабилитации, абилитации и сопровождения. Однако в Положении нет четкого распределения зон ответственности.

В-четвертых, описание вопросов финансирования в Положении носит завуалированный характер, не раскрывая механизма и не давая четкой структуры источников финансирования. Например, финансирование реабилитационных мероприятий и программ осуществляется

за счет средств федерального, областного и муниципальных бюджетов (в рамках ведомственной принадлежности) и иных не запрещенных законодательством Российской Федерации источников.

Таким образом, механизм межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в Свердловской области носит весьма условный характер.

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации имеет свое представление о модели межведомственного взаимодействия. На официальном сайте министерства опубликована информация о примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные и абилитационные услуги, обеспечивающей реализацию принципа ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение.

Важно подчеркнуть, что данный документ носит рекомендательный характер и прежде всего предлагает перечень основных элементов, которые должны присутствовать в этой модели. Что касается графической или содержательной части, то никакой модели в документе нет.

Тем не менее, рассмотрим наиболее существенные положения этого документа.

Во-первых, Министерство труда и социальной защиты РФ в примерную модель межведомственного взаимодействия включает следующих участников:

1) высший координационный орган, в состав которого входят представители исполнительных органов государственной власти, местного самоуправления, и другие организации, предоставляющие реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, услуги ранней помощи. Задачами этого органа являются:

- определение стратегических целей;
- общая координация действий;
- утверждение планов мероприятий по внедрению и поддержке региональной системы, включая программы по профилактике инвалидности, а также стратегий в области сохранения и восстановления здоровья детей;

2) координатор межведомственного взаимодействия – орган исполнительной власти субъекта РФ, который осуществляет организацию и координацию межведомственного взаимодействия;

3) межведомственные комиссии по разработке и исполнению плана реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, развития ранней помощи;

4) органы исполнительной власти субъекта РФ в различных сферах деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита и т. д.), органы местного самоуправления и другие организации, предоставляющие реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, услуги ранней помощи.

Таким образом, на основании изложенных положений и рекомендаций Министерства труда и социальной защиты РФ схематичная модель субъектов межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности может иметь вид пирамиды (рис. 1).

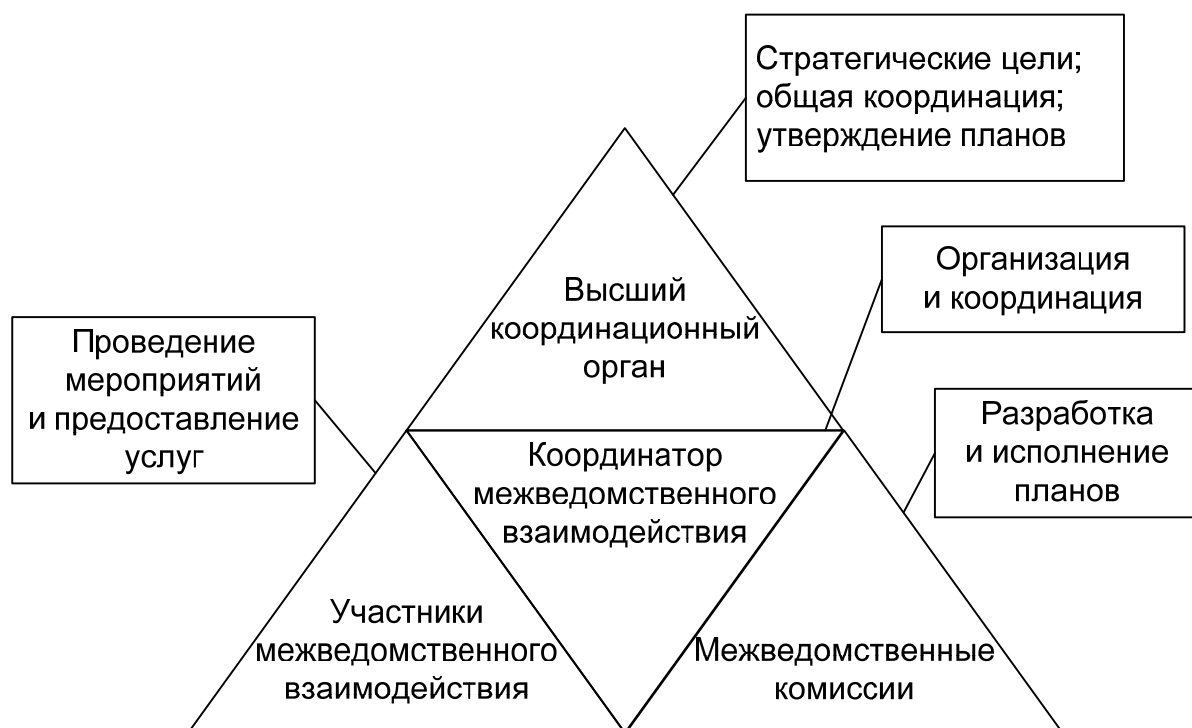


Рис. 1. Схематичная модель субъектов межведомственного взаимодействия

Во-вторых, межведомственное взаимодействие должно осуществляться на основе регламента межведомственного взаимодействия, утверждаемого высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, в котором определены следующие составляющие элементы:

- 1) перечень участников межведомственного взаимодействия;
- 2) виды деятельности, осуществляемой организациями, предоставляющими реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия;
- 3) порядок и формы межведомственного взаимодействия;
- 4) требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, в том числе в электронной форме;
- 5) механизм реализации мероприятий по поддержке региональной системы, в том числе порядок привлечения к их осуществлению организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия;
- 6) порядок осуществления контроля и оценки результатов межведомственного взаимодействия.

Иными словами, все самое важное и принципиальное отдается на разработку регионам.

В-третьих, модель межведомственного взаимодействия должна обеспечивать реализацию следующих функций:

- 1) выявление субъектов реабилитации и абилитации, получения услуг ранней помощи и определение потребности в реабилитационных и абилитационных услугах, в услугах ранней помощи;
- 2) постановка цели и разработка индивидуального плана предоставления реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, услуг ранней помощи с соблюдением принципов непрерывности и семейной ориентированности ранней помощи (далее – индивидуальный план);
- 3) выполнение мероприятий индивидуального плана;
- 4) координация и контроль межведомственного взаимодействия, оценка результатов реабилитации и (или) абилитации инвалида, в том числе ребенка-инвалида, оказания услуг ранней помощи детям, а также семьям, их воспитывающим;
- 5) выявление факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию;

б) формирование и поддержание в актуальном состоянии нормативной правовой и методической базы по формированию региональной системы;

7) проведение оценки региональной системы;

8) иные функции, связанные с деятельностью организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия.

Однако не совсем понятно, кто непосредственно будет реализовывать эти функции (какие конкретные субъекты межведомственного взаимодействия).

В-четвертых, для функционирования модели межведомственного взаимодействия и формирования региональной системы необходимо создание комплексной автоматизированной информационной системы по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности, развития ранней помощи, а также использование централизованных баз данных и классификаторов информационных систем, подключенных к системе межведомственного взаимодействия.

Другими словами, на уровне регионов должна быть создана информационная система для обеспечения работы и взаимодействия всех субъектов межведомственного взаимодействия. Однако непонятно, зачем создавать в каждом регионе свою систему, если целесообразно сделать одну общую на федеральном уровне. Это целесообразно как с экономической точки зрения (за счет снижения затрат и обеспечения унификации всех процессов), так и с социальной точки зрения (обеспечение равноправия всех инвалидов независимо от места жительства).

Таким образом, можно сделать вывод, что примерная модель межведомственного взаимодействия, предложенная Министерством труда и социальной защиты РФ, носит слишком общий характер и не является документом, обеспечивающим или хотя бы описывающим механизм межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Далее в качестве примера рассмотрим «Регламент межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердлов-

ской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан» с изменениями на 16 августа 2016 г. [53] и попытаемся оценить, насколько данный документ оправдывает свое название.

В Регламенте представлен следующий перечень органов государственной власти Свердловской области, осуществляющих межведомственное взаимодействие:

- 1) Министерство социальной политики;
- 2) Министерство здравоохранения;
- 3) Министерство общего и профессионального образования;
- 4) Министерство культуры;
- 5) Министерство физической культуры, спорта и молодежной политики;
- 6) Департамент по труду и занятости населения;
- 7) Управление записи актов гражданского состояния Свердловской области.

Важно подчеркнуть, что, во-первых, органы государственной власти Свердловской области участвуют в межведомственном взаимодействии самостоятельно, а также через свои территориальные органы, подведомственные организации и учреждения. Во-вторых, согласно Регламенту разграничение обязанностей между всеми субъектами устанавливается приказами органов государственной власти Свердловской области.

На основании вышеперечисленных обстоятельств можно выделить как минимум две проблемы межведомственного взаимодействия в представленном документе:

1. Регламент определяет основных «игроков» межведомственного взаимодействия – органы государственной власти на уровне области, однако не дает четкой картины о других возможных субъектах данного вида отношений.

2. Регламент как нормативный документ задает направления работы для субъектов межведомственного взаимодействия, но не разграничивает обязанности между ними, что фактически может приводить к дублированию многих функций и уходу из зоны ответственности конкретного ведомства.

Основные виды деятельности субъектов межведомственного взаимодействия представлены на схеме (рис. 2).

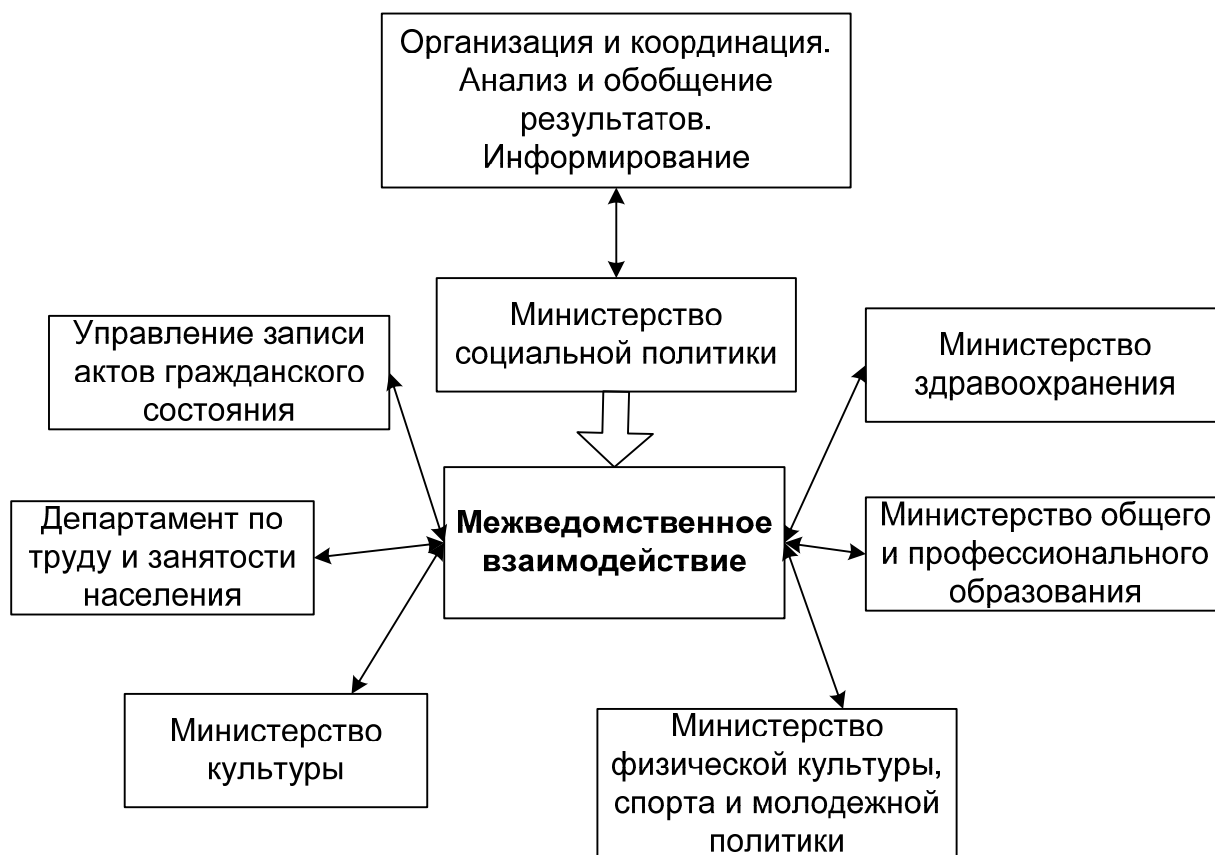


Рис. 2. Схематичная модель межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области по видам деятельности

Как видно из представленной схемы, именно Министерство социальной политики организует и координирует межведомственное взаимодействие органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан, а также анализирует и обобщает результаты и информирует других субъектов. Кроме того, одним из направлений работы этого министерства являются организация, координация и контроль организаций социального обслуживания, что еще раз подтверждает главенствующую роль данного министерства и уровень его ответственности.

Важно подчеркнуть, что на схеме отражены все основные виды деятельности субъектов, изложенные в Регламенте. Однако, межве-

домственное взаимодействие, судя по проведенному нами анализу, реализуется только в отдельных направлениях работы. Схематично это представлено на рис. 3.



Рис. 3. Схематичная модель ведущих направлений межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области

Полагаем, что именно данные виды деятельности должны быть более четко разграничены и прописаны как в модели межведомственного взаимодействия, так и в различных нормативных актах, регламентирующих деятельность субъектов такого рода отношений. Однако в самом Регламенте, а также в Порядке межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области

при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения граждан Свердловской области от 18 декабря 2014 г. № 1159-ПП (далее – Порядок), это представлено весьма условно [42].

В частности, в Порядке отмечено, что межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Свердловской области при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения граждан происходит сообразно следующим принципам:

- 1) ответственность;
- 2) конфиденциальность;
- 3) обязательность;
- 4) сотрудничество;
- 5) комплексность, системность и согласованность действий.

Основной задачей межведомственного взаимодействия является повышение эффективности и скоординированности действий участников межведомственного взаимодействия в целях обеспечения своевременного и качественного предоставления социальных услуг и осуществления социального сопровождения граждан, проживающих в Свердловской области. Организатором и координатором выступает Министерство социальной политики Свердловской области.

Межведомственное взаимодействие органов государственной власти Свердловской области происходит путем предоставления информации, необходимой для оказания гражданам социальных услуг, а также путем осуществления действий, направленных на предоставление гражданам медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение).

Межведомственное взаимодействие Министерства социальной политики Свердловской области с органами государственной власти Свердловской области при предоставлении социальных услуг и при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальному сопровождению), осуществляется в соответствии с регламентом межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий Свердловской области в сфере социального обслу-

живания граждан, утверждаемым постановлением Правительства Свердловской области.

Таким образом, один документ замыкается на другом и ни тот ни другой не дают четкой картины механизма межведомственного взаимодействия.

Вместе с тем, в самом Регламенте представлены формы межведомственного взаимодействия:

- 1) информационное взаимодействие;
- 2) создание координационных и совещательных органов;
- 3) заключение соглашений о взаимодействии.

Межведомственное информационное взаимодействие осуществляется путем обмена документами и (или) информацией, например:

- в целях предоставления гражданам социальных услуг и осуществления социального сопровождения;
- путем формирования и направления межведомственного запроса в органы, организации и учреждения;
- путем подготовки и направления ответа на межведомственные запросы.

Создание координационных и совещательных органов осуществляется, как правило, в целях разработки согласованных предложений по формированию системы межведомственного взаимодействия в сфере социального обслуживания, определения механизма межведомственного взаимодействия по вопросам данного вида обслуживания. Для этого субъекты межведомственного взаимодействия определяют и направляют для участия в работе совещательных органов своих представителей.

Предоставление документов и (или) информации в рамках межведомственного взаимодействия может осуществляться также на основании соглашений о межведомственном взаимодействии, которые обычно содержат следующие позиции: 1) наименование сторон соглашения о межведомственном взаимодействии; 2) предмет соглашения о межведомственном взаимодействии; 3) права и обязанности сторон; 4) порядок информационного обмена; 5) ответственность сторон за неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных на них обязанностей; 6) срок действия соглашения о межведомственном взаимодействии.

В заключение анализа документов, регламентирующих и определяющих порядок межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан, необходимо отметить особую значимость разделов, посвященных особенностям информационного взаимодействия.

Полагаем, что отдельные положения Регламента и Порядка могут быть взяты за основу при разработке механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Сетевая модель межведомственного взаимодействия. В основе сетевого взаимодействия лежит понятие «сеть». В наиболее общем виде сеть рассматривается как совокупность занимающих определенные позиции субъектов и связей между ними, направленных на решение определенных проблем посредством преодоления автономности и закрытости организаций, их взаимодействия на принципах социального партнерства, выстраивания вертикальных и горизонтальных связей между профессиональными командами.

Сеть позиционируется как способ совместной деятельности, основой возникновения которой является определенная проблема, в ней заинтересованы все субъекты, вступающие в сеть. При этом они сохраняют независимость своей основной деятельности, взаимодействуя лишь по поводу данной проблемы, объединяя при необходимости ресурсы для ее разрешения.

Сетевое взаимодействие как совместная скоординированная деятельность субъектов (людей, организаций, социальных групп и др.) ориентировано на достижение конкретных согласованных целей. Поэтому наличие объединяющей цели является важной характеристикой сетевого взаимодействия.

Сетевое взаимодействие предполагает существование *связей* между субъектами. В числе связей не только коммуникация участников, но и обмен различными ресурсами и деятельностью. Связи являются добровольными и могут иметь множество уровней взаимодействия.

Сетевое взаимодействие отличают взаимная совместная ответственность участников за деятельность и ее результаты, равноправные отношения субъектов, взаимная заинтересованность.

При этом субъекты, вступающие в сеть, сохраняют независимость своей основной деятельности, взаимодействуя на основе сформированных норм сетевого взаимодействия по поводу определенной проблемы, которая не может быть решена каждым из партнеров в отдельности.

Межведомственное взаимодействие в рассматриваемой сфере организуется с целью повысить эффективность реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) и сопровождения детей-инвалидов с целью устранения (коррекции) имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, сохранения (поддержания, повышения) уровня и качества их жизни. Необходимо добиться, чтобы процесс реабилитации был непрерывным, учитывающим заболевания и нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности всех возрастных групп детей, независимо от места жительства. На рис. 4 представлена модель организации системы комплексной реабилитации, абилитации инвалидов, которая описывает информационные потоки межведомственного взаимодействия [14].

Ядром предложенной модели комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов и членов их семей (на примере Свердловской области) является формирование единого непрерывного процесса. Координатором выступает Министерство социальной политики Свердловской области.

Предлагаемый подход отвечает современным требованиям, основанным на ранней, комплексной, всесторонней, целостной оценке различными профильными специалистами состояния здоровья детей, учитывающей особенности поражения различных функциональных систем их организма, и формирующихся в связи с этим ограничений жизнедеятельности, а также потенциальных возможностей.

Ключевым инструментом межведомственного взаимодействия являются договорные отношения между различными организациями.

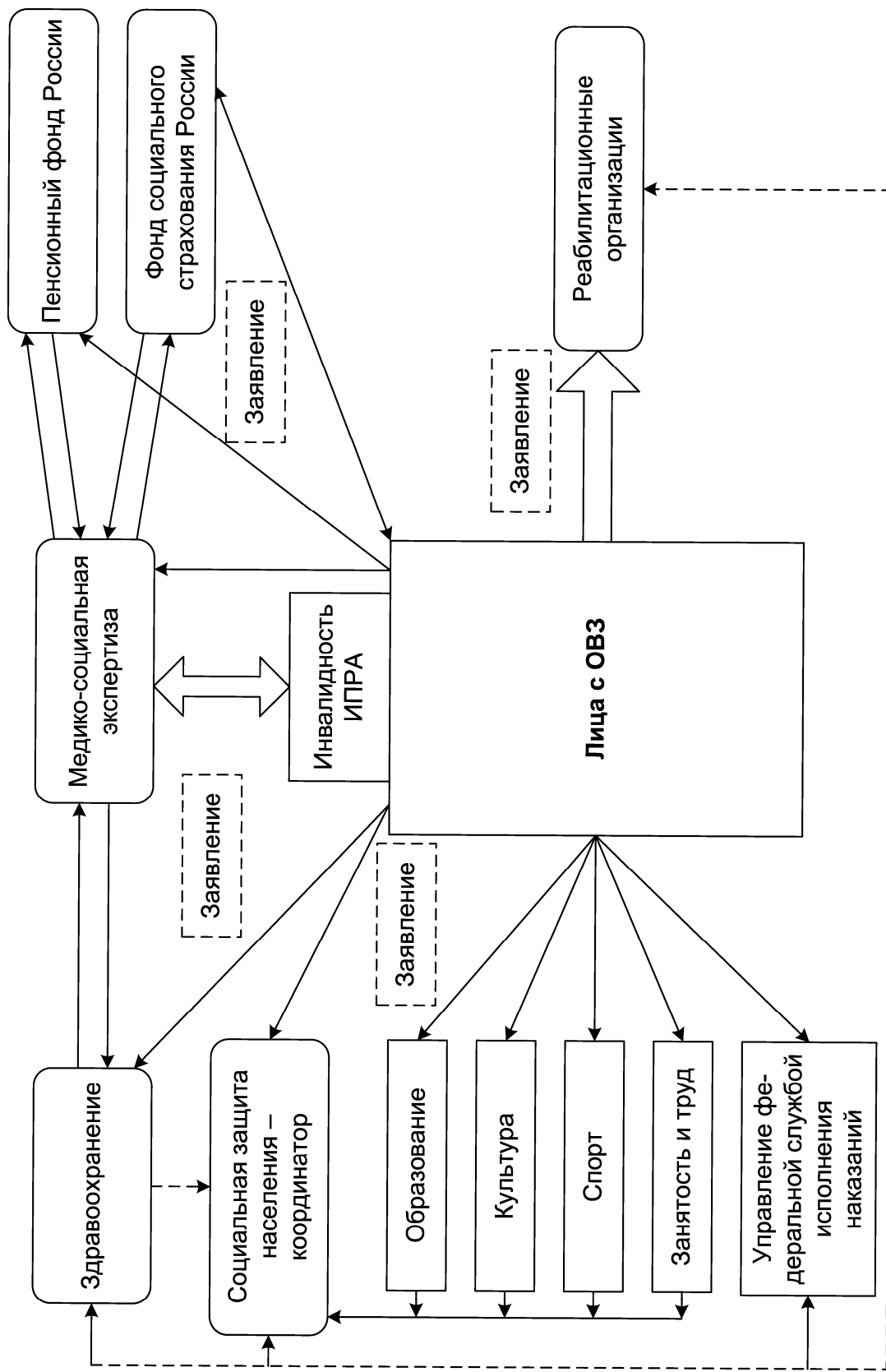


Рис. 4. Межведомственная модель организации системы комплексной реабилитации, абилитации инвалидов, в том числе детей

В частности, в договоре о сетевой форме реализации ИПРА необходимо указывать следующие пункты:

1) вид, уровень, цель и (или) направленность программы, реализуемой с использованием сетевой формы;

2) правила приема на реабилитацию, абилитацию и сопровождение, порядок организации всех процессов, реализуемых с использованием сетевой формы;

3) условия и порядок осуществления ИПРА с помощью сетевой формы, в том числе распределение обязанностей между организациями, характер и объем ресурсов, используемых каждой организацией, реализующей ИПРА, посредством сетевой формы;

4) выдаваемые документы, связанные с ИПРА, а также наименование организаций, которые их выдают;

5) срок действия договора, порядок его изменения и прекращения и т. д.

В процессе сетевого взаимодействия используется следующий комплекс организационно-правовых и нормативно-правовых документов:

- договор с учредителем, государственное или муниципальное задание (определяют статус, ответственность участников сети);

- соглашения (договоры) о сотрудничестве (позволяют закрепить гражданско-правовые отношения участников взаимодействия и регулировать вопросы проведения совместных мероприятий, использования собственности и денежных средств, распределения кадровых ресурсов, полномочий и ответственности, а также регулировать организационные схемы и процедуры управления совместной деятельностью и отчетности ее результатов);

- договоры возмездного оказания услуг, трудовые договоры, договоры гражданско-правового характера (определяют правила отношений участников сети);

- планы, проекты, программы (определяют содержание деятельности в рамках сетевого взаимодействия);

- локальные нормативные акты, в том числе должностные инструкции.

Территориальная межведомственная сеть может включать в себя учреждения федерального подчинения, регионального или муниципального уровня, некоммерческие организации и частные фирмы, в том числе в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, обра-

зовательные организации, учреждения культуры и спорта, и реализовываться в разнообразных вариантах.

Возможны любые сочетания и варианты, возникающие в ответ на социальный заказ, цели и задачи совместной комплексной деятельности. Внутриведомственное и межведомственное сетевое взаимодействие таким образом позволяет объединять ресурсы организаций для решения поставленных задач.

Без подробной актуальной информации об имеющихся ресурсах межведомственного взаимодействия невозможно оказание адресной помощи детям-инвалидам, планирование необходимых для этого средств и оптимальное их расходование. В числе ресурсов, которые могут быть использованы при реализации межведомственного взаимодействия при комплексной реабилитации, абилитации и сопровождении детей-инвалидов, можно выделить следующие:

- социальные ресурсы (партнерские связи с различными организациями);
- кадровые ресурсы (высококвалифицированные специалисты, владеющие современными реабилитационными технологиями; специалисты по методикам обучения в системе реабилитационного процесса и т. п.);
- информационные ресурсы (базы данных, электронные реестры, регистры и т. д.);
- материально-технические ресурсы (специализированные помещения для оказания реабилитационных и абилитационных мероприятий, учебно-производственное оборудование для формирования реабилитационных навыков, инструменты и материалы, компьютерные модели, тренажеры, имитаторы и т. д.);
- учебно-методические ресурсы (дополнительные программы обучения реабилитационным навыкам, коммуникации; методические материалы (пособия, рекомендации для членов семьи инвалида и т. д.));
- диагностический инструментарий для выявления и оценки реабилитационного потенциала, определения реабилитационного прогноза, удовлетворенности потребностей детей-инвалидов (компьютерные обучающие и диагностирующие программы и т. п.);
- финансовые ресурсы (денежные средства, имеющиеся в распоряжении организации и предназначенные для обеспечения процесса комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов и стимулирования персонала), формирующиеся за счет соб-

ственных и привлеченных денежных средств (источники финансирования: государственные и частные).

Главными условиями межведомственного взаимодействия можно считать следующие:

- назначение ответственного органа за управление процессом межведомственного взаимодействия и проведение оценки его результативности;

- наличие регламента межведомственного взаимодействия по вопросам формирования и совершенствования региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

- использование сетевой формы взаимодействия по вопросам разработки индивидуального реабилитационного маршрута ребенка-инвалида, деятельности мобильной реабилитационно-экспертной службы, а также сетевой формы реализации ИПРА ребенка-инвалида;

- наличие утвержденных форм планирования и отчетности органов исполнительной государственной власти (ОИГВ), реабилитационных организаций, сводного плана и отчета в рамках межведомственного взаимодействия;

- наличие автоматизированных информационно-аналитических систем, позволяющих собирать и анализировать информацию от детей-инвалидов, о реабилитационных ресурсах Свердловской области, а также обеспечение возможности использования данной информации участниками межведомственного взаимодействия;

- использование всеми участниками межведомственного взаимодействия единых подходов к составлению индивидуального плана реабилитационных мероприятий и оценке результативности реабилитационного процесса;

- совместное планирование направлений повышения квалификации специалистов, оказывающих реабилитационно-абилитационные услуги в соответствии с направлениями развития региональной системы комплексной реабилитации детей-инвалидов в Свердловской области.

В процессе построения региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов можно выделить следующие формы межведомственного взаимодействия:

- 1) обмен информацией, используемой при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения, в том числе в электронной форме;

2) осуществление совместных действий (мероприятий) в рамках реализации ИПРА ребенка-инвалида;

3) создание межведомственных рабочих групп, комиссий, координационных советов, межведомственных совещательных органов, мобильной междисциплинарной службы и пр.;

4) соглашения о взаимодействии, заключенные между ОИГВ Свердловской области, в которых определяются порядок и организационно-технические условия взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

5) сетевое взаимодействие организаций различной ведомственной принадлежности по вопросам реализации реабилитационно-абилитационных мероприятий, в том числе в виде сетевой формы реализации ИПРА;

6) организационно-административное содействие в виде создания благоприятных административных условий формирования и развития системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, их формализованное деятельное соучастие в развитии системы путем максимально возможного (в рамках действующего законодательства) использования разнообразного практического инструментария, а также наиболее эффективных форм и методов прямой и косвенной поддержки реабилитационных организаций с целью их устойчивого функционирования;

7) совместное формирование и использование банков данных, автоматизированных информационно-аналитических систем;

8) общие стратегии развития ведомственных систем в рамках региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

Виды межведомственного взаимодействия можно классифицировать по следующим признакам:

- сферы взаимодействия;
- направление взаимодействия (вертикальное, горизонтальное, диагональное);
- количество участвующих (двустороннее, многостороннее);
- степень участия ведомств (активное, пассивное);
- характер связей (неформальное, формальное);
- регулярность (регулярное, разовое);
- сроки (краткосрочное, среднесрочное, долгосрочное);
- в зависимости от объекта (межотраслевое, межфункциональное, информационное, проектное).

Особое внимание в рамках системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в Свердловской области необходимо уделить следующим видам межведомственного взаимодействия (в рамках управленческих функций):

- планирование мероприятий по реализации системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов и ее развитию в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах;
- организация деятельности по обеспечению функционирования и развития системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;
- обеспечение системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов необходимыми ресурсами;
- координация деятельности, обеспечивающей функционирование и развитие системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;
- обеспечение и реализация коммуникационного и информационного взаимодействия между всеми участниками отношений по комплексной реабилитации, абилитации и сопровождению детей-инвалидов;
- мотивация эффективной и результативной деятельности всех субъектов межведомственного взаимодействия по реализации комплексной реабилитации, абилитации и сопровождению детей-инвалидов;
- разрешение конфликтных ситуаций и реализация превентивных мер по снижению количества конфликтов в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;
- контролирование всех процессов межведомственного взаимодействия и обеспечение результативной и эффективной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

Принципы межведомственного взаимодействия – это исходные основополагающие требования, которыми руководствуются субъекты при организации совместного решения социальных проблем в области комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

Принципы являются важнейшим основанием механизма управления. Содержание и направленность принципов межведомственного взаимодействия при решении проблем формирования системы ком-

плексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов определяются рядом следующих факторов:

- стратегические цели государства, общества в целом;
- законодательная регламентация;
- научная обоснованность;
- цели и характер совместной работы;
- ведомственные интересы (специфика и важность их реализации посредством взаимодействия; субъективный фактор);
- наличие ресурсной базы;
- территориальные особенности (развитость социальной инфраструктуры, географическое положение, политика органов местного самоуправления в социальной сфере, национальный состав Свердловской области);
- отношение к взаимодействию учреждений со стороны вышестоящих структур;
- специфика решаемых проблем.

Основные принципы межведомственного взаимодействия ОИГВ и реабилитационных организаций, реализующих ИПРА детей-инвалидов в Свердловской области, можно сгруппировать по нескольким критериям:

- по критерию регулятивной силы (правовой, социальной ответственности субъектов управления, социального контроля);
- степени организационно-управленческой технологизации (принцип адекватности, обратной связи, координации взаимообусловленных действий, принцип автоматизированного учета в информационном обмене, соответствия функций наделяемым полномочиям);
- критерию совместимости профессиональной деятельности кадров (компетентности, преемственности, согласованности интересов, меры участия в межведомственной координации, соблюдения правил деловых отношений);
- программно-целевому критерию (комплексность и системность, научная и методическая обоснованность, принцип конечно-целевой направленности, непрерывности оказания реабилитационных услуг, проблемной ориентации деятельности учреждений);
- по нравственному критерию в отношениях с детьми-инвалидами (принципы социальной справедливости, гуманизма, терпимости, соучастия в судьбе).

На практике принципы межведомственного взаимодействия, как правило, используются не изолированно, а в тесной взаимосвязи, что отражает их объективную обусловленность и направляет совместные усилия на достижение общих целей в процессе комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

Среди принципов организации межведомственного взаимодействия учреждений социальной сферы при решении проблем реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов одним из наиболее важных представляется принцип социального партнерства. На практике социальное партнерство трактуется неоднозначно. При построении межведомственной модели системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов взаимодействие можно считать социальным партнерством, если интерес одного субъекта не может быть реализован без участия другого и одновременного удовлетворения потребностей других субъектов.

Социальное партнерство как система цивилизованных общественных отношений подразумевает деятельность, основанную на согласовании интересов, возможностей, методов работы, что обеспечивает реализацию взаимопересекающихся интересов учреждений различной ведомственной принадлежности при достижении общей цели. Эффективное межведомственное взаимодействие возможно на основе уважения позиций и учета интересов сторон, использования преимущества переговорного процесса. Партнерство характеризуется как процесс приумножения общих интересов.

Межведомственное взаимодействие возможно реализовать на принципе социального партнерства при условии, когда интересы достижения социально-ожидаемых целей (например, эффективное решение проблем реализации ИПРА ребенка-инвалида) будут доминировать над ведомственными бюрократическими интересами, когда для всех участников будет являться осознанной ценностью совместная работа, а не отдельные действия каждой реабилитационной организации, учреждения, предприятия. Все участники межведомственного взаимодействия должны воспринимать друг друга как партнеров в достижении общих целей.

Эффективность межведомственного взаимодействия в решающей мере зависит от реализации принципа социальной справедливости.

Дети-инвалиды, нуждающиеся в комплексной реабилитации, абилитации и сопровождении, должны иметь возможность воспользоваться гарантированными законодательством правами. Совместная работа организаций-субъектов реализации ИПРА должна быть направлена на обеспечение социальных гарантий, создания возможностей равного доступа детей-инвалидов к реабилитационным, абилитационным услугам и сопровождению. Соблюдение данного принципа, с одной стороны, определяет необходимые условия для развития и достойного существования ребенка-инвалида, с другой – устанавливает связь между спецификой конкретной проблемы и мерой участия государственных структур в процессе формирования условий для качественной, результативной и эффективной комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

Отметим, что сетевое взаимодействие, предполагающее объединение ресурсов во имя достижения общей цели, призвано способствовать развитию системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в целом и в отдельности применительно к сфере ответственности каждого субъекта сети.

В перспективе сетевое взаимодействие создает условия для использования современной материально-технической базы в процессе осуществления комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов; а также инновационных научно-методических, информационных, кадровых ресурсов. Работая в сети, субъекты обмениваются опытом, решают совместные задачи, организуют командную деятельность и обеспечивают профессиональный рост.

Важно подчеркнуть, что именно уровень управленческой деятельности руководителей субъектов межведомственного взаимодействия обеспечивает эффективность и результативность сетевого партнерства. В основе управления сетевым межведомственным взаимодействием лежат изучение потребностей заказчика услуг, особенностей и тенденций развития организаций, предоставляющих услуги, оценка достаточности ресурсов для выполнения поставленных целей и задач. Все это позволяет более четко выделить всех потенциальных субъектов сетевого взаимодействия и определить направления интеграции с ними.

Эффективность сетевого взаимодействия обеспечивается созданием ряда условий:

- организационные условия: создание информационной среды, понимание общей цели и путей ее достижения, создание координирующего центра, совместное планирование и согласование действий, коммуникационная доступность сетевых участников, деятельность в нормативно-правовом поле;

- финансовые условия: многоканальное финансирование, обеспечение экономической эффективности сетевого взаимодействия, развитие широкого перечня услуг;

- материально-технические условия: использование возможностей сетевых партнеров для восполнения недостатка материально-технических ресурсов;

- кадровые условия: наличие высококвалифицированных специалистов, отвечающих требованиям не только конкретного сетевого проекта, но и умеющих работать в команде; профессиональная компетентность ключевых исполнителей сети, готовность участников к обучению, переменам, формированию и развитию инновационного мышления;

- нормативно-правовые условия: разработка пакета нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок построения правоотношений в условиях сетевого взаимодействия;

- информационные условия: информационная поддержка сети Интернет, взаимодействие с общественными организациями и средствами массовой информации, выпуск печатной продукции, создание банка информационных материалов в печатном и электронном вариантах, предоставление информации на сайтах;

- мотивационные условия: создание мер стимулирующего характера для обеспечения необходимого уровня качества в процессе комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

- научно-методические условия: разработка сетевых планов, новых комплексных программ по реабилитации, абилитации и сопровождению с учетом современных достижений науки и рекомендаций мирового сообщества; разработка и распространение методических рекомендаций, основанных на опыте работы по проблемам и результатам сетевого взаимодействия и др.

Далее рассмотрим *кластерную модель* межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в зависимости от возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Инновационным механизмом интеграции кадровых, информационных, материальных и других ресурсов различных субъектов, участвующих в процессе реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов является организация их сетевого взаимодействия в рамках кластерных сетей.

Кластер (от англ. *cluster* – кисть, скопление) – это совокупность однородных элементов, идентичных объектов, образующих группу. В экономике под кластером традиционно понимают региональный или отраслевой производственный комплекс [52].

М. Портер определяет кластер как сосредоточенные по географическому признаку группы взаимосвязанных фирм, специализированных поставщиков, поставщиков услуг, предприятий в родственных отраслях, а также связанных с их деятельностью организаций (например, агентств по стандартизации, университетов, торговых объединений) в конкретных областях, конкурирующих, но при этом ведущих совместную работу [51].

С. А. Помитов рассматривает кластеры в качестве объединений производственных предприятий, образовательных и научно-исследовательских организаций, поставщиков технических средств, расположенных в непосредственной близости друг от друга и осуществляющих совместную деятельность в целях повышения конкурентных преимуществ, создания наукоемкой и высокотехнологичной продукции [50].

В экономическом словаре А. И. Архипова дается более полная характеристика этого понятия, в частности, под кластером понимается гибкое и свободное объединение предприятий по территориально-производственному принципу. Представляя собой скопления («созвездия», «гроздь») предприятий, расположенных на определенной местности, индустриальные кластеры возникли в ходе развития территориального разделения, комбинации труда и производства и территориальной интеграции. Образующие кластер предприятия могут быть связаны одной технологической цепочкой (вертикальная интеграция). Они могут производить однородную продукцию различных серий и пользоваться общей инфраструктурой, иметь доступ к технологическим инновациям (горизонтальная интеграция) [3].

В условиях современной инновационной модели экономического роста кластеры получили широкое распространение в первую очередь в высокотехнологичных отраслях. Центром кластера служит инновационное «ядро», базирующееся на новых знаниях и включающее в себя исследовательские фирмы, в том числе малые. Вокруг него располагаются взаимосвязанные компании, специализированные поставщики и продуценты, производители и потребители. В состав кластера могут входить связанные с деятельностью этих компаний различные организации: университеты, агентства по стандартизации, торговые сети, а также аналитические и консалтинговые службы, PR-агентства, лоббистские и другие структуры, представляющие интересы данной территории. Субподрядчиками, и иногда и подрядчиками крупных компаний выступают средние и малые фирмы. Кластеризация является важной общей тенденцией современного мирового экономического развития [3].

Цели создания кластера [6]:

- 1) укрепление конкурентоспособности предприятий – участников кластера;
- 2) формирование производственной, инновационной, транспортной, жилищной и социальной, коммунальной инфраструктур кластера;
- 3) поддержка в привлечении на территорию функционирования кластера инвестиций путем развития конкурентных преимуществ региона или территории;
- 4) обеспечение роста производительности труда предприятий – участников кластера и формирование новых высокопроизводительных рабочих мест;
- 5) повышение инновационного потенциала и предпринимательской активности на территории функционирования кластера;
- 6) формирование сети конкурентоспособных поставщиков и сервисных фирм на территории функционирования кластера;
- 7) повышение и упрочение человеческого капитала участников кластера на территории функционирования кластера;
- 8) развитие уровня национальной технологической базы, скорости и качества экономического роста за счет повышения международной конкурентоспособности предприятий, входящих в состав кластера.

Формирование и функционирование кластера базируется на следующих принципах [6]:

- самоорганизация участников кластера;
- экономическая целесообразность мероприятий по развитию кластера и кластерных проектов;
- направленность участников кластера на производство конкурентоспособных товаров и услуг;
- взаимный интерес участников к формированию кластера и углублению кооперации в рамках кластера;
- вовлечение всех участников в формирование и развитие кластера;
- открытость кластера для вступления новых участников;
- прозрачность структуры управления кластером;
- информационная открытость кластера и его участников.

В нашем случае построение кластера связано с необходимостью объединить в рамках одной (территориальной, функциональной) зоны проекты в сфере социального обслуживания населения, в том числе процессы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов. Применительно к данной сфере в кластерное сетевое взаимодействие могут входить организации разной ведомственной принадлежности, предоставляющие услуги в сфере социального обслуживания, учреждения, для которых прослеживается взаимосвязь между социальным обслуживанием и собственным развитием их организации.

Субъекты сферы социального обслуживания, составляющие основу для реализации комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, на основе сетевого взаимодействия образуют горизонтальные взаимосвязи для реализации различных долгосрочных комплексных программ и обеспечивают доступность услуг для каждого ребенка. Включение организаций в кластер сферы социального обслуживания строится на следующих принципах:

- территориальная близость;
- взаимовыгодное сотрудничество;
- совместное использование имеющейся базы и ресурсов.

Таким образом, построение кластера в сфере социального обслуживания может осуществляться как минимум по трем сценариям:

1) «сверху вниз», т. е. с первоочередным образованием органов совещательной координации и мониторинга, определением стратегии кластера в целом и его ресурсной поддержкой;

2) «снизу вверх», т. е. идет выстраивание отдельных проектов и программ, интегрирующих потенциальных участников кластера;

3) смешанный вариант, когда сочетаются оба подхода.

На этапе создания межведомственного кластера для обеспечения его легитимности достаточным является система договорных отношений. Для эффективной деятельности необходимо создание полного пакета нормативных документов. Перечислим их:

- концепция или программа совместной деятельности межведомственного кластера (принимается на муниципальном уровне в отношении подведомственных учреждений);

- положение о межведомственном кластере, интегрирующем различные виды, уровни и формы социального обслуживания;

- договор или несколько договоров для установления юридически значимых отношений между участниками межведомственного кластера, интегрирующего различные виды, уровни и формы социального обслуживания.

Управление кластером может быть возложено на представителей субъектов межведомственного взаимодействия, в том числе представителей заинтересованных общественных организаций, представителей органов местного самоуправления; или на совет руководителей организаций, входящих в кластер социального обслуживания.

На основании проведенного нами исследования можно выделить несколько опорных положений, являющихся основой для разработки и реализации кластерной модели межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов:

1. Межведомственное взаимодействие системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов должно обеспечивать функционирование методологических, методических, правовых, финансовых и организационных компонентов (в том числе организаций).

2. Представленный подход должен задействовать конкурентные рыночные механизмы в сфере социального обслуживания, что приведет к повышению качества услуг и снижению их стоимости.

3. Межведомственное взаимодействие должно предполагать создание межведомственного координационного совета при главе испол-

нительной власти субъекта Российской Федерации, например, в лице Министерства социальной политики Свердловской области.

4. Внедрение системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов должно позволять перейти от иерархической, вертикальной, сугубо ведомственной структуры управления к горизонтальной целевой с распределением функций, задач и ответственности между соответствующими ведомствами.

5. Важным направлением, обеспечивающим эффективность реализации процесса комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, должен являться переход от сметного к адресному финансированию услуг.

6. Необходимо создание эффективной организационно-функциональной модели, ядром которой является механизм координации всех звеньев системы, межведомственной и межуровневой кооперации и интеграции ресурсов и организации сетевого взаимодействия учреждений различного типа и ведомственной принадлежности.

7. В рамках единого процесса должна работать сетевая модель построения 2-уровневых компетенций, которые четко укладываются в рамки норм действующего федерального законодательства и положений о ведомствах с некоторым уточнением их функций и созданием (наделением) какой-то структуры с дополнительными функциями.

Применительно к рассматриваемой проблеме возможны два варианта решения задачи:

1) создание обособленной структуры с соответствующими полномочиями по управлению и координации деятельности системы или кластерных систем и (или) интегрированных (или комплексных) организаций социальной сферы;

2) наделение действующего органа (организации) полномочиями по координации и контролю за сетевой деятельностью организаций, осуществляющих реабилитационную деятельность в научной, медицинской, образовательной, физкультурно-спортивной сферах, а также в сферах занятости, социальной защиты населения, культуры и иных организациях, обладающих ресурсами, необходимыми для осуществления реабилитационных мероприятий, предусмотренных соответствующей ИПРА.

Таким образом, с учетом обозначенных выше положений предлагаем рассматривать следующую модель кластера социального обслуживания, включающую в себя 4 пункта:

1. Выделяется три уровня межведомственного взаимодействия (рис. 5).

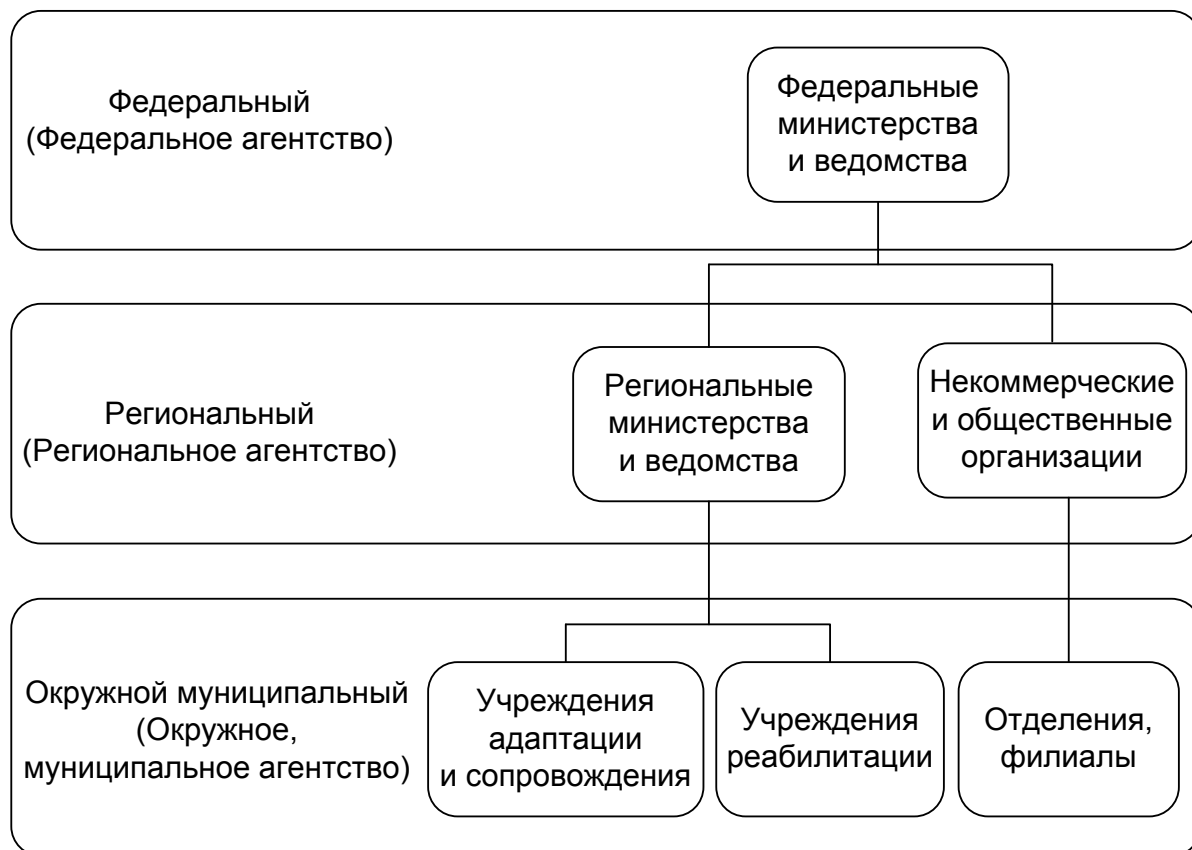


Рис. 5. Уровни межведомственного взаимодействия

2. Кластер социального обслуживания формируется на договорной основе, включая в себя учреждения образования, здравоохранения, культуры, спорта, производства средств реабилитации, учреждения некоммерческих организаций (НКО) и др.

Для обеспечения адресной работы создается собственное агентство по делам инвалидов со структурными подразделениями по делам взрослых инвалидов, по делам детей-инвалидов, отделение ранней помощи. Данное агентство является основным держателем средств и распределителем госзаказа.

Таким образом, организационным ядром кластера реабилитации инвалидов может выступать агентство по делам инвалидов, базовое территориальное учреждение (рис. 6).



Рис. 6. Структура межведомственного кластера реабилитации инвалидов

3. Учреждения, представленные в модели, работают на основании договоров о сотрудничестве, несут ответственность за результаты своей деятельности. Вместе с тем все учреждения сохраняют свою самостоятельность, базовые виды деятельности, финансовую независимость.

Системообразующим видом деятельности кластера является процесс реабилитации, который выступает одним из направлений деятельности каждого конкретного учреждения.

Ядро кластера выполняет идеологическую, методическую, организационную, распределительную, контролируемую и другие функции.

4. Идеальная модель кластерного взаимодействия в реабилитационном процессе определяет виды реабилитации и ведомственную принадлежность (табл. 1).

Таблица 1

Идеальная модель кластерного взаимодействия
в реабилитационном процессе

Ведомственная принадлежность	Вид реабилитации
Здравоохранение	Медицинская реабилитация
Социальная политика	Социально-психологическая, социально-педагогическая, социальная, социально-средовая, социально-бытовая, социально-трудовая и др.
Образование	Педагогическая (уровень образованности)
Спорт	Физическая или спортивная (двигательная активность)
Культура	Социокультурная

Отметим, что независимо от выбора формы межведомственного взаимодействия в центре внимания должна находиться совместно разработанная и реализуемая сетевая программа.

Реализация программы требует финансовой поддержки органов управления различных ведомств, а также определения принципов и уровней софинансирования.

Организационные формы и механизмы управления. В настоящее время модель межведомственного взаимодействия по формированию системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов не имеет достаточно проработанной правовой базы и хорошо развитой инфраструктуры, однако ее организационная схема уже формируется (рис. 7) [14]. Ее основу составляют органы исполнительной государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органы местного самоуправления, государственные учреждения различного профиля, осуществляющие деятельность в сфере реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, социально ориентированные общественные организации.

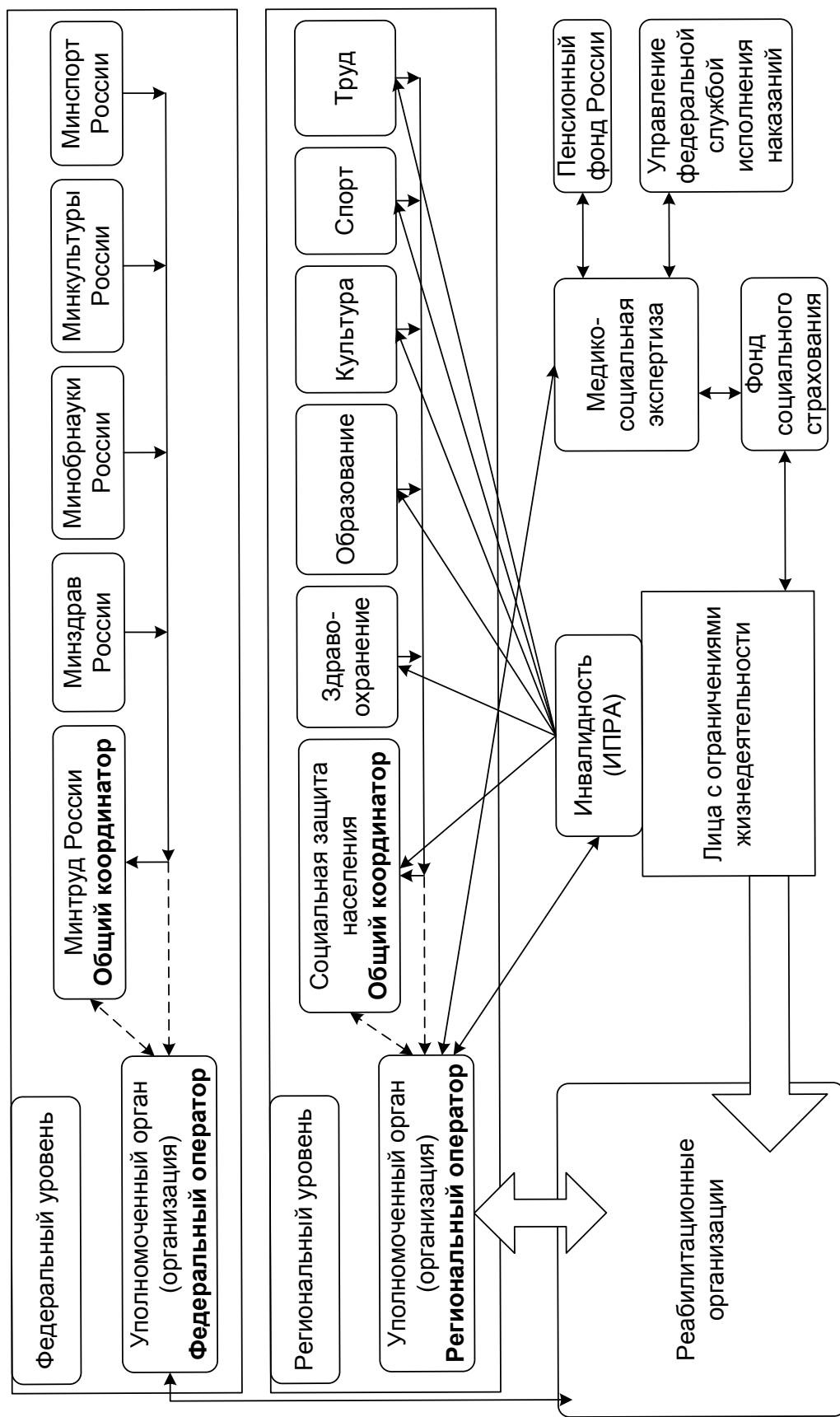


Рис. 7. Проект межведомственной модели организации системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

В системе комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов можно выделить три уровня управленческих и исполнительских компонентов, негосударственные структуры, а также вертикальные и горизонтальные связи между ними.

Деятельность по формированию и совершенствованию межведомственной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов организуется на федеральном, региональном и местном уровнях соответствующими органами государственной исполнительной власти и местного самоуправления и осуществляется находящимися в их ведении учреждениями (организациями). Органы исполнительной власти и учреждения (организации) имеют разную ведомственную принадлежность и осуществляют функции в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в соответствии с направлениями своей основной деятельности (рис. 8).

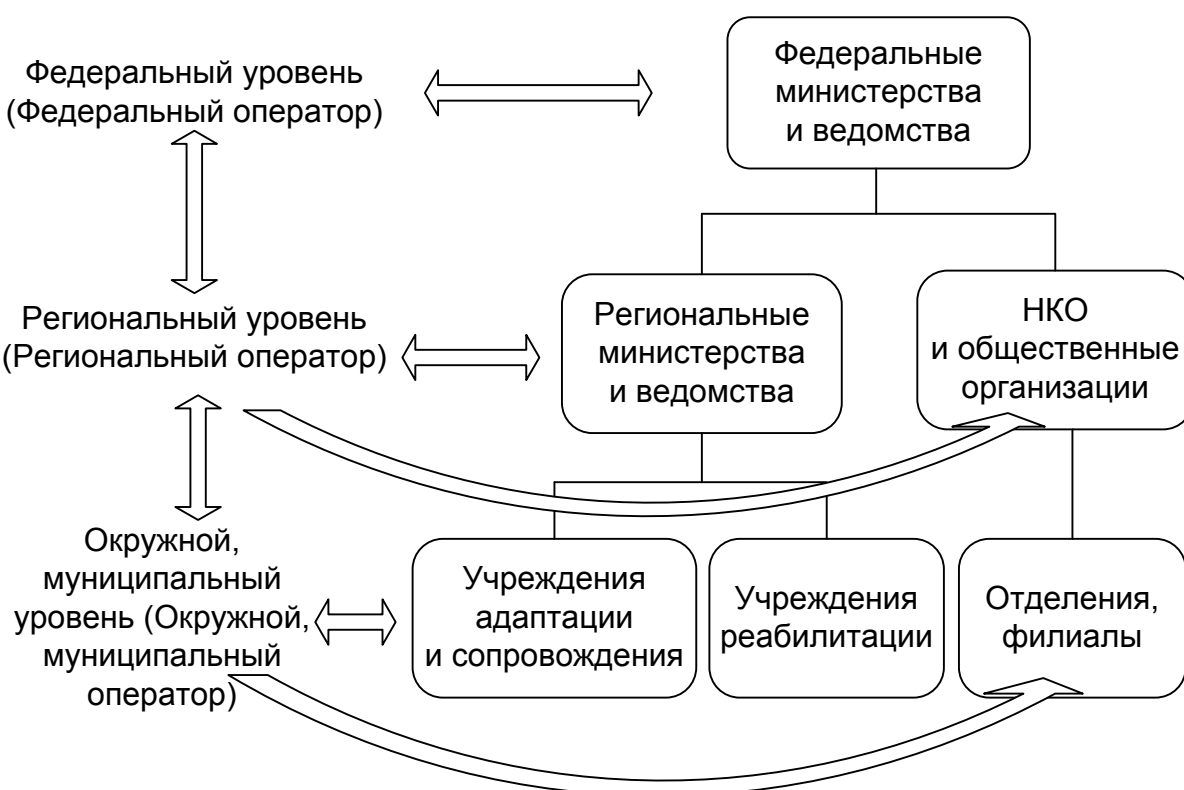


Рис. 8. Схема уровней межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Каждое ведомство осуществляет реализацию ИПРА инвалидов в своей сфере, своими методами и средствами, но все должны использовать единую методологическую основу и преследовать единую цель – обеспечение социальной адаптации инвалидов (детей-инвалидов), включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество. Сфера деятельности каждой реабилитационной организации в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) устанавливается на основе ведомственной принадлежности, а также с учетом разделения полномочий между федеральным, региональным и местным уровнями (рис. 9).

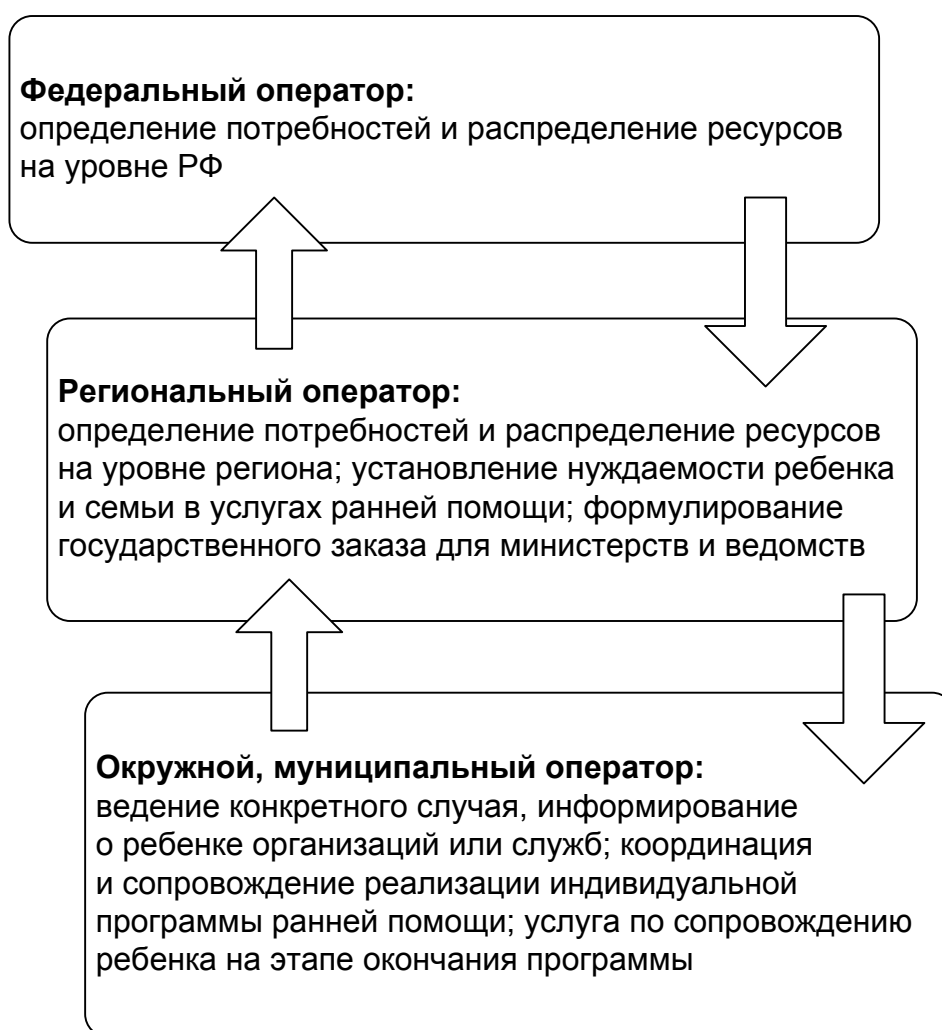


Рис. 9. Схема взаимодействия операторов разных уровней при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Именно это и обуславливает подход к выбору системы управления межведомственным взаимодействием в сфере комплексной

реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в Свердловской области, которую можно представить в виде упрощенной схемы (рис. 10).



Рис. 10. Общая схема управления системой комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

При анализе представленной схемы можно сделать вывод о том, что для построения системы необходимо определить ведомство, которое будет управлять региональной системой комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в Свердловской области, а значит не просто координировать действия всех участников межведомственного взаимодействия, но и планировать, организовывать, контролировать, анализировать, регулировать эту деятельность, осуществлять общее руководство, т. е. выполнять все функции управления. Таким органом исполнительной государственной власти в Свердловской области является Министерство социальной политики.

Важным вопросом для результативного и эффективного управления процессом межведомственного взаимодействия при формировании и совершенствовании системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов является механизм управления.

Наиболее оптимальным для региональной системы межведомственного взаимодействия в сфере комплексной реабилитации, абилитации

и сопровождения детей-инвалидов в Свердловской области является механизм управления по результатам – такая форма организации управленческих действий, при которой основной акцент делается на эффективную постановку целей и целенаправленное достижение результатов.

Основными этапами процесса управления по результатам являются следующие:

- определение результатов;
- управление по ситуации;
- контроль за результатами.

Процесс определения результатов начинается с анализа целей, на основе которых выдаются желаемые результаты для разных уровней. Этот процесс заканчивается определением стратегии деятельности и формулировкой тактических мероприятий для ее реализации.

Процесс управления по ситуации предполагает организацию дел деятельности ОИГВ, реабилитационных организаций и специалистов, при которой планы превращаются в желаемые результаты. Владение искусством управления по ситуации заключается в том, что руководители всех уровней обладают способностью анализировать и принимать во внимание существенные внешние и внутренние ситуационные факторы и опираются на различные стили руководства и влияния для использования их в соответствии со сложившейся ситуацией. В основе деятельности по управлению по ситуации лежат инновационный и проектный подходы.

Процесс контроля показывает, какие результаты достигнуты по плану, а какие случайно. Кроме того, определяется, как выполняются планы ОИГВ и реабилитационных организаций. Существенной частью процесса контроля является принятие решений по результатам контроля с целью реализации соответствующих мер. Эти меры можно запланировать в рамках повседневного управления или при составлении очередного годового плана. Если эти меры имеют крупномасштабный характер, то они учитываются при стратегическом планировании.

Управление по результатам является процессом, направленным на достижение главных и поддерживающих их результатов. В нем предполагается следующее:

- с помощью процесса планирования определяется деятельность ОИГВ и реабилитационных организаций – субъектов межведомственного взаимодействия (другими словами, требования к результатам и ожидаемые результаты) в разных интервалах времени;

- осуществление планов подкрепляется ежедневным сознательным управлением делами участниками межведомственного взаимодействия и окружением;

- результаты оцениваются для принятия решений, ведущих к проведению последующих мероприятий.

В управлении по результатам самым существенным является упор на результат, что имеет как принципиальное, так и функциональное значение. При управлении по результатам возможности ОИГВ используются таким образом, чтобы планы деятельности находили реализацию от стратегического до тактического уровней – конкретных планов работы реабилитационных организаций.

При управлении системой межведомственного взаимодействия по результатам осуществляется сбалансированное развитие самих ОИГВ, каждой реабилитационной организации, участвующих в межведомственном взаимодействии, и системы в целом.

Из существующих в настоящее время организационных форм управления актуальным может быть сочетание проектной и дивизионной структур управления, основанное на принципах сетевого взаимодействия (кластерного).

Необходимо отметить, что Свердловская область участвует в конкурсе Министерства труда и социальной защиты РФ на право реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Поэтому в основе организационной структуры сети (кластера), обеспечивающей комплексную реабилитацию, абилитацию и сопровождение детей-инвалидов, должна лежать организация работы над проектом. Это предполагает, что субъекты реализации ИПРА детей-инвалидов могут работать одновременно в нескольких проектах, каждый из которых имеет определенные сроки начала и окончания; в каждом конкретном случае назначается ведомство или человек, наделенные функциями руководителя проекта, выделяются необходимые ресурсы и согласовываются планы работы и конкретные мероприятия. Управление проектом реализует все функции менеджмента: прогнозирование, планирование, организацию, координирование, мотивацию, контроль и т. п. После завершения работы над проектом данная структура прекращает свое существование, ее составляющие, включая кадровый состав, переходят в новый проект.

По форме структура управления по проектам в рамках формирования региональной системы комплексной реабилитации, абилитации

и сопровождения детей-инвалидов может иметь вид дивизионной системы, в которой определенный «дивизион» – ведомственный ОИГВ, затем реабилитационная организация наделяются особыми полномочиями только на время выполнения пилотного проекта. После его завершения организационная система управления межведомственным взаимодействием в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов сохраняет дивизионную форму. На рис. 11 представлена организационная структура по управлению комплексом услуг в сфере социального обслуживания.



Рис. 11. Схема организационной структуры по управлению комплексом услуг в сфере социального обслуживания

Как видно из схемы, Министерство социальной политики (и это согласуется с Регламентом межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области) реализует ведущую роль в управлении комплексом услуг в сфере социального обслуживания, выполняя базовые функции управления, обеспечивающие реализацию комплекса услуг в сфере социального обслуживания населения, включая в себя следующие:

- реабилитация, абилитация и сопровождение взрослых инвалидов;
- реабилитация, абилитация и сопровождение детей-инвалидов;
- ранняя помощь.

Кроме того, Министерство социальной политики определяет стратегические направления развития, формулирует цели для всех участников комплекса услуг, обеспечивает взаимодействие с субъектами внешней среды, входящими в кластер социального обслуживания, также включая в себя производственные предприятия, организации СМИ, ассоциации и сообщества по охране здоровья, лоббистские структуры (со всеми теми, кто может непосредственно или косвенно влиять на работу в сфере социального обслуживания населения) и т. д.

Координационный совет выполняет функции координации работы всех органов власти, участвующих в процессе реализации комплекса услуг в сфере социального обслуживания. Именно в этом проявляется механизм межведомственного взаимодействия, обеспечивающий повышение эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов с целью устранения (коррекции) имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, а также сохранения (поддержания, повышения) уровня и качества их жизни.

В Координационный совет входят все необходимые организации, включая Министерство социальной политики, согласно Регламенту межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области.

Агентство же является базовым учреждением, инициирующим целевые проекты по различным направлениям (см. рис. 11). Фактически его можно назвать проектным подразделением (если придерживаться традиционной схемы проектной организации), которое разрабатывает и организует реализацию индивидуальных программ в сфере социального обслуживания. Важным направлением деятельности этого подразделения является инновационная деятельность, предусматри-

вающая использование новых и привлечение современных и перспективных разработок в сфере социального обслуживания населения.

Для обеспечения результативной и эффективной работы Агентства требуется наделение этого подразделения специальными проектными функциями, дающими право оказывать прямое влияние:

- на учреждения, непосредственно подчиненные органам государственной власти, предоставляющие услуги в сфере социального обслуживания населения;
- на НКО и общественные организации, предоставляющие услуги социального обслуживания населения.

Необходимо подчеркнуть, что наделение Агентства особыми полномочиями – это важнейший принцип реализации проектной системы управления. Если это не будет сделано, то вся работа Агентства будет сведена к бюрократизации процесса с последующим падением эффективности и результативности работы.

Учреждения, непосредственно подчиненные органам государственной власти, и НКО, и общественные организации, предоставляющие услуги социального обслуживания населения, фактически являются звеньями, которые обеспечивают процесс реализации комплекса услуг в сфере социального обслуживания; предоставляют необходимые ресурсы; реализуют отдельные этапы процесса.

Таким образом, сохраняется базовая структура организации процесса управления комплексом услуг в сфере социального обслуживания с учетом действующего законодательства и обеспечивается принцип диалектичности, т. е. постоянного развития, что отражено в работе проектного подразделения – Агентства.

2.2. Нормативно-методическая база межведомственного взаимодействия по оказанию услуг реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Нормативно-методическая база для реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности, участвующих в процессе организации межведомственного взаимодействия по оказанию услуг реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, – это совокупность законов, нормативно-правовых актов и методических документов, регламентирующих технологии, механизмы, стан-

дарты, а также деятельность системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, ее структуру, функции, штаты, техническое обеспечение и некоторые другие аспекты:

- выявление субъектов реабилитации, абилитации, сопровождения и услуг по ранней помощи;
- оценку состояния ребенка и семьи;
- постановку целей и разработку индивидуальной программы;
- выполнение мероприятий;
- оценку результата реабилитации, абилитации, сопровождения ребенка-инвалида и предоставления услуг ранней помощи.

Нормативно-методическая база для реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности:

1. Законодательные акты Российской Федерации в сфере государственного управления в соответствующих отраслях (в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, социального обслуживания, труда и занятости, образования, физической культуры и спорта) и др.

2. Указы и распоряжения Президента РФ, постановления Правительства РФ.

3. Нормативно-правовые акты федеральных органов исполнительной власти, регламентирующие правовые вопросы реабилитации, абилитации, сопровождения, а также ранней помощи в соответствующих отраслях.

4. Государственные стандарты на оказание услуг по реабилитации, абилитации и сопровождению детей-инвалидов и ранней помощи.

5. Общероссийские классификаторы технико-экономической и социальной информации.

6. Унифицированные системы документооборота (прием, обработка и передача, хранение данных), в том числе с использованием информационных систем.

7. Законодательные акты субъектов Российской Федерации и правовые акты, принимаемые органами исполнительной власти субъектов РФ (должны учитываться при организации взаимодействия реабилитационных организаций прежде всего органами представительной и исполнительной власти субъектов РФ, а также организациями разной формы собственности, действующими на их территории).

8. Нормативно-правовые акты, а также методические документы по различным аспектам, издаваемые руководством реабилитационных организаций.

Важно отметить, что развитие системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти, а также других организаций, участвующих в этом процессе.

Законодательные акты РФ регламентируют общие принципы деятельности:

а) в сфере государственного управления при организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, организации предоставления государственных и муниципальных услуг, организации деятельности государственных информационных систем и др.;

б) в соответствующих отраслях (в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, социального обслуживания, труда и занятости, образования, физической культуры и спорта);

в) при использовании персональных данных, сведений, относящихся к врачебной тайне.

Для эффективного развития реабилитационных организаций и их взаимодействия с органами власти необходимо в федеральные нормативно-правовые акты внести соответствующие изменения по полномочиям (либо разработать отдельный федеральный закон, регламентирующий организационно-правовые отношения в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, а также услуг ранней помощи). В документах должно присутствовать и правовое закрепление основных понятий («система реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов», «процесс реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов»), а также правовое уточнение понятий применительно к детям-инвалидам («реабилитационная организация», «реабилитационная услуга», «система межведомственного взаимодействия» и др.).

Также необходимо правовое закрепление механизмов реализации:

- основных современных принципов реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, а также ранней помощи (раннее начало, комплексность, обоснованность, индивидуальный характер, этапность, преемственность, мультидисциплинарный характер, длительность до сохранения положительного результата, а также профилактика инвалидности);

- использования Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для формирования единого языка взаимодействия реабилитационных организаций;

- выбора экономически оправданного и эффективного минимума реабилитационных действий;
- составления и применения критериев эффективности реабилитации на каждом этапе, в каждом ведомстве и в каждой реабилитационной организации;
- развития информационной инфраструктуры, необходимой для осуществления реабилитационных мероприятий, контроля за их эффективностью, информирования населения и др.;
- создания единой системы управления маршрутизацией проведения реабилитационных мероприятий (система координаторов случая, система реабилитационных менеджеров и др.).

Для эффективной работы реабилитационных организаций и их взаимодействия необходимы следующие стандарты:

1. Государственные стандарты РФ, применяемые в установленном порядке международные и национальные стандарты, правила, нормы и рекомендации по стандартизации, общероссийские классификаторы информации.

2. Отраслевые стандарты, унифицирующие предоставление реабилитационных услуг в соответствующих сферах (охраны здоровья, социальной защиты населения, социального обслуживания, труда и занятости, образования, физической культуры и спорта).

Так, в основу деятельности реабилитационной организации детей-инвалидов могут быть заложены следующие документы:

- ГОСТ Р 53872–2010. Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 53873–2010. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 53874–2010. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг;
- ГОСТ Р 53875–2010. Реабилитация инвалидов. Документация учреждений реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 54734–2011. Реабилитация инвалидов. Учетно-отчетная документация учреждений реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 54735–2011. Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 54736–2011. Реабилитация инвалидов. Специальное техническое оснащение учреждений реабилитации инвалидов;

- ГОСТ Р 54738–2011. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов;
- ГОСТ Р 55138–2012. Реабилитация инвалидов. Качество реабилитационных услуг. Основные положения;
- ГОСТ Р 56100–2014. Реабилитация инвалидов. Система информационного обеспечения реабилитационных учреждений.

Находятся на этапе редакции и могут быть приняты документы:

- проект «ГОСТ Р. Реабилитация инвалидов. Целевые показатели реабилитационных услуг. Основные положения»;
- проект «ГОСТ Р. Реабилитация инвалидов. Оценка результатов реабилитационных услуг. Основные положения».

Правовые акты, принимаемые Президентом РФ и Правительством РФ, развивают положения, зафиксированные в законодательных актах, по вопросам реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов и ранней помощи.

Реабилитация, абилитация и сопровождение детей-инвалидов, ранняя помощь носят межведомственный, мультидисциплинарный, комплексный характер, следовательно, правовое регулирование взаимодействия реабилитационных организаций влечет за собой необходимость изменения общих, отраслевых и межотраслевых документов, касающихся порядка, технологий, механизмов контроля и других вопросов (рис. 12).

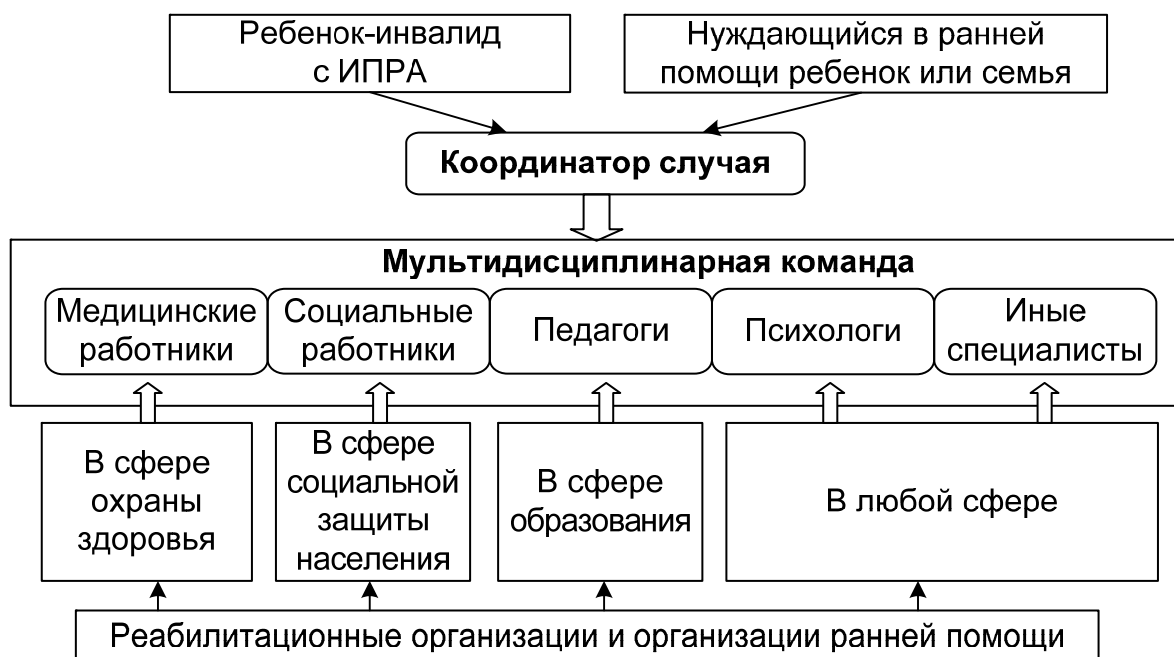


Рис. 12. Межотраслевой состав мультидисциплинарной команды для осуществления реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Как представлено на рис. 12, мультидисциплинарные команды могут осуществлять свою работу разными организационно-правовыми способами:

1) централизованно, в одной организации:

- используя кадры других организаций для осуществления деятельности;

- по механизму социального аутсорсинга;

- имея собственный кадровый состав разных специалистов;

2) децентрализованно, в организациях разной ведомственной принадлежности и форм собственности.

Отметим, что необходимо вносить уточнения в общероссийские и отраслевые классификаторы для современного кодирования информации об управленческих документах, задачах, решаемых в автоматизированных системах управления, видах деятельности, экономических и социальных показателях в системе реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, ранней помощи; а также информации об организационных структурах; информации о населении и кадрах.

Таким образом, нормативно-методическую базу межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций можно представить в виде таблицы (табл. 2).

Таблица 2

Нормативно-методическая база для реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности, участвующих в процессе организации межведомственного взаимодействия по оказанию услуг реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

Функциональное звено системы	Содержание нормативно-методической документации
1	2
Выявление субъектов реабилитации, абилитации, сопровождения, ранней помощи	Регламентация порядка и формы деятельности организаций по выявлению случая (медицинских организаций, социальных служб, системы образования, некоммерческих организаций и др.), получению и направлению информации Стандарты диагностической работы Критерии отнесения к потребности в услугах ранней помощи

1	2
Оценка состояния ребенка и семьи	Порядок и условия проведения оценки Стандарты диагностики
Постановка цели и разработка индивидуальной программы	Порядок и условия разработки индивидуальной программы Форма индивидуальной программы, инструкция по ее заполнению Стандартизация услуг и формы их оказания
Выполнение мероприятий	Порядок и условия выполнения мероприятий по реабилитации, абилитации, сопровождению, ранней помощи Стандартизация услуг и формы их оказания Формы документации Уточнение вопросов сохранения врачебной тайны и персональных данных Критерии оценки эффективности мероприятий Регламенты и протоколы взаимодействия информационных систем
Оценка результата реабилитации, абилитации, сопровождения ребенка-инвалида, ранней помощи	Порядок и условия проведения оценки Стандарты диагностики
Общие вопросы, связанные с деятельностью на всех этапах	Формирование концепции и закрепление основных понятий и принципов Полномочия ОИГВ субъектов Российской Федерации в соответствующих отраслях Закрепление единого языка взаимодействия, разработанного на основе биопсихосоциальной модели МКФ Стандартизация условий проведения мероприятий и обмена информацией Разработка и внедрение критериев эффективности на каждом этапе Разработка системы управления маршрутизацией проведения реабилитационных мероприятий (куратор случая, реабилитационный менеджер) Кадровые вопросы

Для обеспечения реализации механизма межведомственного взаимодействия организаций, участвующих в процессе осуществления комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в Свердловской области, необходимы следующие нормативные документы:

1. *Постановления правительства Свердловской области*, регламентирующие механизм межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, в том числе определяющие следующие моменты:

1) порядок информационного взаимодействия ведомственных органов исполнительной государственной власти и учреждений, реализующих ИПРА ребенка-инвалида;

2) регламент и формы взаимодействия ведомственных ОИГВ и учреждений различной ведомственной принадлежности, в том числе сетевого взаимодействия, по разработке и реализации индивидуального реабилитационного, абилитационного маршрута ребенка-инвалида;

3) ведомственный ОИГВ, являющийся координатором межведомственного взаимодействия по комплексной реабилитации, абилитации и сопровождению детей-инвалидов;

4) создание ведомственным ОИГВ – координатором межведомственного взаимодействия структурного подразделения, ответственного за организацию в регионе комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

5) работа государственного учреждения, выполняющего функции учебно-методического центра, оказывающего в рамках государственного задания услуги по дополнительному профессиональному образованию специалистов в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, по разработке нормативно-методических материалов для обеспечения процесса комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в регионе; а также по созданию методических материалов для родителей детей-инвалидов по навыкам ухода, навыкам реабилитации в домашних условиях;

6) порядок и форма регионального реестра детей-инвалидов, позволяющего выявлять потребности детей, оценивать результаты комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов как по каждому ведомству, реализующему ИПРА, так и по системе комплексной реабилитации в целом;

7) порядок формирования и актуализации регионального регистра организаций, оказывающих услуги детям-инвалидам, в том числе по реабилитации, абилитации и сопровождению, содержащего информацию об их оснащенности реабилитационным и информационно-компьютерным оборудованием, квалифицированным персоналом, а также об используемых реабилитационных технологиях и т. п.;

8) создание межведомственной мобильной реабилитационно-экспертной службы (мобильной реабилитационно-диагностической бригады) для своевременной разработки индивидуального реабилитационного маршрута для детей-инвалидов с третьей степенью ограничений жизнедеятельности;

9) внедрение механизмов взаимодействия ведомственных бюджетов при проведении комплексных реабилитационных, абилитационных мероприятий и сопровождения для детей-инвалидов;

10) межведомственный подход к планированию повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Свердловской области по вопросам реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

11) единые подходы к проведению аттестации специалистов, оказывающих услуги по реабилитации, абилитации и сопровождению детей-инвалидов в подведомственных организациях Свердловской области.

2. Приказы ведомственных ОИГВ:

1) об утверждении концепции реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов в следующих сферах:

- медицинская реабилитация, абилитация и сопровождение;
- социальная реабилитация, абилитация и сопровождение;
- профессиональная реабилитация, абилитация и сопровождение,

в том числе отдельно по сфере образования;

- физкультурно-оздоровительные мероприятия и занятия спортом;

2) о порядке сетевого межведомственного взаимодействия в сфере комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов;

3) о совершенствовании ведомственной информационной системы, позволяющей выявлять потребности детей-инвалидов и их родителей в услугах, оценивать результаты реабилитации как по данному ведомству, так и по каждому подведомственному учреждению, оказывающему реабилитационные, абилитационные услуги и сопровождение детей-инвалидов;

4) о порядке формирования и актуализации регистра подведомственных организаций, оказывающих услуги детям-инвалидам и их родителям, в том числе по реабилитации, абилитации и сопровождению;

5) о введении в штатные расписания подведомственных учреждений новых должностей (специалист по реабилитационной работе в социальной сфере, психолог в социальной сфере, специалист по реабилитации больных после тяжелых заболеваний и т. п.), должностей специалистов, оказывающих услуги по информационному сопровождению родителей детей-инвалидов в процессе межведомственного взаимодействия по реализации индивидуального реабилитационного, абилитационного маршрута и сопровождения детей-инвалидов в соответствии с ИПРА.

3. Нормативно-методические материалы:

1) по вопросам организации межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности;

2) осуществлению единого подхода к оценке реабилитационного потенциала и результативности реабилитации детей-инвалидов;

3) определению критериев для создания детям-инвалидам и их родителям условий сопровождаемого проживания;

4) выявлению потребностей детей-инвалидов и их родителей (инструментарий для оценки потребностей);

5) оценке реабилитационного потенциала, позволяющие специалистам сформировать базовые представления о нормативной правовой базе и научно-методических основаниях понятия «реабилитационный потенциал», уровнях, видах, параметрах и критериях оценки реабилитационного потенциала, определить реабилитационный потенциал детей-инвалидов и отследить его динамику;

6) формированию единых подходов к определению результативности проведенных реабилитационных, абилитационных мероприятий и сопровождения детей-инвалидов;

7) по методике оценки результативности реабилитационных, абилитационных мероприятий и сопровождения с позиций родителей детей-инвалидов и специалиста.

Далее необходимо сказать об эффективности системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов.

2.3. Эффективность системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов

В настоящее время проблемами для существующей системы реабилитации, абилитации и сопровождения ребенка-инвалида являются следующие:

- отсутствие координации действий реабилитационных и абилитационных учреждений разной ведомственной принадлежности, организационно-правовых форм собственности и направлений деятельности;
- бюрократическая система оформления документов, необходимых ребенку-инвалиду для получения услуг в организациях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации;
- наличие обособленных ведомственных информационных систем учета информации о детях-инвалидах, что затрудняет ведение мониторинга и оценку хода и результатов реабилитационных услуг;
- неразработанность таких направлений комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, как профессиональная реабилитация, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт;
- отсутствие структурных подразделений по оказанию услуг ранней помощи в организации социального обслуживания, образования, здравоохранения;
- отсутствие нормативно-правой базы, регламентирующей вопросы межведомственного взаимодействия в процессе комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Для реализации системного подхода в вопросах комплексной реабилитации инвалидов в 2015 г. в Российской Федерации был разработан ряд нормативных правовых документов, определяющих последовательность действий при оценке степени ограничений жизнедеятельности гражданина, установлении статуса «инвалид» и последующих мероприятиях по реабилитации или абилитации (рис. 13).

При проведении медико-социальной экспертизы одновременно с определением категории «ребенок-инвалид» разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида. Данная информация фиксируется в акте медико-социальной экспертизы (МСЭ) гражданина (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 апреля 2015 г. № 228н) [47].

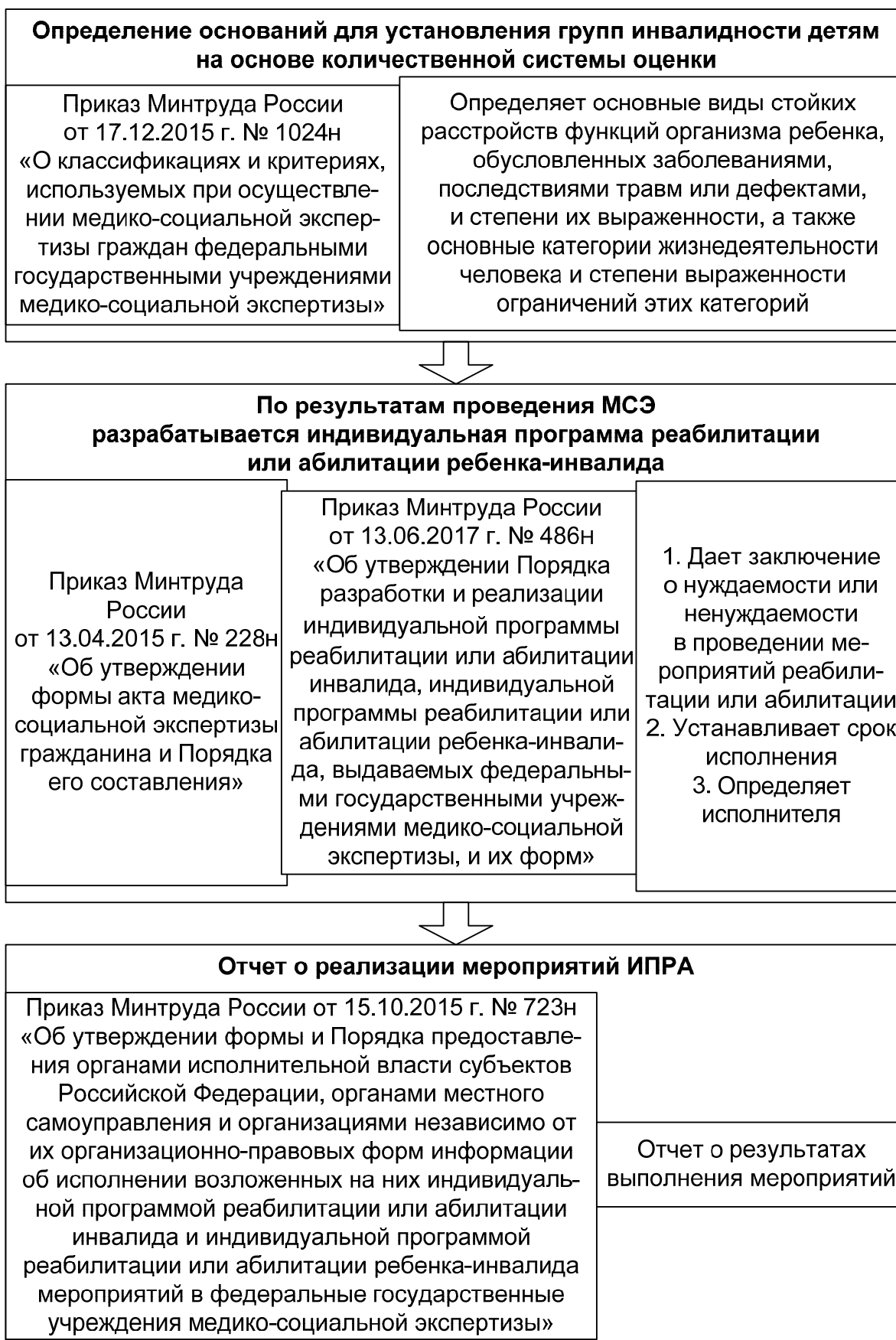


Рис. 13. «Маршрут» от установления ребенку категории «ребенок-инвалид» до подготовки отчета о реализации мероприятий ИПРА

В приказе Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 г. № 528н в п. 5 перечислены этапы разработки ИПРА ребенка-инвалида [43]:

а) проведение реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики;

б) оценка реабилитационного потенциала;

в) определение реабилитационного прогноза и мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду (ребенку-инвалиду) восстановить (сформировать) или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, социальным статусом и реальными возможностями социально-средовой инфраструктуры.

Несмотря на то, что в 2017 г. вышел обновленный приказ Министерства труда и социальной защиты России № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» [44], этап разработки ИПРА содержит оценку реабилитационного потенциала и определение реабилитационного прогноза, данная информация по-прежнему не отражена в индивидуальной программе реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.

Выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы ИПРА не содержит и информации о реабилитационном прогнозе ребенка-инвалида, она сформулирована как прогнозируемый результат (реализован полностью, реализован частично) по следующим направлениям оценки результатов реализации индивидуальной программы мероприятий реабилитации и абилитации:

- социально-бытовое обслуживание, реабилитация, абилитация;
- социально-медицинское обслуживание, реабилитация, абилитация;
- социально-психологическое обслуживание, реабилитация, абилитация;
- социально-педагогическое обслуживание, реабилитация, абилитация;
- социально-трудовая адаптация начиная с 14 лет;
- социально-правовое обслуживание;

- обслуживание, реабилитация, абилитация в целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг ранней помощи;
- социокультурное обслуживание, реабилитация, абилитация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия и мероприятия по адаптивной физической культуре;
- предоставление срочных социальных услуг;
- ранняя помощь применительно к улучшению физического, психического, социального функционирования ребенка с ограничениями жизнедеятельности, повышению степени его активности и участия, интеграции в среду сверстников.

Таким образом, федеральные государственные учреждения МСЭ оценивают реабилитационный потенциал и определяют реабилитационный прогноз ребенка-инвалида, а затем по результатам проведенных исполнителями реабилитационных мероприятий оценивают, достигнут ли тот прогнозируемый результат, который был запланирован в ИПРА для конкретного индивида.

Необходимо ответить на следующие вопросы: как исполнителям ИПРА по унифицированным критериям детализировать мероприятия индивидуальной программы через конкретные услуги в соответствии с ведомственными перечнями и стандартами, как оценивать результативность исполненных мероприятий с учетом критериев оценки результативности МСЭ?

Перечислим субъектов реализации мероприятий по реабилитации в соответствии с ИПРА:

а) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (медицинская реабилитация или абилитация);

б) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения (профессиональная реабилитация или абилитация);

в) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования (психолого-педагогическая реабилитация или абилитация);

г) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (социальная реабилитация или абилитация);

д) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта (физкультурно-оздоровительные занятия и занятия спортом);

е) региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР), предоставляемыми ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета).

Цель каждого исполнителя – выполнить определенные ИПРА мероприятия и оценить их результативность. Для реализации поставленной цели необходимо последовательное решение следующих задач:

- детализация мероприятий, указанных в рамках исполнения ИПРА (форма к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 г. № 723н [48]), т. е. определение перечня услуг в соответствии с ведомственными стандартами;

- оценка ситуации в пределах своей компетенции;
- систематизация полученной информации;
- проведение реабилитационных мероприятий;
- оценка результативности вмешательства;
- обобщение и анализ полученной информации.

Учет международных обязательств при оценке комплексной системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов. Оценка результативности региональной системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов предполагает учет международных обязательств Российской Федерации, отечественного и зарубежного опыта в части использования положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Применение классификации МКФ позволит кроме объективной оценки здоровья ребенка-индивида с биологической, психологической и социальной точек зрения внедрить унифицированный подход к оценке реабилитационных и абилитационных мероприятий в отношении детей-инвалидов всем субъектам межведомственного взаимодействия.

Например, МКФ дает описание ситуаций, исходя из функционирования человека и его ограничений, иными словами, не классифицирует людей, а только описывает ситуацию ребенка-инвалида с помощью набора доменов здоровья, и служит «каркасом» для систематизации этой информации. Систематизация выстраивает информацию во взаимосвязанном и доступном виде, поэтому может использоваться как базовый инструмент для оценки результатов реабилитации

и (или) абилитации всеми заинтересованными сторонами, участвующими в реабилитационном процессе индивида при формировании единого категориально-понятийного аппарата, единых подходов к оценке конкретной ситуации ребенка-инвалида до и после реабилитации и (или) абилитации, подходов к детализации результатов реабилитации (абилитации) по направлениям реабилитации и (или) абилитации.

Структура МКФ [13] представлена в табл. 3.

Таблица 3

Структура Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Уровень классификации	Основные составляющие МКФ	Содержание
1	2	3
Функционирование и ограничение жизнедеятельности	Функции организма (b)	Умственные функции Сенсорные функции и боль Функции голоса и речи Функции сердечно-сосудистой, кровеносной, иммунной и дыхательной систем Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма Урогенитальные и репродуктивные функции Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции Функции кожи и связанных с ней структур
	Структуры организма (s)	Структуры нервной системы Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры Структуры, участвующие в голосообразовании и речи Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам Структуры, связанные с движением Кожа и относящиеся к ней структуры

1	2	3
	Активность и участие (d)	Обучение и применение знаний Общие задачи и требования Общение Мобильность Самообслуживание Бытовая жизнь Межличностные взаимодействия и отношения Главные сферы жизни Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь
Факторы контекста	Факторы окружающей среды (e)	Продукция и технологии Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком Поддержка и взаимосвязи Установки Службы, административные системы и политика

МКФ вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем, составляющих благополучия (например, образование и труд). Таким образом, домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться и как домены здоровья, и как домены, связанные со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных составляющих («Функции и структуры организма» и «Активность и участие»).

1. Составляющие функционирования и ограничения жизнедеятельности. Составляющая «организм» включает в себя две классификации: одна для функций систем организма, другая – для структур организма. Разделы в обеих классификациях построены в соответствии с системами организма. Составляющая «Активность и участие» охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций.

2. Составляющие контекстных факторов. Перечень окружающих факторов – это первая составляющая контекстных факторов. Окружающие факторы влияют на все составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности и систематизированы по следую-

щему принципу: от непосредственно окружающих ребенка-инвалида до общего окружения. Личностные факторы являются составляющей факторов контекста, но они не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных различий, связанных с ними.

К соответствующему домену классификации при оценке нарушенных функций, структур организма и категорий активности и участия подбирается определенный вариант количественной оценки:

- 0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) – 0–4 %;
- 1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) – 5–24 %;
- 2 – умеренные проблемы (средние, значимые) – 25–49 %;
- 3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) – 50–95 %;
- 4 – абсолютные проблемы (полные) – 96–100 %;
- 5 – не определено;
- 6 – не применимо.

Для оценки факторов окружающей среды МКФ предлагает общий определитель с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности конкретного фактора в виде барьера или облегчения, при этом точка (в нижеследующем примере не показано) указывает на барьеры, а знак «+» – на облегчающие факторы [13]:

- 0 – нет барьеров (никаких, отсутствуют, ничтожные) – 0–4 %;
- 1 – незначительные барьеры (легкие, небольшие, слабые) – 5–24 %;
- 2 – умеренные барьеры (средние) – 25–49 %;
- 3 – выраженные барьеры (резко выраженные, тяжелые) – 50–95 %;
- 4 – абсолютные барьеры (полные) – 96–100 %;
- +0 – нет облегчающих факторов (отсутствуют, ничтожные) – 0–4 %;
- +1 – незначительные облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые) – 5–24 %;
- +2 – умеренные облегчающие факторы (средние) – 25–49 %;
- +3 – выраженные облегчающие факторы (резко выраженные, значимые) – 50–95 %;
- +4 – абсолютные облегчающие факторы (полные) – 96–100 %.

Оценка программы реабилитации и абилитации осуществляется на базе комплекса положений (прил. 1).

Далее в табл. 4 представлены положения МКФ [13] с позиции соотношения доменов по направлениям реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов.

Таблица 4

Использование положений МКФ с позиции соотнесения доменов по направлениям

Область применения	Функционирование и ограничения жизнедеятельности	Домен	Единая шкала определителей (числовой код, определяющий степень или величину функционирования), %
1	2	3	4
<i>Медицинская реабилитация</i>	Функции систем организма (b)	<p>Умственные функции</p> <p>Сенсорные функции и боль</p> <p>Функции голоса и речи</p> <p>Функции сердечно-сосудистой, кровеносной, иммунной и дыхательной систем</p> <p>Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма</p> <p>Урогенитальные и репродуктивные функции</p> <p>Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции</p> <p>Функции кожи и связанных с ней структур</p>	<p>0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) – 0–4</p> <p>1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) – 5–24</p> <p>2 – умеренные проблемы (средние, значимые) – 25–49</p> <p>3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) – 50–95</p> <p>4 – абсолютные проблемы (полные) – 96–100</p>
Структуры организма (s)	Структуры нервной системы	<p>Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры</p> <p>Структуры, участвующие в голосообразовании и речи</p> <p>Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем</p> <p>Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе</p> <p>Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам</p> <p>Структуры, связанные с движением</p> <p>Кожа и относящиеся к ней структуры</p>	

Окончание табл. 4

1	2	3	4
<p><i>Социальная реабилитация</i></p> <p><i>Психолого-педагогическая реабилитация</i></p> <p><i>Профессиональная реабилитация</i></p>	<p>Активность и участие (d) (используются все домены как активность и участие без деления на «активность» «участие»)</p>	<p>Обучение и применение знаний</p> <p>Общие задачи и требования</p> <p>Общение</p> <p>Мобильность</p> <p>Самообслуживание</p> <p>Бытовая жизнь</p> <p>Межличностные взаимодействия и общение</p> <p>Главные сферы жизни</p> <p>Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь</p>	<p>0 – нет барьеров (никаких, отсутствуют, ничтожные) – 0–4</p> <p>1 – незначительные барьеры (легкие, небольшие, слабые) – 5–24</p> <p>2 – умеренные барьеры (средние) – 25–49</p> <p>3 – выраженные барьеры (резко выраженные, тяжелые) – 50–95</p> <p>4 – абсолютные барьеры (полные) – 96–100</p> <p>+0 – нет облегчающих факторов (отсутствуют, ничтожные) – 0–4</p> <p>+1 – незначительные облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые) – 5–24</p> <p>+2 – умеренные облегчающие факторы (средние) – 25–49</p> <p>+3 – выраженные облегчающие факторы (резко выраженные, значимые) – 50–95</p> <p>+4 – абсолютные облегчающие факторы (полные) – 96–100</p>

В табл. 4 домены «активность» и «участие» представлены без разграничения на составляющие. МКФ допускает применение единого перечня, который пользователь по своему усмотрению может употреблять для дифференциации активности и участия. Под участием понимается вовлеченность человека в жизненные ситуации. Участие может измеряться путем анализа информации о функционировании человека в различных сферах жизни. Стандарт или норма, с которыми сравниваются полученные данные, – это функционирование человека, не имеющего инвалидности, в данном конкретном обществе. Жизненные ситуации могут включать в себя обучение и применение знаний; общие задачи и требования; общение; мобильность; самообслуживание; бытовую жизнь; межличностные взаимодействия и отношения; основные сферы жизни; и жизнь в сообществах; общественную и гражданскую жизнь.

Современные подходы к оценке региональной системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов. Оценка региональной системы реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов в зависимости от ситуации можно разделить на две части: первоначальную оценку состояния системы реабилитации и оценку результатов выполнения программы.

Первоначальная оценка основана на подготовке к разработке и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов, а также их законных представителей в субъекте Российской Федерации. Она состоит из описания потребностей детей-инвалидов, а также их законных представителей и описания реабилитационных ресурсов субъекта Российской Федерации. Критерием необходимости разработки мероприятий выступает недостаточность имеющихся ресурсов. Кроме того, необходимо оценить качество предоставляемых реабилитационных услуг, что возможно сделать только при постановке цели реабилитации. Критерием в данном случае выступает степень приближения к цели.

При оценке результатов выполнения программы можно выделить три аспекта: реализация проводимой политики; реализация программы; качество процесса реабилитации.

Приблизительную оценку проводимой политики можно получить по результатам социологического опроса и методом экспертных оценок. Критерием оценки в данном случае является степень удовлетворенности политикой, проводимой в субъекте Российской Федерации.

Критерием для оценки реализации программы в целом является достижение целей, поставленных при планировании.

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 июня 2017 г. № 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» [39], а также в соответствии с п. 2 прил. № 4 к государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 гг., утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Доступная среда” на 2011–2020 годы» [38] утверждена методика оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Согласно обозначенной методике определен рекомендуемый порядок проведения оценки региональной системы реабилитации и абилитации детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации в целях ее совершенствования и развития, а также формирования комплексного подхода к организации региональной системы.

Комплексный подход к организации региональной системы формируется с учетом совокупности взаимоувязанных мероприятий, охватывающих основные направления реабилитации и абилитации детей-инвалидов, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений их жизнедеятельности в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Оценка региональной системы осуществляется субъектами Российской Федерации самостоятельно не реже одного раза в год. Она проводится на основе анализа и сопоставления информации о деятельности субъекта Российской Федерации по реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием следующих показателей оценки региональной системы:

а) сформированность комплексного подхода к организации региональной системы в субъекте Российской Федерации;

б) удовлетворенность детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей реабилитационными или абилитационными мероприятиями (услугами);

в) укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля исходя из потребности детей-инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях;

г) сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях детей-инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях.

Показатели оценки региональной системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей. Первый показатель оценки региональной системы «Сформированность комплексного подхода к организации региональной системы реабилитации и абилитации детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации» оценивается по следующим критериям:

а) доля организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия для детей-инвалидов, включенных в региональную систему с учетом формирования комплексного подхода к ее организации, в общем количестве организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия детям-инвалидам, расположенных на территории субъекта Российской Федерации;

б) количество органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в различных сферах деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита населения, физическая культура и спорт, культура, труд и занятость, информация и связь), вовлеченных в формирование комплексного подхода к организации региональной системы реабилитации и абилитации детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей в субъекте Российской Федерации;

в) наличие в субъекте Российской Федерации нормативно-правовой и методической базы региональной системы для формирования комплексного подхода к ее организации, соглашений о взаимодействии по вопросам проведения реабилитации и (или) абилитации де-

тей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей между исполнителями реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий;

г) изменение объема финансирования, направленного на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей в них, по сравнению с предыдущим периодом, аналогичным периоду проведения оценки региональной системы;

д) наличие рекомендаций по вариантам оказания реабилитационных и абилитационных мероприятий, предоставляемых детям-инвалидам, а также их законным или уполномоченным представителям в субъекте Российской Федерации, учитывающих их экономическую обоснованность (государственное задание, использование сертификатов, софинансирование оплаты и иные).

Второй показатель оценки региональной системы «Удовлетворенность детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей реабилитационными или абилитационными мероприятиями (услугами)» оценивается по следующим критериям:

а) доля детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей, удовлетворенных качеством предоставления реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, в общей численности опрошенных инвалидов (их законных или уполномоченных представителей), получивших реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия;

б) доля детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей, положительно оценивающих систему предоставления реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, в общей численности опрошенных детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей.

Третий показатель оценки региональной системы «Укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля исходя из потребности детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях» оценивается по следующим критериям:

а) доля специалистов, обеспечивающих оказание реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, прошедших обучение

по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, в том числе по применению методик по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, в общей численности таких специалистов;

б) доля специалистов образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы, осуществляющих профессиональную подготовку специалистов, обеспечивающих учебно-тренировочный процесс, прошедших повышение квалификации по вопросам реабилитации и абилитации детей-инвалидов за последние 5 лет, в общей численности таких специалистов.

Четвертый показатель оценки региональной системы «Сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях» оценивается по следующим критериям:

а) наличие в субъекте Российской Федерации системы электронного межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, организаций, участвующих в предоставлении реабилитационных и абилитационных мероприятий инвалидам, позволяющей осуществить сбор, обработку, анализ информации о данных лицах, и содержащей в том числе сведения об оказываемых им реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях (далее – межведомственная информационная система);

б) доля детей-инвалидов, информация о которых внесена в межведомственную информационную систему;

в) доля организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия в субъекте Российской Федерации, подключенных к межведомственной информационной системе;

г) количество предоставляемых в субъекте Российской Федерации детям-инвалидам реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Порядок оценки региональной системы с учетом основных показателей и их критериев. Региональная система оценивается с уче-

том показателей оценки региональной системы и их критериев по следующей формуле:

$$\text{ИР} = \text{СП} + \text{УН} + \text{КС} + \text{ИБ},$$

где ИР – итоговый результат оценки региональной системы субъекта Российской Федерации по показателям оценки региональной системы и их критериям;

СП – показатель оценки региональной системы «Сформированность комплексного подхода к организации региональной системы в субъекте Российской Федерации»;

УН – показатель оценки региональной системы «Удовлетворенность детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей реабилитационными и (или) абилитационными мероприятиями (услугами)»;

КС – показатель оценки региональной системы «Укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля исходя из потребности детей-инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях»;

ИБ – показатель оценки региональной системы «Сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях детей-инвалидов, а также их законных представителей в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях».

Показатель СП оценивается по формуле

$$\text{СП} = \text{КО}_{\text{сф}} / \text{КО}_{\text{сум}} + \text{ВС} + \text{НПМБ} + \text{ОФ} + \text{МР},$$

где $\text{КО}_{\text{сф}}$ – количество организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, включенных в региональную систему с учетом формирования комплексного подхода к ее организации, в общем количестве организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, расположенных на территории субъекта Российской Федерации;

$\text{КО}_{\text{сум}}$ – общее количество организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, располо-

женных на территории субъекта Российской Федерации. Отношение значений $KO_{сф}$ к $KO_{сум}$ формирует критерий СП «Доля организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, включенных в региональную систему с учетом формирования комплексного подхода к ее организации, в общем количестве организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, расположенных на территории субъекта Российской Федерации», который оценивается по полученным значениям, округленным до одного знака после запятой, переведенным в баллы;

ВС – критерий СП «Количество органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в различных сферах деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита населения, физическая культура и спорт, культура, труд и занятость, информация и связь), вовлеченных в формирование комплексного подхода к организации региональной системы в субъекте Российской Федерации»;

НПМБ – критерий СП «Наличие в субъекте Российской Федерации нормативно-правовой и методической базы региональной системы для формирования комплексного подхода к ее организации, соглашений о взаимодействии по вопросам проведения реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов между исполнителями реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий»;

ОФ – критерий СП «Изменение объема финансирования, направленного на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов в них, по сравнению с предыдущим периодом, аналогичным периоду проведения оценки региональной системы»;

МР – критерий СП «Наличие рекомендаций по вариантам оказания реабилитационных и абилитационных мероприятий, предоставляемых детям-инвалидам в субъекте Российской Федерации, учитывающих их экономическую обоснованность (государственное задание, использование сертификатов, софинансирование оплаты и иные)».

Критерий ВС оценивается следующим образом: 6 и более органов – 1 балл; 4–5 органов – 0,7 балла; 2–3 органа – 0,4 балла; 1 орган – 0,2 балла; отсутствие органов – 0 баллов.

Критерий НПМБ оценивается следующим образом: наличие – 1 балл; отсутствие – 0 баллов.

Критерий МР оценивается следующим образом: наличие – 1 балл; отсутствие – 0 баллов.

Критерий ОФ оценивается по формуле

$$\text{ОФ} = (\text{ОФ}_{\text{тек}} - \text{ОФ}_{\text{пред}}) / \text{ОФ}_{\text{пред}},$$

где $\text{ОФ}_{\text{тек}}$, $\text{ОФ}_{\text{пред}}$ – объемы финансирования, направленные на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов в них, за период проведения оценки региональной системы и предыдущий период, аналогичный периоду проведения оценки региональной системы соответственно (млн р.).

Показатели $\text{ОФ}_{\text{тек}}$, $\text{ОФ}_{\text{пред}}$ оцениваются следующим образом: рост объемов финансирования, направленных на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов в них – 1 балл; сохранение объемов финансирования, направленного на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов в них, на прежнем уровне – 0,5 баллов; снижение объемов финансирования, направленного на реабилитационные и абилитационные мероприятия для удовлетворения потребности детей-инвалидов в них – 0 баллов.

Показатель УН оценивается по формуле

$$\text{УН} = \text{КУ} + \text{ПО},$$

где КУ – критерий УН «Доля детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей, удовлетворенных качеством предоставления реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, в общей численности опрошенных детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей, получивших реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия»;

ПО – критерий УН «Доля детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей, положительно оценивающих систему предоставления реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, в общей численности опрошенных инвалидов (их законных или уполномоченных представителей)».

Показатель КУ оценивается следующим образом: 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Показатель ПО оценивается следующим образом: 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Показатель КС оценивается по формуле

$$КС = ОБ + ОБР,$$

где ОБ – критерий КС «Доля специалистов, обеспечивающих оказание реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, в том числе по применению методик по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, в общей численности таких специалистов»;

ОБР – критерий КС «Доля специалистов образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы, осуществляющих профессиональную подготовку специалистов, обеспечивающих учебно-тренировочный процесс, прошедших повышение квалификации по вопросам реабилитации и абилитации детей-инвалидов за последние 5 лет, в общей численности таких специалистов».

Показатель ОБ оценивается следующим образом: 90–100 % – 1 балл; 70–89,9 % – 0,8 балла; 60–69,9 % – 0,7 балла; 40–59,9 % – 0,5 балла; 20–39,9 % – 0,3 балла; 10–19,9 % – 0,2 балла; 9,9–5 % – 0,1 балла; 4,9 % и менее – 0 баллов.

Показатель ОБР оценивается следующим образом: 90–100 % – 1 балл; 70–89,9 % – 0,8 балла; 60–69,9 % – 0,7 балла; 40–59,9 % – 0,5 балла; 20–39,9 % – 0,3 балла; 10–19,9 % – 0,2 балла; 9,9–5 % – 0,1 балла; 4,9 % и менее – 0 баллов).

Показатель ИБ оценивается по формуле

$$\text{ИБ} = \text{МИС} + \text{ИН} + \text{РО}_{\text{инф}} + \text{УС},$$

где МИС – критерий ИБ «Наличие межведомственной информационной системы»;

ИН – критерий ИБ «Доля детей-инвалидов, информация о которых внесена в межведомственную информационную систему»;

РО_{инф} – критерий ИБ «Доля организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия в субъекте Российской Федерации, подключенных к межведомственной информационной системе»;

УС – критерий ИБ «Количество предоставляемых в субъекте Российской Федерации реабилитационных и абилитационных мероприятий детям-инвалидам, а также их законным представителям».

Показатель МИС оценивается следующим образом: наличие – 1 балл; отсутствие – 0 баллов.

Показатель ИН оценивается следующим образом: 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 5–19,9 % – 0,1 балла; 4,9 % и менее – 0 баллов.

Показатель РО_{инф} оценивается следующим образом: 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 5–19,9 % – 0,1 балла; 4,9 % и менее – 0 баллов.

Показатель УС оценивается следующим образом: 15 и более – 1 балл; 11–14 – 0,8 балла; 8–10 – 0,5 балла; 4–7 – 0,3 балла; менее 4 – 0 баллов.

Результаты оценки региональной системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, а также их законных или уполномоченных представителей оформляются органом, определенным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, в виде отчета, содержащего пояснения, аргументированные обоснования результатов оценки региональной системы, расчета показателей оценки региональной системы и их критериев.

При проведении регулярной оценки региональной системы итоговые результаты, показатели оценки региональной системы и их критерии должны учитываться в динамике в сравнении с предыдущим периодом, аналогичным периоду проведения оценки региональной системы.

По результатам проведения оценки региональной системы на основании подготовленного отчета субъектом Российской Федерации может быть принято одно из следующих решений:

- а) необходимость формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы (при итоговом результате оценки региональной системы менее 7,2 баллов);
- б) необходимость совершенствования региональной системы (при итоговом результате оценки региональной системы от 7,2 до 13 баллов);
- в) сформированность региональной системы (при итоговом результате оценки региональной системы 13 баллов).

Основным критерием социальной эффективности программы является повышение качества и уровня жизни детей-инвалидов и членов их семей. Кроме того, социальная эффективность программы должна выражаться в снижении социальной напряженности в обществе, которое происходит вследствие определенных факторов:

- возвращения детей-инвалидов к активной жизни за счет частичного или полного восстановления или компенсации способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, а также формирования новых способностей;
- преодоления социальной изоляции и включения детей-инвалидов в жизнь общества, в том числе в совместные с другими детьми мероприятия (в том числе досуговые, культурные, спортивные);
- увеличения уровня информированности детей-инвалидов, а также их законных представителей о порядке реализации ИПРА ребенка-инвалида в субъекте Российской Федерации, о формате предоставления конкретных реабилитационных мероприятий;
- проведения информационных кампаний и акций СМИ в освещении проблем детей-инвалидов.

Такой подход позволит оптимальным образом с максимальным качеством развить систему реабилитации и абилитации в субъекте Российской Федерации.

Примеры форм для оценки результатов реабилитационных мероприятий на уровне субъекта РФ, основанных на усредненной оценке результатов реабилитации на уровне организаций и индивидуальном уровне по отдельным направлениям реабилитации представлены в прил. 2, 3.

Типовые источники информации для показателей региональной системы реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов. В процессе разработки системы оценки необходимо минимизировать количество новых вводимых показателей. Большинство показателей, которые можно использовать для оценки результатов реализации мероприятий в качестве показателей уже существуют в информационных системах, используемых в субъекте Российской Федерации или на федеральном уровне, либо порождаются в результате выполнения мероприятия программы ОИГВ.

Представляется нецелесообразным введение новых статистических форм ввиду их низкой достоверности по сравнению с данными, получаемыми из эксплуатируемых в ведомствах информационных систем путем создания соответствующей аналитической выборки. Если используемые информационные системы отвечают современным требованиям и занимаются поддержкой реабилитационного процесса, то полученные из такой информационной системы данные могут явиться актуальным рабочим инструментом для контроля работы системы реабилитации и ее тонкой настройки.

В результате развития системы реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации должны быть созданы несколько информационных систем, используемых в ежедневной работе и отражающих состояние системы реабилитации в субъекте Российской Федерации.

Во-первых, это информационная система для межведомственной координации и мониторинга реабилитации, абилитации и оказания услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации, в которой должны быть данные по всем реабилитационным мероприятиям, начиная с мероприятий, определенных Федеральным казенным учреждением МСЭ, данные ИОГВ, уточняющие мероприятия ИПРА и данные исполнителей ИПРА. Подобная информационная система должна стать основной для специалистов координирующих эти процессы.

Во-вторых, это реестры реабилитационных, абилитационных организаций (исполнителей мероприятий ИПРА) и предоставляемых ими услуг.

В-третьих, информационные системы исполнителей мероприятий ИПРА и ОИГВ, в которых должна храниться вся детальная информация по проводимым мероприятиям.

Такой подход не исключает использование имеющихся статистических форм, создаваемых исполнителями реабилитационных и абилитационных мероприятий и исполнителями, предоставляющими услуги ранней помощи, а также дающими отчеты о выполнении тех или иных видов работ и т. п. Например, информацию о количестве спортсменов с ограниченными возможностями, участвующих в федеральных и международных соревнованиях, невозможно получить из имеющихся информационных систем, а только из отчета о работе и (или) отчета о выполнении мероприятий Программы ОИГВ субъекта Российской Федерации по физкультуре и спорту.

Таким образом, каждый показатель, который предполагается использовать для оценки системы реабилитации и оказания услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации, должен быть тщательно проанализирован на предмет источника информации о его значении. Порядок, периодичность и формат предоставления информации структуре, ответственной за оценку системы, должны быть определены нормативно-правовыми актами, регламентирующими порядок межведомственного взаимодействия как внутри субъекта Российской Федерации, так и на федеральном уровне, в частности с реестром детей-инвалидов.

Глава 3. СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ

3.1. Модель межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи

Опишем существующий механизм межведомственного взаимодействия. В соответствии с приказом Министерства труда Российской Федерации от 29 июля 2016 г. № 398н «Об утверждении Порядка и условий проведения конкурсного отбора субъектов Российской Федерации для участия в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также регламента работы и состава конкурсной комиссии» определено понятие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов как «системы организаций, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы, оказание ранней помощи и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия при обеспечении социальной защиты инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом особенностей нарушения их здоровья, а также сопровождения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и (или) их семей» [41].

Отдельные элементы механизма межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи могут быть рассмотрены на примере Свердловской области.

Как уже мы писали в предыдущей главе, правительством Свердловской области 13 ноября 2008 г. был принят документ «Положение о взаимодействии и координации деятельности органов управления, учреждений и организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области» № 1198-ПП (далее – Положение), которое косвенно регламентирует межведомственное взаимодействие при оказании услуг ранней помощи [49].

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации имеет свое представление о модели межведомственного взаимодействия. На официальном сайте Министерства опубликована ин-

формация о примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные и абилитационные услуги, обеспечивающей реализацию принципа ранней помощи, ответственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение.

Этот документ носит рекомендательный характер и предлагает перечень основных элементов, которые должны в этой модели быть отражены [49].

Перечислим наиболее существенные положения этого документа [49]:

1. Министерство труда и социальной защиты РФ в примерную модель межведомственного взаимодействия включает следующих участников:

а) высший координационный орган, в состав которого входят представители исполнительных органов государственной власти, местного самоуправления и другие организации, предоставляющие услуги ранней помощи;

б) координатор межведомственного взаимодействия – орган исполнительной власти субъекта РФ;

в) межведомственные комиссии;

г) участники межведомственного взаимодействия – органы исполнительной власти субъекта РФ, органы местного самоуправления и другие организации, предоставляющие услуги ранней помощи.

Таким образом, схематичная модель субъектов межведомственного взаимодействия при реализации ранней помощи идентична модели, представленной на рис. 1.

2. Межведомственное взаимодействие осуществляется на основе регламента межведомственного взаимодействия, утверждаемого высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, а разработка самого регламента делегируется регионам.

3. Модель межведомственного взаимодействия обеспечивает реализацию следующих функций:

а) выявление субъектов получения услуг ранней помощи и определение потребности в услугах ранней помощи;

б) постановка цели и разработка индивидуального плана предоставления услуг ранней помощи с соблюдением принципов непрерывности и семейной ориентированности ранней помощи (далее – индивидуальный план);

- в) выполнение мероприятий индивидуального плана;
- г) координация и контроль межведомственного взаимодействия, оценка результатов оказания услуг ранней помощи детям, а также семьям, их воспитывающим;
- д) выявление факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию;
- е) формирование и поддержание в актуальном состоянии нормативной правовой и методической базы по формированию региональной системы;
- ж) проведение оценки региональной системы.

В документе не содержится информация о том, кто непосредственно будет реализовывать эти функции (какие субъекты межведомственного взаимодействия).

4. Для функционирования модели межведомственного взаимодействия и формирования региональной системы необходимо создание комплексной автоматизированной информационной системы развития ранней помощи, а также использование централизованных баз данных и классификаторов информационных систем, подключенных к системе межведомственного взаимодействия.

Следовательно, на уровне регионов должна быть создана информационная система для обеспечения работы и взаимодействия всех субъектов межведомственного взаимодействия.

Таким образом, примерная модель межведомственного взаимодействия, предложенная Министерством труда и социальной защиты РФ, носит слишком общий характер и не является документом, обеспечивающим механизм межведомственного взаимодействия при реализации ранней помощи.

Другим нормативным документом, косвенно регулирующим вопросы межведомственного взаимодействия при реализации ранней помощи, является «Регламент межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан» с изменениями на 16 августа 2016 г. [53].

В соответствии с Регламентом органы государственной власти Свердловской области участвуют в межведомственном взаимодействии самостоятельно, а также через свои территориальные органы, подведомственные организации и учреждения (идентично схеме, пред-

ставленной на рис. 2). Разграничение обязанностей между всеми субъектами устанавливается приказами органов государственной власти Свердловской области. Иными словами, именно наличие соответствующих приказов обеспечивает реализацию межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи.

Основной объем работы и функция управления всей системой межведомственного взаимодействия ложится на Министерство социальной политики.

В соответствии с Регламентом межведомственное взаимодействие реализуется в отдельных направлениях работы (согласно схеме на рис. 3).

Полагаем, что именно данные виды деятельности должны быть проработаны в различных нормативных актах, регламентирующих деятельность субъектов такого рода отношений.

Порядок межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения граждан, утвержденный Постановлением правительства Свердловской области 18 декабря 2014 г. № 1159-ПП (далее – Порядок) [42], дополняет Регламент.

В Порядке отмечено, что межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Свердловской области при предоставлении социальных услуг осуществляется на следующих принципах: 1) ответственность; 2) конфиденциальность; 3) обязательность; 4) сотрудничество; 5) комплексность, системность и согласованность действий. Основной задачей межведомственного взаимодействия является повышение эффективности и скоординированности действий участников межведомственного взаимодействия в целях обеспечения своевременного и качественного предоставления социальных услуг. Организатором и координатором выступает Министерство социальной политики Свердловской области.

Межведомственное взаимодействие органов государственной власти Свердловской области согласно Порядку осуществляется путем предоставления информации, необходимой для оказания гражданам социальных услуг, а также путем осуществления действий, направленных на предоставление гражданам медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальному сопровождению).

В Регламенте представлены формы межведомственного взаимодействия:

- 1) информационное взаимодействие;
- 2) создание координационных и совещательных органов;
- 3) заключение соглашений о взаимодействии.

Межведомственное информационное взаимодействие осуществляется путем обмена документами и (или) информацией в целях предоставления гражданам социальных услуг и осуществления социального сопровождения. Оно может происходить путем формирования и направления межведомственного запроса в органы, организации и учреждения, а также подготовки и направления ответа на межведомственные запросы.

Создание координационных и совещательных органов происходит путем определения и направления для участия в работе совещательных органов своих представителей.

Предоставление документов и информации в рамках межведомственного взаимодействия может осуществляться на основании соглашений, которые содержат следующие позиции: 1) наименование сторон соглашения о межведомственном взаимодействии; 2) предмет соглашения о межведомственном взаимодействии; 3) права и обязанности сторон; 4) порядок информационного обмена; 5) ответственность сторон за неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных на них обязанностей; 6) срок действия соглашения о межведомственном взаимодействии.

В заключение анализа документов, регламентирующих и определяющих порядок межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан, отметим, что нам особо интересны разделы, посвященные особенностям информационного взаимодействия (в частности, требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, в том числе в электронной форме), механизму реализации мероприятий по социальному сопровождению, в том числе порядку привлечения организаций к его осуществлению и порядку осуществления государственного контроля (надзора) и оценки результатов межведомственного взаимодействия [53].

Полагаем, что отдельные положения Регламента и Порядка могут быть взяты за основу при разработке механизма межведомственного взаимодействия при реализации услуг ранней помощи.

Сетевая модель. Межведомственное взаимодействие в рассматриваемой сфере организуется для повышения эффективности реализации индивидуальной программы ранней помощи с целью содействия оптимальному развитию и формированию психического здоровья и благополучия детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с ограничениями жизнедеятельности и риском появления таких ограничений, нормализации жизни семьи, повышению компетентности родителей (законных представителей), включению ребенка в среду сверстников и жизнь сообщества.

Сетевая модель межведомственного взаимодействия создана для решения следующих задач:

1. Формирование реестра детей раннего возраста, нуждающихся в получении услуг ранней помощи на основе учета сведений от организаций – участников межведомственного взаимодействия.

2. Учет потребностей детей и их родителей (законных представителей), нуждающихся в получении услуг ранней помощи.

3. Обеспечение информационного обмена между всеми участниками процесса оказания услуг ранней помощи.

4. Разработка нормативных документов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие при оказании услуг ранней помощи.

5. Формирование и реализация механизмов управления системой оказания услуг по ранней помощи и сопровождению.

6. Управление всем процессом межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи.

Ключевым инструментом межведомственного взаимодействия являются договорные отношения между различными организациями.

В частности, в договоре о сетевой форме реализации услуг ранней помощи необходимо указывать следующие сведения:

- вид, уровень, цель и (или) направленность программы, реализуемой с использованием сетевой формы;
- правила приема на услуги ранней помощи, порядок организации всех процессов, реализуемых с использованием сетевой формы;
- условия и порядок осуществления услуг ранней помощи, реализуемых посредством сетевой формы, в том числе распределение обязанностей между организациями, характер и объем ресурсов, используемых каждой организацией;

- выдаваемые документы, связанные с ранней помощью, а также наименование организаций, которые их выдают;
- срок действия договора, порядок его изменения и прекращения и т. д.

В процессе сетевого взаимодействия используется комплекс организационно-правовых и нормативно-правовых документов, которые идентичны документам межведомственного взаимодействия при оказании услуг реабилитации.

Территориальная межведомственная сеть также включает в себя различные учреждения федерального подчинения, регионального или муниципального уровня, некоммерческие организации и частные фирмы, которые обеспечивают комплексное предоставление услуг ранней помощи.

В числе ресурсов, которые могут быть использованы при реализации межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи, можно назвать следующие:

- социальные;
- кадровые;
- информационные;
- материально-технические;
- учебно-методические;
- диагностический инструментарий;
- финансовые.

Условия межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи аналогичны условиям при решении вопросов реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

В процессе построения региональной системы ранней помощи выделяются следующие формы межведомственного взаимодействия:

1. Обмен информацией между субъектами межведомственного взаимодействия, используемой при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения, в том числе в электронной форме.

2. Осуществление совместных действий (мероприятий) в рамках реализации услуг ранней помощи.

3. Создание межведомственных рабочих групп, комиссий и других экспертных и профессиональных коллективов для решения профильной проблемы.

4. Соглашения о взаимодействии, заключенные между ОИГВ Свердловской области, в которых определяются порядок и организационно-технические условия взаимодействия по вопросам предоставления услуг ранней помощи.

5. Сетевое взаимодействие организаций различной ведомственной принадлежности по вопросам реализации услуг ранней помощи.

6. Организационно-административное содействие в виде создания благоприятных административных условий формирования и развития системы ранней помощи.

7. Совместное формирование и использование специализированных банков данных и автоматизированных информационно-аналитических систем по профилю работы.

8. Общие стратегии развития ведомственных систем в рамках региональной системы ранней помощи.

Что касается видов и основных принципов межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи, то они идентичны видам и основным принципам при реализации услуг реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Кластерная модель. Построение кластера связано с необходимостью объединить в рамках одной (территориальной, функциональной) зоны проекты в сфере социального обслуживания населения, в том числе оказание услуг ранней помощи. Применительно к нашей сфере в кластерное сетевое взаимодействие могут входить организации разной ведомственной принадлежности, предоставляющие услуги в сфере социального обслуживания, учреждения, для которых прослеживается взаимосвязь между социальным обслуживанием и собственным развитием их организации.

Таким образом, с учетом обозначенных в рамках сетевого взаимодействия положений и подходов к организации кластера, изложенных во второй главе, рассмотрим отдельные аспекты применительно к ранней помощи.

Идеальная модель кластерного взаимодействия в системе ранней помощи определяет виды услуг ранней помощи и ведомственную принадлежность (табл. 5).

Таблица 5

Идеальная модель кластерного взаимодействия
в системе ранней помощи

Ведомственная принадлежность	Виды услуг ранней помощи
Здравоохранение	Обследование (оценка) развития ребенка и среды (семьи) Консультирование и обучение членов семьи Медицинские услуги по уходу за ребенком и по обучению, уходу за больным ребенком Услуги по подбору питания ребенка
Социальная политика	Обследование (оценка) развития ребенка и среды (семьи) Консультирование и обучение членов семьи Социально-психологические услуги Формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка Использование вспомогательных технологий и оборудования Социально-педагогические услуги, направленные на формирование у детей позитивных интересов, в том числе в сфере досуга Патронажные услуги Услуга социальной поддержки семьи «Социальная передышка»
Образование	Обследование (оценка) развития ребенка и среды (семьи) Консультирование и обучение членов семьи Формирование и развитие речи, навыков общения ребенка Поддержка развития детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательной системы, интеллектуальных и других нарушений
Спорт	Развитие двигательной активности детей с нарушениями слуха, с нарушениями зрения, опорно-двигательной системы, интеллектуальными и другими нарушениями
Культура	Информационное обеспечение семьи по проблемам раннего развития (библиотеки) Организация досуга для детей раннего возраста

Важно отметить, что механизмом реализации мероприятий по социальному сопровождению является определение перечня организаций (реестр), привлекаемых к предоставлению услуг ранней помощи, не относящейся к социальным услугам. Реестр поставщиков услуг ранней помощи устанавливается территориальным управлением либо организацией социального обслуживания Свердловской области. Вхождение в реестр поставщиков услуг осуществляется нормативным способом для бюджетных организаций и на добровольной основе для автономных некоммерческих организаций, организаций бизнеса.

Таким образом, в систему межведомственного взаимодействия входят не все учреждения, предоставляющие услуги ранней помощи, а только те, которые определены управлениями или организациями социальной политики.

Организации, включенные в кластер оказания услуг ранней помощи, осуществляют свою деятельность в соответствии с принципом открытости, т. е. потенциально готовы включиться в решение проблем семьи и ребенка с ОВЗ в ситуации обращения на основе межведомственного взаимодействия. Между организациями кластера выстроены прямые договорные отношения, которые позволяют эффективно решать проблемы в короткие сроки.

Организации (поставщики услуг ранней помощи) строят свою деятельность в соответствии с принципом доступности, т. е. обеспечивают территориальную доступность (на дому или близко к дому), транспортную доступность (близкое расположение к общественному транспорту), информационную доступность (предоставление информации на электронных и бумажных носителях, представление информации в сети Интернет), доступность к услугам высоких технологий производства.

Организации, включенные в кластер ранней помощи, реализуют принцип бесплатности получения услуг для потребителей. Бесплатность для потребителей услуг ранней помощи гарантируется бюджетными государственными учреждениями системы здравоохранения, образования, социальной политики, культуры, физической культуры и спорта, системы службы занятости в рамках имеющихся средств бюджетного финансирования. Дополнительно бесплатность для потребителей услуг ранней помощи может быть гарантирована внебюджетными фондами в соответствии с их уставами.

Соблюдение принципов открытости, доступности, бесплатности является критерием отбора организаций для включения в кластер ранней помощи.

Отметим, что независимо от выбора формы межведомственного взаимодействия в центре внимания должна находиться совместно разработанная и реализуемая сетевая программа. Реализация программы требует финансовой поддержки органов управления различных ведомств, определения принципов и уровней софинансирования.

Организационные формы и механизмы управления системой оказания услуг по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, образования. В настоящее время модель межведомственного взаимодействия по реализации услуг ранней помощи не имеет достаточно проработанной правовой базы и хорошо развитой инфраструктуры.

Вместе с тем, отталкиваясь от общей схемы процессов реабилитации, абилитации и ранней помощи (рис. 14), можно определить отдельные этапы межведомственного взаимодействия и выявить субъектов, вносящих свой вклад в социальное обслуживание.

На первом этапе «Выявление целевой группы» осуществляется выявление детей, нуждающихся в ранней помощи (с отставанием в физическом или умственном развитии, нарушениями здоровья, с высокой вероятностью приводящими к задержкам развития). Выявлять детей данной целевой группы могут следующие организации:

- медицинские организации при наблюдении женщин в дородовой, родовой и послеродовой периоды;
- медицинские организации при наблюдении ребенка в первые дни и месяцы жизни;
- органы опеки и попечительства;
- органы социальной защиты населения;
- психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК);
- организации дошкольного и дополнительного образования;
- организации культуры;
- учреждения физкультуры и спорта;
- органы внутренних дел;
- иные организации (волонтерские и др.).

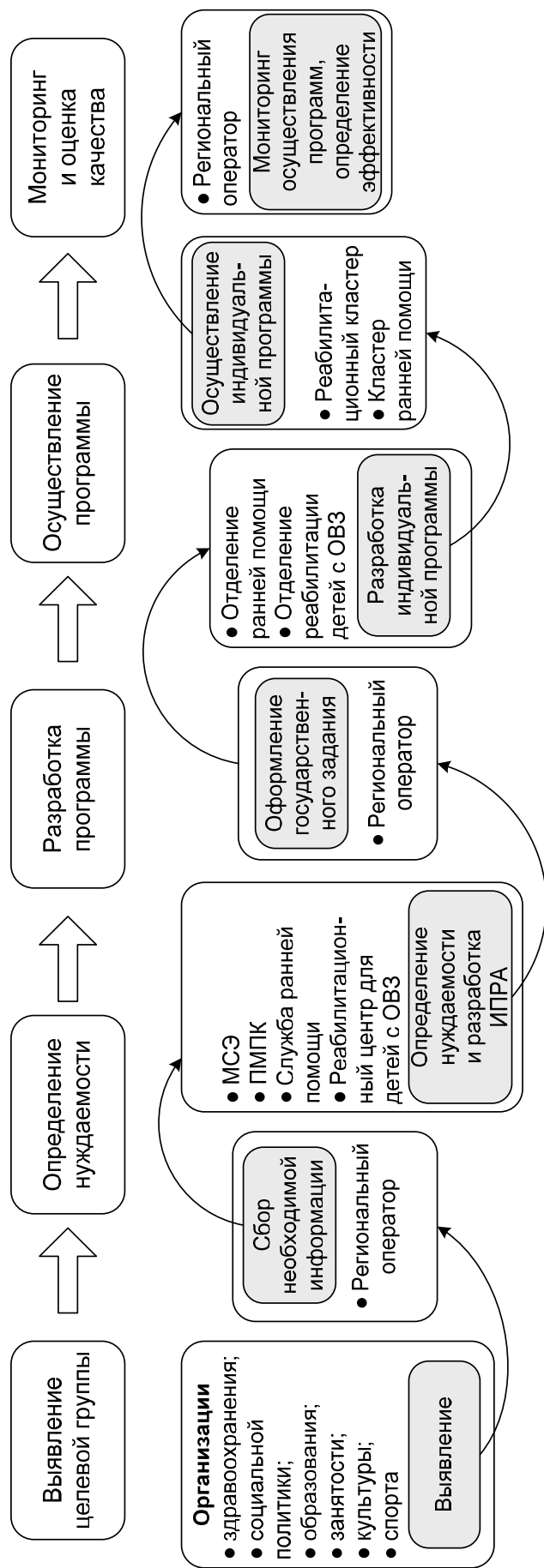


Рис. 14. Общая схема процессов реабилитации, абилитации и ранней помощи

При выявлении у ребенка целевой группы критериев потенциальной нуждаемости в услугах ранней помощи специалист перечисленных организаций (служб) выдает родителям (законным представителям) ребенка направление в службу ранней помощи; передает информацию о факте выдачи направления родителям (законным представителям) региональному оператору для включения в реестр потенциально нуждающихся в услугах ранней помощи.

Региональный оператор закрепляет ребенка за определенной службой ранней помощи как потенциального потребителя услуг для определения нуждаемости, передает информацию в службу ранней помощи.

На втором этапе служба ранней помощи определяет нуждаемость в услугах ранней помощи, а также в услугах по реабилитации и сопровождению ребенка. В случае подтверждения одного из критериев, определяющих необходимость в ранней помощи, и после анализа документов региональный оператор (по представлению службы ранней помощи) устанавливает нуждаемость и включает ребенка и семью в число получателей услуг ранней помощи конкретного учреждения.

На третьем этапе осуществляется разработка индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП). Ведущий специалист совместно с междисциплинарной командой специалистов и семьей составляет план обследования ребенка. Углубленная оценка жизнедеятельности ребенка в контексте имеющихся нарушений и факторов окружающей среды проводится междисциплинарной командой специалистов при условии письменного согласия родителей (законных представителей). Рекомендуемый состав экспертов утверждается нормативным актом.

Конкретный перечень мероприятий составляется исходя из ресурсов ребенка и семьи, ресурсов организации социальной политики, ресурсов организаций, включенных в кластер ранней помощи конкретной территории, их кадровой, технической и материальной обеспеченности.

Если потребности ребенка и семьи невозможно обеспечить по месту жительства в учреждениях первого уровня, то происходит смена основного поставщика услуг на уровне организации социальной политики. Ребенок и семья передаются в профильные организации второго и третьего уровней. Вышестоящие организации разрабатывают свои программы в зависимости от имеющихся ресурсов в рамках ИПРП.

На четвертом этапе ведущий специалист (куратор случая) организует специалистов – членов междисциплинарной команды для реа-

лизации индивидуальной программы ранней помощи. При необходимости по результатам промежуточного контроля осуществляется коррекция программы.

На пятом этапе ведущий специалист (куратор случая) производит совместно со специалистами междисциплинарной команды и родителями оценку эффективности индивидуальной программы.

В зависимости от результата ИПРП происходит завершение программы или перевод ребенка в другую систему сопровождения (шестой этап).

Контроль за осуществлением и координацию выполнения этапов ведет региональный оператор.

В «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.» определяются уровни административной заданности и полномочия каждого из этих уровней [10]. Предусматриваются федеральный и региональный уровни административной заданности, на которых принимаются нормативные акты, регулирующие деятельность службы ранней помощи. На федеральном уровне вносятся изменения в федеральное законодательство, на региональном – в региональное. Решения координационных органов, продублированные постановлениями правительств федерального или регионального уровней, являются обязательными для исполнения всеми организациями, внесенными в реестр поставщиков услуг ранней помощи, вне зависимости от ведомственной принадлежности или форм собственности.

Связь федерального и регионального уровней обеспечивается следующими действиями региональных и федеральных операторов:

- ведение реестров организаций предоставления услуг ранней помощи;
- аккумулярование запросов на услуги ранней помощи;
- формулирование государственных заданий для министерств и ведомств.

В случае выявления ребенка, нуждающегося в ранней помощи, как уже говорилось, региональный оператор закрепляет его за определенной службой ранней помощи как потенциального потребителя услуг для определения нуждаемости, а также передает информацию в службу ранней помощи.

Далее, повторимся, обязательна оценка состояния ребенка и семьи, после которой служба ранней помощи определяет нуждаемость в услугах ранней помощи, а также в услугах по реабилитации и сопровожде-

нию ребенка. При подтверждении одного из критериев, определяющих необходимость в ранней помощи, и после анализа документов региональный оператор (по представлению службы ранней помощи) устанавливает нуждаемость и включает ребенка и семью в число получателей услуг ранней помощи конкретного учреждения. Таким образом, в составе каждого учреждения, принимающего участие в оказании мероприятий (услуг) ранней помощи, должна быть организована своя служба ранней помощи (рис. 15). В состав каждой службы ранней помощи входят ведущие специалисты (кураторы случаев) и формируется междисциплинарная команда из специалистов различных учреждений кластера ранней помощи (рис. 16).

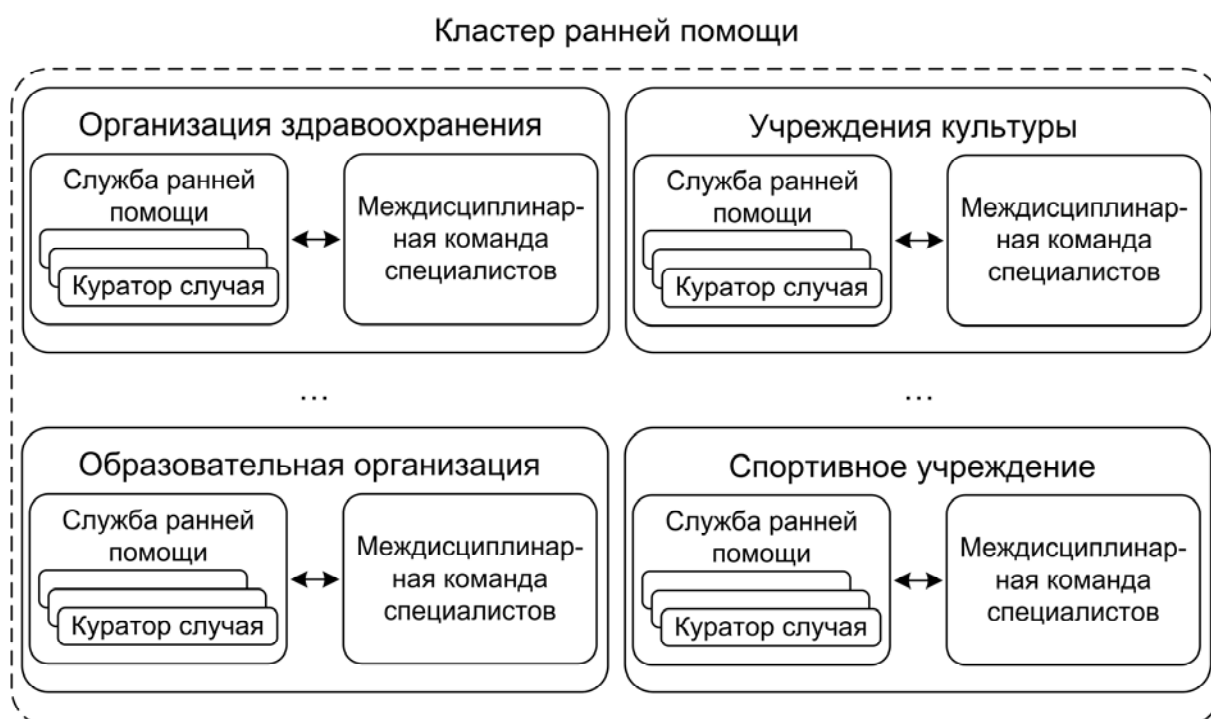


Рис. 15. Службы ранней помощи в структуре организаций кластера ранней помощи

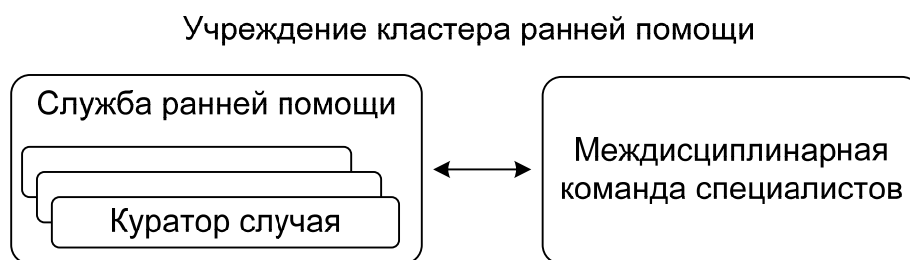


Рис. 16. Схема внутреннего строения учреждения кластера ранней помощи

Согласно рекомендациям Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования от 13 января 2016 г. № ВК-15/07 [22] многообразие вариантов служб ранней помощи может строиться на разных основаниях:

- по ведомственной принадлежности (в системах здравоохранения, социальной защиты, образования);
- по типу нарушений (для детей с сенсорными нарушениями, генетическими заболеваниями, расстройствами двигательной сферы и др.);
- по типу функционирования (стационарное, мобильное, дистанционное, с обеспечением домашнего визитирования и др.).

С учетом концептуальных аспектов, изложенных выше, в основе системы управления межведомственным взаимодействием в сфере ранней помощи могут лежать определенные составляющие (рис. 17).



Рис. 17. Общая схема управления системой ранней помощи

Проанализировав представленную схему, можно сделать вывод о том, что для построения системы необходимо определить ведомство, которое будет управлять региональной системой ранней помощи,

а значит не просто координировать действия всех участников межведомственного взаимодействия, но и планировать, организовывать, контролировать, анализировать, регулировать эту деятельность, осуществлять общее руководство, т. е. выполнять все функции управления. Таким органом исполнительной государственной власти в Свердловской области является Министерство социальной политики с учетом политики, реализуемой Министерством здравоохранения, особенно в части предоставления услуг ранней помощи маленьким детям.

Важным вопросом для результативного и эффективного управления процессом межведомственного взаимодействия при формировании и совершенствовании системы ранней помощи является механизм управления.

Наиболее оптимальным для региональной системы межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи в Свердловской области является механизм управления по результатам – такая форма организации управленческих действий, при которой основной акцент делается на эффективную постановку целей и целенаправленное достижение результатов.

Основными этапами процесса управления по результатам являются:

- процесс определения результатов;
- процесс управления по ситуации;
- процесс контроля за результатами.

Процесс определения результатов начинается с анализа целей, на основе которых определяются желаемые результаты для разных уровней. Этот процесс заканчивается определением стратегии деятельности и формулировкой тактических мероприятий для ее реализации.

Процесс управления по ситуации предполагает организацию дел, деятельности ОИГВ, организаций и специалистов в сфере ранней помощи, при которой планы превращаются в желаемые результаты. Владение искусством управления по ситуации предполагает, что руководители всех уровней обладают способностью анализировать и принимать во внимание существенные внешние и внутренние ситуационные факторы, и опираются на различные стили руководства и влияния для использования их в соответствии с сложившейся ситуацией. В основе деятельности по управлению по ситуации лежат инновационный и проектный подходы.

Процесс контроля показывает, какие результаты достигнуты по плану, а какие случайно. Кроме того, определяется, как выполняются планы ОИГВ и организаций в сфере ранней помощи. Существенной частью процесса контроля является принятие решений по результатам контроля с целью реализации соответствующих мер. Эти меры можно запланировать в рамках повседневного управления или при составлении очередного годового плана. Если эти меры имеют крупномасштабный характер, то они учитываются при стратегическом планировании.

Управление по результатам является процессом, направленным на достижение главных и поддерживающих их результатов, в котором:

- с помощью процесса планирования определяется деятельность ОИГВ и организаций ранней помощи – субъектов межведомственного взаимодействия (другими словами, требования к результатам и ожидаемые результаты) в разных интервалах времени;
- осуществление планов подкрепляется ежедневным сознательным управлением делами, участниками межведомственного взаимодействия и окружением;
- результаты оцениваются для принятия решений, ведущих к проведению последующих мероприятий.

В содержании управления по результатам самым существенным является упор на результат, что имеет как принципиальное, так и функциональное значение. При управлении по результатам возможности ОИГВ используются таким образом, чтобы планы деятельности находили реализацию от стратегического до тактического уровней – конкретных планов работы организаций ранней помощи.

При управлении системой межведомственного взаимодействия по результатам осуществляется сбалансированное развитие самих ОИГВ, каждой организации ранней помощи, участвующей в межведомственном взаимодействии, и системы в целом.

Из существующих в настоящее время множества организационных форм управления актуальным может быть сочетание проектной и дивизионной структуры управления, основанной на принципах сетевого взаимодействия (кластерного).

В основе организационной структуры сети (кластера), обеспечивающего комплекс услуг социального обслуживания, в том числе ус-

луг ранней помощи, должна лежать организация работы над проектом. Это предполагает, что субъекты реализации ИПРП могут работать одновременно в нескольких проектах, каждый из которых имеет определенные сроки начала и окончания; в каждом конкретном случае назначается ведомство или человек, наделенные функциями руководителя проекта, выделяются необходимые ресурсы и согласовываются планы работы и конкретные мероприятия. Управление проектом реализует все функции менеджмента: прогнозирование, планирование, организацию, координирование, мотивацию, контроль и т. п. После завершения работы над проектом данная структура прекращает свое существование, а ее составляющие, включая кадровый состав, переходят в новый проект.

По форме структура управления по проектам в рамках формирования региональной системы ранней помощи может иметь вид дивизионной, в которой определенный «дивизион» – ведомственный ОИГВ, затем организация социального обслуживания наделяется особыми полномочиями только на время выполнения пилотного проекта. После его завершения организационная система управления межведомственным взаимодействием в сфере социального обслуживания сохраняет дивизионную форму. На рис. 18 представлена организационная структура по управлению комплексом услуг в сфере социального обслуживания.

По представленной ниже схеме видно, что Министерство социальной политики (и это согласуется с Регламентом межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области) реализует ведущую роль, выполняя базовые функции управления, обеспечивающие реализацию комплекса услуг в сфере социального обслуживания населения, включая следующие:

- реабилитация, абилитация и сопровождение взрослых инвалидов;
- реабилитация, абилитация и сопровождение детей-инвалидов;
- ранняя помощь.

Функции координационного совета сводятся к координации работы всех органов власти, участвующих в процессе реализации комплекса услуг в сфере социального обслуживания. Агентство инициирует целевые проекты по различным направлениям. Важно отметить, что реализация проекта по ранней помощи может осуществляться как

специальным отделом или службой в рамках Агентства, так и отдельными специалистами.



Рис. 18. Схема организационной структуры по управлению комплексом услуг в сфере социального обслуживания, включая услуги ранней помощи

В целом, организационно-управленческий механизм по обеспечению услуг ранней помощи идентичен механизму оказания услуг реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

3.2. Нормативно-методическая база межведомственного взаимодействия по оказанию услуг ранней помощи организаций различной ведомственной принадлежности

Нормативно-методическая база для организаций различной ведомственной принадлежности, участвующих в процессе организации межведомственного взаимодействия по оказанию услуг ранней помощи, практически полностью совпадает с нормативно-методической базой процесса предоставления услуг реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Тем не менее, есть некоторые отличия.

Так, в основу деятельности организации, предоставляющей услуги ранней помощи, заложены следующие документы:

- ГОСТ Р 52496–2005. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения;
- ГОСТ Р 52883–2007. Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания;
- ГОСТ Р 53061–2008. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг детям;
- ГОСТ Р 53063–2008. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг семье;
- ГОСТ Р 53348–2009. Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам;
- ГОСТ Р 52142–2013. Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения.

Правовые акты, принимаемые Президентом РФ и Правительством РФ, развивают положения, зафиксированные в законодательных актах по вопросам ранней помощи.

Межотраслевой состав мультидисциплинарной команды для осуществления ранней помощи представлен на рис. 19.

Опять же нельзя не отметить, что необходимы уточнения в общероссийские и отраслевые классификаторы для современного кодирования информации об управленческих документах, задачах, решаемых в автоматизированных системах управления, видах деятельности, экономических и социальных показателях в системе ранней

помощи; информации об организационных структурах; информации о населении и кадрах.

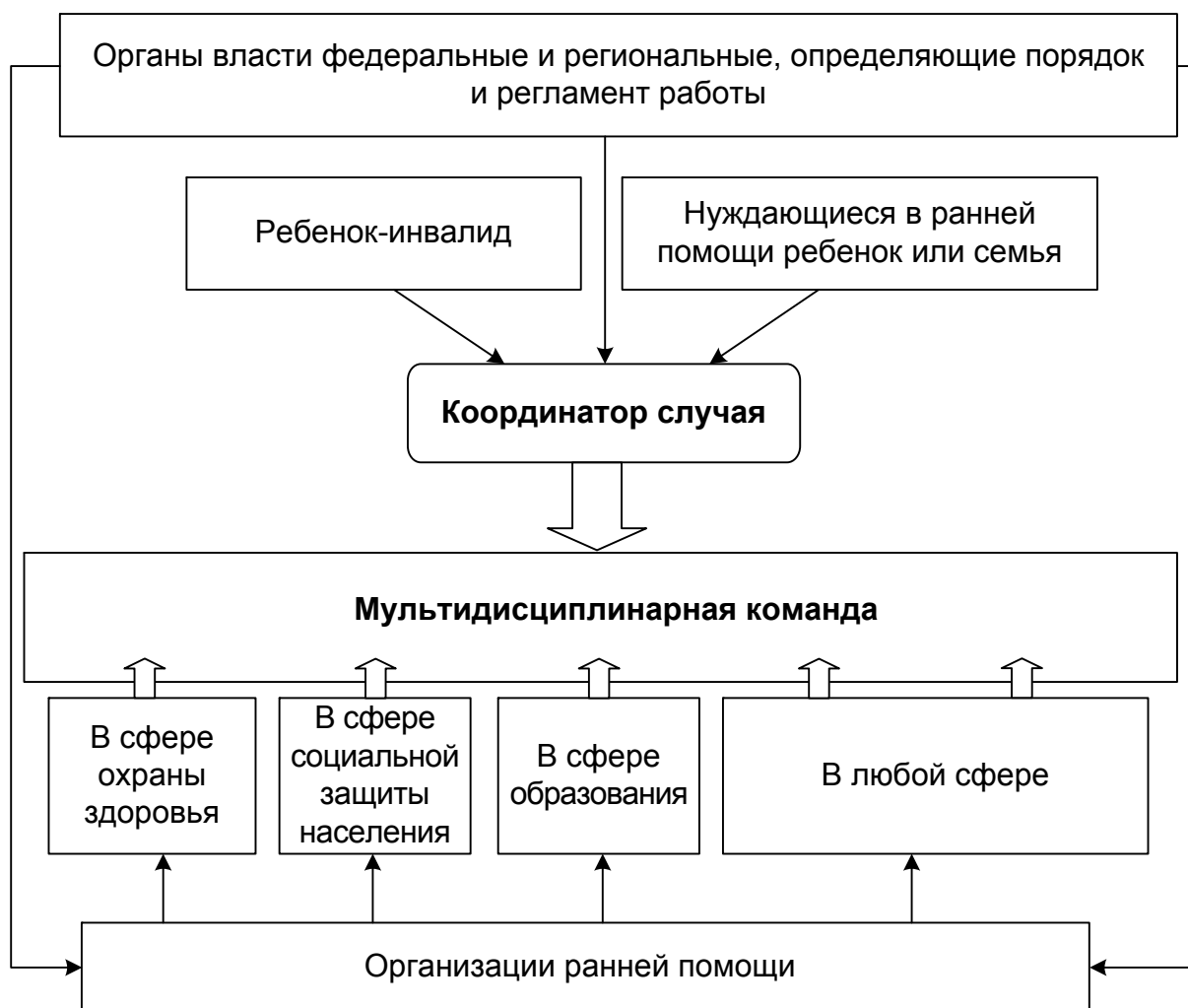


Рис. 19. Схема межотраслевого состава мультидисциплинарной команды для осуществления ранней помощи

Таким образом, мультидисциплинарные команды могут осуществлять свою работу различными способами: централизованно, в рамках одной организации, например, используя кадры других организаций, либо механизм социального аутсорсинга, а также на базе собственных кадров различных специальностей; децентрализованно, в организациях разной ведомственной принадлежности и форм собственности.

Отметим, что для обеспечения реализации механизма межведомственного взаимодействия организаций, участвующих в процессе

реализации ранней помощи в Свердловской области, необходимы следующие нормативные документы:

1. Постановления правительства Свердловской области, регламентирующие механизм межведомственного взаимодействия по вопросам предоставления ранней помощи.

2. Приказы ведомственных ОИГВ.

3. Нормативно-методические материалы.

Далее опишем единые подходы к определению результативности мероприятий по оказанию услуг ранней помощи.

3.3. Единые подходы к определению результативности мероприятий по оказанию услуг ранней помощи и сопровождения в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования

В настоящее время проблемами по оказанию услуг по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования (с позиции семьи и с позиции специалиста) являются следующие:

- отсутствие единых подходов, единых норм и стандартов в организации предоставления услуг ранней помощи, а также в координации деятельности различных ведомств в организации ранней помощи;

- неоднородность практики оказания ранней помощи в регионах (в большинстве указанных регионов эти услуги оказываются на курсовой основе (14–21 день в год), что не является достаточным для коррекции нарушений в развитии ребенка, при этом не соблюдаются главные принципы – непрерывности и семейной ориентированности ранней помощи;

- целевая группа для оказания ранней помощи (в основном) – семьи с детьми в возрасте от рождения до 3 лет, у которых имеется отставание в одной или нескольких областях физического или умственного развития и нарушения здоровья, которые с высокой вероятностью приводят к задержкам развития.

Сущностные характеристики системы ранней помощи сосредоточены в реализации ее важнейших принципов:

- семейно-ориентированной помощи;
- взаимодействия ведомств, организаций и групп специалистов;

- комплексного подхода в оказании помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- профилактической, предупредительной работы на каждом этапе ее осуществления.

Программа индивидуальной ранней помощи и сопровождения должна включать в себя ряд разделов, охватывающих сферы здравоохранения, образования, социальной защиты населения.

Опишем примерную индивидуальную программу ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи:

Данные медицинского обследования.

Результаты обследования соматического состояния ребенка и степени его влияния на развитие ребенка в момент обследования включают в себя следующие сведения:

- краткие анамнестические сведения;
- основной и сопутствующие медицинские (клинические) диагнозы на основе анализа медицинской документации;
- факторы медицинского и биологического риска (ограничения жизнедеятельности);
- функциональный резерв организма (органы и системы с высокой функциональной активностью).

Общее заключение, содержащее следующую информацию:

1) прогноз дальнейшего медицинского сопровождения ребенка: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный);

2) рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка, включающие в себя определенные мероприятия:

- по социально-медицинскому обслуживанию, реабилитации, абилитации;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия и мероприятия по адаптивной физической культуре;
- по предоставлению срочных социальных услуг;

3) данные психологического и социально-педагогического обследования.

Данные психологического и социально-педагогического обследований обычно сводятся в табличную форму (пример такой формы представлен в табл. 6).

Таблица 6

Форма представления показаний для проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий, предоставления социальных услуг, услуг сопровождения, услуг службы ранней помощи, установленный ПМПК

Перечень особенностей развития	Обобщенная характеристика
Обученность и обучаемость	
Соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации	
Степень соответствия или несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики	
Стойкость нарушений познавательной деятельности	
Индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации	
Специфические и неспецифические дисфункции	
Наличие и вероятностные причины отклонений в поведении	
Условия жизни и воспитания ребенка, степень его социопсихологической адаптированности	
Особенности развития функций движения	
Особенности развития умственных функций (ограничения)	
Особенности развития функций голоса и речи (ограничения)	
Особенности развития сенсорных функций (ограничения)	
Психологический резерв организма (психические функции с высокой степенью активности)	

Пример формы общего заключения относительно особенностей развития ребенка, установленных ПМПК, приведены в табл. 7.

Таблица 7

Форма общего заключения о развитии ребенка

Перечень особенностей развития	Задержка*	Степень выраженности**
Задержка речевого развития		
Задержка психоречевого развития		
Задержка моторного (психомоторного) развития		
Специфическая задержка развития (при нарушении слуха, зрения, других функций)		

Примечания:

* Задержка (тотальная, асинхронная).

** Степени выраженности (мало значительная, выраженная, грубая).

4) характеристика семьи:

- особенности социальной активности и участия ребенка с ограничениями жизнедеятельности (ограничения);
- социально-демографические характеристики семьи (состав, возраст, пол, социальный статус, степень родства);
- социально-психологические характеристики семьи (психологический климат);
- социально-педагогические характеристики семьи (особенности семейного воспитания);
- реабилитационный потенциал семьи.

Прогноз дальнейшего развития, установленный ПМПК: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный).

Рекомендации ПМПК по дальнейшему развитию ребенка, выполняемые совместно с учреждениями социальной защиты населения, включающие в себя следующие мероприятия:

- по социально-бытовому обслуживанию, реабилитации, абилитации;
- по социально-психологическому обслуживанию, реабилитации, абилитации;
- мероприятия по социально-правовому обслуживанию, проводимые Управлением социальной защиты населения (УСЗН);

- мероприятия обслуживания, реабилитации, абилитации в целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг ранней помощи, проведенные УСЗН;

- мероприятия по социокультурному обслуживанию, реабилитации, абилитации, проведенные УСЗН.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи проводится по следующим пунктам:

- социально-бытовое обслуживание, реабилитация, абилитация;
- социально-медицинское обслуживание, реабилитация, абилитация;

- социально-психологическое обслуживание, реабилитация, абилитация;

- социально-педагогическое обслуживание, реабилитация, абилитация;

- социально-правовое обслуживание;

- мероприятия обслуживания, реабилитации, абилитации в целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг ранней помощи;

- мероприятия по социокультурному обслуживанию, реабилитации, абилитации;

- физкультурно-оздоровительные мероприятия и мероприятия по адаптивной физической культуре;

- предоставление срочных социальных услуг.

Далее более подробно поговорим о *перечне услуг по индивидуальной программе ранней помощи*.

Оценку результативности мероприятий по оказанию услуг ранней помощи целесообразно проводить с учетом следующих индикаторов эффективности:

- доля детей целевой группы, получившая услуги по программе ранней помощи в субъекте Российской Федерации, от всех нуждающихся детей целевой группы в получении таких услуг (группа индикаторов с позиции специалистов);

- повышение удовлетворенности семей, включенных в программы ранней помощи, качеством услуг, их достаточностью и разнообразием (группа индикаторов с позиции семьи).

Оценка результативности осуществляется субъектами Российской Федерации самостоятельно не реже одного раза в год. Оценка результативности проводится на основе анализа и сопоставления информации о деятельности субъекта Российской Федерации по оказанию услуг ранней помощи и сопровождения в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования (с позиции семьи и с позиции специалиста) по следующим критериям:

а) сформированность комплексного подхода к организации региональной системы в субъекте Российской Федерации;

б) удовлетворенность детей с ограниченными возможностями здоровья, а также их законных или уполномоченных представителей оказанными услугами по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования;

в) укомплектованность организаций, оказывающих услуги по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования, специалистами соответствующего профиля исходя из потребности детей с ограниченными возможностями здоровья;

г) сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях детей с ограниченными возможностями здоровья, а также их законных или уполномоченных представителей в услугах по ранней помощи и сопровождению в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования.

Услуги на этапе выявления ребенка (ВР), нуждающегося в ранней помощи, и по его направлению в программу ранней помощи.

1. Выявление детей целевой группы (ВДЦГ) (детей младенческого и раннего возраста (от рождения до 3 лет)) с ограничениями жизнедеятельности, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, а также детей групп риска осуществляется следующими учреждениями и организациями:

- учреждения системы здравоохранения (включая консультации, учреждения родовспоможения);

- организации системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии);

- организации системы социальной защиты (социальные службы, организации по защите ребенка).

Этот показатель (ВДЦГ) оценивается по следующим критериям:

а) доля организаций системы здравоохранения по наблюдению женщин в дородовой, родовой и послеродовой периоды, выявляющих группы риска по развитию пороков плода во время беременности, группы риска по развитию распространенных врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных детей, группы риска развития детей-инвалидов на территории субъекта Российской Федерации;

б) количество организаций системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии), которые выявляют детей с нарушениями развития и направляют на ПМПК (на основании заключения ПМПК рекомендуется обратиться в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи; информация о семье и ребенке направляется оператору ранней помощи в субъекте Российской Федерации);

в) количество организаций системы социальной защиты населения, оказывающих услуги по ранней помощи и сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья.

2. Направление в программу (НП) ранней помощи и информирование о ребенке осуществляется по обращению родителей (законных представителей) следующими учреждениями и организациями:

- учреждения системы здравоохранения (включая консультации, учреждения родовспоможения);

- организации системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии);

- организации системы социальной защиты (социальные службы, организации по защите ребенка).

Этот показатель оценивается по следующим критериям:

а) доля организаций системы здравоохранения, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи на территории субъекта Российской Федерации;

б) количество организаций системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии), которые выявляют детей с нарушениями развития и направ-

ляют на ПМПК, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи в субъекте Российской Федерации;

в) количество организаций системы социальной защиты населения, оказывающих услуги по ранней помощи и сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи;

г) количество обращений родителей (законных представителей) без протокола направления в программу ранней помощи и сопровождения.

Услуги на этапе вхождения (ЭВ) ребенка и семьи в целевую группу получателей ранней помощи.

1. Координация получения услуг (КПУ) по программе ранней помощи. Информирование родителей (законных представителей) о программе ранней помощи и других региональных ресурсах. Установление нужд ребенка и семьи в услугах ранней помощи.

Этот показатель оценивается своевременностью информирования о получении возможных услуг ранней помощи (после выявления и направления в программу ранней помощи ребенка специалистом-координатором) для дальнейшей разработки индивидуального плана работы с семьей и ребенком.

2. Обследование (оценка) развития ребенка (ОбР) и среды для последующего составления индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи.

Этот показатель оценивается наличием углубленной оценки функционирования ребенка в контексте имеющихся нарушений и факторов окружающей среды. Проводится оценка междисциплинарной группой экспертов при условии письменного согласия родителей. Рекомендуемый состав экспертов такой группы утверждается нормативным актом.

Отметим, что наличие таких нарушений, как генетические синдромы или аномалии, врожденные инфекции, различные неврологические заболевания, фетальный алкогольный синдром (или иные инвалидизирующие факторы) является показанием для включения детей в программу ранней помощи.

По итогам оценки при участии родителей составляется индивидуальный план ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи.

3. Разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи (ИПРПС).

Индивидуальная программа ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи, разработанная на основе углубленной оценки функционирования ребенка и семьи, является основой взаимодействия специалистов и семьи и позволяет планировать и финансировать услуги.

Программа содержит данные о потребностях ребенка и семьи, включая информацию об уровне развития ребенка в различных областях. В ней также указаны конкретные мероприятия, необходимые для удовлетворения выявленных потребностей, а также данные о сотрудниках, принимающих участие в реализации программы.

Индивидуальная программа разрабатывается ведущим специалистом (куратором случая) на основе заключений всех специалистов после детальной оценки уровня развития ребенка и потребностей семьи.

Компетенция ведущего специалиста (куратора случая) максимально соответствует потребностям ребенка и семьи для координации выполнения индивидуальной программы.

По согласованию с семьей определяются место проведения мероприятий (встречи в учреждении и (или) визиты домой), частота и длительность встреч, виды и методы работы, предполагаемая длительность программы.

Утверждаются процедуры, критерии и периодичность оценки достигнутых результатов.

Услуги на этапе реализации (ЭР) индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи.

1. Сопровождение реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения семьи (показатель С).

Ведущий специалист (куратор случая) отвечает за разработку индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи, пересмотр программы и координацию взаимодействия специалистов по реализации этой программы, а также за сопровождение перехода ребенка из программы ранней помощи в другие программы сопровождения ребенка и семьи.

2. Консультирование и обучение членов семьи (показатель К).

Консультирование семьи по вопросам ранней помощи, возможностям и перспективам организации жизни семьи, имеющей ребенка с особенностями развития.

Обучение (тренинги) членов семьи навыкам ухода, коммуникации, обучения и воспитания ребенка исходя из особенностей его развития. Обучение и консультирование родителей и членов семьи по развитию, формированию психического здоровья и адаптации ребенка.

3. Социально-психологические услуги (СПУ). Психологическая помощь ребенку и семье.

Социально-психологическое консультирование по вопросам внутрисемейных отношений, представлений, взаимодействия и отношений родителей и членов семьи между собой и с ребенком. Оценка психического функционирования и здоровья ребенка. Поддержка взаимодействия и формирования адаптивных отношений ребенка и родителей (близких взрослых). Проведение игровой психотерапии эмоционально-поведенческих расстройств у ребенка.

4. Формирование и развитие (ФР) навыков у ребенка в зависимости от диагноза.

Помощь ребенку и семье в части выполнения программы по основному и сочетанному диагнозу.

Сопутствующие услуги (СУ). К сопутствующим услугам, как правило, относят транспортные услуги и услуги социальной поддержки семьи. Например, это могут быть услуги в предоставлении временного краткосрочного пребывания ребенка вне дома с сопровождением или предоставление помощи в заботе о ребенке в домашних условиях с целью поддержания благополучия в отношениях родителей и ребенка, а также услуги по профилактике нежелательного обращения с ребенком и помещения ребенка в стационарное учреждение.

Порядок оценки региональной системы с учетом показателей оценки региональной системы и их критериев. Региональная система оценивается с учетом показателей и критериев по следующей формуле:

$$ИР = ВР + ЭВ + ЭР + СУ,$$

где ИР – итоговый результат оценки региональной системы субъекта Российской Федерации по показателям оценки региональной системы и их критериям;

ВР – услуги на этапе выявления ребенка, нуждающегося в ранней помощи, по его направлению в программу ранней помощи.

Показатель ВР оценивается по формуле

$$ВР = ВДЦГ + НП,$$

где ВДЦГ – количество организаций, выявляющих детей целевой группы (детей младенческого и раннего возраста (от рождения до 3 лет)) с ограничениями жизнедеятельности, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, а также детей групп риска.

Показатель ВЦДГ может быть рассчитан по формуле

$$ВЦДГ = УСЗ + ОСО + ОСЗН,$$

где УСЗ – общее количество организаций системы здравоохранения, оказывающих услуги по наблюдению женщин в дородовой, родовой и послеродовой периоды, выявляющих группы риска по развитию пороков плода во время беременности, группы риска по развитию распространенных врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных детей, группы риска развития детей-инвалидов на территории субъекта Российской Федерации; ОСО – количество организаций системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии), которые выявляют детей с нарушениями развития и направляют на ПМПК, а также направляют информацию о семье и ребенке оператору ранней помощи в субъекте Российской Федерации (на основании заключения ПМПК рекомендуется обратиться в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи); ОСЗН – количество организаций системы социальной защиты населения, оказывающих услуги по ранней помощи и сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья.

Критерии оценки показателя УСЗ: 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 5–19,9 % – 0,1 балла; 4,9 % и менее – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ОСО: 15 и более – 1 балл; 11–14 – 0,8 балла; 8–10 – 0,5 балла; 4–7 – 0,3 балла; менее 4-х – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ОСЗН: 15 и более – 1 балл; 11–14 – 0,8 балла; 8–10 – 0,5 балла; 4–7 – 0,3 балла; менее 4-х – 0 баллов.

Количество организаций, направляющих в программу ранней помощи и информирующих о ребенке (НП), может быть рассчитано по формуле

$$\text{НП} = \text{УСЗ1} + \text{ОСО1} + \text{ОСЗН1} + \text{ОР},$$

где УСЗ1 – доля организаций системы здравоохранения, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи на территории субъекта Российской Федерации, по отношению к общему количеству реализованных индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка;

ОСО1 – количество организаций системы образования (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии), выявляющих детей с нарушениями развития и направляющих на ПМПК, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи в субъекте Российской Федерации, по отношению к общему количеству реализованных индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка;

ОСЗН1 – количество организаций системы социальной защиты населения, оказывающих услуги по ранней помощи и сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья, своевременно оформивших протоколы направления в программу ранней помощи, по отношению к общему количеству реализованных индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка;

ОР – количество обращений родителей (законных представителей) без протокола направления в программу ранней помощи и сопровождения по отношению к общему количеству реализованных индивидуальных программ ранней помощи и сопровождения ребенка.

Критерии оценки показателя ОСЗН1 (совокупное оформление протоколов направления на программу ранней помощи должно осуще-

ствляться специальными учреждениями): 100 % протоколов оформлено специализирующимися учреждениями – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ОР: наличие – 0 баллов; отсутствие – 1 балл.

Услуги на этапе вхождения ребенка и семьи в целевую группу получателей ранней помощи (ЭВ) оцениваются по формуле

$$\text{ЭВ} = \text{КПУ} + \text{ОбР} + \text{ИПРПС},$$

где КПУ – координация получения услуг по программе ранней помощи;

ОбР – углубленная оценка (обследование) функционирования ребенка в контексте имеющихся нарушений и факторов окружающей среды;

ИПРПС – разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи.

Критерии оценки показателя КПУ (информация может быть получена путем опроса потребителей услуги): наличие своевременного информирования – 1 балл; отсутствие – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ОбР (информация может быть получена путем анализа протоколов направлений на программу ранней помощи, а также путем анализа качественного и количественного состава привлеченных специалистов): наличие обследования во всех представленных протоколах – 1 балл; наличие обследования в части представленных протоколов – 0,5 балла; отсутствие – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ИПРПС (необходимо оценить своевременность оформления программы и полноту реализуемых в рамках программы мероприятий): все программы разработаны своевременно и содержат все необходимые рекомендации и мероприятия – 1 балл; большая часть программ оформлена своевременно, присутствуют все необходимые мероприятия – 0,5 балла; большинство программ оформлены с опозданием, отсутствует ряд необходимых мероприятий – 0 баллов.

Услуги на этапе реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи (ЭР) могут быть оценены по формуле

$$\text{ЭР} = \text{С} + \text{К} + \text{СПУ} + \text{ФР},$$

где С – сопровождение реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения семьи;

К – консультирование и обучение членов семьи;

СПУ – социально-психологические услуги; психологическая помощь ребенку и семье;

ФР – формирование и развитие навыков ребенка в зависимости от диагноза.

Критерии оценки показателя С (определяется количество детей и их родителей (законных представителей) по отношению к общему количеству обратившихся за отчетный период, охваченных процедурой сопровождения): 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Критерии оценки показателя К (определяется количество детей и их родителей (законных представителей) по отношению к общему количеству обратившихся за отчетный период, охваченных процедурой консультирования и обучения, в том числе привлечения к тренингам): 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Критерии оценки показателя СПУ (определяется количество детей и их родителей (законных представителей) по отношению к общему количеству обратившихся за отчетный период, охваченных процедурой оказания социально-психологических услуг образовательными учреждениями и учреждениями социальной защиты): 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Критерии оценки показателя ФР (учреждениями здравоохранения и образования определяется количество детей, у которых отмечена по-

ложительная динамика за отчетный период): 100 % – 1 балл; 90–99,9 % – 0,9 балла; 80–89,9 % – 0,8 балла; 70–79,9 % – 0,7 балла; 60–69,9 % – 0,6 балла; 50–59,9 % – 0,5 балла; 40–49,9 % – 0,4 балла; 30–39,9 % – 0,3 балла; 20–29,9 % – 0,2 балла; 10–19,9 % – 0,1 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Также нельзя не сказать о сопутствующих услугах, которыми должно быть охвачено достаточное количество детей и их семей, в связи с чем целесообразно применение следующих критериев: 90–100 % – 1 балл; 70–89,9 % – 0,8 балла; 50–69,9 % – 0,6 балла; 30–49,9 % – 0,4 балла; 10–29,9 % – 0,2 балла; 9,9 % и менее – 0 баллов.

Оценка результативности мероприятий по оказанию услуг по ранней помощи. При проведении регулярной оценки региональной системы итоговые результаты, показатели оценки региональной системы и их критерии должны учитываться в динамике в сравнении с предыдущим периодом, аналогичным периоду проведения оценки региональной системы.

По результатам проведения оценки региональной системы с учетом подготовленного отчета субъектом Российской Федерации может быть принято одно из следующих решений:

а) о необходимости формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы (при итоговом результате оценки региональной системы менее 7,2 баллов);

б) о необходимости совершенствования региональной системы (при итоговом результате оценки региональной системы от 7,2 до 13 баллов);

в) о сформированности региональной системы (при итоговом результате оценки региональной системы 13 баллов).

Основным критерием оценки социальной эффективности программы является повышения качества и уровня жизни детей и членов их семей при оказании ранней помощи. Кроме того, социальная эффективность программы должна выражаться в снижении социальной напряженности в обществе в связи с возвращением детей к активной жизни за счет частичного или полного восстановления или компенсации их способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, а также формирования новых способностей.

Такой подход позволит оптимальным образом с максимальным качеством развить систему ранней помощи детям в субъекте Российской Федерации.

Заключение

В нашей работе представлены результаты исследования коллектива ученых, занимающихся проблемами реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания им ранней помощи.

Система межведомственного взаимодействия при оказании социальных услуг в Российской Федерации постоянно развивается. По-прежнему существует масса проблем в данной сфере деятельности. Это и противоречивость и несогласованность отдельных положений федеральной и региональной нормативно-правовых баз, и отсутствие региональной автоматизированной информационно-аналитической системы, позволяющей собирать, хранить и обрабатывать информацию, и несформированность комплексного и системного подходов при реализации индивидуальных программ предоставления социальных услуг, и многие другие. Вместе с тем есть и определенное движение вперед. В частности, на региональном уровне идет развитие нормативной документации по проблеме межведомственного взаимодействия. На всех уровнях исполнительной власти все больше внимания уделяется развитию адресной помощи и поддержки нуждающихся граждан.

Таким образом, в своем исследовании мы обозначили основные проблемы предоставления социальных услуг на примере реабилитации, абилитации, сопровождения детей-инвалидов и оказания ранней помощи; дали общее представление о моделировании механизма межведомственного взаимодействия; рассмотрели особенности реализации механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов; показали специфику реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи.

В заключение отметим, что проблема сохранения населения, здоровья и благополучия людей, а также создание условий для комфортной и безопасной жизни являются весьма важными современными и перспективными направлениями как научных поисков, так и практической реализации в социуме. Более того, данные направления деятельности как приоритетные национальные цели закреплены в Указе Президента Российской Федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

Библиографический список

1. *Абалкин, Л. И.* Труды Вольного экономического общества России: в 4 томах / Л. И. Абалкин. Москва: Экономика, 2000. Т. 2: Политическая экономия. Хозяйственный механизм развитого социалистического общества. Новый тип экономического мышления. Перестройка: пути и проблемы. 470 с. Текст: непосредственный.
2. *Алексеев, Е. Г.* Мультимедийный электронный учебник. Виды моделей / Е. Г. Алексеев, С. Д. Богатырев. Текст: электронный // Сайт информатика. URL: http://inf.e-alekseev.ru/text/Vidy_model.html.
3. *Архипов, А. И.* Экономический словарь / А. И. Архипов, Е. Г. Багудина. 2-е изд. перераб. и доп. Москва: Проспект, 2018. 672 с. Текст: непосредственный.
4. *Белкин, А. С.* Компетентность. Профессионализм. Мастерство / А.С. Белкин. Челябинск: Юж.-Урал. кн. изд-во, 2004. 176 с. Текст: непосредственный.
5. *Бюджетный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 31.07.1998 г. № 145-ФЗ [ред. от 03.07.2016 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2017 г.].* Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/.
6. *Валеева, Г. Г.* Понятие кластеров, принципы их формирования и функционирования в современных условиях экономики / Г. Г. Валеева, Е. С. Андреева. Текст: электронный // Экономика и социум. 2017. № 4 (35). URL: <https://readera.org/ponjatie-klasterov-principyu-ih-formirovanija-i-funkcionirovanija-v-sovremennyh-140123348>.
7. *Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология: ГОСТ Р ИСО 9999–2014:* утв. и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23.03.2014 г. № 1177-ст. 2014. 119 с. Текст: электронный // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200113311>.
8. *Глоссарий по информационному обществу / М. А. Бунчук, О. Н. Вершинская, Р. У. Елизарова [и др.]; под ред. Ю. Е. Хохлова.* Москва: Изд-во Ин-та развития информационного общества, 2009. 160 с. URL: <http://www.iis.ru/docs/is.glossary.2009.pdf>. Текст: электронный.

9. *Конвенция* о правах инвалидов. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Текст: электронный.

10. *Концепция* развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.: распоряжение Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 г. № 1839-р. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_204218/.

11. *Материалы* для подготовки программ субъектами Российской Федерации по формированию систем комплексной реабилитации и абилитации. Текст: электронный // Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/program>.

12. *Межведомственное* взаимодействие: что это такое и как оно может быть нам полезно. Текст: электронный // Первая кадастровая компания. URL: <https://1k-k.ru/analytics/межведомственное-взаимодействие-что/>.

13. *Международная* классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. URL: <http://who-fic.ru/icf>. Текст: электронный.

14. *Михайлова, О. В.* Комплексная реабилитация инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности / О. В. Михайлова. Текст: непосредственный // Социальная работа. 2014. № 4. С. 32–35.

15. *О внесении* изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/.

16. *О государственной* социальной помощи: Федеральный закон от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/.

17. *О дальнейшем* развитии единой системы межведомственного электронного взаимодействия: постановление Правительства Российской Федерации от 19.11.2014 г. № 1222. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171216/.

18. *О единой* системе межведомственного электронного взаимодействия: постановление Правительства Российской Федерации от 08.09.2010 г. № 697 [ред. от 11.08.2016 г.]. Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/199319/>.

19. *О занятости* населения в Российской Федерации: Федеральный закон от 19.04.1991 г. № 1032–1. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/.

20. *О классификациях* и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 г. № 1024н. Текст: электронный // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/420327890>.

21. *О мерах* по обеспечению перехода федеральных органов исполнительной власти и органов государственных внебюджетных фондов на межведомственное информационное взаимодействие в электронном виде: постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2011 г. № 1184. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_124554/.

22. *О направлении* методических рекомендаций: письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 13.01.2016 г. № ВК-15/07. Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71248844>.

23. *О персональных данных*: Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/.

24. *О психиатрической* помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: закон Российской Федерации от 2.07.1992 г. № 3185–1 [ред. от 03.07.2016 г.]. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/.

25. *О социальной* защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ [ред. от 29.12.2015 г.]. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/.

26. *О Стратегии* национальной безопасности Российской Федерации: указ Президента Российской Федерации от 31.12.2015 г. № 683. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191669/.

27. *О стратегическом планировании* в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.06.2014 г. № 172-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_164841/.

28. *О физической культуре и спорте* в Российской Федерации: Федеральный закон от 4.12.2007 г. № 329-ФЗ [ред. от 03.07.2016 г.]. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/.

29. *О формировании* и ведении федерального реестра инвалидов и об использовании содержащихся в нем сведений: постановление Правительства Российской Федерации от 16.07.2016 г. № 674. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=202221#0>.

30. *Об информации, информационных технологиях и о защите информации*: Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61798/.

31. *Об инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме*: постановление Правительства Российской Федерации от 8.06.2011 г. № 451. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_115048/.

32. *Об образовании* в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ [ред. от 3.07.2016 г.]. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/.

33. *Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации*: Федеральный закон от 6.10.1999 г. № 184-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_14058/.

34. *Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг*: Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103023/.

35. *Об основах* охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

36. *Об основах* социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/.

37. *Об основных* направлениях совершенствования системы государственного управления: указ Президента Российской Федерации от 7.05.2012 г. № 601. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129336/.

38. *Об утверждении* государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 1.12.2015 г. № 1297. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/.

39. *Об утверждении* методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.06.2017 г. № 545. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru/>.

40. *Об утверждении* перечня услуг, которые являются необходимыми и обязательными для предоставления федеральными органами исполнительной власти, Государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом» государственных услуг и предоставляются организациями, участвующими в предоставлении государственных услуг, и определении размера платы за их оказание: постановление Правительства Российской Федерации от 6.05.2011 г. № 352. Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/55171287/#ixzz4LZ28Owff>.

41. *Об утверждении* Порядка и условий проведения конкурсного отбора субъектов Российской Федерации для участия в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также регламента работы и состава конкурсной комиссии: приказ Министерства труда и социальной защиты Россий-

ской Федерации от 29.07.2016 г. № 398н. Текст: электронный // Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/531>.

42. *Об утверждении* Порядка межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения граждан: постановление Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1159-ПП. Текст: электронный // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6600201412220018>.

43. *Об утверждении* Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2015 г. № 528н. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_184963/.

44. *Об утверждении* Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.06.2017 г. № 486н. Текст: электронный // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/456076678>.

45. *Об утверждении* сводного перечня первоочередных государственных и муниципальных услуг, предоставляемых в электронном виде: распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.12.2009 г. № 1993-р. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_95180/.

46. *Об утверждении* федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 3.08.2018 г. № 518н. Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/72025760/#friends>.

47. *Об утверждении* формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.04.2015 г. № 228н. Текст: электронный // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/420277172>.

48. *Об утверждении* формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.10.2015 г. № 723н. Текст: электронный // КонсультантПлюс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_190630/.

49. *Положение* о взаимодействии и координации деятельности органов управления, учреждений и организаций в сфере реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области [утв. правительством Свердловской области 13.11.2008 г. № 1198-ПП] // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/819085564>. Текст: электронный.

50. *Помитов, С. А.* Кластеры: характеристика и модели / С. А. Помитов. Текст: электронный // Информационный сайт по экономике. URL: <http://ekportal.ru/page-id-1805.html>.

51. *Портер, М. Э.* Конкуренция: перевод с английского / М. Э. Портер. Москва: Вильямс. 2006. 608 с. Текст: непосредственный.

52. *Райзберг, Б. А.* Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ИНФРА-М, 2021. 512 с. Текст: непосредственный.

53. *Регламент* межведомственного взаимодействия органов государственной власти Свердловской области в связи с реализацией полномочий в сфере социального обслуживания граждан: постановление правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1158-ПП [с изм. на 16.08.2016 г.]. Текст: электронный // Электронный фонд пра-

вовой и нормативно-технической документации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/423965844>.

54. *Словарь психолога-практика* / сост. С. Ю. Головин. Минск: Харвест, 2001. 82 с. Текст: непосредственный.

55. *Сонин, К. И.* Теория экономических механизмов / К. И. Сонин, С. Б. Измалков, М. М. Юдкевич. Текст: электронный // Экономический портал. URL: <http://institutiones.com/theories/259--2007-1.html/>.

56. *Уёмов, А. И.* Логические основы метода моделирования / А. И. Уёмов. Москва: Мысль, 1971. 311 с. Текст: непосредственный.

57. *Харланова, Е. М.* Механизмы взаимодействия субъектов социально активного образования / Е. М. Харланова. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2009. № 6. С. 192–195.

58. *Черданцев, А. Ф.* Логико-языковые феномены в юриспруденции: монография / А. Ф. Черданцев. Москва: Норма: ИНФРА-М, 2012. 320 с. Текст: непосредственный.

**Характеристика основных документов
национального и международного законодательства**

<i>Наименование документа (основание)</i>	
<i>Критерий сравнения</i>	<i>Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья</i>
<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Направления применения при оценке результата реабилитации</i>	<i>При оценке результатов медицинской реабилитации используются изменения параметров для составляющих «Функция» и «Структура» совместно с категорией «Активность и участие» Нарушения классифицируются как существующие или отсутствующие в соответствии с пороговым уровнем (критерии однократны для функций и структур организма): а) утрата или отсутствие;</i>
	<i>3</i>
	<i>Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 1024н от 17 декабря 2015 г. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»</i>
	<i>4</i>
	<i>Шкала оценки функционирования (WHODAS 2.0) (официальный сайт ВОЗ)</i>
	<i>Шкала используется как надежный инструмент для мониторинга эффективности вмешательств)</i>

Продолжение таблицы

1	2	3	4
	<p>б) снижение; в) добавление или избыток; г) отклонение.</p> <p>Как только нарушение появляется, оно может быть оценено по степени выраженности с использованием общего определителя МКФ.</p> <p>При оценке результатов социальной реабилитации и других направлений реабилитации используется составляющая «Активность и участие», измеряются параметры реализации и потенциальной возможности.</p> <p>Учитываются составляющие контекстных факторов, используемые в двух аспектах с отяжеляющим либо облегчающим контекстом:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● факторы окружающей среды; ● личные факторы. <p>За норму принимается функционирование индивида без аналогичного изменения здоровья (болезни, расстройства или травмы и т. п.).</p> <p>Фиксируется несоответствие между тем, что имеется, и тем, что ожидается</p>		

Продолжение таблицы

1	2	3	4
Корреляция доменов МКФ с действующей системой ОЖД	d5 Самообслуживание d6 Бытовая жизнь	Способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены	Применяются группировки вопросов в рамках домена и ограничений жизнедеятельности
d4 Мобильность		Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом	
d3 Общение		Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации	
d1 Обучение и применение знаний d2 Общие задачи и требования		Способность к обучению – способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни	

Окончание таблицы

1	2	3	4
	<p>d7 Межличностные взаимодействия и общение</p> <p>d8 Главные сферы жизни</p> <p>d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь</p>	<p>–</p> <p>–</p> <p>Способность к трудовой деятельности – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы</p> <p>Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм</p> <p>Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения</p>	<p>4</p> <p>–</p>

**Форма отчета выполнения программы
 субъекта Российской Федерации
 по формированию системы комплексной реабилитации
 и абилитации детей-инвалидов**

Мероприятия Программы субъекта Российской Федерации	Перечень целевых показателей (индикаторов)	Фактическое значение на момент разработки Программы субъекта Российской Федерации	Изменение значений по годам реализации Программы субъекта Российской Федерации (в процентах)			Планируемое значение на момент окончания действия Программы субъекта Российской Федерации
			2017	2018	2019	

Примечание. Документы, по которым составляется данная форма, приведены в библиографическом списке.

**Форма оценки системы комплексной реабилитации
и абилитации инвалидов,
в том числе детей-инвалидов,
субъекта Российской Федерации**

Задачи и мероприятия Программы субъекта Российской Федерации	Целевой показатель (индикатор)		Причина отклонения
	Фактическое значение на момент начала реализации (на момент предыдущей оценки) Программы субъекта Российской Федерации	Значение на момент оценки Программы субъекта Российской Федерации	
Задача 1.			
Мероприятие 1.			
Мероприятие 1.1.			
...			
Иные задачи и мероприятия			

Исполнитель _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. «__» _____ 20__ г.

(Ф.И.О., № телефона и электронный адрес исполнителя)

Примечание. Конкретные характеристики и критерии оценки зависят от содержания Программы.

Научное издание

Шапошников Владислав Александрович

Зубкова Татьяна Ильинична

Скороходова Лариса Александровна

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Монография

Редактор Е. В. Евстигнеева

Компьютерная верстка А. В. Кебель

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета университета

Подписано в печать 9.09.21. Формат 60×84/16. Бумага для множ. аппаратов.
Печать плоская. Усл. печ. л. 9,2. Уч.-изд. л. 9,5. Тираж 500 экз. Заказ № ____.
Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета. Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.
