

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет
«Экономика и управление»

Кафедра
«Государственное управление и социология региона»

Направление подготовки

38.03.04
Государственное и муниципальное управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

«Реализация государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области»

Студент гр.14ЭГ2

Д.Е. Спиридонова

Руководитель
д.с.н., профессор

В.Н. Супиков

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № _____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ № _____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2018

Содержание

Введение.....	3
1 Теоретико-правовые аспекты организации ранней помощи в Российской Федерации.....	8
1.1 Понятие, сущность и необходимость развития ранней помощи в РФ	8
1.2 Нормативно-правовая база, регулирующая организацию ранней помощи в РФ.....	21
2 Анализ реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области	31
2.1 Система социальной поддержки детей-инвалидов и их семей в Пензенской области.....	31
2.2 Итоги реализации «Концепции развития ранней помощи в РФ на период до 2020 года» в Пензенской области.....	43
3 Предложения по совершенствованию реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области.....	50
Заключение	61
Список использованных источников	64
Приложения	70

Введение

Актуальность темы исследования, прежде всего, обусловлена тем, что в современной России складывается неблагоприятная демографическая ситуация, в частности, характеризующаяся стремительным увеличением доли детей, в том числе в возрасте от 0 до 3 лет, которые остро нуждаются в совокупности мероприятий по максимально ранней комплексной поддержке своего физического, соматического и психического здоровья.

Первые годы после рождения – это уникальный, во многом решающий период развития ребенка, когда, во-первых, ввиду своей пластичности состояние несовершеннолетнего особенно подвержено целенаправленному воздействию исправить первично нарушенные функции; во-вторых, есть вероятность предупредить возникновение дальнейших осложнений в развитии ребенка, а также воспитывающей его семьи.

Необходимость внедрения системы ранней коррекционной помощи получает все большее распространение во многих странах мира, поскольку не только теоретически, но и практически доказано, что она является залогом оптимизации социально-экономических перспектив детей с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью, шагом к повышению защиты их прав, качественному утверждению положения в обществе, а также возможностью достижения прогресса важных социально-экономических показателей отдельно взятой территории.

В настоящее время Российская Федерация, осознав ценность проведения государственной политики ранней помощи, во всех своих субъектах осуществляет переход от частных экспериментов организации ранней помощи к проектированию ее единой системы с учетом региональных особенностей.

Следует уточнить, что в выпускной квалификационной работе будет проведено всестороннее исследование системы социальной поддержки детей-инвалидов и их семей в Пензенской области с упором на анализ организации

предоставления совокупности программ и услуг по профилактике инвалидности детей на основе многопрофильной комплексной реабилитации в раннем возрасте.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые были обобщены, систематизированы, а также научно осмыслены имеющиеся теоретические знания и практический опыт по организации региональной системы ранней коррекционной помощи на территории Пензенской области.

Более того, в бакалаврской работе представлены инновационные предложения по совершенствованию реализации государственной политики ранней помощи в субъекте РФ, которые можно применить в процессе государственного управления, в научно-исследовательских проектах.

Степень научной разработанности проблемы. Главным источником исследования послужила достаточная нормативно-правовая база, где особо выделяются: Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р «Об утверждении «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»»; Распоряжение Правительства РФ от 17.12.2016 № 2723-р «Об утверждении «Плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»»; Распоряжение Правительства Пензенской области от 31.05.2017 № 247-рП «Об утверждении «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»», а также иные законные / подзаконные акты международного уровня, Российской Федерации и Пензенской области.

Вместе с тем, чтобы выполнить все поставленные задачи и полно раскрыть тему, в выпускной квалификационной работе использовались учебная литература, научные статьи по различным аспектам рассматриваемой проблемы, а также дополнительные обоснующие материалы, размещенные на официальных сайтах Министерства труда, социальной защиты и демографии Пензенской области, Уполномоченного по правам ребенка в Пензенской области и т.д.

Анализируя теоретические основы организации ранней помощи в России,

нельзя обойти вниманием труды Доброва-Крол Н., Малофеева Н.Н., Гуральник М., Разенковой Ю.А., Аксеновой О.Ж., Барановой Н.Ю., Довбня С.В., Морозовой Т.Ю., Чиж В.В., Самариной Л.В., Приходько О.Г., Юговой О.В., Хекман Дж., так как в их работах дается подробное описание ценностно-смысловых, целевых ориентиров ранней помощи, ее концептуальной модели, научно-методического, ресурсного обеспечения. Основные положения данных публикаций были применены во время написания раздела 1.1.

Гринина Е.С. в своем пособии под названием «Нормативно-правовое обеспечение специального и инклюзивного образования» изучает опорные нормативно-правовые акты, регулирующие защиту прав лиц с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью, а также освещает некоторые документы, непосредственно связанные с системой ранней коррекционной помощи. Сведения данной учебной литературы наравне с информацией конкретных нормативных актов международного, федерального, регионального уровней были отражены в разделе 1.2.

Источниками для написания второй главы бакалаврской работы послужили материалы, размещенные на официальных сайтах органов исполнительной власти Пензенской области.

Положения из методических рекомендаций по формированию системы ранней помощи семьям детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в субъекте федерации, разработанные Разенковой Ю.А., послужили образцом для составления 3 главы выпускной квалификационной работы.

Тем не менее, все перечисленные исследования ни разу не затрагивали тему реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области, что, фактически, подтверждает значимость и новизну всей работы.

Цель бакалаврской работы состоит в глубоком анализе реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области.

Достижению цели способствует решение следующих **задач**:

— определить понятие, сущность и необходимость развития ранней по-

мощи в Российской Федерации;

- ознакомиться с нормативно-правовой базой, регулирующей организацию ранней помощи в Российской Федерации;

- изучить систему социальной поддержки детей-инвалидов и их семей в Пензенской области;

- оценить итоги исполнения «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» в Пензенской области;

- внести предложения по совершенствованию реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области.

Объект исследования – дети в возрасте от 0 до 3 лет, имеющие ограниченные возможности здоровья или инвалидность, а также воспитывающие их семьи.

Предмет исследования – особенности предоставления системы программ и услуг ранней коррекционной помощи детям в возрасте от 0 до 3 лет, имеющим ограниченные возможности здоровья или инвалидность, а также воспитывающим их семьям на территории Пензенской области.

В выпускной квалификационной работе использованы следующие **методы исследования теоретического уровня**:

- Анализ – метод, характеризующийся выделением и изучением отдельных частей объектов исследования. Активно применялся в 1 главе, когда ранняя помощь изучалась по отдельным основаниям. Во 2-ой главе использовался анализ данных о системе социальной поддержки детей-инвалидов и их семей в Пензенской области, а также итогов исполнения «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» в Пензенской области.

- Сравнительно-типологический, логический методы на протяжении всей работы помогали выявлять общее и особенное в изучаемом явлении.

- Системный подход позволил учесть все стороны предмета исследования.

- На основе такого метода как индукция (умозаключение от фактов к

некому общему утверждению) были подведены итоги к каждой главе либо разделу работы.

Эмпирической базой исследования послужила информация из книги «Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям» Приходько О.Г., Юговой О.В., где авторы, применяя данные официальной статистики, оценивают демографическую ситуацию и на ее фоне обосновывают необходимость развития ранней помощи в России. Здесь же используется прочая общегосударственная, региональная статистическая информация, полученная на официальных сайтах органов государственной власти Российской Федерации, Пензенской области.

Структура бакалаврской работы состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и приложений, что соответствует всем требованиям, предъявляемым к оформлению бакалаврской работы.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, цель исследования, раскрывает теоретическую и практическую значимость всей работы.

В первой главе дается общая характеристика теоретико-правовым аспектам организации ранней помощи в Российской Федерации. Во второй рассматривается реализация государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области. Третья глава посвящена инновационным предложениям по совершенствованию реализации государственной политики ранней помощи в Пензенской области.

В заключении подводятся итоги, формируются окончательные выводы по теме исследования.

Общий объем текста работы составляет 69 страниц. Приложения дополнительно расположены на 12 страницах.

1 Теоретико-правовые аспекты организации ранней помощи в Российской Федерации

1.1 Понятие, сущность и необходимость развития ранней помощи в РФ

Положительный вектор становления общества, а также сохранение его трудового потенциала, прежде всего, определяются состоянием физического, духовного, социального благополучия детей.

В этой связи, любое цивилизованное государство должно гарантировать оптимальное решение задач по своевременному обеспечению защиты и поддержки всех граждан вышеуказанной возрастной группы, в том числе тех, кто по объективным причинам имеют ограниченные возможности здоровья (далее – ОВЗ) или инвалидность.

На сегодняшний день в деятельность достаточного количества стран прочно вошла реализация системы мероприятий по профилактике инвалидности детей на основе комплексной реабилитации в раннем возрасте, что, в общих чертах:

- позволяет эффективно предупреждать либо минимизировать прогрессирование существующих отклонений в развитии ребенка;
- оказывает содействие наиболее успешной социализации ребенка, его включению в образовательную среду с последующей интеграцией в социум.

История современных идей о ранней коррекционной помощи берет свой путь в 60–70-е гг. XX века, когда в США, а позднее в странах Западной Европы наступает благоприятный общественно-политический климат для внедрения программ и услуг в отношении детей с ОВЗ или инвалидностью [37].

Стоит отметить, что с указанного периода времени заметен активный рост общественных движений по защите прав детей с инвалидностью, во мно-

гом благодаря работе которых положено начало формированию, а также вступлению в силу соответствующей законодательной базы. Более того, с этого же момента предпринимаются попытки консолидации научных данных, теорий, представлений различного рода дисциплин о позитивном эффекте программ и услуг, предлагаемых в первые годы жизни ребенка.

В последующие десятилетия пришло полное осознание необходимости ухода от медицинской модели инвалидности к социальной, где главная цель, а также характер помощи трансформируются от стремления сделать ребенка «нормальным» к стремлению сделать как можно более «нормальной» его жизнь и жизнь той семьи, в которой он воспитывается.

Что касается России, то становление отечественной системы ранней помощи началось по сценарию США и стран Западной Европы: при переходе от унитарного общества к открытому гражданскому. Однако разница заключается в том, что произошло это значительно позже, в 90-х гг. XX века, в неординарных политических и экономических условиях, когда уклад жизни всего государства менялся не эволюционно, а революционно [29].

Вообще, отечественные теоретические представления, а также практические подходы к пониманию идеологии ранней коррекционной помощи, по большей части, согласуются с зарубежными трудами в сфере «early intervention», то есть «раннего вмешательства» в буквальном переводе с английского языка.

Уместно сказать, что в настоящее время многообразие точек зрения привело к возникновению целого ряда формулировок понятия «ранняя помощь».

Например, один из ведущих американских исследователей Майкл Гуральник говорит о ранней помощи как о «...системе, созданной для поддержки семейных моделей взаимодействия, которые наилучшим образом содействуют детскому развитию» [44].

Разенкова Ю.А. в своей книге о системе ранней помощи продемонстрировала видение других ученых США на изучаемое понятие, где, в основном, ранняя помощь есть:

- комплекс служб по медико-социальному, психолого-педагогическому обслуживанию детей младенческого и раннего возраста;
- комплекс услуг социальных сетей, а также ресурсов, обеспечивающих поддержку семей с маленькими детьми;
- междисциплинарный комплекс технологий, направленный на предотвращение либо сокращение физических, когнитивных, эмоциональных, ресурсных ограничений детей с биологическими / социальными факторами риска и их семей [37].

Несколько иное отношение к определению ранней помощи выражают Европейская и Российская Ассоциации раннего вмешательства. В совместном труде под названием «Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства» указывается следующая информация: «Ранняя помощь – это совокупность всех видов мероприятий, ориентированных на развитие ребенка, а также на сопровождение родителей, которые осуществляются непосредственно и незамедлительно после определения состояния развития ребенка» [16].

Следовательно, проведя анализ характеристик понятия «ранняя помощь», смело можно говорить о сложности, многозначности его содержательной трактовки. Тем не менее, несмотря на разнообразие предложенных определений, все они подчеркивают важность предоставления широкого спектра услуг на самых ранних этапах обнаружения нарушений в развитии у детей либо риска появления таких нарушений, а также вовлечение в процесс родителей, семьи, близкого окружения.

Далее логично остановиться на подробном описании глобальной модели ранней коррекционной помощи.

Помимо выше обозначенной главной цели, в системе ранней помощи имеют место быть вспомогательные цели, в свой черед, подразделяемые на две группы:

- 1) универсальные, которые ставят перед собой службы ранней помощи во всем мире;

2) специфические, которые связаны с культурными, политическими, экономическими особенностями территории, где предоставляются программы и услуги ранней помощи.

Итак, акцентируя внимание на универсальных целях ранней помощи, скажем, что ими являются:

- раннее выявление нарушений в развитии младенца и ребенка раннего возраста;

- обеспечение услуг по развитию детей раннего возраста, имеющих нарушения, во избежание возникновения задержки в их развитии или минимизация этой задержки;

- формирование, а также развитие способности детей раннего возраста, имеющих нарушения или риск их возникновения, к самостоятельной жизни в обществе;

- сокращение расходов на специальное образование детей и уменьшение, таким образом, потребности в особом образовании, уходе по достижении ими школьного возраста;

- предоставление помощи родителям в создании оптимальных условий для развития, а также обучения ребенка в условиях семьи и местного сообщества;

- повышение уровня компетентности родителей, других членов семьи, приводящее к расширению, а также укреплению их возможностей по удовлетворению особых потребностей своего ребенка;

- содействие социальной интеграции семьи и ребенка [25].

Для понимания специфических целей, приведем пример, когда российские специалисты, имеющие многолетний опыт по развитию программ ранней помощи, ввиду высокого регионального процента детей, проживающих в интернатных учреждениях, относят к ним:

- предупреждение помещения младенца и ребенка раннего возраста в дом детства [26].

Нельзя не отметить, что достижению всех указанных целей способствует решение следующих задач:

- информационная и эмоциональная поддержка семьям;
- мобилизация ресурсов семей, а также обеспечение связей с другими ресурсами в их ближайшем окружении, местном сообществе;
- систематическая оценка уровня развития ребенка;
- разработка и реализация совместно с семьей индивидуальной программы вмешательства;
- координация, а также взаимодействие с другими службами, обеспечивающими услуги для ребенка и семьи;
- организация групп поддержки для семей [25].

Как правило, услуги ранней помощи оказываются детям и их семьям, во-первых, если дети находятся в подходящей возрастной категории, где нижняя граница диапазона приходится на момент рождения, а верхняя варьируется от 3-х до 8 лет. Здесь же подметим то, что возраст выхода из программ ранней помощи, чаще всего, зависит от наличия услуг, а также возраста поступления в дошкольные либо школьные учреждения системы образования. В частности, в США услуги предоставляются до 3 лет; в странах Западной Европы – до 4–6 лет; в России – до 3 лет (при наличии ресурсов до 7–8 лет).

Во-вторых, услуги ранней помощи оказываются детям и их семьям, если дети с нарушениями развития, отставанием или высоким риском отставания в развитии попадают под череду особенных или общих критериев, а именно:

1) Отставание в развитии ребенка в любой из областей (крупная моторика, тонкая моторика, сенсорное восприятие, когнитивная область, коммуникация, адаптивное поведение (навыки самообслуживания и социальные навыки)) на более чем 2 стандартных отклонения.

2) Дети, которые имеют «особые потребности» для успешного развития, обучения и адаптации в обществе. В большинстве случаев, к этому условию относятся дети с хроническими соматическими заболеваниями, генетическими нарушениями (синдром Дауна, синдром Прадера-Вилли, и др.), двига-

тельными нарушениями при различных неврологических заболеваниях (ДЦП, нейромышечные заболевания), множественными нарушениями, нарушениями аутистического спектра, сенсорные нарушениями.

3) Недоношенные и маловесные дети (масса тела при рождении менее 2,5 килограмм).

4) Дети, родившиеся от матерей, употреблявших алкоголь или наркотические вещества во время беременности.

5) Дети, подвергавшиеся насилию и депривации (включая детей из семей, входящих в группу социального риска; детей, находившихся какое-то время в системе группового ухода вне семьи) [25].

Вдобавок ко всему, к процессу формирования / внедрения программ ранней помощи, как на уровне государства, так и на уровне отдельных проектов или служб, предъявляется фиксированный перечень общезначимых, а также специальных требований, учитывающих разнообразие потребностей детей и их семей, которые, в свою очередь, могут зависеть от культурных, политических, экономических особенностей конкретной территории (рисунок 1).



Рисунок 1 – Схема применения общих требований к процессу формирования и внедрения программ ранней помощи [44]

Ниже рассмотрим универсальные требования к организации системы ранней помощи, введенные документами Европейского агентства по развитию в области особых образовательных потребностей.

1) **Общая доступность.** Данное требование гласит, что услуги ранней помощи являются открытыми для всех, то есть отвечают на просьбы совершенно любой семьи, обеспокоенной состоянием развития ребенка.

2) **Географическая доступность.** Согласно требованию осуществление услуг ранней помощи должно предлагаться недалеко от места проживания семьи, воспитывающей ребенка с особыми нуждами.

3) **Финансовая доступность** говорит о том, что услуги ранней помощи обязаны оказываться бесплатно или же за минимальную плату. Если останавливаться на первом обстоятельстве, то денежное обеспечение происходит из государственного бюджета, поступающего из систем здравоохранения, социальной защиты и образования. Дополнительное финансирование может совершаться через страховую медицину либо через негосударственные некоммерческие организации.

4) **Междисциплинарность работы.** Настоящее требование предписывает специалистам различных дисциплин служб ранней помощи строить свою деятельность на партнерских взаимоотношениях, ибо только такая форма работы способна в полной мере удовлетворить потребности необычных детей и их семей.

5) **Разнообразие программ и услуг.** Требование обозначает необходимость соотнесения услуг ранней помощи с различными, а также постоянно меняющимися нуждами развивающегося ребенка и его семьи [41]. В таблице 1 приведены лишь некоторые примеры программ / услуг, предоставляемых в системе ранней помощи.

Таблица 1 – Неполный список программ / услуг, предоставляемых в системе ранней помощи [25]

– психологическое консультирование родителей и ближайшего окружения ребенка	– лекотека (выдача развивающих игрушек на дом)
– информирование опекунов о том, как сопровождать ребенка в его развитии	– визитирование на дому, в больнице, в роддоме
– физическая реабилитация моторного развития	– родительский клуб
– ортопедическое лечение, включая ортезирование и протезирование	– вспомогательные средства для улучшения зрения или слуха
– занятия в сенсорной комнате	– проведение праздников
– групповые занятия	– координация услуг
– услуги социального работника	– специальные транспортные услуги для доставки в центры ранней помощи

Кроме того, система ранней помощи подчиняется ряду основополагающих принципов, которые были выделены Европейской и Российской Ассоциациями раннего вмешательства.

1) Семейно-центрированность. Данный принцип означает, что деятельность специалистов служб ранней помощи строится с учетом потребностей не только ребенка, но и его семьи. Также консультация специалистов направлена на содействие адаптации семьи, повышению родительской компетенции.

2) Принцип охвата всех сторон жизни ребенка обращен на предупреждение фрагментации и нестыковок в предоставлении услуг ранней помощи.

3) Принцип развития ребенка в естественной среде – это принцип, по которому в системе ранней помощи немаловажную роль играет технология домашнего визитирования, напрямую создающей повседневный контекст жизни ребенка и его семьи, а также предлагающей освоение новых навыков в хорошо известной ребенку обстановке.

4) Научность и доказательность. Установленный принцип означает то, что система ранней помощи базируется на объединении современных исследований, научно обоснованных методах, с учетом экспертного мнения специалистов и семей [25].

5) Индивидуализация. В соответствии с этим принципом значимым инструментом ранней помощи является составление для каждого ребенка, пользующегося услугами служб ранней помощи, индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР), которая устремлена на улучшение функциональных способностей и развитие личности ребенка. Исполняется ИПР посредством длительного, регулярного получения услуг [39].

Продолжая затронутую мысль о технологиях и инструментах, нельзя не упомянуть механизм проведения оценки, способствующий обследованию особенностей ребенка, а также планированию ИПР. Обычно оценка осуществляется сразу после обнаружения проблемы, и ориентирована на весь период оказания услуг ранней помощи (рисунок 2).



Рисунок 2 – Схема процесса осуществления оценки и предоставления услуг в системе ранней помощи [25]

Хотелось бы отметить, что итог оценки не статичен, поскольку ситуация ребенка и его семьи постоянно меняется. Вследствие этого, очень важно один раз в 6 месяцев проводить мониторинг, дабы сравнить достигнутые результаты с ожидаемыми, а также проверить соответствие ИПР потребностям ребенка и его семьи на данное время.

Наконец, особой заинтересованностью пользуется момент перехода или выхода из программ ранней помощи, который определяется специалистами, исходя из приоритетов, желаний, нужд ребенка и существующих ресурсов. При всем при том, плавный переход либо выход из программ ранней помощи воз-

возможен лишь на основе тесного сотрудничества организаций системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

В дополнение, обобщив все изложенное, считается разумным представить ведущие отличия сложившейся на сегодняшний день глобальной модели ранней коррекционной помощи от традиционных услуг, которые основаны на медицинской модели (Приложение А).

Безусловно, за последний десяток лет было проведено огромное число качественных / количественных экспериментов, доказывающих действенность системы ранней помощи на самых различных уровнях, в том числе государственном.

В России ранняя коррекционная помощь, при имеющихся в наличии теории и практики, при глубоком понимании социально-экономической эффективности, до недавнего времени не получала широкого, всеобъемлющего применения, не смотря на реализацию либо подготовку к реализации отдельных курсовых программ (14–21 день в год) в некоторых субъектах федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, Ленинградская область, Калининградская область, Самарская область, Красноярский край, Республика Марий Эл, Новгородская область, Нижегородская область и др.).

В настоящее время большинство региональных специалистов признает актуальность, а также необходимость создания государственной системы ранней помощи, которая, опираясь на глобальную модель, использовала бы единые подходы, нормы и стандарты в организации предоставления ее услуг по всей стране.

На наш взгляд, позицию экспертов можно объяснить следующими двумя обстоятельствами.

- 1) По данным федеральной службы государственной статистики (Росстат) за последние пять лет количество детей-инвалидов в России устойчиво растет (рисунок 3).

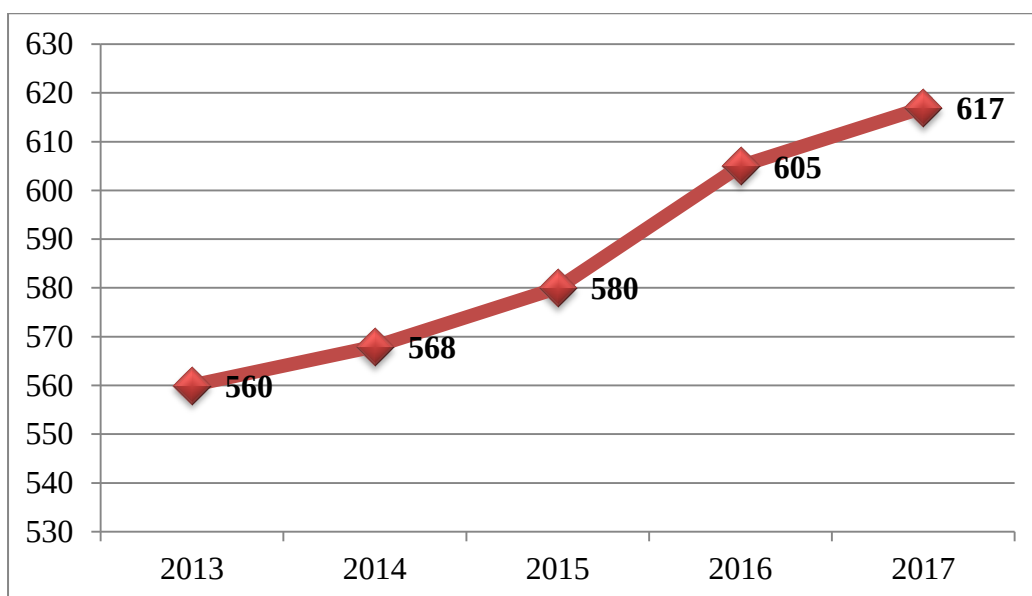


Рисунок 3 – Общая численность детей-инвалидов на 1 января года, тыс. человек [42]

На графике видно, что в Российской Федерации сохраняются негативные тенденции в динамике состояния здоровья детей, которые, в свой черед, разъясняются ежегодно увеличивающейся распространенностью патологии и заболеваемости среди детей на 4–5 %.

Сегодня число новорожденных с проблемами здоровья, физиологической незрелостью составляет 74 %; детей с неврологическими отклонениями – до 86 %. Не более 10 % детей дошкольного и 4 % детей подросткового возраста можно считать абсолютно здоровыми [36].

Поэтому, труды академика, доктора медицинских наук, педиатра Баранова А.А. представляют особую ценность, так как подтверждают, что при условии раннего выявления (не позднее 4–6-месячного возраста ребенка) и организации адекватного медико-психолого-педагогического воздействия, практическое выздоровление, а также нормализация функций могут быть достигнуты в 60 % случаев к 3 годам [36].

2) Система ранней помощи:

— содействует включению детей с ОВЗ в жизнь общества;

- расширяет возможности ребенка на получение образования, а впоследствии и профессии;
- способствует развитию автономии индивида;
- приводит к сокращению бедности и преступности, экономическому росту, гуманизации государства в целом (рисунок 4).



Рисунок 4 – Влияние раннего вмешательства на развитие общества / государства [25]

Так, известный ученый, нобелевский лауреат Джеймс Хекман утверждает, что вложения в развитие социально-культурных навыков детей младшего возраста, таких как настойчивость, мотивация и уверенность в себе, дают большую экономико-социальную отдачу, чем инвестиции в социальные программы или создание инфраструктур (рисунок 5).

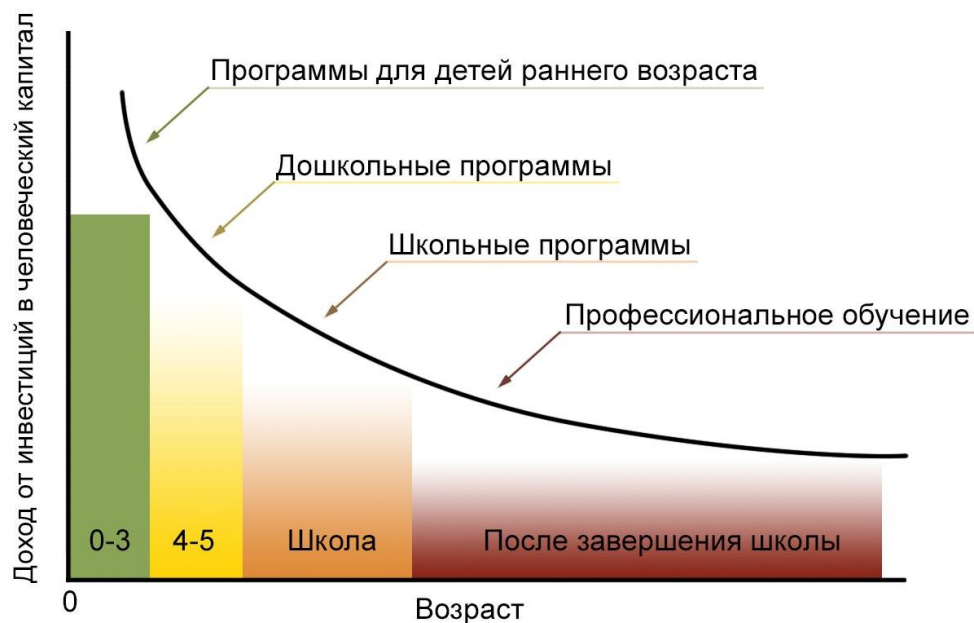


Рисунок 5 – Доход от инвестиций в человеческий капитал в зависимости от возраста [45]

Иными словами, ранняя помощь позволяет сэкономить средства, которые могли бы быть потрачены на лечение, специализированные учебные программы и дополнительные услуги (в США такая экономия составляет от \$30 000 до \$100 000 на одного ребенка; до \$48.3 миллиардов на национальном уровне) [25].

Таким образом, всесторонний анализ системы ранней коррекционной помощи показал, что ее программы и услуги, направленные на профилактику инвалидности детей, а также нормализацию жизни семей, воспитывающих детей с ОВЗ, получили свое признание как результативные практики достойные признания государства.

1.2. Нормативно-правовая база, регулирующая организацию ранней помощи в РФ

В России нормативно-правовая база, которая имела бы хоть какое-то отношение к регулированию системы ранней помощи, начала свое стремительное формирование приблизительно с конца 90-х годов, и на сегодняшний день она представляет собой взаимосвязанную совокупность законно принятых документов международного, федерального, а также регионального уровней.

Прежде всего, не стоит забывать, что по окончании Второй мировой войны, а точнее после понимания недопустимости дискриминации по каким-либо признакам, человечество все больше стало уделять внимание обеспечению равных возможностей для лиц с ОВЗ или инвалидностью. С тех пор, Организацией Объединенных Наций (далее – ООН) было принято множество нормативных актов, закрепляющих право каждого человека на жизнь и достоинство, образование и медицинское обслуживание. Большинство этих документов ратифицировано в Российской Федерации [24].

Первым международным актом, который непосредственно обратился к вопросу соблюдения политических, гражданских, экономических, социальных, культурных прав личности, который дал основу для мировых правовых стандартов, касающихся инвалидов, является «Всеобщая декларация прав человека» от 10 декабря 1948 года.

Данный документ в статье 1 содержит следующее историческое положение: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Они наделены разумом и совестью и должны поступать в отношении друг друга в духе братства» [2].

Кроме того, в статье 25 Декларации закрепляется то, что:

1) «Каждый человек имеет права на такой жизненный уровень..., который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи».

2) «Материнство и детство имеют право на особое попечение и помощь. Все дети имеют равное право на социальную защиту» [2].

В дальнейшем мировое сообщество установило недостаточность общих принципов недискриминации уважения человеческого достоинства по отношению к инвалидам, детям-инвалидам в частности, отчего огромное значение приобретает установление следующих нормативных актов.

«Конвенция ООН о правах ребенка», принятая Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 года, ратифицированная Верховным Советом СССР 13 июня 1990 года и действительная ныне на всей территории России, – это первый международный договор, признающий права детей-инвалидов.

В общем, все ее положения сводятся к четырем фундаментальным требованиям, которые обязаны обеспечить детям права на выживание, развитие, защиту, а также активное участие в жизни общества [24].

Например, статья 23 Конвенции гласит, что «... ребенок-инвалид с физическими либо умственными недостатками должен иметь возможность вести полноценную жизнь в условиях, обеспечивающих достоинство, самостоятельность и активное участие в общественной жизни». Часть 3 рассматриваемой статьи предопределяет приоритетное удовлетворение особых нужд такого ребенка в сфере образования, профессиональной подготовки, медицинском обслуживании, восстановлении здоровья, подготовке к трудовой деятельности. Здесь же затрагивается право детей-инвалидов на специальный уход, «предоставляемый по возможности бесплатно» [3].

Еще одним важным документом по защите прав лиц с ОВЗ или инвалидностью можно назвать «Конвенцию о правах инвалидов». Данный документ принят резолюцией 61 / 106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года и главной его целью считается защита инвалидов от всяческого ущемления, а также установление равенства между людьми, имеющими различные способности в физическом или психическом состоянии, в области политических, гражданских, экономических, социальных, культурных прав [4].

«Конвенция о правах инвалидов» утверждена в Российской Федерации

через введение в действие Федерального закона от 03.05.2015 года № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов», согласно которому Россия приняла на себя обязательства включить все положения документа в соответствующие правовые нормы.

Собственно говоря, в Российской Федерации, согласно Конституции, свободы, права и обязанности граждан, закрепленные в нормах международного права, признаются, а также гарантируются издаваемыми на уровне нашей страны нормативно-правовыми актами [1, ст. 17].

Теперь целесообразно привести отдельные примеры того, какими документами в России затронуты и урегулированы вопросы, связанные с системой ранней коррекционной помощи.

Во-первых, Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» обуславливает государственную политику в сфере социальной защиты инвалидов, замысел которой выражается в обеспечении инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации своих прав и свобод [24].

Во-вторых, Указ Президента РФ от 1.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» адресован на сбережение здоровья каждого ребенка: «В Российской Федерации должны приниматься меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка, предоставление квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях» [8]. Правовым актом подмечается важность:

— «создания условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам / стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья»;

— «совершенствования системы наблюдения за детьми первого года жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях для выявления детей,

подверженных риску задержки двигательного, речевого, когнитивного развития, и своевременного оказания им медицинской помощи» [8].

В-третьих, «Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года», принятая распоряжением Правительства РФ от 25.08.2014 №1618-р, предлагает посредством создания системы ранней помощи решение задачи по обеспечению социальной защиты семей и детей, нуждающихся в особой заботе государства [10].

Итого, после тщательной двухлетней проработки вопроса рабочей группой (Минтруд + Минобрнауки + Минздрав + органы исполнительной власти субъектов РФ + Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации + экспертное сообщество) о необходимости проведения государственной политики ранней помощи Правительство РФ утвердило распоряжениями:

- 1) от 31.08.2016 № 1839-р «Концепцию развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» (далее – Концепция);
- 2) от 17.12.2016 № 2723-р «План мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» [11; 12].

Важно сказать, что одним из факторов прихода к такому выводу стала положительная оценка системы ранней коррекционной помощи в странах Западной Европы и США, где:

- около 75 % детей получают раннюю помощь;
- состояние четверти из них к моменту поступления в образовательное учреждение оценивается как норма [43].

В соответствии с Концепцией ранняя помощь в России – это комплекс медицинских, социальных, психолого-педагогических услуг, оказываемых нуждающимся в них детям целевой группы и их семьям.

Говоря о детях целевой группы, следует подчеркнуть, что здесь речь идет о детях:

- от рождения до 3-ех лет (при необходимости – до 7–8 лет);
- с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ);

- с установленной инвалидностью;
- с генетическими отклонениями;
- группы риска (дети, у которых могут развиваться стойкие нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности);
- группы социального риска (воспитанники сиротских учреждений; дети из семей, находящихся в социально опасном положении) [11].

Для Российской Федерации Концепция – первый самостоятельный документ, цель которого заключается в регламентировании единых подходов, норм и стандартов в организации равного предоставления услуг ранней помощи.

В связи с этим, основными задачами Концепции являются:

- 1) разработка нормативно-правовой, методической базы по организации ранней помощи;
- 2) переход от частных моделей организации ранней помощи в отдельных субъектах РФ к созданию единой системы с учетом региональных особенностей;
- 3) формирование условий для развития программ ранней помощи и их сопровождения в субъектах РФ [11].

Одновременно Концепцией намечены приоритетные направления деятельности, предусматривающие исполнение соответствующих мероприятий, сконцентрированных на реализации поставленных задач, а именно:

- создание правовых основ ранней помощи;
- методическое обеспечение создания и функционирования региональных программ ранней помощи;
- совершенствование механизмов своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, создания критериев включения детей в программу ранней помощи;
- обеспечение своевременного начала оказания ранней помощи нуждающимся в ней детям целевой группы;
- обеспечение доступности ранней помощи, а также полноты спектра ее необходимых услуг;

- обеспечение подготовки квалифицированных специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи с учетом современных технологий;
- обеспечение управления качеством услуг ранней помощи и создания критериев оценки эффективности оказанных услуг;
- создание статистической базы учета детей целевой группы [11].

Вместе с тем, для воплощения в жизнь всего вышеизложенного Концепцией была принята установка на междисциплинарный командный подход в рамках организации эффективного межведомственного взаимодействия.

Концепцией также рекомендуется алгоритм работы с ребенком целевой группы по всем принципам и требованиям, которые характерны для глобальной модели ранней помощи (рисунок 6).



Рисунок 6 – Алгоритм работы с ребенком целевой группы по оказанию ранней помощи [11]

Здесь же рассматриваемый документ предлагает примерный перечень конкретных услуг, предоставляемых на всех этапах работы (Приложение Б).

Вдобавок, в ходе подготовки Концепции на уровне субъектов федерации в целях практической реализации государственной политики ранней помощи была отдельно отмечена необходимость предусмотреть:

1) развитие программно-целевого подхода к формированию, осуществлению программ ранней помощи с учетом возможности их софинансирования в рамках исполнения мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 (ред. от 30.03.2018), и программ Фонда детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [9];

2) повышение роли органов местного самоуправления, общественных объединений и экспертов в создании программ ранней помощи;

3) разработку в рамках законодательства субъектов РФ нормативно-правовой базы межведомственного взаимодействия в целях формирования программ ранней помощи на основе рекомендаций, типовых нормативных актов, разработанных на федеральном уровне;

4) разработку мер, направленных на развитие кадрового потенциала программ ранней помощи, организацию переподготовки, повышения квалификации, а также методической поддержки специалистов на основе современных подходов;

5) привлечение внебюджетных источников финансирования программ ранней помощи;

6) разработку регионального поэтапного плана создания программ ранней помощи, включающего определение системы направлений, практических мер и механизмов реализации с учетом Концепции, методического, методологического обеспечения федерального уровня по комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов и детей-инвалидов [11].

Согласно Концепции формирование системы ранней помощи на территории России предполагается осуществлять через:

— нормативно-правовое обеспечение, включая совершенствование законодательства РФ в сфере социальной защиты инвалидов, образования, здраво-

охранения;

— учет задач по созданию программ ранней помощи при формировании бюджетов государственных программ РФ, субъектов РФ, муниципальных образований;

— совершенствование системы статистических показателей, характеризующих развитие ранней помощи, а также эффективности проводимых мероприятий;

— включение в деятельность органов государственной власти функций по формированию соответствующей системы управления и кадрового обеспечения, включая организацию дополнительного профессионального образования специалистов по ранней помощи;

— методическое, методологическое обеспечение на федеральном уровне деятельности программы ранней помощи с целью создания одинаковых возможностей получения ранней помощи на всей территории Российской Федерации;

— информационное обеспечение, включая осуществление мониторинга и прогнозирования хода реализации программ ранней помощи, сбора и анализа информации, оценки эффективности ее реализации, развития дистанционных форм межведомственного взаимодействия и связей поставщиков услуг ранней помощи с их потребителями;

— научно-методическое обеспечение программ ранней помощи, ориентированного на разработку эффективных технологий и механизмов, научных исследований в сфере реабилитации (абилитации) детей целевой группы, распространение инновационного опыта работы, обобщение и внедрение полезных зарубежных моделей с учетом отечественных национально-культурных особенностей, традиций;

— информационно-пропагандистскую, рекламную поддержки программ ранней помощи [11].

В рамках выполнения Концепции предлагается использовать доступную на сегодняшний день инфраструктуру организаций, оказывающих раннюю по-

мощь; материально-техническое, кадровое, финансовое обеспечение; международный опыт ранней помощи, а также опыт, накопленный в субъектах РФ в качестве значимого ресурса для тех регионов, которые только начинают развивать региональные программы ранней помощи.

Правительство РФ запланировало исполнить Концепцию в три этапа (Таблица 2).

Таблица 2 – Этапы реализации Концепции о развитии ранней помощи в РФ на период до 2020 года [11]

Этап	Описание
Первый этап (2016–2017 гг.)	Разработка стандартов оказания услуг ранней помощи детям целевой группы
Второй этап (2018 год)	Апробация стандартов, а также типовых решений оказания услуг ранней помощи детям целевой группы и их семьям в рамках пилотных проектов в двух регионах
Третий этап (2019–2020 гг.)	Распространение наработок пилотных проектов на другие субъекты РФ

По каждому из представленных этапов, основываясь на показания регулярного мониторинга, планируется проведение оценки эффективности и степени достижения ожидаемых результатов в развитии государственной системы ранней коррекционной помощи, к примеру, по следующим целевым индикаторам:

— доля детей целевой группы, получившая услуги по программам ранней помощи в субъекте РФ от всех нуждающихся детей целевой группы в получении таких услуг;

— повышение удовлетворенности семей, включенных в программы ранней помощи, качеством услуг, их достаточностью и разнообразием [11].

Итогом реализации Концепции станет сформированная к 2020 году система мер, направленных на создание условий во всех субъектах РФ для реализации услуг ранней помощи детям целевой группы, что, в свою очередь, может повлиять на:

1) снижение численности детей целевой группы, оставшихся без попечения родителей и направленных в интернатные учреждения стационарного обслуживания;

2) увеличение доли детей с ОВЗ или инвалидностью в инклюзивном, а также интегрированном образовании [11].

Напоследок кратко обозначим: на уровне регионов все нормативные акты по системе ранней помощи принимаются исключительно во исполнение международных, федеральных документов и ни в коем случае не противоречат им.

Таким образом, система ранней коррекционной помощи в Российской Федерации имеет достаточную правовую основу, но источник в виде «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» особо важен, потому что его официальное закрепление показало осознание государством существующего социального запроса. В настоящее время инициатива, выросшая когда-то в среде некоммерческих организаций (Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), уже серьезно поставлена на «государственные рельсы».

В заключение первой главы бакалаврской работы хотелось бы еще раз подчеркнуть, что система мероприятий по профилактике инвалидности детей на основе комплексной реабилитации в раннем возрасте абсолютно точно окажет положительное влияние на:

— реализацию возможностей особенного ребёнка, его состояние здоровья, а также ближайшее окружение;

— повышение уровня и качества жизни населения, снижение социального неравенства в целом по стране.

2 Анализ реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области

2.1 Система социальной поддержки детей-инвалидов и их семей в Пензенской области

В действительности, ранняя коррекционная помощь есть один из вспомогательных компонентов системы социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей, которая, в свой черед, является совокупностью материальных, а также нематериальных мер, предоставляемых с целью повышения уровня и качества жизни обозначенной категории населения на принципах гуманности, справедливости, адресности, комплексности [28, с. 27].

Подробнее останавливаясь на системе социальной поддержки детей-инвалидов и их семей, следует сказать, что на сегодняшний день ее региональное развитие считается актуальным направлением в реализации социальной политики России – неотъемлемой части национальной политики государства, необходимой для создания условий, обеспечивающих достойное, свободное существование человека как высшей ценности общества.

В этой связи, на примере Пензенской области, детально изучим то, каким образом устроена система социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей в конкретном субъекте РФ.

Первым делом подметим, что полномочия по организации системы поддержки в регионе возложены на исполнительные органы государственной власти, формируемые Правительством Пензенской области, а точнее:

- 1) Министерство труда, социальной защиты и демографии;
- 2) Министерство здравоохранения;
- 3) Министерство образования.

Так вот, в сводном «Годовом докладе о положении детей и семей, имею-

щих детей в Пензенской области в 2016 году», содержится информация о том, что по состоянию на 01.01.2017 года на территории субъекта федерации проживало 3945 детей-инвалидов (2015 год – 3769 чел.; 2014 год – 3478 чел.) (рисунок 7) [19; 20; 21].

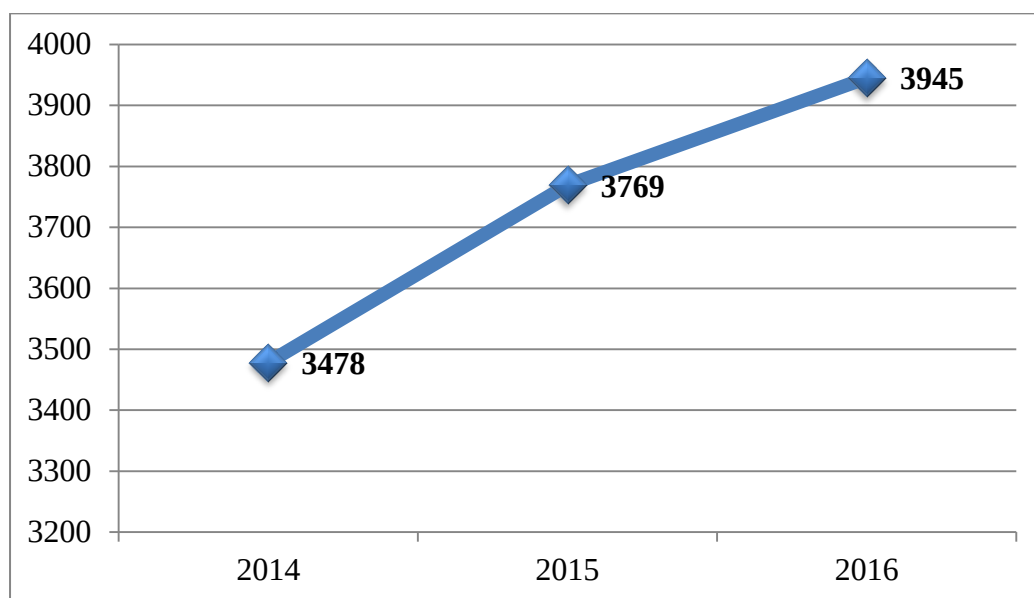


Рисунок 7 – Динамика численности детей-инвалидов в Пензенской области за 2014–2016 гг., чел. [19; 20; 21]

Указанный график наглядно показывает рост численности детей-инвалидов в 2015 году относительно 2014 года на 8,3 % (на 291 чел.); в 2016 году по отношению к 2015-му – на 4,6 % (на 176 чел.).

Наряду со сказанным, отметим: в общей численности детского населения Пензенской области доля детей-инвалидов с 2014 по 2016 год остается на уровне 1,5–2 % [19; 20; 21].

В структуре причин детской инвалидности анализируемого региона наиболее часто наблюдаются следующие нозологические формы:

- психические расстройства и расстройства поведения – 25,7 %;
- болезни нервной системы – 25 %;
- врожденные аномалии – 18,9 %;
- болезни эндокринной системы – 8,4 %;

— болезни уха и сосцевидного отростка – 7,7 % [27].

Если рассматривать положение семей с детьми-инвалидами в Пензенской области, то в 2016 году 88,4 % (3487 чел.) детей-инвалидов воспитывались в семьях; 11,6 % (458 чел.) проживали в стационарных учреждениях [27].

Немалое количество исследований позволяет уверенно утверждать, что семьи с детьми-инвалидами потенциально неустойчивы, так как в большинстве случаев мужчины не выдерживают дополнительных трудностей, связанных с больным ребенком, и уходят из семьи.

Характеристиками всех семей, воспитывающих детей-инвалидов, являются:

— малообеспеченность (предопределена необходимостью оставить работу для ухода за ребенком или согласиться на менее оплачиваемую работу с удобным режимом, расположенную ближе к дому и т.д.);

— социальная, а также пространственная изоляция (обусловлены наличием «барьеров инвалидности»);

— социальная сегрегация и психологическая изоляция (вызваны настроенным отношением окружающих, а также самоизоляцией самой семьи);

— социальная исключенность в сфере образования, профориентации, трудоустройства;

— незначительная пространственная и информационная доступность публичных социальных услуг;

— зависимость реализации права на реабилитацию, а также социальную интеграцию ребенка-инвалида от места жительства, социального, семейного статуса несовершеннолетнего [40].

Поэтому государство, осознавая всю необходимость поддержки детей-инвалидов и их семей, предлагает различные формы ее осуществления, которые предусмотрены Федеральным законом от 24.11.1995 года № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О государственной социальной помощи» и иными нормативно-правовыми актами [5; 6].

В субъектах РФ, в частности в Пензенской области, на основе действующего законодательства дети-инвалиды до 18 лет, а в случае обучения на дневном отделении образовательного учреждения среднего профессионального или высшего образования – до окончания обучения (но не позднее достижения возраста 23 лет), получают ежемесячные денежные выплаты (далее – ЕДВ).

По состоянию на 01.01.2017 года на территории региона получателями ЕДВ признавалось 3904 ребенка-инвалида; сумма ЕДВ с учетом стоимости набора социальных услуг (далее – НСУ) составляла 2397,59 руб., без учета стоимости НСУ – 1402,36 руб. (2015 год – 3768 чел., сумма ЕДВ с учетом стоимости НСУ – 2240,74 руб., без учета стоимости НСУ – 1310,62 руб.; 2014 год – 3854 чел., сумма ЕДВ с учетом стоимости НСУ – 2123,92 руб., без учета стоимости НСУ – 1242,29 руб.) (рисунок 8) [19; 20; 21].

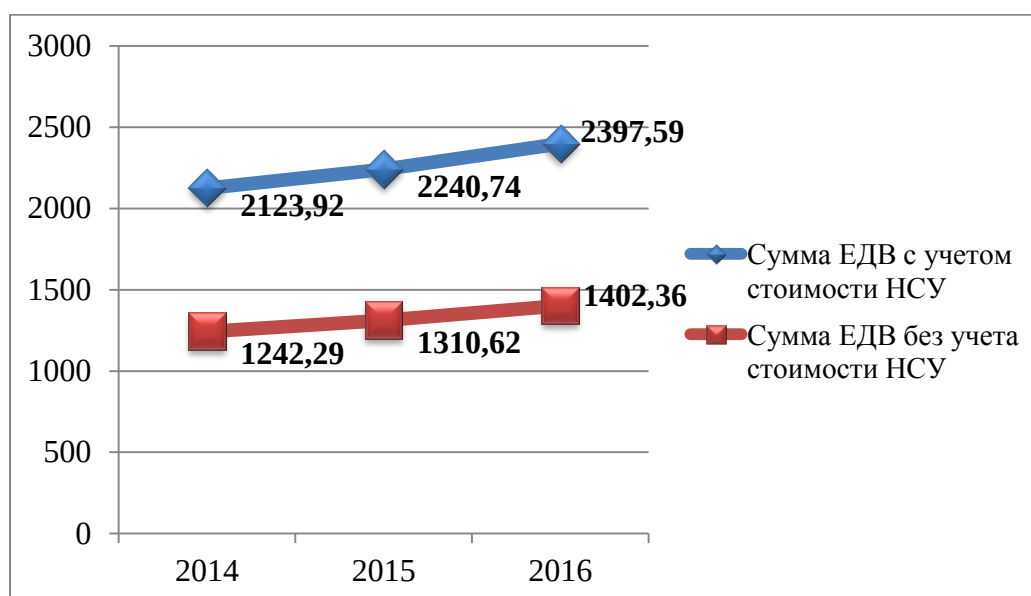


Рисунок 8 – Динамика суммы ежемесячных денежных выплат с учетом / без учета стоимости набора социальных услуг детям-инвалидам в Пензенской области за 2014–2016 гг., руб. [19; 20; 21]

Приведенный график, а также результаты вычислительных операций позволили сделать вывод о том, что в Пензенской области в 2016 году на одного ребенка-инвалида ежемесячно для получения НСУ выделялось 995 руб. (2015

год – 930 руб., 2014 год – 881 руб.).

НСУ (набор социальных услуг) – законодательно закреплённый перечень социальных услуг, предоставляемых отдельным группам граждан [31]. К ним относятся:

1) Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В Пензенской области оказание данной социальной услуги происходит согласно заявкам, сформированным непосредственно учреждениями здравоохранения в рамках финансирования из федерального бюджета. За 2016 год детям-инвалидам отпущено лекарственных средств на сумму 11438,01 тыс. руб. (2015 год – 12413,0 тыс. руб.; 2014 – 10269,60 тыс. руб.).

2) Предоставление при наличии медицинских показаний путевки, а также бесплатного проезда на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, в санаторно-курортные организации.

В 2016 году от общего числа отдохнувших детей по путевкам Министерства труда, социальной защиты и демографии Пензенской области 2,5 % – это дети-инвалиды. Тут же подметим, что такой низкий показатель, на наш взгляд, объясняется практическим отсутствием по стране детских санаторно-оздоровительных лагерей и даже санаториев, которые были бы адаптированы под прием детей-инвалидов.

3) Выдача субсидий, льгот на оплату жилья и коммунальных услуг, которая проводится за счет средств бюджета субъекта РФ в соответствии с Федеральным законом от 6.10.1999 № 184-ФЗ (ред. от 05.02.2018) «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» [7].

На территории Пензенской области в 2016 году правом на получение субсидий воспользовалось 172 семьи, имеющих детей-инвалидов. Данная выплата передается сроком на 6 месяцев путем перечисления получателям денежных

средств [6; 19; 20; 21].

Особое место в перечне социальных услуг занимают социально-реабилитационные центры и отделения, где детям с ОВЗ, детям-инвалидам и семьям, в которых они воспитываются, оказывается всевозможная комплексная помощь.

Итак, в Пензенской области с 2003 года главной организацией социального обслуживания, функции, а также полномочия учредителя которой исполняет Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области, является государственное казенное учреждение системы социальной защиты населения (ГКУ ССЗН) «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» (далее – Центр).

В общей сложности, Центр обеспечивает представление социальных услуг детям с ОВЗ или инвалидностью в стационарной и полустационарной формах социального обслуживания сроком 21 день.

Центр в своем Уставе четко определил, что основной целью по отношению к детям с ОВЗ или инвалидностью считается:

— проведение оздоровительных, а также реабилитационных (социальных, медицинских) мероприятий, направленных на устранение либо возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности детей с ОВЗ или инвалидностью для их социальной адаптации и интеграции в общество [15].

Разумеется, ее достижению способствуют следующие услуги, оказываемые Центром:

— социально-бытовые, настроенные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

— социально-медицинские, сосредоточенные на сохранение здоровья получателей социальных услуг путём организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий;

— социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг;

— социально-педагогические, направленные на профилактику отклоне-

ний в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

— социально-трудовые, настроенные на проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей получателей социальных услуг, а также обучению их доступным профессиональным навыкам;

— социально-правовые, сосредоточенные на оказание поддержки в получении юридических услуг, правовое консультирование;

— услуги в целях повышения коммуникативного потенциала лиц с ОВЗ [25].

Что касается структуры Центра, то относится она к линейному типу, и потому необходимо отметить находящиеся в ее составе самостоятельные отделения.

1) Стационарное отделение, расположенное в загородной зоне (п. Кичкилейка) и рассчитанное на 50 детей.

2) Отделение социального приюта, расположенное в загородной зоне (п. Кичкилейка) и рассчитанное на 35 детей.

3) Отделение дневного пребывания, в структуре которого действует Служба ранней помощи, и которое рассчитано на 35 детей, в том числе раннего возраста от 0 до 3-х лет (г. Пенза).

4) Отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации.

5) Отделение психолого-педагогической помощи со службой «Телефон доверия» (Приложение В) [33].

В течение 2016 года на базе Центра социальные, а также реабилитационные услуги по направлениям педиатрия, офтальмология, неврология получили 345 детей-инвалидов (2015 год – 379 чел., 2014 год – 538 чел.) (рисунок 9) [19; 20; 21].

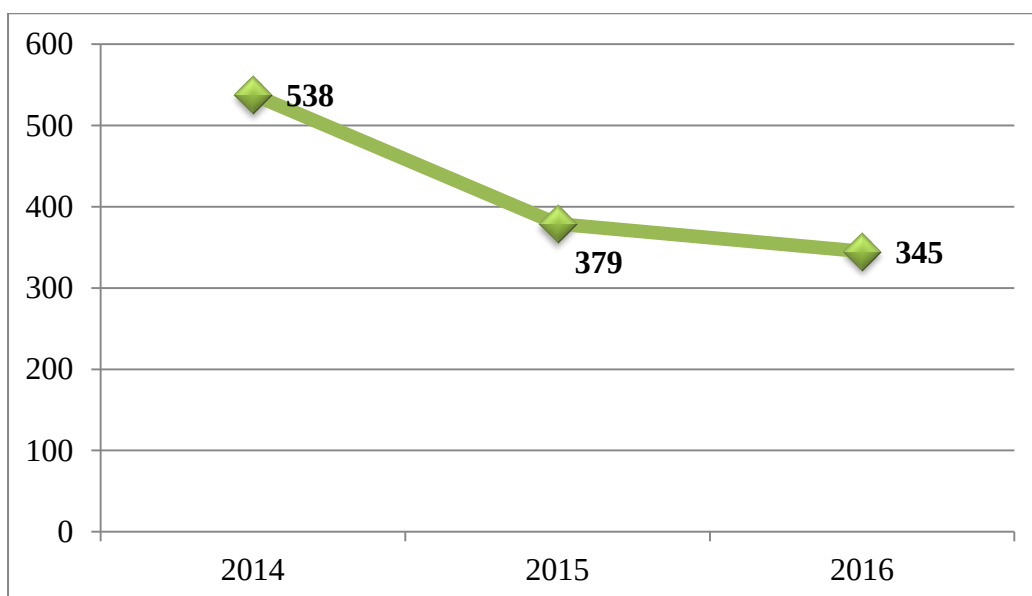


Рисунок 9 – Динамика численности детей-инвалидов, получивших социальные и реабилитационные услуги на базе ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» за 2014–2016 гг., чел. [19; 20; 21]

Подобного рода статистика может подтвердить наличие вариантов таких проблем, как:

- дефицит реабилитационных ресурсов;
- организационная, территориальная недоступность социальных услуг;
- недостаточный объем (состав) социально-реабилитационных услуг [40].

Однако вопреки имеющимся трудностям, Центр Пензенской области старается должным образом удовлетворить право детей-инвалидов и их семей на пользование всеми услугами учреждения социального обслуживания.

Так, на базе Центра в целях организации сопровождения родителей детей-инвалидов была создана, а также по сей день активно работает «Школа для родителей».

За 2016 год обучение прошли родители из 436 семей, воспитывающих детей-инвалидов (2015 год – 380 семей; 2014 год – 742 семьи) (рисунок 10) [19; 20; 21].

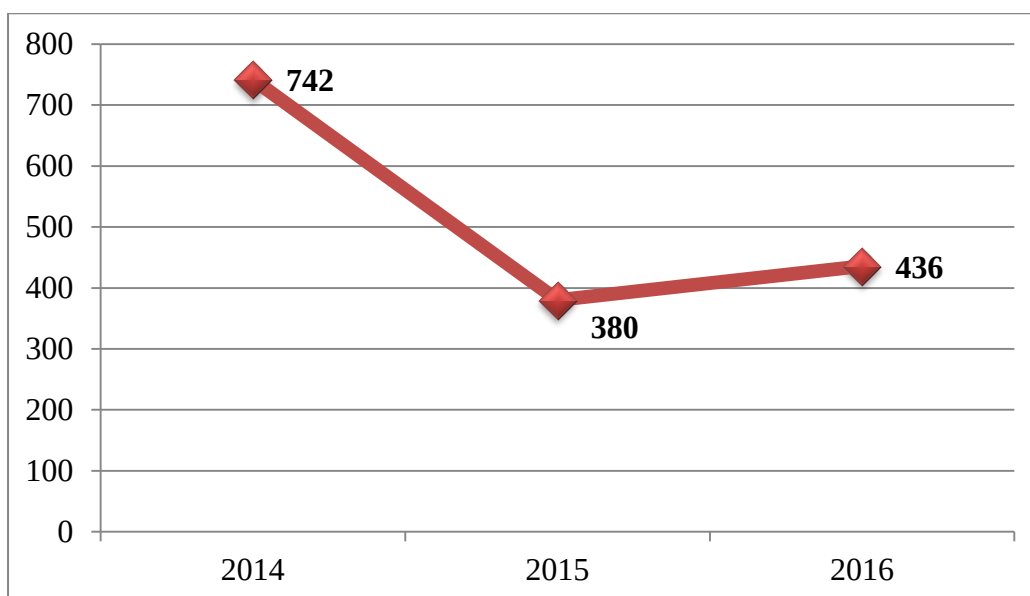


Рисунок 10 – Динамика численности семей, прошедших обучение в «Школе для родителей» при ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» за 2014–2016 гг. [19; 20; 21]

Стоит сказать, что представленный график изображает спрос на программы активной поддержки родителей, воспитывающих детей-инвалидов, ведь, к примеру, за время образовательного процесса они получают:

- навыки массажа, лечебной физкультуры;
- умения элементам водолечения;
- консультирование узких специалистов (невролог, ортопед, офтальмолог);
- информационную помощь в виде методических рекомендаций, журналов («Жизнь с ДЦП», «Социальная реабилитация детей-инвалидов», «Синдром Дауна XXI век» и др.) по вопросам воспитания, развития особенного ребёнка.

В 2016 году в рамках «Школы для родителей» проведено 22 заседания клуба выходного дня «Калейдоскоп», в котором приняли участие 49 семей, воспитывающих детей-инвалидов [19; 20; 21].

Получается, что в результате работы «Школы для родителей» возрастает педагогическая, правовая грамотность родителей детей-инвалидов, которые, в свою очередь, позволяют обеспечить непрерывность реабилитационного про-

цесса, а также применение полученных знаний, умений и навыков в домашних условиях.

Как показывает практика отделений Центра Пензенской области, у детей с ОВЗ или инвалидностью, регулярно (3-4 раза в год) проходящих курс реабилитации, заметно увеличивается эффективность проводимых мероприятий, в плане:

- активности движений в пораженных суставах;
- формирования двигательных навыков (переступание, ходьба), пространственной ориентации;
- улучшения речи, эмоционального состояния больного ребенка;
- приобретения способностей к самообслуживанию и т.д. [19; 20; 21].

В настоящее время Центр располагает всем тем, что позволяет на территории Пензенской области проводить многопрофильную комплексную реабилитацию детей-инвалидов и воспитывающих их семей на достаточно хорошем уровне, а именно:

- 1) кадровый состав квалифицированных специалистов (врач-педиатр, врач-невролог, медсестра по массажу, медсестра по физиотерапии, инструктор ЛФК, психолог, дефектолог, педагог дополнительного образования и др.);
- 2) современное реабилитационное, физиотерапевтическое оборудование;
- 3) инновационные методики и технологии [19; 20; 21].

Для Центра наиболее успешным видом занятий с детьми-инвалидами и их родителями признаются индивидуальные занятия с использованием личностно-ориентированных способов работы [19; 20; 21].

Сверх того, в наибольшей степени в Центре действенно зарекомендовали себя следующие методики и технологии.

- Арттерапия – лечение искусством путем рисования, сказкотерапии, куколотерапии, пескотерапии, музыкотерапии с применением луча «Саундбим» – луча, преобразующего движения в музыку, а также позволяющего раскрыть потенциал ребенка, усилить его мотивацию к двигательной активности.

— Лекотека – система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии, ориентированная на содействие усилиям родителей по росту ребенка как личности, по налаживанию общения ребенка с другими членами семьи, по гармонизации детско-родительских отношений. Основной метод – игры (двигательно-экспрессивные, предметно-манипуляционные, вербально-коммуникативные, музыкально-ритмические, изобразительно-графические). Педагог, предварительно составив под возрастные и индивидуальные особенности ребенка, так называемую, карточку игр, развивает на занятиях у несовершеннолетнего мотивацию к игровой деятельности, а также обучает родителей ее инициированию.

— Подавление остаточных проявлений тонических рефлексов, которые всячески препятствуют последовательному развитию выпрямления и равновесия.

— Работа по последовательному становлению вертикальной установки головы, тела.

— Назначение детям с первого дня реабилитации адаптогенов с целью повышения адаптационных механизмов организма.

— Ранняя коррекция структуры шага, установки стоп.

— «Генерализованная разблокировка» позвоночного столба при помощи массажа;

— Использование костюмов Адели, многофункционального параподиума (вертикализатора), тренажёра Гросса, опор для ползания, спортивно-игрового комплекса «Ранний старт люкс», которые позволяют подготовить больного ребенка к произвольным движениям в статике, стимулировать функции ослабленных мышц, а также обеспечить нормальную подвижность в суставах.

— Применение аппарата биологически обратной связи «БОС – Здоровье» класса «Малыш» [19; 20; 21].

В заключение следует подчеркнуть, что в Центре в 2016 году показатель эффективности многопрофильной комплексной реабилитации, то есть улучшения общего состояния ребенка либо восстановления функций организма, состав-

вил 96,3 % (2015 год – 92,6 %; 2014 год – 89,1 %) (рисунок 11) [19; 20; 21].

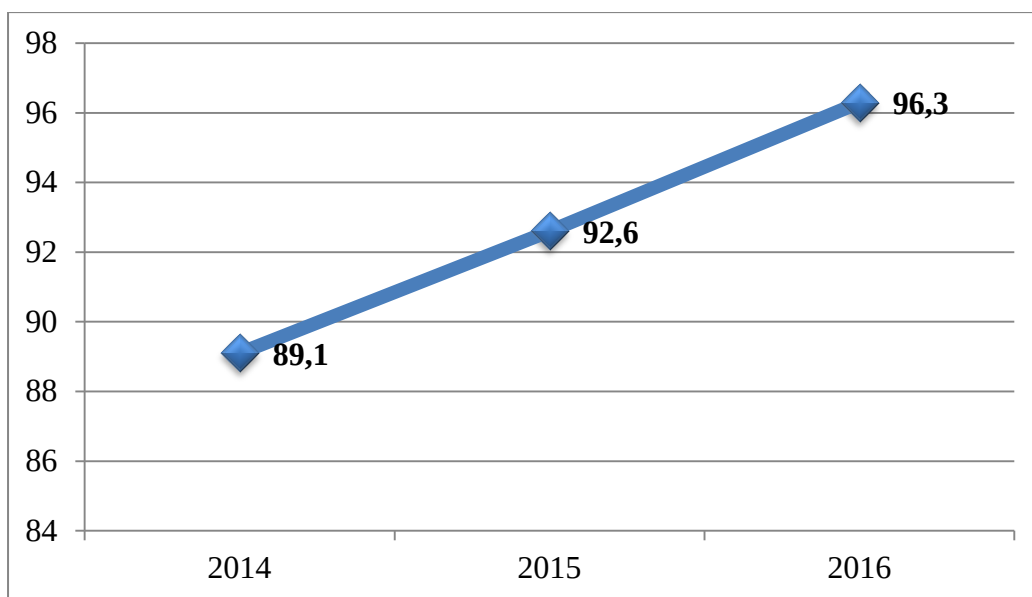


Рисунок 11 – Динамика показателя эффективности многопрофильной комплексной реабилитации на базе ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» за 2014–2016 гг.

[19; 20; 21]

Исходя из графика, становится понятно, что показатель эффективности многопрофильной комплексной реабилитации Центра в 2015 году относительно 2014 года вырос на 3,5 %; в 2016 году по отношению к 2015-му – на 3,7 %.

Таким образом, на территории Пензенской области система социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей устроена так, что для данной категории населения в регионе, в общем-то, созданы все необходимые условия для полноценного развития и достойной жизни.

2.2 Итоги реализации «Концепции развития ранней помощи в РФ на период до 2020 года» в Пензенской области

Проанализировав в Пензенской области состояние системы социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей, хотелось бы теперь отдельно сделать упор на ее составной вспомогательный элемент – совокупность программ и услуг по профилактике инвалидности детей на основе многопрофильной комплексной реабилитации в раннем возрасте.

В пределах данного раздела выпускной квалификационной работы необходимо остановиться на организации региональной системы ранней помощи, рассмотрев итоги реализации «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» (далее – Концепция) на территории Пензенской области за 2016–2017 гг.

Прежде всего, важно сказать, что Правительство Пензенской области, взяв за основу «План мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», «Методические рекомендации по созданию программ и плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации» Министерства труда и социальной защиты РФ, утвердило своим распоряжением от 31.05.2017 № 247-рП «План мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» (далее – План мероприятий) (Таблица 3) [14].

Таблица 3 – План мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [14]

№	Наименование мероприятия	Срок исполнения
1	Создание Межведомственной рабочей группы по организации системы ранней помощи в Пензенской области	III – IV кварталы 2017 года

№	Наименование мероприятия	Срок исполнения
2	Анализ ситуации и потребности в ранней помощи в Пензенской области	III – IV кварталы 2017 года
3	Определение в Пензенской области организаций, имеющих необходимые условия для открытия структурных подразделений по оказанию услуг ранней помощи	III – IV кварталы 2017 года
4	Обозначение основных ресурсных центров среди организаций здравоохранения, образования, социальной защиты, на базе которых будет осуществляться методическая поддержка специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи на основе современных подходов	II квартал 2018 года
5	Установление механизмов и алгоритма межведомственного взаимодействия в системе ранней помощи в Пензенской области	IV квартал 2018 года
6	Актуализация стандартов услуг ранней помощи (на основе единых требований, разработанных на федеральном уровне)	Постоянно
7	Формирование информационного пространства. Размещение на сайтах органов исполнительной власти, учреждений, общественных, а также иных организаций информации о системе ранней помощи	Постоянно

В документе роль ответственных исполнителей закреплена за:

- 1) Министерством труда, социальной защиты и демографии (+ роль ведущего ведомства);
- 2) Министерством здравоохранения;
- 3) Министерством образования.

На сегодняшний день Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области, отвечая на запрос по выполнению Плана мероприятий Члену Совета Федерации Федерального Собрания РФ Кусайко Т.А., а также Заместителю Министра труда и социальной защиты РФ Лекареву Г.Г., предоставило всю имеющуюся информацию об исполнении в установленное время следующих шагов.

Во-первых, определены ведомства и учреждения, отвечающие за организацию системы ранней помощи на территории Пензенской области:

- Министерство труда, социальной защиты и демографии;
- Министерство здравоохранения;

- Министерство образования;
- Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пензенской области;
- Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области;
- ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»;
- ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» [30].

Тем самым, выполняя установку Концепции на междисциплинарный командный подход в рамках межведомственного взаимодействия, ответственными исполнителями Плана мероприятий был утвержден «Межведомственный комплексный план мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Пензенской области на период до 2020 года» (Приложение Г).

Одновременно с этим, принят состав межведомственной рабочей группы, созданной для координации взаимодействия вышеперечисленных ведомств и учреждений с целью дальнейшей разработки проектов нормативно-правовых актов, а также цельного решения других задач в сфере предоставления услуг ранней помощи (Приложение Д).

Во-вторых, на территории региона проведен мониторинг ситуации и потребности в услугах ранней помощи, по окончании которого был выявлен показатель детей целевой группы – 1246 человек или 3 % от общей численности детей в возрасте от 0 до 3 лет, где из них:

- 742 ребенка – дети-инвалиды (по сведениям медицинских организаций);
- 58 детей – дети с ОВЗ (по заключению психолого-медико-педагогических комиссий);
- 183 ребенка – дети с генетическими нарушениями (по сведениям медицинских организаций);
- 61 ребенок – дети-сироты, а также дети, оставшиеся без попечения родителей (по сведениям образовательных организаций);

— 202 ребенка – дети из семей, находящихся в социально опасном положении (по сведениям органов социальной защиты населения) [34; 35].

В-третьих, в Пензенской области сформирован список организаций, способных обеспечить необходимые условия, чтобы открыть структурные подразделения по оказанию услуг ранней помощи с учетом их территориальной и временной доступности для потребителей. В перечень входят:

— Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области;

— ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»;

— ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» [34; 35].

Стоит подметить, что на базе ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» (далее – Центр), еще до утверждения Концепции, с января 2012 года начала функционировать региональная Служба ранней помощи (далее – Служба) детям с отклонениями в развитии в возрасте от 0 до 3 лет, осуществляющая:

1) совокупность программ, услуг по многопрофильной комплексной реабилитации детей и воспитывающих их семей;

2) организацию оценки потребности детей в услугах, а также эффективности реализации индивидуальных программ ранней помощи [34; 35].

С 2012 по 2017 год работы Службы помощь оказана 1592 детям, в том числе 473 ребенка относится к категории «ребенок-инвалид».

Более того, за данный период времени практика Службы показала, что максимальное количество выявленных проблем у детей целевой группы связаны с:

— расстройствами двигательной сферы, которые напрямую связаны с уже имеющимися нарушениями движений, тяжестью этих нарушений либо с угрозой закрепления таких нарушений как постоянных;

— заболеваниями офтальмологического профиля [34; 35].

Вдобавок ко всему проявился высокий уровень недостаточности игровой активности детей, причиной которой послужило не только наличие каких-либо дефектов у ребенка, но и отсутствие информированности родителей, а также существование в их головах ошибочных убеждений («больной ребенок не может играть»).

При поступлении в Службу детей целевой группы по направлению педиатра, в первую очередь, проводится диагностика их развития и дается оценка потребностно-мотивационной сферы родителей, впоследствии чего по рекомендациям консилиума квалифицированных специалистов Центра, с учетом возраста, состояния здоровья каждого ребенка, подготавливается индивидуальная программа предоставления услуг ранней коррекционной помощи.

Занятия с детьми, а также их родителями проводятся большой командой профессионалов (врач-педиатр, врач-невролог, дефектолог, психолог, социальный педагог, медицинские сестры по физиотерапии, массажу, ЛФК и др.) в полустационарной форме, как правило, 21 день.

С 2012 по 2017 год деятельности Службы эффективность реабилитации детей раннего возраста составила 96–98 %. Несомненно, данные цифры подтверждают лишь то, что ранняя помощь допускает снятие выставленного на первом году жизни ребенка диагноза или достижение значительной компенсации несформированных из-за патологии функций [34; 35].

Помимо того, в перечень организаций, имеющих необходимые условия для открытия структурных подразделений по оказанию услуг ранней помощи, вошли некоторые дошкольные учреждения системы образования Пензенской области, на базе которых в 2016–2017 учебном году действовали:

- 195 коррекционных групп (посещение: 3307 детей с ОВЗ (с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, задержки психического развития и т.д.), где 201 человек – дети-инвалиды);
- группы кратковременного пребывания детей, имеющих осложненные формы отклонения развития (посещение: 53 ребенка-инвалида).
- обучение на дому (подготовлено для 169 детей-инвалидов дошкольно-

го возраста) [34; 35].

В-четвертых, по сей день специалисты органов исполнительной власти субъекта РФ, отвечающих за План мероприятий, через разбор методических и методологических документов, направленных на формирование системы комплексной реабилитации (абилитации) детей-инвалидов, проводят изучение примерных стандартов услуг ранней помощи в целях формирования единых подходов к их оказанию. Тут же Министерством труда, социальной защиты и демографии Пензенской области был рассмотрен, а также принят к сведению опыт работы Пермского края по выдаче, реализации сертификатов на получение детьми-инвалидами реабилитационных услуг [34; 35].

В-пятых, на территории региона продолжается формирование информационной поддержки предоставления услуг ранней помощи, посредством размещения на официальных сайтах ведомств и учреждений всех сведений, имеющих к этому хоть какое-то отношение. Например:

— на официальном сайте Министерства труда, социальной защиты и демографии Пензенской области (<http://trud.pnzreg.ru>) опубликована информация об утверждении Плана мероприятий, а также информация о проведенных совещаниях по вопросам оказания помощи детям целевой группы;

— на официальном сайте ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова» (<https://www.penza-filatova.ru/>) опубликована информация о работе кабинета катамнеза, созданного для оказания медицинской помощи детям, родившимся недоношенными [34; 35].

Таким образом, итоги реализации «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» на территории Пензенской области продемонстрировали то, что региональная система программ и услуг по профилактике инвалидности детей на основе многопрофильной комплексной реабилитации в раннем возрасте, не смотря на наличие отдельной практики, инициированной 6 лет назад в ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», находится на стадии своего формирования.

В заключение второй главы бакалаврской работы хотелось бы подчеркнуть: Пензенская область – субъект РФ, располагающий такой системой социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей, которая, в принципе, характерна для подавляющего числа регионов России.

3 Предложения по совершенствованию реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области

В Пензенскую область понимание всей необходимости четкой организации системы ранней коррекционной помощи пришло совсем недавно, а именно с принятием «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». Тем не менее, органы государственной власти субъекта федерации за короткий промежуток времени (1 год) смогли достичь определенных результатов в ее создании. Необходимо отметить, что до полного образа системы ранней помощи в регионе пока не хватает исполнения оставшихся шагов «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», в частности:

- 1) обозначение основных ресурсных центров среди организаций здравоохранения, образования, социальной защиты, на базе которых будет осуществляться методическая поддержка специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи на основе современных подходов;

- 2) установление механизмов, а также алгоритма межведомственного взаимодействия в системе ранней помощи в Пензенской области [14].

В связи с этим, в данной главе выпускной квалификационной работы представлены некоторые предложения по дальнейшему проектированию системы ранней коррекционной помощи в Пензенской области, что позволит усовершенствовать связанную с ней реализацию государственной политики на территории региона.

Для начала отметим, что рекомендации по формированию системы ранней помощи в Пензенской области будут опираться на базовую модель регионально-муниципальной системы ранней помощи семьям детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), которая была разработана Разенковой Ю.А., а также апробирована в Самарской области, Республике Ма-

рий Эл.

Итак, Пензенская область как субъект РФ, учитывая сложившуюся идеологию ранней помощи совместно с региональными особенностями, вправе создать собственный вариативный образ системы ранней помощи, которую можно дифференцировать по горизонтали и вертикали. В силу интересующего нас вопроса на последнем виде дифференциации следует остановиться подробнее.

Вертикальная дифференциация означает, что вся система строится только из взаимоподчиненных организаций в виде иерархической лестницы (рисунок 12).



Рисунок 12 – Вертикальная дифференциация системы ранней помощи в Пензенской области

Указанная схема демонстрирует предложение о том, каким образом может выглядеть вертикальная структура системы ранней помощи на территории Пензенской области, а также отражает рекомендацию о наделении Межведомственной рабочей группой (в рамках ведущего ведомства – Министерства труда, социальной защиты и демографии) ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» функциями Регионального

ресурсно-методического центра, ведь заданное учреждение – это одна единственная организация на весь субъект РФ, которая:

- 1) имеет многолетний опыт работы по оказанию услуг ранней помощи детям с ОВЗ или группы риска, а также воспитывающим их семьям;
- 2) располагает соответствующей методической, ресурсной, аналитической и экспертной базой;
- 3) способна осуществлять информационно-просветительскую деятельность; деятельность по повышению квалификации специалистов системы ранней помощи, а также их профессиональному сопровождению на рабочем месте;
- 4) способна проводить координацию действий учреждений, на базе которых сформированы отдельные единицы системы ранней помощи [38].

Исходя из схемы, не менее важным является то, что практические службы (отделы) ранней помощи в Пензенской области предлагается устроить в:

- Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области;
- ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»;
- дошкольных образовательных организациях;
- иных консультационно-диагностических центрах по оказанию услуг ранней помощи.

Следует отметить, что обозначенное практическое звено системы ранней коррекционной помощи может быть как самостоятельной юридической организацией, так и структурным подразделением конкретной организации любой ведомственной подчиненности.

Общим итогом построения системы ранней помощи на территории субъекта федерации считается обеспечение родителям детей с ОВЗ или инвалидностью возможности определить траекторию развития ребенка согласно схеме на рисунке 13.

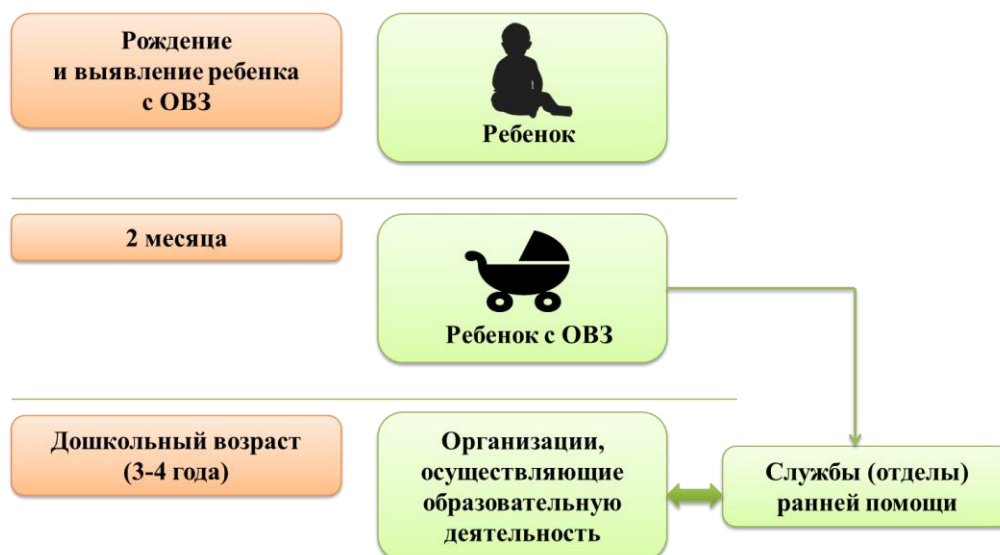


Рисунок 13 – Схема траектории развития ребенка с ОВЗ или инвалидностью в рамках системы ранней помощи [38]

Вместе с тем, бесперебойная деятельность системы ранней помощи в Пензенской области вероятна только при установлении механизмов, а также алгоритма межведомственного взаимодействия (прежде всего, между организациями социальной защиты населения, здравоохранения, образования), выстроенного на принципе социального партнерства, который обеспечивает:

- 1) согласование интересов и потенциала различных сторон, что создает условия для комплексного, качественного, своевременного, вариативного решения проблем социальной поддержки семьи ребенка целевой группы;
- 2) устойчивое функционирование системы ранней помощи как социальной системы региона;
- 3) экономическую рациональность за счет исключения дублирования предоставляемых услуг (рисунок 14) [17; 38].



Рисунок 14 – Схема межведомственного взаимодействия в системе ранней помощи детям с ОВЗ или группы риска и их семьям в Пензенской области

Рекомендуемая схема отчетливо показывает, что на территории субъекта РФ всю ответственность за становление межведомственного взаимодействия предлагается возложить на ведущее ведомство, отвечающее за организацию системы ранней помощи в регионе, а именно Министерство труда, социальной защиты и демографии.

Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области, являясь уполномоченным исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по формированию и координации межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи, может делегировать часть своих полномочий по оперативному управлению межведомственным взаимодействием Региональному ресурсно-методическому центру по развитию ранней помощи – ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних».

Обозначенная схема также демонстрирует рекомендации о том, что:

— первый уровень межведомственного взаимодействия (помимо упомя-

нутых выше организаций) включает в себя органы управления здравоохранением и образованием Пензенской области, а также может быть представлен иными заинтересованными ведомствами (например, Министерство экономики Пензенской области и др.);

— второй уровень межведомственного взаимодействия включает учреждения, отвечающие за организацию системы ранней помощи на территории субъекта федерации, на базе которых, собственно, должны функционировать службы (отделы) ранней помощи (Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области, ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»);

— третий уровень межведомственного взаимодействия включает: а) центры социального обслуживания населения (по районам, по городским округам); б) детские больницы и поликлиники (по месту жительства); в) консультационно-диагностические центры по оказанию услуг ранней помощи и др. (государственного / негосударственного сектора).

Уделив внимание негосударственным организациям в структуре межведомственного взаимодействия, важно сказать, что они могут быть представлены индивидуальными предпринимателями, различными сообществами инвалидов, родительскими ассоциациями, фондами поддержки семей с особыми детьми, социально-ориентированными некоммерческими организациями и т.д.

В целом их главное предназначение заключается в оказании дополнительных услуг ранней помощи, а также обеспечении перехода семьи ребенка целевой группы в систему дошкольного и общего образования (рисунок 15) [38].

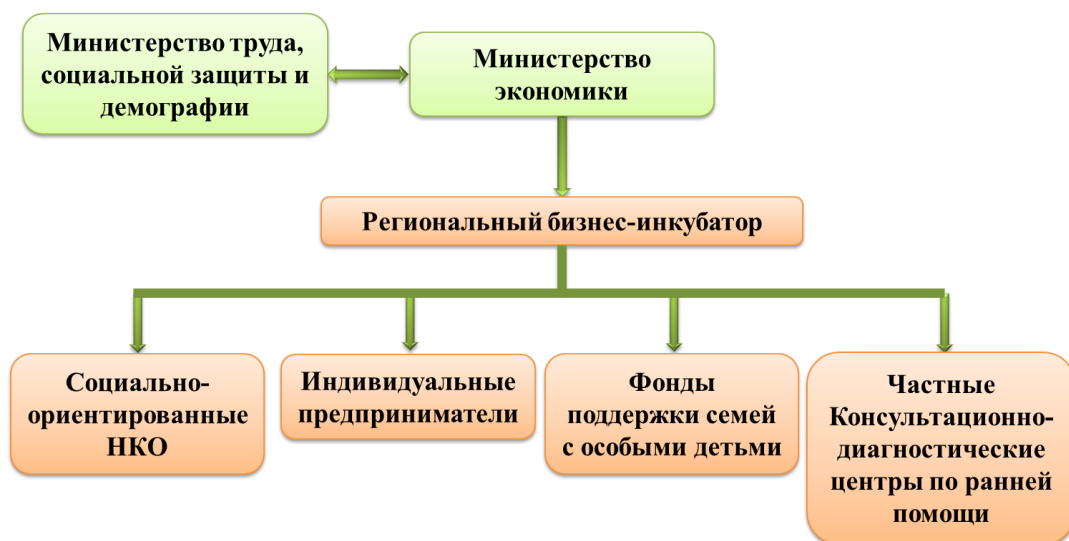


Рисунок 15 – Вертикальная дифференциация системы негосударственных поставщиков услуг ранней помощи в Пензенской области

Приведенная схема отражает предложение о возможности в Пензенской области представлять интересы негосударственных организаций региональными бизнес-инкубаторами (либо родительскими, общественными объединениями и др.). При этом взаимодействие с негосударственными организациями, осуществляющими деятельность на рынке услуг ранней диагностики, социализации и реабилитации детей с ОВЗ или группы риска, рекомендуется закреплять договором по заранее определенной форме [18].

Кроме того, на территории субъекта РФ для согласования работы специалистов, учета и анализа случаев, формирования информационных, финансовых потоков межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих услуги ранней помощи, преемственности в работе с детьми, а также воспитывающими их семьями, предлагается использовать Единую интегрированную систему информационного взаимодействия системы реабилитации (абилитации), включая услуги ранней помощи.

Следовательно, правильно спланированное межведомственное взаимодействие в системе ранней помощи в Пензенской области должно урегулировать следующие задачи:

— создание системы координации действий по развитию ранней помощи

в регионе;

- создание сети поставщиков услуг ранней помощи, действующих на основе единого стандарта, в организациях различной ведомственной принадлежности с учетом региональных особенностей, а также наиболее оптимального, своевременного обеспечения доступности услуг ранней помощи для нуждающихся в них детей и их семей;

- размещение информации о поставщиках услуг ранней помощи на едином специализированном информационном сайте;

- предоставление организациям различной ведомственной принадлежности и семьям детей целевой группы информации о поставщиках услуг ранней помощи;

- обеспечение своевременного направления детей с выявленной потенциальной нуждаемостью в ранней помощи к поставщикам ее услуг;

- ведение учета детей, для которых составлена и исполняется индивидуальная программа реабилитации;

- соблюдение преемственности в исполнении индивидуальных программ ранней помощи (в части сопровождения конкретного ребенка и воспитывающей его семьи) при смене поставщика услуг ранней помощи;

- обеспечение перехода ребенка в образовательную организацию;

- обеспечение сбора информации в целях управления системой ранней помощи в субъекте федерации, включая контроль качества, результативности оказания услуг ранней помощи детям и их семьям [32].

Здесь же уместно внести рекомендацию о закреплении основных критериев оценки эффективности межведомственного взаимодействия, выстроенного на принципе социального партнерства, где в качестве основных выделены такие параметры, как:

- 1) уровень имеющихся данных об организациях социальной сферы региона, приспособленных к оказанию услуг ранней помощи;

- 2) уровень поддержания и актуального состояния нормативных документов, регламентирующих отношения в сфере социального партнерства;

- 3) уровень охвата сети поставщиков услуг ранней помощи;
- 4) уровень распространения информации между организациями-партнерами;
- 5) уровень целостности и системности совместно-распределенной деятельности организаций-партнеров;
- 6) уровень удовлетворенности запроса в социальном партнерстве специалистов организаций-партнеров;
- 7) уровень удовлетворенности запросов семей с детьми с ОВЗ или группы риска (потребителей) в социальной поддержке.

С 1 по 4 – это критерии, которые направлены на изучение условий взаимодействия организаций разной ведомственной подчиненности.

Пятый критерий характеризует качество процесса межведомственного взаимодействия, то есть, иными словами, качество совместно-распределенной деятельности сети организаций-партнеров в создании необходимых социальных ресурсов для поддержки семьи особенного ребенка.

6 и 7 критерии отражают изучение качества достигаемых результатов по двум группам заказчиков:

- специалисты организаций-партнеров;
- вторая группа – родители детей целевой группы.

В первом случае рассматривается удовлетворенность / неудовлетворенность уровнем развития взаимодействия организаций, а во втором – удовлетворенность / неудовлетворенность семьи уровнем социальной поддержки за счет межведомственного ресурса службы (отдела) ранней помощи [38].

Следственно, набор из семи предложенных критериев оценки эффективности межведомственного взаимодействия на территории Пензенской области, выстроенного на принципе социального партнерства, можно объединить по трем основным направлениям оценки:

- 1) установление определенного уровня условий взаимодействия организаций разной ведомственной подчиненности;
- 2) повышение качества процесса межведомственного взаимодействия

в создании необходимых социальных ресурсов для поддержки семьи ребенка с ОВЗ или группы риска;

3) гарантирование доступности социальных ресурсов субъекта федерации для осуществления поддержки семьи ребенка целевой группы.

В целях подкрепления всего вышеизложенного стоит подчеркнуть, что ресурсное обеспечение мероприятий по организации системы ранней помощи на территории региона рекомендуется формировать за счет средств федерального бюджета и бюджета Пензенской области.

Реальность такова, что на сегодняшний день в субъекте РФ самостоятельное развитие совокупности программ, а также услуг ранней помощи маловероятно, так как бюджет Пензенской области к этому не готов, ввиду своего дефицита либо небольшого профицита (рисунок 16).

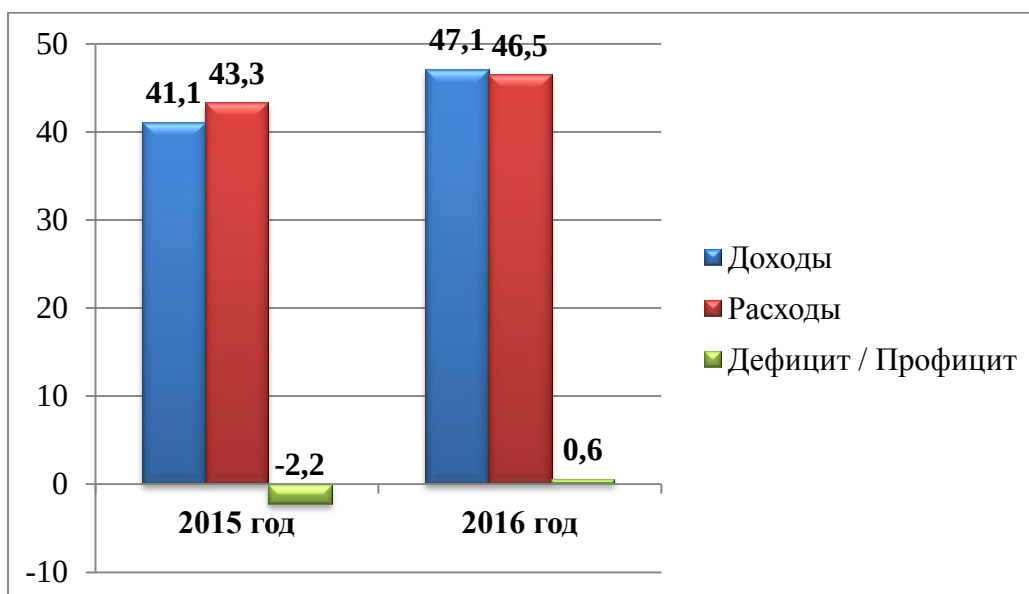


Рисунок 16 – Динамика бюджета Пензенской области за 2015 и 2016 годы, млрд. руб. [22; 23]

Поэтому незадолго до настоящего времени в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.09.2014 № 999 (ред. от 11.12.2017) «О формировании, предоставлении и распределении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации» Министерством труда, социаль-

ной защиты и демографии Пензенской области в информационном письме Заместителю Министра труда и социальной защиты РФ Лекареву Г.Г. было предложено определить объем расходов на выполнение мероприятий по организации системы ранней помощи на территории региона в процентном соотношении 92 на 8, где:

- 92 % – средства федерального бюджета;
- 8 % – средства бюджета Пензенской области [34; 35].

Таким образом, в третьей главе бакалаврской работы сформулированы предложения, направленные на повышение эффективности исполнения оставшихся шагов «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», что в результате будет способствовать совершенствованию как реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области, так и социальной политики региона в целом.

Заключение

В выпускной квалификационной работе проведен глубокий анализ реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области, и исследование на данную тему позволило автору сделать следующие выводы:

1) Несмотря на сложность и многообразие определений понятия «ранняя помощь», все они подчеркивают важность предоставления широкого спектра услуг на самых ранних этапах обнаружения нарушений в развитии у детей либо риска появления таких нарушений, а также вовлечение в процесс родителей, семьи, близкого окружения.

Описание всевозможных характеристик, раскрывающих сущность глобальной модели ранней коррекционной помощи, доказало ее действенность на самых различных уровнях, в том числе государственном.

В настоящее время в Российской Федерации, из-за наличия ряда обстоятельств, признается актуальность, а также необходимость создания государственной системы ранней помощи, которая, опираясь на глобальную модель, использовала бы единые подходы, нормы и стандарты в организации предоставления ее услуг по всей стране.

2) В России нормативно-правовая база, имеющая хоть какое-то отношение к регулированию системы ранней помощи, начала свое стремительное формирование приблизительно с конца 90-х годов XX века, и на сегодняшний день она представляет собой взаимосвязанную совокупность законно принятых документов международного, федерального, регионального уровней. Тем не менее, источник в виде «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р, особо важен, потому что, во-первых, для России это первый самостоятельный документ, который регламентирует единые подходы, нормы и стандарты в организации раннего предоставления услуг ран-

ней помощи; во-вторых, его официальное закрепление показало осознание государством существующего социального запроса. Итого, на сегодняшний день инициатива, выросшая когда-то в среде некоммерческих организаций (Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), уже серьезно поставлена на «государственные рельсы».

3) В действительности, ранняя коррекционная помощь есть один из вспомогательных компонентов системы социальной поддержки детей-инвалидов и воспитывающих их семей, региональное развитие которой в настоящее время считается актуальным направлением в реализации социальной политики субъекта РФ, России в целом.

В итоге, подробное изучение системы социальной поддержки детей-инвалидов и их семей на территории Пензенской области позволило оценить ее устройство так, что в регионе для данной категории населения, в общем-то, созданы все необходимые условия, чтобы иметь полноценное развитие и достойную жизнь.

4) Акцентирование внимания на итогах реализации «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» на территории Пензенской области продемонстрировало то, что региональная система программ и услуг по профилактике инвалидности детей на основе многопрофильной комплексной реабилитации в раннем возрасте, не смотря на наличие отдельной практики, инициированной 6 лет назад в ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», находится на стадии своего формирования.

5) До полного образа системы ранней помощи в субъекте федерации пока не хватает исполнения оставшихся шагов «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденного Распоряжением Правительства Пензенской области от 31.05.2017 № 247-рП.

В этой связи, автором были внесены на рассмотрение следующие предложения:

— В Пензенской области, учитывая сложившуюся идеологию ранней помощи совместно с региональными особенностями, предлагается создать собственный вариативный образ вертикальной структуры системы ранней коррекционной помощи, где на место Регионального ресурсно-методического центра рекомендуется выдвинуть ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», а практические службы (отделы) ранней помощи рекомендуется устроить в: а) Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Пензенской области; б) ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»; в) дошкольных образовательных организациях; г) иных консультационно-диагностических центрах по оказанию услуг ранней помощи.

— В целях обеспечения бесперебойной деятельности системы ранней помощи в Пензенской области предлагается установить алгоритм, а также конкретные механизмы качественного межведомственного взаимодействия (прежде всего, между организациями социальной защиты населения, здравоохранения, образования), выстроенного на принципе социального партнерства, а точнее: а) закрепление основных критериев оценки эффективности межведомственного взаимодействия; б) введение Единой интегрированной системы информационного взаимодействия системы реабилитации (абилитации), включая услуги ранней помощи.

Таким образом, концентрация на сформулированных предложениях, которые, в свой черед, направлены на повышение эффективности исполнения оставшихся шагов «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», вполне может способствовать совершенствованию как реализации государственной политики ранней помощи на территории Пензенской области, так и социальной политики региона в целом.

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
2. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН от 10.12.1948) [Электронный ресурс]. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
3. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН от 20.11.1989) [Электронный ресурс]. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
4. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеей ООН от 13.12.2006) [Электронный ресурс]. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
5. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: федеральный закон от 24.11.1995 года № 181-ФЗ. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 07.03.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
6. О государственной социальной помощи: федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 07.03.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
7. Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации: федеральный закон от 6.10.1999 № 184-ФЗ [Электронный ресурс]. Дата обновления: 05.02.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.
8. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы: указ Президента РФ от 1.06.2012 № 761 [Электронный ресурс]. Дата обновления: 01.06.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

тант Плюс» – 2018.

9. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы: постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 [Электронный ресурс]. Дата обновления: 30.03.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

10. Об утверждении «Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года»: распоряжение Правительства РФ от 25.08.2014 №1618-р [Электронный ресурс]. Дата обновления: 25.08.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

11. Об утверждении «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»: распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р [Электронный ресурс]. Дата обновления: 31.08.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

12. Об утверждении «Плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»: распоряжение Правительства РФ от 17.12.2016 № 2723-р [Электронный ресурс]. Дата обновления: 17.12.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

13. Об утверждении методических рекомендаций по созданию программ и плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [Электронный ресурс]. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

14. Об утверждении «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»: распоряжение Правительства Пензенской области от 31.05.2017 № 247-рП [Электронный ресурс]. Дата обновления: 31.05.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2018.

15. Устав государственного казенного учреждения системы социальной

защиты населения «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.orcpnz.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

16. Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. – СПб., 2012. – 54 с.

17. Алехина С.В., Фальковская Л.П. Межведомственное взаимодействие как механизм развития психологической службы образования // Психолого-педагогические исследования. – 2017. – № 3. – С. 116-128.

18. Артемова А.Г., Марьенкина О.В. Реализация базовой модели ранней помощи в Омской области // Альманах института коррекционной педагогики: «Ранняя помощь: лучшие региональные практики» – 2018. – № 33. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/> (дата обращения 18.05.2018).

19. Годовой доклад о положении детей и семей, имеющих детей в Пензенской области в 2014 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

20. Годовой доклад о положении детей и семей, имеющих детей в Пензенской области в 2015 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

21. Годовой доклад о положении детей и семей, имеющих детей в Пензенской области в 2016 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

22. Годовой отчет об исполнении бюджета Пензенской области за 2015 год [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.zspo.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

23. Годовой отчет об исполнении бюджета Пензенской области за 2016 год [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.zspo.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

24. Гринина Е.С. Нормативно-правовое обеспечение специального и инклюзивного образования: учебное пособие. – Саратов, 2015. – 77 с.

25. Доброва-Крол Н. Раннее вмешательство: ключевые аспекты и международный опыт [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf (дата обращения 18.05.2018).
26. Довбня С.В., Морозова Т.Ю. Сборник материалов по эффективным технологиям раннего вмешательства в системе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2012. – 52 с.
27. Доклад о деятельности уполномоченного по правам ребенка в Пензенской области в 2016 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.upr-penza.ru/> (дата обращения 18.05.2018).
28. Кузнецова Е.М., Филатов В.А. Особенности социальной защиты населения. – Омск: Изд-во ОмГТУ, 2010. – 52 с.
29. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учебное пособие. – М.: Просвещение, 2009. – 319 с.
30. Межведомственный комплексный план мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Пензенской области на период до 2020 года [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).
31. Набор социальных услуг в 2018 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.socialnaya-podderzhka.ru/> (дата обращения 18.05.2018).
32. Об утверждении типовых документов по организации предоставления услуг ранней помощи: проект приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).
33. Организационная структура ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.orcpnz.ru/> (дата обращения 18.05.2018).
34. Отчет об исполнении «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на

период до 2020 года»: информационное письмо Министерства труда, социальной защиты и демографии Пензенской области Члену Совета Федерации Федерального Собрания РФ Кусайко Т.А. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

35. Отчет об исполнении «Плана мероприятий по реализации в Пензенской области Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»: информационное письмо Министерства труда, социальной защиты и демографии Пензенской области Заместителю Министра труда и социальной защиты РФ Лекареву Г.Г. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://trud.pnzreg.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

36. Приходько О.Г., Югова О.В. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям. – М.: ООО «Деловые и юридические услуги «ЛексПраксис»», 2015. – 145 с.

37. Разенкова Ю. А. Система ранней помощи: поиск новых векторов развития. – М.: Карапуз, 2015. – 90 с.

38. Разенкова Ю.А. Модель регионально-муниципальной системы ранней помощи семьям детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: методические рекомендации. – М.: АСИ, 2017. – 62 с.

39. Самарина Л.В. Принципы и стандарты ранней помощи [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://right-child.ru/156-samarina.html> (дата обращения 18.05.2018).

40. Фонд поддержки детей находящихся в трудной жизненной ситуации. Дети в трудной жизненной ситуации: новые подходы к решению проблем. – М., 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://fond-detyam.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

41. Чиж В.В. Система раннего вмешательства: требования и критерии построения [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://docplayer.ru/45754765-Sistema-rannego-vmeshatelstva-trebovaniya-i-kriterii-postroeniya.html> (дата обращения 18.05.2018).

42. Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет (по состоянию

на 1 января года) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

43. Что такое ранняя помощь и кому ее нужно оказывать – понимают не все [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.voi.ru/> (дата обращения 18.05.2018).

44. Guralnick M.J. Developmental systems model for early intervention // Infants and young children. – 2001. – № 14(2). – P. 1-18.

45. Heckman J.J. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children // Science. – 2006. – Vol. 312. – P. 1900-1902.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Сравнительные характеристики глобальной модели ранней помощи и традиционной модели

№	Характеристики	Традиционная модель	Глобальная модель ранней помощи
1	Включение в программу	Дети с явными / установленными признаками нарушения развития	Дети с нарушениями развития или риском их возникновения
2	Раннее выявление	Откладывается до поступления ребенка в программу	На самых ранних этапах
3	Классификация	Констатирующая и категоризирующие нарушения	Функциональная, описывает влияние нарушений на активность человека и его участие в жизни общества
4	Фокус	Ребенок как носитель дефекта	Семья
5	Цель	«Нормализация» ребенка, устранение дефекта	Нормализация жизни ребенка и семьи, предотвращение появления ограничений активности, развитие сильных сторон, новых навыков и автономии
6	Экспертиза	Профессионалы – это эксперты. Иерархические отношения по типу «специалист – пациент»	Профессионалы служат интересам семьи. Родители – партнеры
7	Дисциплины	Разобщенность	Междисциплинарность
8	Спектр услуг	Зависит от предлагаемой программы	Максимально широкий, на основе различных программ
9	Интегрированность услуг	Отдельные «самодостаточные» дисциплины	Интегрированные программы, использование различных ресурсов
10	Индивидуальный подход	Стандартный пакет услуг	Индивидуальные программы

№	Характеристики	Традиционная модель	Глобальная модель ранней помощи
11	Финансирование	Один основной источник финансирования	Использование различных источников финансирования для обеспечения финансовой доступности для всех семей
12	Выход из программы	Отсутствие сопровождения при переходе или выходе из программы	Планирование выхода, сопровождение при переходе в последующую программу

Приложение Б

Примерный перечень услуг ранней помощи, предлагаемый
«Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период
до 2020 года»

№	Этап работы с ребенком целевой группы по оказанию услуг ранней помощи	Название услуги в индивидуальной программе ранней помощи в РФ
1	Выявление ребенка, нуждающегося в ранней помощи, и направление в программу ранней помощи	— Выявление детей целевой группы; — Направление в программу ранней помощи; информирование о ребенке
2	Вхождение ребенка и семьи в целевую группу получателей ранней помощи	— Координация получения услуг по программе ранней помощи; информирование родителей (законных представителей) о программе ранней помощи и других региональных ресурсах; — Обследование (оценка) развития ребенка, а также среды для последующего составления индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения ребенка и семьи; — Разработка индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения ребенка и семьи
3	Реализация индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения ребенка и семьи	— Сопутствие реализации индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения ребенка и семьи; — Консультирование и обучение членов семьи; — Социально-психологические услуги; психологическая помощь ребенку и семье; — Формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка; — Формирование и развитие речи, навыков общения; — Развитие двигательной активности; — Использование вспомогательных технологий и оборудования; — Поддержка развития детей с нарушениями слуха; — Поддержка развития детей с нарушениями зрения; — Поддержка развития ребенка;

№	Этап работы с ребенком целевой группы по оказанию услуг ранней помощи	Название услуги в индивидуальной программе ранней помощи в РФ
3	Реализация индивидуальной программы ранней помощи, сопровождения ребенка и семьи	<ul style="list-style-type: none"> — Социально-педагогические услуги, направленные на формирование у детей позитивных интересов, в том числе в сфере досуга; — Медицинские услуги по уходу за ребенком; — Патронажные услуги; — Медицинские услуги по подбору питания ребенка; — Услуга по сопровождению ребенка на этапе перехода из программы ранней помощи в образовательное учреждение как завершающий этап индивидуальной программы ранней помощи
	Сопутствующие услуги	<ul style="list-style-type: none"> — Транспортные услуги; — Услуга социальной поддержки семьи

Приложение В

Организационная структура ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»



Приложение Г

Межведомственный комплексный план мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Пензенской области на период до 2020 года

№ п/п	Наименование мероприятия	Ответственный исполнитель	Содержание мероприятий
1	Выявление детей, нуждающихся в оказании услуг ранней помощи	— Медицинские организации; — Образовательные организации; — Организации социального обслуживания	Постоянно, в соответствии с базовыми (отраслевыми перечнями государственных (муниципальных) услуг и работ в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты
2	Информирование о ребенке организаций или служб, отвечающих за предоставление ранней помощи ребенку и его семье	— Медицинские организации; — Образовательные организации; — Организации социального обслуживания	В течение 30 дней с момента выявления ребенка, нуждающегося в услугах ранней помощи, направление информации в: — Министерство здравоохранения Пензенской области — Министерство образования Пензенской области — Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области
3	Установление нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи, информирование родителей (законных представителей) о программе ранней помощи и других региональных ресурсах	— Медицинские организации; — Образовательные организации; — Организации социального обслуживания	Выявление факторов, определяющих необходимость услуг ранней помощи. Информирование родителей (законных представителей) о получении возможных услуг ранней помощи и

			направление семьи в организацию, отвечающую за предоставление услуг ранней помощи
4	Обследование (оценка) развития ребенка и среды (семьи) для последующего составления индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Организации, отвечающие за предоставление услуг ранней помощи	Обследование ребенка. Выявление потребностей, ресурсов и приоритетов семьи, негативных факторов, влияющих на развитие ребенка, а также необходимых, по мнению семьи, запросов. Подготовка заключения, включающего медицинский диагноз и психолого-педагогическое заключение.
5	Разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Организации, отвечающие за предоставление услуг ранней помощи	Определение конкретных мероприятий, необходимых для удовлетворения выявленных потребностей, межведомственной командой специалистов на основе полученных заключений
6	Координация и сопровождение реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Межведомственная рабочая группа	Специалист организует членов межведомственной команды специалистов для разработки индивидуальной программы ранней помощи, отвечает за ее оформление, координирует предоставление семье услуг в рамках этой программы и взаимодействие специалистов во время ее реализации, контролирует своевременность проведения оценки эффективности индивидуальной программы и ее пересмотр.

7	Консультирование и обучение членов семьи	Организации, отвечающие за предоставление услуг ранней помощи	Консультирование семьи по вопросам ранней помощи, возможностям и перспективам организации жизни семьи, имеющей ребенка с особенностями развития
7	Социально-психологические услуги. Психологическая помощь ребенку и семье		Социально-психологическое консультирование по вопросам внутрисемейных отношений родителей и членов семьи между собой и с ребенком Психокоррекция эмоционально-поведенческих расстройств у ребенка
8	Формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка		Поддержка приобретения ребенком навыков, необходимых для различных видов деятельности в повседневной жизни, в том числе с использованием вспомогательных устройств и приспособлений, включая содействие формированию навыков самостоятельного приема пищи и питья, других навыков самообслуживания. Создание среды, которая соответствует потребностям ребенка. Индивидуальные и семейные консультации.
9	Формирование и развитие речи, навыков общения ребенка		Развитие навыков общения ребенка. Консультирование членов семьи по вопросам поддержки развития речи и навыков общения у ребенка
10	Развитие двигательной активности		Формирование и (или) развитие двигательных навыков у ребенка. Консультирование членов семьи по вопросам моторного развития ребенка

11	Использование вспомогательных технологий и оборудования		Использование детьми с задержкой развития или инвалидностью специального оборудования, в том числе с адаптивными вспомогательными устройствами Консультирование членов семьи по вопросам использования вспомогательных технологий
12	Поддержка развития детей с нарушением слуха		Тестирование слуха ребенка, направление на слухопротезирование и получение смежных услуг Сурдопедагогическая и сурдологopedическая дефектологическая помощь ребенку Консультирование членов семьи по развитию ребенка и общению с ребенком с нарушением слуха
13	Поддержка развития детей с нарушением зрения		Оценка зрения, направление на другие услуги, необходимые для развития зрительных функций, общения, ориентации, мобильности и др. Тифлопедагогическая помощь ребенку Консультирование членов семьи по развитию ребенка и общению с ребенком с нарушением зрения
14	Поддержка развития ребенка		Поддержка развития ребенка по основным областям (физическое развитие, включая развитие двигательных, слуховых и зрительных функций, познавательное развитие, общение, социальное взаимодействие, развитие адаптивных навыков Информирование членов семьи о

			развитии ребенка, консультирование родителей по организации развивающей среды для ребенка, мониторинг развития ребенка, внесение изменений в индивидуальную программу, координация ее реализации
15	Социально-педагогические услуги, направленные на формирование у детей позитивных интересов, в том числе в сфере досуга		Включение ребенка и членов его семьи в различные мероприятия социального характера
16	Медицинские услуги по уходу за ребенком и по обучению уходу за больным ребенком		Обучение родителей (законных представителей) навыкам ухода за ребенком, в том числе при оказании паллиативной медицинской помощи
17	Патронажные услуги		Социальные, медицинские, образовательные услуги на дому
18	Информационное сопровождение мероприятий по оказанию услуг ранней помощи		Организация информирования по вопросам ранней помощи
19	Обучение специалистов системы ранней помощи		Повышение квалификации специалистов
20	Мониторинг предоставления услуг ранней помощи: — выявление детей целевой группы, нуждающихся в оказании им услуг ранней помощи; — осуществление информационного обеспечения мероприятий по реализации Концепции ранней помощи; — предоставление услуг ранней помощи	— Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области; — Министерство здравоохранения Пензенской области; — Министерство образования Пензенской области	

Приложение Г

Состав межведомственной рабочей группы по организации системы ранней помощи в Пензенской области

Председатель	Егорова Елена Николаевна	Заместитель Министра Министерства труда, социальной защиты и демографии
Заместитель председателя	Барыкина Ирина Викторовна	Начальник Управления развития общего образования Министерства образования
Заместитель председателя	Мельникова Елена Юрьевна	Начальник Управления воспитания, дополнительного образования и защиты прав детей Министерства образования
Члены группы	Марутина Людмила Викторовна	Главный специалист-эксперт Управления развития общего образования Министерства образования
	Круглова Ирина Викторовна	Ведущий специалист-эксперт Управления развития общего образования Министерства образования
	Коломенцева Елена Викторовна	Директор Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
	Смирнова Ирина Федоровна	Директор Центра психологии и коррекционной педагогики ГАОУ ДПО «Институт регионального развития Пензенской области»
	Купецкова Елена Федоровна	Начальник управления общего образования ГАОУ ДПО «Институт регионального развития Пензенской области»
	Перекусихина Ирина Анатольевна	Председатель центральной медико-психолого-педагогической комиссии
	Смирнова Ольга Константиновна	Заведующая поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова»
	Гордейкова Вера Сергеевна	Главный специалист-эксперт отдела медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения
	Ганина Светлана Юрьевна	Руководитель Главного бюро медико-социальной экспертизы

Члены группы	Черушова Ольга Валентиновна	Директор ГКУ ССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»
Секретарь	Дашкина Гузель Рафаэлевна	