

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

На правах рукописи

**Вакорина Людмила Юрьевна**

**ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: МЕХАНИЗМЫ  
УПРАВЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Специальность 22.00.08 – Социология управления

**Диссертация на соискание  
ученой степени кандидата социологических наук**

Научный руководитель:  
доктор социологических наук,  
профессор Ж.В. Пузанова

**МОСКВА - 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. История становления инклюзивного образования: опыт западных стран и России.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Инклюзивное образование глазами российской общественности: проблемы, мнения, экспертные оценки .....</b>	<b>31</b>
<b>1.3. Новые подходы в реализации инклюзивного образования в современной России: система ПМПК.....</b>	<b>53</b>
<b>ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ.....</b>	<b>67</b>
<b>2.1. Деятельность ПМПК: экспертные оценки специалистов .....</b>	<b>68</b>
<b>2.2. Общероссийский мониторинг деятельности ПМПК как инструмент диагностики, контроля и управления процессом реализации инклюзивного образования .....</b>	<b>80</b>
<b>2.3. Рекомендации по управлению системой ПМПК в контексте реализации инклюзивного образования .....</b>	<b>141</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>157</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>160</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>171</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Создание системы инклюзивного образования обусловлено необходимостью органично включить в социум такую категорию людей как инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). «Необходимость социологического измерения социального статуса людей с ОВЗ и инвалидностью (которые далее будут рассматриваться вместе) связана с актуальностью разработки и внедрения в социальную практику эффективных мер по созданию благоприятных условий их социальной адаптации»<sup>1</sup>. Особенно это важно, когда речь заходит о детях-инвалидах – самой незащищенной социальной категории. Социальное неравенство – это объективная реальность, в которой происходит развитие общества и индивида. В тоже время любые формы социальной дифференциации способны породить радикальные разрывы в ткани социальной жизни, провоцировать социальные конфликты и устойчивые формы общественной дестабилизации<sup>2</sup>.

Наиболее болезненными оказываются формы несоответствия и непонимания в ситуациях с инвалидами. В Российской Федерации разработана законодательная база обеспечения равных прав инвалидов, в частности, детей-инвалидов, выраженная в таких документах, как Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг., Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 г. и государственная программа «Доступная среда» на 2011–2020 гг.. Основными программными документами в этом плане стали Федеральные государственные стандарты начального общего образования для детей с ОВЗ и умственной отсталостью.

---

<sup>1</sup> Заляева А. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе (результаты пилотажного исследования). Мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ. 2015.2(126) — С.113-119.

<sup>2</sup> Горшков М.К. Общественные неравенства в пореформенной России: социологический диагноз. Вестник РУДН. Серия: Социология. Том 16, № 4 (2016). - С.693-719.

Один из вариантов преодоления социального неравенства находится в области образования, в частности, в инклюзивном образовании. В России оно закреплено на законодательном уровне, создана правовая база и ряд школ уже реализует совместное обучение инвалидов со сверстниками.

Однако факты показывают сдержанное, а подчас негативное отношение общества к широкому внедрению этой практики.

Общественное мнение в отношении людей с ОВЗ все еще во многом основывается на медицинской модели, распространенной в СССР, которая предполагала корректировку имеющихся дефектов с помещением детей с особенностями в интернатные условия, где обеспечивается надлежащая поддержка в развитии. Однако уже наблюдаются позитивные тенденции к формированию социальной модели, предполагающей устранение разного рода барьеров для лиц с ОВЗ во всех общественных сферах. Это прежде всего образование детей.

Сегодня общество все еще с непониманием относится к практике совместного обучения детей с ОВЗ со сверстниками.

Актуальным вопросом социальной политики является исследование механизмов образовательной интеграции детей-инвалидов в условиях новой образовательной политики с учетом конкретных финансово-организационных и политических ресурсов. На данный момент комплексную оценку эффективности инклюзивного образования можно получить путем комплексного изучения ее механизмов, среди которых можно выделить систему психолого-медико-педагогических комиссий (далее ПМПК). Актуализирует рассмотрение именно ПМПК в качестве механизма тот факт, что их деятельность не стандартизирована в должной мере и существует много «слепых» зон, которые значительно снижают эффективность обеспечения реализации прав людей с ОВЗ.

Государство уделяет этому большое внимание, о чем свидетельствует большое количество законодательных и нормативных актов. Но для комплексного и эффективного решения этой насущной проблемы необходимо

прежде всего четкое понимание задачи инклюзивного обучения. Что это такое: интеграция инвалида в учебный процесс и уравнивание его со сверстниками или создание особых условий «безбарьерной» среды, к которой адаптируется учащийся? От этого понимания зависит и мнение прежде всего родителей, и характер подготовки педагогических кадров, а значит, финансовых ресурсов и организационных мер по управлению. Некоторую эффективность в этой работе показали психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК). Но механизмы их функционирования пока ещё не отработаны, не выработаны конкретные стандарты. С целью регулирования действующей системы управления инклюзивным образованием необходимо усовершенствовать правовую базу, а также разработать механизм мониторинга, позволяющий контролировать и регулировать систему инклюзивного образования.

**Степень осмысления проблемы.** Материалом для этого послужили работы российских и зарубежных авторов по истории инклюзивного образования: разных вариантов трактовок понятия «инвалидность», поиску оптимальных моделей организации работы с ними, форм функционирования общественных и индивидуальных социальных систем, в том числе – образовательной.

В социальной политике российского государства инклюзивное образование занимает особое место. Об этом свидетельствует множество законов и нормативных документов. Однако на практике нет должных результатов от их реализации. Это объясняется отсутствием эффективных механизмов управления. С учетом существующих моделей инвалидности, социально-психологических форм их адаптации, требуются специальные организационные варианты реализации инклюзии.

Именно эта задача поставлена в данной работе. Актуальность и системность задачи потребовала предварительного анализа исторического и сравнительного материала для адекватного решения практических проблем.

Важным блоком для рассмотрения темы диссертационного исследования являются правовые документы, а именно Федеральный Закон

№ 46 от 3 мая 2012 г. «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»<sup>3</sup>, «в котором впервые определены понятия: инклюзивное образование, обучающийся с ограниченными возможностями здоровья, адаптированная образовательная программа»<sup>4</sup>. Следующий важный документ – Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года<sup>5</sup>. «Данный Закон вступил в силу с 1 сентября 2013 года. Закон регулирует вопросы образования лиц с ограниченными возможностями и содержит ряд статей (например, 42, 55, 59, 79), закрепляющих право детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов, на получение качественного образования в соответствии с имеющимися у них потребностями и возможностями»<sup>6</sup>. Важны еще два документа – Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» и Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»<sup>7</sup>.

Система ПМПК рассмотрена сквозь призму следующих нормативных документов: Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»<sup>8</sup>, Письмо Министерства образования Российской Федерации

---

<sup>3</sup> Федеральный закон «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» от 03.05.2012 N 46-ФЗ (последняя редакция) // СПС КонсультантПлюс

<sup>4</sup> Гладков Д.В. Правовое регулирование инклюзивного образования // Вестник науки и образования. 2017. №12 (36).

<sup>5</sup> Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ// СПС КонсультантПлюс

<sup>6</sup> Гладков Д.В. Правовое регулирование инклюзивного образования // Вестник науки и образования. 2017. №12 (36).

<sup>7</sup> Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»//СПС КонсультантПлюс; Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»<sup>7</sup> //СПС КонсультантПлюс

<sup>8</sup> Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2013 N 30242). Общие

от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»<sup>9</sup>, Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 февраля 2015 г. № вк-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»<sup>10</sup>, распоряжение Министерства просвещения Российской Федерации от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»<sup>11</sup>.

Генезис инклюзивного образования и модели инвалидности описаны на основе анализа работ Пфайфер Д.<sup>12</sup>, Шапиро Дж.<sup>13</sup>, Шринера К.<sup>14</sup>, Алехиной С.В.<sup>15</sup>, Тарасенко А.Е.<sup>16</sup> о зарубежном опыте инклюзии. Обобщены данные авторов по моделям инклюзивного образования<sup>17</sup>.

---

положения.п.2.[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_153650/f512a00caf526ee76eed8f9fdc5cbf7380c36a9c/#dst100011](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153650/f512a00caf526ee76eed8f9fdc5cbf7380c36a9c/#dst100011)

<sup>9</sup> Письмо Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»<sup>9</sup> // Техэксперт <http://docs.cntd.ru/document/901822210>

<sup>10</sup> О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи письмо министерства образования и науки российской федерации от 10 февраля 2015 г. № вк-268/07 URL: [http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/akty\\_minobrnauki\\_rossii/pismo-minobrnauki-rf-ot-10022015-no-vk-26807](http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/akty_minobrnauki_rossii/pismo-minobrnauki-rf-ot-10022015-no-vk-26807)

<sup>11</sup> Распоряжение Министерства просвещения Российской Федерации от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»//URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/6f205375c5b33320e8416ddb5a5704e3/>

<sup>12</sup> Pfeiffer, D. (2001) *The Conceptualization of Disability. Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*, edited by Sharon N. Barnartt and Barbara Mandell Altman in the series *Research in Social Science and Disability*, New York: Elsevier Science, volume 2: 29-52

<sup>13</sup> Shapiro JP. 1994. *No pity*. New York: Times Books.

<sup>14</sup> Scotch R.K., Schriener K. *Disability as human variation: Implications for policy*. *The annals*. 1997. №549. - P. 148-159.

<sup>15</sup> Алёхина С.В.. *Инклюзивное образование: история и современность* / Педагогический университет «Первое сентября», 2013 — 33 с.

<sup>16</sup> Тарасенко А.Е. *Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России*//Журнал исследований социальной политики – М: ФРАОГУ ВО «НИУ ВШЭ», 2004 2 (1)

<sup>17</sup> Бикбулатова А.А., Ковалева М.А., Морозов В.А. *Зарубежный опыт инклюзивного образования* // Учёные записки Том 15 № 5, 2016. – URL: [http://rgsu.net/netcat\\_files/multifile/5219/UZ\\_5\\_2016\\_V\\_PeChAT\\_.pdf](http://rgsu.net/netcat_files/multifile/5219/UZ_5_2016_V_PeChAT_.pdf); Вольская О.В., Флотская Н.Ю., Буланова С.Ю., Усова З.М. *Модели реализации инклюзивного образования в современном мире* // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 6. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17065>; Blanck P. 2008. *The right to live in the world: disability yesterday, today and tomorrow*. *Texas Journal on Civil Liberties and Civil Rights* 13:367-401; Претворяя в жизнь идеи инклюзивного образования: опыт соседних стран [Электронный ресурс] / под.ред. Э. Кесялахти, С. Вяюрюнен: Изд. Центр Лапландского Университета Рованиеми, 2013. – URL: [http://leda29.ru/uploads/com\\_files/05\\_2015\\_pretvoryaya\\_v\\_zhizn\\_idei\\_inklyuzivnogo\\_obrazovaniya.pdf](http://leda29.ru/uploads/com_files/05_2015_pretvoryaya_v_zhizn_idei_inklyuzivnogo_obrazovaniya.pdf); Курмышева Л.К. *Инклюзивное образование: зарубежный опыт* // *Сибирский педагогический журнал*. - №9. – 2012. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-zarubezhnyy-opyt>

Отношение российской общественности к инклюзивному образованию, людям с ОВЗ и детям с ОВЗ в частности рассмотрено с опорой на труды Волковой И.П.<sup>18</sup>, Заляевой А.В.<sup>19</sup>, Домбровской А.Ю.<sup>20</sup>, Морозовой Е.В.<sup>21</sup>, Реут М.Н.<sup>22</sup>, Селиверстовой С.Ю.<sup>23</sup>, Ярской-Смирновой Е.Р.<sup>24</sup>, а также через анализ данных социологических опросов Фонда «Общественное мнение»<sup>25</sup>, Всероссийского центра изучения общественного мнения<sup>26</sup>. Все это свидетельствует об актуальности проблем инклюзивного образования. Но, тем не менее, остается не решенные вопросы, прежде всего связанные с недостаточной эффективностью организации инклюзивного образования.

**Объектом диссертационной работы** является инклюзивное образование в России в контексте социальной политики.

**Предметом** - механизмы управления процессами инклюзивного образования и повышение его эффективности.

**Цель диссертационной работы** – комплексное исследование системы управления и повышения эффективности механизмов инклюзивного

---

<sup>18</sup> Волкова, И.П. Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения: автореферат дис. ... доктора психологических наук: 19.00.10 / Волкова Ирина Павловна; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - Санкт-Петербург, 2010. - 43 с.

<sup>19</sup> Заляева А.В. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе (результаты пилотажного исследования). Мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ. 2015.2(126) – С. 113-119.

<sup>20</sup> Домбровская А.Ю. Представления российских инвалидов о благоприятных условиях социальной адаптации//Мониторинг общественного развития: социально-экономические перемены. – М: ВЦИОМ. 2013, №3; Домбровская А.Ю. Формирование социальных стереотипов инвалидности//Среднерусский вестник общественных наук – Орел:ФГБОУ ВО «РАНХИГС»,2009,№2.

<sup>21</sup> Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания (на примере хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний): Автореф. ... дис. канд. психол. наук. - Ярославль: ЯрГУ, 2008. - 26 с.

<sup>22</sup> Реут М.Н. Комплексный подход к понятию инвалидности//Власть – М: ООО Власть, 2008, №7.

<sup>23</sup> Селиванова С.Ю. Инклюзивное образование детей с ОВЗ: особенности социального отношения// Специальное образование. 2017. С. 178-180.

<sup>24</sup> Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности//Социологические исследования – М: Наука, 1999, №4.

<sup>25</sup> ФОМ. Мониторинг социальных задач: рабочие места для инвалидов. Опрос от 24.02.2013. URL: <http://fom.ru/TSennosti/10944>; ФОМ. Отношение к инвалидам. Опрос от 22023 сентября 2012 года. URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10898>

<sup>26</sup> ВЦИОМ. Госучреждение Москвы оценили трудоустройство. Опрос от 22.04.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115667>; ВЦИОМ. Трудоустройство с ограниченными возможностями здоровья. Опрос от 17.06.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739>; ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2903. Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде. Опрос от 14.08.2015. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349> (Дата обращения 10.09. 2017)

образования в России, а также разработка рекомендаций по совершенствованию его функционирования.

Для реализации поставленной цели были выдвинуты и решены следующие **задачи**:

- Изучить историю и особенности становления инклюзивного образования в России и зарубежных странах.
- Дать представление о новых подходах в реализации инклюзивного образования в России, в частности, о создании ПМПК, их деятельности, трудностях и достижениях.
- Разработать инструментарий для проведения общероссийского мониторинга деятельности ПМПК.
- Определить ключные индикаторы, которые необходимо включить в инструментарий мониторинга для получения объективных, экстроспективных оценок и позволяющих сделать его действенным механизмом контроля и обратной связи при регулировании деятельности ПМПК.
- На основе данных, полученных в результате общероссийского мониторинга деятельности ПМПК определить проблемные точки в реализации инклюзивного образования на современном этапе.

**Теоретико-методологическим основанием исследования** является системный подход, на основании которого система инклюзивного образования рассмотрена, с одной стороны, как часть системы образования в целом, а с другой стороны, сама являющаяся системой, регулирующей процесс адаптации и интеграции детей с ОВЗ и детей-инвалидов в социальную среду через создание соответствующих условий.

Методическая база исследования обусловлена спецификой поставленных задач. Особое положение в рамках работы занимает опросный метод, использованный для разработки и реализации концепции национального мониторинга деятельности ПМПК.

**Эмпирическую базу диссертационного исследования** составили данные мониторинга, реализованного в рамках Задания «Разработка комплексного научно-методического обеспечения мониторинга деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий в субъектах Российской Федерации и его проведение» (№ 28.12629.2018/12.1). Также использованы данные мониторинга деятельности ПМПК за 2016 г., проведенного Минобрнауки.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Создание эффективной системы инклюзивного образования в России должно основываться на оценке оптимального соотношения между моделями инвалидности и характером индивидуализации жизненного пространства, коммуникации, качества жизни людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья на основе анализа мирового опыта.

2. Представлена оптимальная структура реализации инклюзивного образования на данный момент. Если рассматривать инклюзивное образование в России как инновацию, то это влечет за собой создание новой системы психолого-медико-педагогической помощи,, основанной на многоуровневости взаимодействия элементов в нее входящих (ПМПК центральные и территориальные, ПМПк и ППМС-центры), правовой базе и мониторинге, позволяющим осуществлять контроль за функционированием системы, и ее регулирование.

3. Роль ПМПК в оптимизации функционирования системы инклюзивного образования состоит в том, что позволяет осуществлять деятельность по переподготовке преподавателей, контроль за администрацией, взаимодействие с образовательными организациями и ведомствами, оказание психологической помощи и связь с родителями, соблюдение прав детей-инвалидов и детей с ОВЗ и т.п.

4. В контексте государственного управления инклюзивное образование находится в определенной системе нормативных актов, которые необходимо своевременно корректировать по мере выявления проблем,

связанных с непосредственной деятельностью ПМПК. Обнаружению этих проблем также во многом способствует мониторинг, концепция и инструментарий которого представлен в работе.

5. Разработанная методика и инструментарий общероссийского мониторинга деятельности ПМПК позволяет отслеживать эффективность их деятельности по ключевым индикаторам, что дает возможность в дальнейшем корректировать их деятельность. Основные показатели, выделенных на основе двух мониторингов системы ПМПК (экспертов, руководителей органов управления образованием и председателей ЦПМПК и ТПМПК): 1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК; 2. Порядок (регламент) проведения ПМПК; 3. Ресурсное обеспечение; 4. Кадровое обеспечение; 5. Взаимодействие с родителями; 6. Общая результативность деятельности ПМПК.

6. Предложенная концепция мониторинга позволила выдвинуть ряд рекомендаций усовершенствования деятельности системы ПМПК.

В части **организационно-правовой структуры деятельности ПМПК**: необходимость создания правовых механизмов взаимодействия с другими организационными структурами и ведомствами (в т.ч. ПМПк и ПМПК, МСЭ, органами здравоохранения).

В части **порядка проведения ПМПК**: 1) создание унифицированных форм документов (в первую очередь, заключения ПМПК; 2) усиление контроля исполнения рекомендаций ПМПК для родителей и общеобразовательных организаций (возможно отменить рекомендательный характер заменив его обязательным); 3) повышение уровня информатизации ПМПК для лучшего информирования заинтересованных сторон о возможности получения консультативной и экспертной помощи (родителям, образовательным организациями по внедрению АООП и АОП) и о существовании ресурсных центров, где соответствующая помощь может быть оказана.

В части **ресурсного обеспечения**: необходимо выделение специальных помещений и оборудование их соответствующим образом для оптимальной

работы ПМПК при обследовании детей; оснащение необходимыми методиками для работы специалистов ПМПК.

В части **кадрового обеспечения**: нормативно закрепить формы взаимодействия ПМПК с медицинскими специалистами; ввести требования к председателю ПМПК (закрепить список допустимых специализаций высшего образования, стаж работы и т.д.); убрать рекомендательный характер состава ПМПК и четко определить состав специалистов, а также требования к ним (стаж работы (рекомендуем не менее 3 лет) и обязательное прохождение повышения квалификации; четко прописать нормативы и порядок аттестации специалистов ПМПК.

В части **взаимодействия с родителями**: повышение авторитета деятельности как ПМПК, так и специалистов, входящих в них; целенаправленное информирование родителей, обращающихся в ПМПК, о правах, которыми они обладают; усиление направления деятельности ПМПК по работе с детьми с девиантным поведением и др.

7. Необходимо реализовать рекомендацию, вытекающую из социальной модели инклюзивного образования скандинавских стран для нивелирования различий между детьми с ОВЗ и без, что может снять лишнее напряжение родителей и позитивно повлиять на перцептивную сторону общественного мнения, а именно – заменить термин «ограниченные возможности здоровья» на «особые образовательные потребности» в контексте образования.

**Новизна диссертационного исследования** состоит в следующем:

1. Обоснована специфика и необходимость реализации инклюзивного образования в России.

Российская действительность показана в сравнении с опытом инклюзивного образования других стран, специфика которых связана с практикуемой моделью инвалидности. США и Канада находятся на этапе социальной модели инвалидности, а некоторые на этапе трансформации в биопсихосоциальную модель (Норвегия). Россия на данный момент не

находится на этапе медицинской модели инвалидности, но нельзя сказать, что она полностью включена в социальную, а тем более биопсихосоциальную модель, тем не менее законодательное закрепление инклюзивного образования – важный шаг, характеризующий модель инвалидности в России более высокого уровня нежели медицинская. Это даёт определённые возможности для коррекции инклюзии, а также регулирования отношения людей к тем или иным сторонам инклюзивного образования: действию законов и нормативных актов, материально-техническому обеспечению, взаимоотношению родителей, педагогов, психологов, взаимодействию детей-инвалидов со сверстниками и т.п.

2. Предложена система реализации инклюзивного образования в России, основанная на взаимодействии 3 основных элементов ПМПК, законодательная база и общенациональный мониторинг, позволяющая быстро реагировать на возникающие проблемы, осуществлять контроль за функционированием системы, и гибко ее регулировать.

3. Обоснована роль системы ПМПК в контексте новых направлений функционирования инклюзивного образования и конкретизирована их структура, состоящая из трех взаимозависимых элементов – ПМПк, ПМПК и ППМС-центров. Разработана методика контроля за их работой.

4. Определены ключевые индикаторы деятельности ПМПК, позволяющие отслеживать эффективность их работы и регулировать их деятельность, как на региональном, так и на общероссийском уровне.

5. На основе общероссийского мониторинга диагностирован ряд проблем в реализации деятельности ПМПК на настоящем этапе, анализ которых позволил выдвинут ряд рекомендации, в том числе в сфере правового, кадрового и ресурсного обеспечения.

**Научно-практическая значимость работы** заключается в разработке концепции системы управления инклюзивным образованием в России. Разработаны конкретные практические рекомендации, внедрение которых

повысит эффективность реализации инклюзивного образования как на данном этапе, так и в будущем.

Материалы диссертации также могут найти применение в учебном процессе для формирования курсов по социологии образования, здоровья, социальной политике, социальному менеджменту, а также специализированных курсов, связанных с проблемами инклюзивного образования.

### **Апробация результатов исследования**

Основные положения диссертационной работы изложены в 8 опубликованных автором работах, включая 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ, общим объемом 1,1 п.л., а также 1 статью, находящейся в процессе индексации в Web of Science. Помимо этого, автор является редактором сборника материалов по итогам Всероссийской конференции «Деятельность ПМПК в современных условиях. Ключевые ориентиры» (Москва, РУДН, 25/10/2018) Ключевые положения диссертации докладывались и обсуждались на следующих конференциях: Всероссийская конференция «Деятельность ПМПК в современных условиях. Ключевые ориентиры» (Москва, РУДН, 25/10/2018); 10th International Conference on Education and New Learning Technologies, Palma, Spain. 2-4 July, 2018.

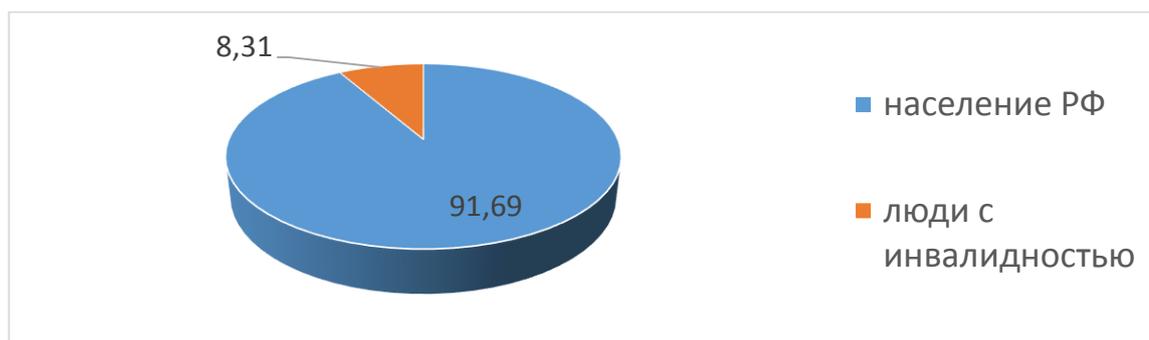
**Структура диссертации** подчинена цели и задачам исследования – работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

# ГЛАВА 1. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

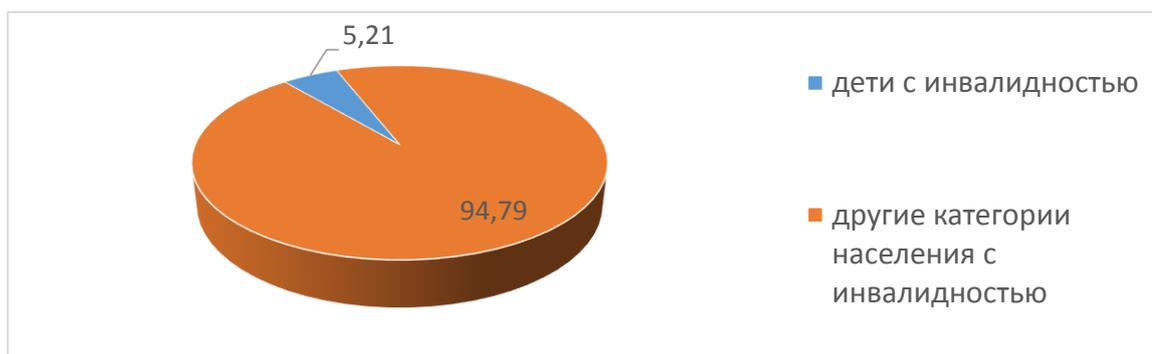
## 1.1. История становления инклюзивного образования: опыт западных стран и России

«Необходимость социологического измерения социального статуса людей с инвалидностью связана с актуальностью разработки и внедрения в социальную практику эффективных мер по созданию им благоприятных условий социальной адаптации»<sup>27</sup>. На 2017 год, согласно данным Росстата<sup>28</sup>, 146,8 млн. составляет население Российской Федерации, из них 12,2 млн. чел. – инвалиды (см. график 1), включая 636000 детей-инвалидов(см. график 2)<sup>29</sup>.

**График 1. Доля граждан с инвалидностью в России на 2017 год**



**График 2. Доля детей с инвалидностью от всех людей с инвалидностью в России на 2017 год**



<sup>27</sup> Заляева А. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе (результаты пилотажного исследования). Мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ. 2015.2(126) – 113-119.

<sup>28</sup> Официальный сайт Федеральной службы государственной политики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)

<sup>29</sup> Официальный сайт Федеральной службы государственной политики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/#)

Так или иначе, несмотря на то, что почти 6% для Российской Федерации – огромная цифра, в контексте всего населения мы имеем дело с так называемым «социальным меньшинством», со всеми вытекающими проблемами.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью<sup>30</sup>.

Согласно пункту 5 Постановления №95 от 20 февраля 2006 года Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом» условиями признания гражданина инвалидом являются:

«а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию (в ред. Постановления Правительства РФ от 06.08.2015 N 805)»<sup>31</sup>.

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы.

---

<sup>30</sup> Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 19.12.2016) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации.

URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/)

<sup>31</sup> Постановление №95 от 20 февраля 2006 года Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом»[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_58610/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/)

Классификацию инвалидности возможно провести по ряду критериев:

«1. По возрасту (дети-инвалиды; инвалиды-взрослые).

2. По происхождению инвалидности (инвалиды с детства; инвалиды войны; инвалиды труда; инвалиды общего заболевания).

3. По степени трудоспособности (инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные); инвалиды I группы (нетрудоспособные); инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах); инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).

4. По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам»<sup>32</sup>.

Однако в рамках данной работы крайне важно рассмотреть соотношение понятий «инвалидность» и «ограниченные возможности здоровья».

«Понятия «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями здоровья» близки по своему содержанию. Однако же понятие «инвалид» - это медицинский термин и выражает результат экспертной оценки состояния здоровья и жизнедеятельности человека, зафиксированной в документе установленной формы (справке о признании лица инвалидом). Понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья», получившее повсеместное применение в России, – более широкое и общее, но при этом часто включающее лиц, имеющих статус инвалида»<sup>33</sup>.

Взгляд на соотношение понятий «инвалид» и «ограниченные возможности здоровья» в данной работе будет представлен исключительно сквозь призму сферы образования. С этой точки зрения понятие «инвалид»<sup>34</sup> - это люди с нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее

---

<sup>32</sup> Конова Т.В. Правовая защита инвалидов в российской федерации//Правовая реформа, 2, 2016. – с. 29-42.

<sup>33</sup> Живицкая А.И. Равный среди равных, или определение статуса людей с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии.

<sup>34</sup> Федеральный Закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/)

необходимость его социальной защиты. Для детей устанавливается специальная категория «ребенок-инвалид». Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. «Обучающимся с ограниченными возможностями здоровья»<sup>35</sup> является «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий»<sup>36</sup>.

Таким образом, термин второе из перечисленных нами понятий имеет под собой в данном случае не медицинскую подоплеку, а определяется с точки зрения необходимости создания специальных условий обучения для конкретного ребенка (см. рис.1).



**Рис. 1. Соотношение понятий «инвалидность» и «ограниченные возможности здоровья» в контексте инклюзивного образования**

Это является предметом инклюзивного образования.

Инклюзивное образование является естественным элементом социальной политики в области реализации равных прав и возможностей инвалидов. Однако прежде чем перейти к рассмотрению понятий «инклюзивное образование», необходимо дать краткий экскурс в историю

<sup>35</sup> Федеральный Закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/)

<sup>36</sup> Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий в современных условиях развития образования: материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Новосибирск, 23–25 сентября 2015 г.) / под ред. С.В. Алехиной ; Мин-во образования и науки РФ, Новосиб. гос. пед. ун-т.; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2015

моделей инвалидности, которые привели российское общество к становлению инклюзивного образования на государственном уровне.

Тарасенко А.Е. отмечает, что существует двенадцать исторических моделей инвалидности, которые легли в основу «старой», а впоследствии и «новой» парадигм инвалидности (см. рис. 2)<sup>37</sup>. В рамках старой (традиционной парадигмы) автор выделяет пять моделей инвалидности: моральную (религиозную), медицинскую, экономическую, реабилитационную и модель функциональной ограниченности. Однако, в нашем рассмотрении они будут дополнены.



**Рис 2. Парадигмы понимания инвалидности**

<sup>37</sup> Тарасенко А.Е. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России//Журнал исследований социальной политики – М: ФРАОГУ ВО «НИУ ВШЭ», 2004 2 (1)

Эти модели являются инструментами для создания доступной среды и определения занятости и являются важными, поскольку они играют значительную роль в определении стратегии, которую разрабатывает правительство и общество, чтобы помочь удовлетворить потребности людей с ограниченными возможностями<sup>38</sup>.

Моральная модель инвалидности рассматривает ее как некое «наказание за грехи», с этой точки зрения инвалидность становится чем-то постыдным.

«Медицинская модель инвалидности рассматривает физические и психические различия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, т. е. «неполноценности». Именно эта модель являлась доминирующей в течение длительного времени - она была доминирующей в разработке политики в области инвалидности в течение более ста лет»<sup>39</sup>. Тут инвалидность представляет собой результат физических или психических ограничений личности и во многом связана с физической и социальной средой в которой живут люди. Таким образом, медицинская модель фокусируется почти исключительно на предмете обесценивания индивида для общества при формировании политики по инвалидности и разработке методов лечения и услуг для тех, кто живет с инвалидностью<sup>40</sup>. Поскольку медицинская модель подразумевает уход, люди с ограниченными возможностями могут быть освобождены от нормальных обязательств перед обществом таких, как работа, и этой институционализации и сегрегации в конечном счете, дается обоснование<sup>41</sup>. Это имеет негативные последствия для результатов занятости, поскольку ограничиваются возможности людей с инвалидностью, им тяжело стать экономически независимыми и самодостаточными и достичь своего полного профессионального потенциала. Кроме того, это усиливает существующие предубеждения среди работодателей о неспособности людей с

---

<sup>38</sup> Shapiro JP. 1994. No pity. New York: Times Books.

<sup>39</sup> Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2015, №2(18)

<sup>40</sup> Shapiro JP. 1994. No pity. New York: Times Books.

<sup>41</sup> Blanck P. 2008. "The right to live in the world": disability yesterday, today and tomorrow. Texas Journal on Civil Liberties and Civil Rights 13:367-401.

ограниченными возможностями выполнять работу<sup>42</sup>. В странах, которые используют преимущественно медицинскую модель инвалидности, люди с ограниченными возможностями находятся особенно в неблагоприятных для трудоустройства условиях<sup>43</sup>. По замечаниям, Тарасенко А.Е. именно эта модель явилась причиной низкого социального статуса инвалидов в виду рассмотрения их, как некомпетентных, неспособных самостоятельно о себе позаботиться, соответственно почти выведенных за рамки нормальной социальной жизни.

Экономическая модель является логичным продолжением предыдущей модели со смещением акцента с медицинских показателей на экономические: если инвалид признается физиологически менее продуктивным, то и экономическая продуктивность в виду того, что инвалид не в состоянии выполнять объемы работ, характерные для неинвалида, - меньше.

Модель функциональной ограниченности также достаточно синонимична предыдущим и детерминирует инвалида неспособностью выполнять те или иные функции, однако она совсем не учитывает степень недуга.

Реабилитационная модель ставит задачей адаптировать инвалида к актуальному социуму, «вписать» меньшинство в формат большинства, при этом задачи повышения социального статуса инвалида не ставится.

«В рамках новой, так называемой посттрадиционной парадигмы выделяют две группы моделей, первая – британские, вторая – американские.

Британская модель инвалидности («материалистическая») содержит несколько ключевых элементов: провозглашает, что люди с ограниченными возможностями являются угнетенной социальной группой; делает различия между повреждениями, которыми обладают люди, и угнетением, с которым

---

<sup>42</sup> Shapiro JP. 1994. No pity. New York: Times Books.

<sup>43</sup> Lunt N, Thornton P. 1994. Disability and employment: Towards an understanding of discourse and policy. *Disability & Society* 9(2):223-238.

они сталкиваются; определяет инвалидность (что наиболее важно) как социальное угнетение, которое испытывают инвалиды.

Британская модель «независимой жизни» проявилась в свертывании сети специализированных интернатов для людей с ограниченными возможностями и в развитии разнообразных форм обслуживания и поддержки инвалидов непосредственно по месту жительства.

Социально-политическая модель инвалидности (США) означала низкое общественно-политическое участие инвалидов, их недостаточно развитые чувства сплоченности и самоидентификации.

В США и Великобритании во второй половине 90-х годов прошлого века доминировала культурная модель инвалидности. Согласно этой модели, инвалидность можно рассматривать как совершенно особый культурный феномен, отличный от других культурных феноменов. Развитие культуры инвалидности дает понимание инвалидам особенностей своей жизни как группы людей с ограниченными возможностями, показывает, что инвалидность приносит особую уникальность и групповую идентичность.

В рамках модели «человеческого разнообразия» дискуссия об определении инвалидности помещается не в смысловое пространство аномалии, а в смысловое пространство, в котором инвалидность является одной из многих индивидуальных особенностей стиля жизни, свидетельством человеческого разнообразия»<sup>44</sup>.

Все вышеперечисленные модели так или иначе показывают разнообразие социальной жизни, множество индивидуальных её стилей и форм.

В настоящее время существует так называемая «новейшая» модель инвалидности – биопсихосоциальная модель, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Биопсихосоциальная модель является основой, которая объединяет в себе медицинские и социальные модели

---

<sup>44</sup> Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2015, №2(18)

инвалидности. В биопсихосоциальной модели инвалидность воспринимается как возникающее следствие взаимодействия между биологическими, психологическими и социальными факторами. Ранее Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (ICF), сформированная ВОЗ, выделяла различия между нарушениями здоровья, инвалидностью и нетрудоспособностью. В ICF используется биопсихосоциальный подход к инвалидности, где признается влияние социально-экологических, социально-демографических и других объективных факторов. Вместе с тем предполагается субъективный опыт жизни с инвалидностью, который диктует включение, вовлечение, вхождение во что-то как часть целого. Для этого необходимо создание свободной безбарьерной среды в разных сферах жизни человека.

Согласно новейшей модели инвалидности происходит отказ от термина «инвалидность», вместо него внимание фокусируется на окружающей среде и ее доступности.

«Следует отметить, что на сегодняшний день среди стран с наиболее совершенным законодательством в сфере инклюзивного образования можно выделить, Швецию, Данию, США, Великобританию, Кипр, Бельгию, ЮАР и Испанию»<sup>45</sup>. Помимо этих стран, выделяют еще несколько европейских (Италия, Нидерланды), где опыт инклюзии достаточно успешен (преимущественно в течение последних 40 лет).

«Рассмотрим основные модели инклюзивного образования по следующим параметрам: 1) как процесс, касающийся только лиц с ОВЗ; 2) как процесс, направленный на все группы эксклюзии; 3) как механизм создания школы для всех и 4) как образование для всех (см. табл. 1)»<sup>46</sup>.

---

45 Алёхина С.В. Инклюзивное образование: история и современность / Педагогический университет «Первое сентября», 2013 — 33 с.

46 Претворяя в жизнь идеи инклюзивного образования: опыт соседних стран [Электронный ресурс] / под ред. Э. Кесялахти, С. Вяюрюнен: Изд. Центр Лапландского Университета Рованиеми, 2013

Таблица 1. Модели инклюзивного образования

Инклюзия как процесс, направленный на обучение лиц с ОВЗ и иных лиц в категории «имеющие особые образовательные потребности»	Инклюзия как процесс, направленный на все группы лиц, подвергаемых эксклюзии	Инклюзия как механизм создания школы для всех	Инклюзия как «образование для всех».
<b>«Шведская» модель инклюзивного образования</b>			
Наличие специализированных школ (например, для лиц с нарушением слуха, лиц с нарушением умственного развития). Инклюзия рассматривается как элемент механизма защиты прав человека.	Сильный акцент на праве использования родного языка (например, при обучении мигрантов или детей саамов).	Четкое представление о механизме создания школы для всех как школе для учащихся и персонала.	Швеция – страна, подписавшая Саламанкскую декларацию о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Швеция – страна, ратифицировавшая Конвенцию о правах инвалидов.
<b>«Датская» модель инклюзивного образования</b>			
Специализированных школ несколько, их количество уменьшается.	Отношение к учащимся как к личностям с разнообразными и потребностями; поддержка в классах оказывается всем. Многоплановые учебные классы.	Дания – страна, подписавшая Саламанкскую декларацию о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Дания – страна, ратифицировавшая Конвенцию о правах инвалидов.	Принята государственная стратегия о развитии инклюзивного образования; все учащиеся с особыми образовательными потребностями переводятся в общеобразовательные школы. Инклюзия – не просто идеология, а вопрос стратегического намерения.
<b>«Норвежская» модель инклюзивного образования</b>			
Практически полный отказ от специализированных школ. Таковых существует всего несколько.	Право на образование распространяется на всех детей независимо от происхождения (религиозной, этнической, социальной принадлежности) . Обязанностью преподавателей является адаптация методик обучения к потребностям учеников с различным потенциалом и независимо от социокультурной принадлежности.	В большинстве учреждений учащиеся не объединены в группы/классы по признаку способности к обучению. Целью является отказ от «отделения» учащихся с особыми образовательными потребностями. Объектом изменения остается среда, а не ученик.	Норвегия – страна, подписавшая Саламанкскую декларацию о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Норвегия – страна, ратифицировавшая Конвенцию о правах инвалидов.

<b>«Финская» модель инклюзивного образования</b>			
<p>Дети с особыми образовательными и потребностями получают услуги специальных педагогов в обычных школах по месту жительства. Законодательство предусматривает возможность дифференцированной среды обучения в зависимости от «характера нарушения, заболевания, отставания в развитии, эмоционального расстройства, т.д.»</p>	<p>Объектом все большего внимания становятся дети в группе риска: учащиеся из цыганских и семей мигрантов, а также «подверженные риску маргинализации и исключения»</p>	<p>Недавние изменения в Национальный учебный план подчеркивают необходимость в интегрированном обучении в массовых школах, которое бы соответствовало потребностям различных групп учащихся.</p>	<p>Финляндия – страна, подписавшая Саламанкскую декларацию о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Финляндия – страна, подписавшая, но не ратифицировавшая Конвенцию о правах инвалидов.</p>
<b>«Российская» модель инклюзивного образования</b>			
<p>Большое количество специализированных школ и классов для детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями. Группы учащихся формируются по типу особых потребностей; при этом задачей является максимальное увеличение контактов с ‘обычными людьми’. Ученики с особыми образовательными потребностями помещаются в специальные школы по усмотрению родителей. Группы и классы для детей с особыми образовательными потребностями есть и в обычных школах.</p>	<p>Понимание инклюзии как способа вовлечь в образовательный процесс детей из неблагополучных семей, из семей коренных народов или мигрантов.</p>	<p>Понимание механизма создания школы для всех.</p>	<p>Россия – страна, подписавшая Саламанкскую декларацию о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Россия – страна, ратифицировавшая Конвенцию о правах инвалидов.</p>

Видно, что большой опыт инклюзии в образовании имеет Швеция, которой удалось интегрировать в обычные школы подавляющее большинство

детей с ОВЗ, при этом сохраняя специализированные школы, где работают только социальные педагоги.

Норвегия, при таком же успешном опыте инклюзии, наоборот, практически полностью устранила специализированные школы. Норвежская система инклюзивного образования преследует цель нивелирования различий между здоровыми детьми и детьми с ОВЗ, поэтому все манипуляции проводятся со средой, а не с людьми. Естественно, в реальности эта система сталкивается со сложностями в виде сложности сочетания разных форм преподавания, которую Норвегия пытается преодолеть путем использования вспомогательных механизмов<sup>47</sup>, таких как – взаимодействие с родителями и специалистами (уровень информированности), технология работы с детьми с различными нозологиями в инклюзивных классах, технология диагностики СДВГ и совокупности нозологий с помощью различных методик. В этой модели наиболее четко можно проследить траектория перехода от социальной модели к биопсихосоциальной, где границы между детьми с ОВЗ и без стираются.

Особенностью датской инклюзивной системы образования является тесная связь с общественным мнением, которое само пришло к осознанию необходимости интеграции детей с ОВЗ в массовое образование. Реализация инклюзивного образования в Дании подчинена национальной стратегии инклюзивного образования, в рамках которой функционируют мониторинг в области инклюзивного обучения. И это именно тот аспект, который, на наш взгляд, необходимо перенять в российскую инклюзивную систему.

В Финляндии широко распространены инклюзивные классы, в которых обучаются здоровые дети и дети с ОВЗ (не более 25 человек в классе), и в случае необходимости к образовательному процессу подключаются особые специалисты. «Для детей с более сложными и тяжёлыми патологиями здоровья создана возможность обучения в специализированных классах на

---

<sup>47</sup> Курмышева Л.К. Инклюзивное образование: зарубежный опыт // Сибирский педагогический журнал. - №9. – 2012. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-zarubezhnyy-opyt>

базе обычных школ. С такими детьми работают 2-3 специальных педагога и ассистент. Численность детей в таких классах не превышает 10 человек. При этом каждый ребёнок имеет свой индивидуальный план обучения. Выпускаясь из школы, дети с ОВЗ получают справку об окончании школы»<sup>48</sup>.

Говоря о Великобритании, следует отметить, что «в отличие от скандинавских стран, инклюзивное образование здесь не стремится к отказу от специализированных школ. В 2003 году в Великобритании была разработана программа «Каждый ребенок важен» (Every Child Matters – ECM), которая направлена на обеспечение ранней помощи и профилактики<sup>49</sup>, а также программа «Убрать барьеры на пути к успешной учебе» (Removing Barriers to Achievement». В рамках инклюзивной системы Великобритании активности применяются такие технологии как тьюторство одноклассниками над детьми с ОВЗ и подготовка педагогов к работе с инклюзивными классами.

Акцент на подготовке педагогов инклюзивных классов и обмене опытом стоит также в системе инклюзивного образования США. Примечателен тот факт, что выявление детей с ОВЗ и заключение о необходимости создания для них особых образовательных условий ложится на школу.

Индивидуальный план является основным документом, определяющим особенности обучения всех детей в системе инклюзивного образования в Израиле. Здесь отличительной чертой системы является стимуляция вовлеченности родителей детей с ОВЗ в образовательный процесс.

В большинстве западных школ произошёл переход к инклюзивному образованию, то есть к социальной модели инклюзии: созданы необходимые условия, подготовлено достаточное количество учителей, разрабатываются индивидуальные программы для каждого ребёнка. В школах работают узкопрофильные специалисты, тьюторы и ассистенты, существуют заметные

---

<sup>48</sup> Вольская О.В., Флотская Н.Ю., Буланова С.Ю., Усова З.М. Модели реализации инклюзивного образования в современном мире // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17065>

<sup>49</sup> Бикбулатова А.А., Ковалева М.А., Морозов В.А. Зарубежный опыт инклюзивного образования // Учёные записки Том 15 № 5, 2016. – URL: [http://rgsu.net/netcat\\_files/multifile/5219/UZ\\_5\\_2016\\_V\\_PeChAT\\_.pdf](http://rgsu.net/netcat_files/multifile/5219/UZ_5_2016_V_PeChAT_.pdf)

изменения в учебном процессе. В обществе высок уровень информированности о проблемах детей с ОВЗ, родители таких детей активно включены в образовательный процесс.

Конвенция ООН о правах инвалидов - первый всеобъемлющий документ в области прав человека XXI столетия. Европейский Союз подписал эту Конвенцию 30 марта 2007 года и ратифицировал ее 23 декабря 2010 года. Она не обеспечивает инвалидам новых прав, но вновь подтверждает права всех людей. Существует несколько принципов, которые лежат в основе Конвенции и так же касаются прав лиц с ограниченными возможностями<sup>50</sup>. Россия подписала Конвенцию в 2008 г. Именно с этого момента начался процесс создания условий для нормальной жизнедеятельности инвалидов и произошел запуск значительных изменений в этой сфере. Отдельным важным блоком проблем в этих процессах является обучение детей-инвалидов. Однако, как не раз будет показано в рассмотрении для эффективного управления процессами инклюзивного образования, одних законодательных актов недостаточно.

«На сегодняшний день основой реализации инклюзивного образования в России является Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года<sup>51</sup>. Данный Закон вступил в силу с 1 сентября 2013 года. Закон регулирует вопросы образования лиц с ограниченными возможностями и содержит ряд статей (например, 42, 55, 59, 79), закрепляющих право детей с ограниченными возможностями здоровья, в т. ч. детей-инвалидов, на получение качественного образования в соответствии с имеющимися у них потребностями и возможностями. Закон устанавливает общедоступность образования, адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся, воспитанников. Статья 42 гарантирует оказание психолого-педагогической,

---

<sup>50</sup> UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006 , Guiding Principles of the Convention, UN New York.

URL:<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>

<sup>51</sup> Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (последняя редакция) // СПС КонсультантПлюс

медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации. В статье 79 установлены условия организации получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья»<sup>52</sup>.

Согласно словам министра образования О.Ю. Васильевой, более 21% школ и 16% детских садов в Российской Федерации способны обеспечить инклюзивное образование, больше половины родителей детей с особыми потребностями стали предпочитать такой формат индивидуальному обучению<sup>53</sup>. В обществе давно существует запрос на инклюзивное образование, однако остаются многие нерешенные проблемы и сложности в его реализации. Инвалидность – главная причина маргинализации в образовании, число поступивших и окончивших уровень начального образования, а также показатели грамотности детей с инвалидностью значительно ниже, чем у детей без<sup>54</sup>. Инклюзивное образование подразумевает под собой создание чувствительной к потребностям ребенка образовательной среды, которая помогает развить его внутренний потенциал, способствует социальной интеграции и будущему трудоустройству<sup>55</sup>.

Основным нормативным документом инклюзивного образования является Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»<sup>56</sup>, а также Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта

---

<sup>52</sup> Гладков Д.В. Правовое регулирование инклюзивного образования // Вестник науки и образования. 2017. №12 (36).

<sup>53</sup> РИА-Новости. Васильева: инклюзивное образование могут обеспечить 21% российских школ. Статья от 29.06.2017. URL: <https://ria.ru/society/20170629/1497534823.html> (Дата обращения 10.09. 2017)

<sup>54</sup> Wapling, L. (2016), Inclusive Education and Children with Disabilities: Quality Education for All in Low and Middle Income Countries. CBM

<sup>55</sup> Jana Kratochvílová , Jiří Havel (2014), Terms of Inclusive Education in Primary Schools - National and School Curriculum. Procedia - Social and Behavioral Sciences 141 (2014) 337 – 341

<sup>56</sup> Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»

начального общего образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»<sup>57</sup>. Предметом регулирования первого Стандарта являются такие группы лиц с ОВЗ, как глухие, слабослышащие, позднооглохшие, слепые, слабовидящие, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами, а второго Стандарта – лица с легкой умственной отсталостью, умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, тяжелыми и множественными нарушениями развития.

АООП НОО – адаптированная основная общеобразовательная программа начального образования, в Стандартах содержатся все необходимые условия для реализации того или иного вида АООП.

Оба стандарта включают в себя требования 1) к структуре АООП НОО 2) условиям реализации АООП НОО, в том числе кадровым, финансовым, материально-техническим 3) результатам освоения АООП НОО.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что в социальной политике в области образования с подписанием Россией в 2008 году Конвенции ООН о правах инвалидов обозначилась тенденция к созданию безбарьерной среды для детей-инвалидов, в частности законодательного закрепления условий функционирования инклюзивного образования, которое произошло с принятием Федеральных государственных стандартов начального общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья и интеллектуальными нарушениями в 2014 году. Таким образом, законодательно инклюзивное образование закреплено в России уже 5 лет, это стало возможно с переходом российского общества от взглядов, характерных для медицинской модели инвалидности к элементам социальной. Однако Россия пока отстает от систем инклюзивного образования западных стран, которые находятся на шаг

---

<sup>57</sup> Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»

вперед. Особо подчеркнем, что в данной работе понятия «дети-инвалиды» и «дети с ограниченными возможностями здоровья» используются как синонимы, только в контексте необходимости создания специальных образовательных условий для обеих категорий, которые определяет ПМПК.

## **1.2. Инклюзивное образование глазами российской общественности: проблемы, мнения, экспертные оценки**

Отношение к людям с инвалидностью и инвалидности – один из важнейших показателей зрелости общества и развитости прав человека. Образование непосредственно связано с реализацией прав человека, но, когда речь идет о детях с инвалидностью и ОВЗ, действительность иногда не позволяет реализовать данное право в полном масштабе в силу многих причин – начиная от общественного мнения, которое выступает как значимый барьер в социализации инвалидов и становлении их полноценными членами общества, и заканчивая инфраструктурными проблемами<sup>58</sup>.

Согласно Волковой И.П. «существует две концепции интеграции инвалидов в обществе, первая - нормоцентрическая или естественнаучная. В рамках этой концепции характерна эксклюзия людей с инвалидностью, а адаптация инвалида призвана приблизить его к норме. В данном случае видны явные пересечения с медицинской моделью, которая, по признанию всех исследователей, должна остаться в прошлом. Вторая концепция - гуманистическая или личностно-ориентированная, близка идеям экзистенциально-гуманистического подхода, необходимыми условиями интеграции являются возможность саморазвития и самореализации, установления доверительных и партнерских межличностных отношений,

---

<sup>58</sup> Пузанова Ж.В., Ларина Т.И., Вакорина Л.Ю. Экспертная оценка готовности введения федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в Москве и Московской области// Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 12. URL: [http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnal/spp/2017/12/sociology/puzanova-larina-vakorina.pdf](http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv_zhurnal/spp/2017/12/sociology/puzanova-larina-vakorina.pdf)

принятия различий в образах жизни, направленность на других и социально-полезную деятельность»<sup>59</sup>.

Ярская-Смирнова Е.Р. говоря о социальных представлениях об инвалидах, отмечает, что существует два типа таких представлений<sup>60</sup>:

Традиционный, в рамках которых, инвалидность понимается как некая патология, дисфункция, с этой точки зрения сам инвалид понимается как девиант. Согласно этой точке зрения инвалидность нуждается в коррекции, а сам инвалид в изоляции. Этот подход является нетолерантным по отношению к инвалидам.

Вторая точка зрения - теория социального конструкционизма, согласно которой инвалидность может пониматься по-разному как самим индивидом, так и окружающими его людьми в зависимости от культурного контекста и т.д. Согласно данному подходу происходит некая стигматизация, «наклеивание ярлыка», который легко меняется со сменой социального контекста.

Несмотря на все меры применяемые на уровне государства для адаптации инвалидов в обществе, социально-психологические механизмы адаптации, касающиеся в основном межличностных отношений, возможно, оказывают даже большее влияние на эффективность интеграции. Люди с инвалидностью, особенно с приобретенной инвалидностью, оказываются в специфических условиях формирования собственной «Я-концепции», которая, как известно, является неконстантным образованием<sup>61</sup>.

Поэтому прежде чем рассматривать отношение непосредственно к инклюзивному образованию важно рассмотреть отношение общественности к людям с инвалидностью и ОВЗ в целом, потому что оно во многом связано с отношением и к инклюзивному образованию. При рассмотрении в данном

---

<sup>59</sup> Волкова, И.П. Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения: автореферат дис. ... доктора психологических наук: 19.00.10 / Волкова Ирина Павловна; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - Санкт-Петербург, 2010.- 43 с

<sup>60</sup> Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности//Социологические исследования – М:Наука, 1999,№4.

<sup>61</sup> Майерс Д. Социальная психология (Social Psychology). - СПб: Питер, 2007 г

пункте мы обращаемся к инвалидам, поскольку массовое сознание, как правило, не делает разницы между инвалидами и людьми с ОВЗ, зачастую просто не представляя, в чем она заключается.

Домбровская А.Ю. отмечает<sup>62</sup>, что согласно исследованию в Калуге, Туле и Орле 2011-2012 гг., когда были опрошены сами люди с инвалидностью, почти 60% респондентов говорят, что бытующие в обществе стереотипы об инвалидности становятся причиной их плохого социально-психологического комфорта. В этом же исследовании утверждается, что для инвалидов крайне важна широта своих социальных связей, которая, к сожалению, часто находится в прямой зависимости от инфраструктурной оснащенности, так из-за отсутствия безбарьерной среды некоторые категории инвалидов просто лишены возможности коммуницировать вживую.

По результатам исследования Морозовой Е.В.<sup>63</sup> у любого инвалида формируется «комплекс представлений, чувств и переживаний о себе как о социально-недостаточном субъекте, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека происходит трансформация самосознания, планирование своего поведения и преобразование всей дальнейшей перспективы своего существования в соответствии с возникшими изменениями». Она же наряду с сугубо психологическими факторами адаптации человека с инвалидностью выделяет гармоничную систему отношений с окружающими людьми, а также наличие семьи и детей.

«Инвалидность всегда считалась проблемой самого человека с инвалидностью, которому необходимо меняться самому, либо ему помогут измениться специалисты посредством лечения или реабилитации. Это отношение проявляется в различных аспектах: в создании системы

---

<sup>62</sup> Домбровская А.Ю. Представления российских инвалидов о благоприятных условиях социальной адаптации//Мониторинг общественного развития: социально-экономические перемены. – М: ВЦИОМ. 2013, №3.

<sup>63</sup> Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания (на примере хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний): Автореф... дис. канд. психол. наук. - Ярославль: ЯрГУ, 2008. - 26 с.

специального образования, безбарьерной архитектурной среды и системы доступного здравоохранения, а также влияет на социальную политику в отношении людей с ограниченными возможностями, законодательство, технологии работы с инвалидами»<sup>64</sup>.

Реут М.Н.<sup>65</sup> выделяет пять периодов смены отношения общественности к инвалидам:

Первый период, связан с датой 1198 год, когда в Баварии открылся первый приют для слепых, ознаменовавший проявление государственной заботы об инвалидах и начало смены отношения нетерпимости к более толерантному отношению, заботе о них. В России же этот период наступил гораздо позднее в начале XVIII века и связан с именем Петра I.

Второй период связан в Европе с концом XVIII века, когда в Париже стали открывать специальные школы для людей с нарушениями, что ознаменовало переход к понятию того, что людей-инвалидов можно обучать. В России этот период наступил в начале XIX века и связан с именем Александра I, который заимствовал европейский опыт и пригласил в Россию французского тифлопедагога В. Гаюна для работы.

Третий период и в России, и в Европе ознаменован принятием ряда законов. В Европе это последняя четверть XIX века, когда в Европе принят закон о всеобщем начальном образовании, и на основе этого начинает функционировать процесс образования людей-инвалидов трех категорий (с нарушениями слуха, зрения и умственной отсталостью). В России этот период начался в начале XX века и особенно активно развился в советское время.

Четвертый период в Европе длится до 70-х гг. XX века, когда происходит совершенствование законодательной базы специального образования, происходит осознание необходимости обучения людей с любыми отклонениями, и к концу указанного периода уже до 15% детей в

---

<sup>64</sup> Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2015, №2(18)

<sup>65</sup> Реут М.Н. Комплексный подход к понятию инвалидности//Власть – М:ООО Власть, 2008,№7.

Европе включены в процесс специального образования. В России в это время также происходит дифференциация специального образования.

Во время пятого периода в Европе приходят к этапу, когда производятся попытки интеграции инвалидов в нормальную общественную жизнь с полным признанием их гражданских прав, не отличных от прав здоровых граждан. Во время этого этапа в Европе особенно примечателен подход, зародившийся в Швеции, согласно которому люди-инвалиды могут прожить самостоятельно, появляется масса проектов, направленных на реализацию данной цели. Например, проект, призванный помочь инвалидам ранее содержавшимся в специальных учреждениях переехать жить в более комфортные условия, приближенные к обычной жизни – в приемных семьях, групповых домах. Россия же, по мнению автора, сейчас находится лишь на пути перехода к пятому этапу.

В современном мире общественному мнению, измеряемому при помощи инструментов социологических опросов, уделяется все больше внимания. Результаты референдумов в Крыму (присоединение к России) и Великобритании (Brexit) демонстрируют факт, что общественное мнение становится используемым инструментом влияния на социальную политику, что говорит о том, что для изменения социальной политики нужно работать с общественным мнением и изменять стиль мышления.

Очень показательные данные получены ФОМ<sup>66</sup> в сентябре 2013 года, согласно которым большинство россиян не испытывают негативных эмоций при коммуникации с людьми с ОВЗ (65% не испытывают). Так же большинство полагает, что с инвалидами не стоит общаться как-то особенно, а стоит относиться как к обычным людям (62% полагают так при ответе на вопрос «Поговорим об инвалидах 1-й группы, которые не способны к самообслуживанию и передвижению без помощи специальных средств или других людей (инвалиды-колясочники, слепые и т.п.), т.е. о людях с

---

<sup>66</sup> ФОМ. Отношение к инвалидам. Опрос от 22023 сентября 2012 года. URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10898>

ограниченными физическими возможностями. Одни считают, что с такими инвалидами нужно общаться как с обычными людьми. Другие полагают, что с ними нужно общаться как-то по-особенному. Какая точка зрения Вам ближе – первая или вторая?»). Также фиксируется отсутствие социальной изолированности в отношении к инвалидам, 45% не стали бы отговаривать близкого человека от подобного шага, что иллюстрирует позитивную установку в отношении данной социальной группы. Однако опрошенные полагают, что люди с ограниченными возможностями здоровья несмотря на то, что не требуют какого-то специального отношения к ним, все же обладают специфическими чертами характера (46% ответов «есть» на вопрос «Как вам кажется, есть ли какие-то качества, черты характера, которые выражены у людей с ограниченными физическими возможностями сильнее, чем у других людей? Или таких качеств, черт характера нет?»). В-первую очередь это – воля и сила духа.

В своей статье Заляева А. ставила целью осветить результаты пилотажного исследования, призванного отразить специфику отношения к людям с ОВЗ в России и Европе. «Возрастная характеристика респондентов: в РФ от 9 до 18 лет — 22 респондента, от 19 до 25 лет — 124, от 26 до 29 лет — 9, от 32 до 49 лет — 9. Страны Запада: от 13 до 18 лет — 29 респондентов, от 19 до 25 лет — 87, от 26 до 30 лет — 26, от 32 до 50 лет — 33. Всего опрошены: от 9 до 18 лет — 51 человек, от 19 до 25 лет — 211, от 26 до 30 лет — 35, от 32 до 50 лет — 42, из них в Российской Федерации 42 респондента — мужчины, 122 — женщины; в странах Запада 82 — мужчины, 93 — женщины; всего: 124 — мужчины, 215 — женщины. В опросе приняли участие 339 респондентов из различных субъектов РФ и Европы (Бельгия, Польша, Литва, Эстония, Финляндия, Франция, Англия, Германия и Чешская Республика). Акцент автора стоит на детях с инвалидностью, и она делает выводы о том, что российские респонденты опасаются за детей с ограниченными возможностями, в-первую очередь в школьном коллективе, где агрессия обычно повышена. В целом, в сознании многих российских респондентов

существует очевидный стереотип, что к лицам с ОВЗ будет предвзятое отношение, что другие окружающие их люди будут испытывать неопределенные, неприятные чувства, что программы интегрированного обучения не совершенны и будут доставлять дискомфорт всему социуму. Но в целом автор подчеркивает, что нет критического разрыва в понимании трактовки «человека с ограниченными возможностями здоровья» у россиян и европейцев»<sup>67</sup>.

Массовая культура - определенное «зеркало» любого общества, в котором отражаются его успехи, беды и проблемы. СМИ как трансляторы массовой культуры обладают средствами и инструментами для влияния на ценностный компонент массового сознания, именно поэтому нередко одной из функций СМИ называют именно ценностно-регуляционную<sup>68</sup>. А. Моль говорит о СМИ: «Они фактически контролируют всю нашу культуру, пропуская ее через свои фильтры, выделяют отдельные элементы из общей массы культурных явлений и придают им особый вес, повышают ценность одной идеи, обесценивают другую, поляризуют, таким образом, все поле культуры. То, что не попало в каналы массовой коммуникации, в наше время почти не оказывает влияния на развитие общества»<sup>69</sup>.

Рассмотрим список фильмов, представленный на портале INVA-TV<sup>70</sup> и Ivi<sup>71</sup>, первый из которых специально предназначен для инвалидов и позиционирующий себя, как портал, на котором размещены все сериалы и фильмы про инвалидов и людей с ограниченными возможностями, российского и зарубежного производства. Каждое такое кино про людей с инвалидностью: слепых, глухих, инвалидов-колясочников, с ДЦП, инвалидов с детства, людей с синдромом Дауна и т.д. Изучив контент сайта, можно

---

<sup>67</sup> Заляева А. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе (результаты пилотажного исследования). Мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ. 2015.2(126) – 113-119.

<sup>68</sup> Фомичева, И. Д. Социология СМИ: учебное пособие для студентов высших учебных заведений - Москва: АспектПресс, 2007.

<sup>69</sup> Кара-Мурза С. Г. Манипуляция сознанием. – М.: Алгоритм, 2000. – С. 274

<sup>70</sup> Inva-tv. Информационный портал для инвалидов//URL:<http://inva.tv/video-pro-invalidov/2014-02-04-11-43-03>

<sup>71</sup> Ivi. Фильмы проинвалидов.URL:<https://www.ivi.ru/collections/movies-disabled>

получить определенную сводку по количеству фильмов, выпущенных за последние 10 лет определенной страной (см. таблицу 2). Конечно, фильмов об инвалидах больше, но исследуемый временной период ограничен 10 годами, так как именно в это время актуализируется проблема людей с инвалидностью, их прав и роли в социуме.

Рассматривая количество полнометражных художественных фильмов, выпущенных за последние 10 лет в различных странах, можно сказать, что тематика инвалидности гораздо в большей степени востребована в США, чем в России, но с Европой мы сравнялись. Конечно, с большой долей вероятности на рассматриваемых сайтах представлены далеко не все фильмы об инвалидах, но, как минимум, самые известные, что позволяет судить об их влиянии на массовую аудиторию.

**Таблица 2. Фильмы об инвалидах по годам и странам**

<b>Год</b>	<b>Россия</b>	<b>Европа</b>	<b>США</b>	<b>Другое</b>
2018	Временные трудности, Со дна вершины, Красные браслеты	Попробуй подкати	Небоскреб	
2017	После тебя, Как Витька Чеснок вез Леху Штыря в дом инвалидов, Любовь с ограничениями	Несмотря ни на что	Мертвая мамуля, Сильнее	Способный
2016			До встречи с тобой	1+1. Нарушая правила
2015			Не дыши, 90 минут на небесах	Хроник
2014	Класс коррекции	Племя, Вселенная Стивена Хокинга	Ты не ты	Сегодня я пойду домой один
2013		Море внутри	Урожай	
2012		Только представь, Ржавчина и кость, Человек, который смеется	Суррогат	Барфи
2011	За тобой	Финишная прямая, Приходи как есть, 1+1, 170 герц	Диагноз – любовь, Серфер души	

Год	Россия	Европа	США	Другое
2010			Сострадание к прекрасному	Меня зовут Кхан
2009		Бессердечный, Кто-то там внизу меня любит, Картахена, Фантомная боль, Я тоже, Лурд	Цирк «Бабочка», Моя любовная песня, Адам, Аватар	
2008	Любовь.ру, На краю стою, Настоящая любовь	Эта жизнь для тебя	Во все тяжкие (по 2013 год)	
2007		Скафандр и бабочка		
Итого	11	10	22	6
Итого (в %)	22,4	20,4	44,8	12,2

Если среди российских фильмов внимания заслуживает «Класс коррекции», получивший специальную премию «за искренность» в рамках Золотого Орла, режиссер фильма стал победителем в номинации «Открытие года» на Нике, фильм стал лучшей российской драмой на премии Жорж, получил главный приз в рамках Кинотавра в 2014 году<sup>72</sup> и другое. В России в кинотеатрах его посмотрели 24,7 тыс. зрителей. В 2016 году вышел очень ожидаемый американский фильм «До встречи с тобой», снятый по роману-бестселлеру, в России этот фильм посмотрели 1,06 млн. зрителей. Или французский фильм «1+1» в России посмотрели более 200 тыс. зрителей. Цифры говорят сами за себя, помимо того, что российских фильмов на данную тематику меньше, в кинопрокате они получают меньший отклик, чем фильмы из США и Европы, это также свидетельствует о форме отображения проблемы инвалидности в киноиндустрии. Однако, в 2017 мы видим значительный перевес отечественного кино на данную тематику, что говорит об активном развитии интереса и некоего «социального запроса» к проблемам инвалидности.

Отношение общества к инвалидам выражается в том числе и в возможности или невозможности трудоустройства для них. Проблемы,

<sup>72</sup>Кинопоиск. Награды фильма Класс-коррекции. URL: <https://www.kinopoisk.ru/film/705350/awards/>

появляющиеся при трудоустройстве (если говорить не о приобретенной инвалидности), можно предугадать еще на стадии получения образования.

Право на трудоустройство – одно из естественных прав человека, в отношении к людям с ОВЗ не реализуется в полной мере. 24 февраля 2013 года ФОМ провел опрос в 43 субъектах РФ, 100 населенных пунктах, выборка - 1500 респондентов «Мониторинг социальных задач: рабочие места для инвалидов»<sup>73</sup>. Так при ответе на вопрос «Среди ваших родственников, друзей, знакомых есть инвалиды или их нет? Или, может быть, у вас самого (самой) есть инвалидность?» выяснилось, что почти у 40% опрошенных есть такие знакомые, у 6% - у самих инвалидность, 55% не имеют таких знакомых и не обладают инвалидностью, остальные – затруднились ответить. На вопрос «Там, где вы живете (в вашем городе, поселке, селе), есть специальные рабочие места, предназначенные для инвалидов? Если есть, то в последнее время таких рабочих мест стало больше, меньше или их количество не изменилось?» закономерно получен большой процент ответов «затрудняюсь ответить» - 33%, так как почти половина не имеет знакомых с инвалидностью, логично предположить, что они не в курсе подобной информации. Остальные 50% ответили, что подобных мест нет, лишь 3% считают, что таких мест стало больше, 8% полагают, что количество рабочих мест для инвалидов не изменилось, и 7% - их стало меньше. ФОМ утверждает, что чаще всего об отсутствии специальных рабочих мест говорят сами инвалиды, а также жители малых городов, поселков городского типа и сел. В городах-миллионниках люди наблюдают сокращение числа мест для работы инвалидов.

Достаточно свежие данные по вопросам трудоустройства представлены ВЦИОМ в пресс-релизе, посвященном оценке госучреждений Москвы трудоустройства<sup>74</sup>. «Генеральная совокупность – инвалиды и молодёжь квотируемых категорий в соответствии с Законом города Москвы № 90 «О

---

<sup>73</sup> ФОМ. Мониторинг социальных задач: рабочие места для инвалидов. Опрос от 24.02.2013. URL: <http://fom.ru/TSennosti/10944>

<sup>74</sup> ВЦИОМ. Госучреждение Москвы оценили трудоустройство. Опрос от 22.04.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115667>

квотировании рабочих мест» от 22 декабря 2004 года. Объем выборки – 1200 человек. Выборка квотная. Были определены квоты по типу котируемых категорий жителей Москвы»<sup>75</sup>. «Были заданы вопросы «Знаете ли Вы, какие из нижеперечисленных государственных учреждений в Москве занимаются решением вопросов трудоустройства?» и «Какие возможности Вы использовали для поиска работы?», «В какие из них Вам приходилось лично обращаться по вопросам трудоустройства?», «Как Вы оцениваете качество услуг, предоставленных Вам данными учреждениями? Оцените по шкале от 1 до 10, где 1 - крайне низкое качество, 10 - очень высокое качество», «Какие источники информации Вы использовали для самостоятельного поиска вакансий?». Инвалиды и молодёжь, относящиеся к котируемым категориям, при поиске работы обычно рассчитывают на собственные силы, родственные связи и знакомства. При этом те граждане, которые прибегали к помощи госучреждений, оценивают качество их услуг выше среднего»<sup>76</sup>.

В 2016 г. ВЦИОМ провел опрос, посвященный уже исключительно вопросам трудоустройства людей с ограниченными возможностями здоровья<sup>77</sup>. Даты и частота подобных опросов подчеркивают актуализацию и социальную значимость проблемы. Согласно результатам опроса, «при поиске работы инвалиды по слуху предпочитают самостоятельно искать вакансии (74%) либо обращаться к родственникам и знакомым (69%), инвалиды по зрению, наоборот, в большей степени предпочитают полагаться на помощь родственников и знакомых (75%), и чуть в меньшей степени искать работу самостоятельно (65%), инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата самостоятельно ищут вакансии (67%) и опять же обращаются к родственникам и знакомым (57%), инвалиды с психоневрологическими заболеваниями аналогично (51% и 49% соответственно) (ответы на закрытый вопрос «Какие возможности Вы использовали для поиска работы?» с

---

<sup>75</sup> См. Там же

<sup>76</sup>

<sup>77</sup> ВЦИОМ. Трудоустройство с ограниченными возможностями здоровья. Опрос от 17.06.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739>

неограниченным количеством вариантов ответа). Говоря об источниках информации, которыми люди с ограниченными возможностями здоровья пользовались для поиска работы следует отметить, что для инвалидов по слуху, зрению и инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата таким источником в большей степени являются сайты по поиску работы (52%, 68% и 57% соответственно), в то время как для инвалидов с психоневрологическими заболеваниями источником в большей степени служат газеты и журналы с объявлениями о вакансиях (45%) (ответы на закрытый вопрос с неограниченным количеством ответов «Какие источники информации Вы использовали для самостоятельного поиска вакансий?»)<sup>78</sup>.

Среди людей с инвалидностью больше всего для целей поиска работы востребованы сайты, такие как hh.ru (30% опрошенных, пользовавшихся сайтами), job.ru (16%) и inva.tv (14%), в то время как государственные учреждения и кадровые агентства не очень популярны.

Говоря о нозологиях, больше всего времени на то, чтобы найти работу уходит у людей с проблемами опорно-двигательного аппарата (35% представителей тратят до полугода на поиск работы).

В статье «Формирование социальных стереотипов инвалидности» Домбровская А.Ю. на основании данных фокусированного интервью приводит три антиномии, выявленные при обсуждении о месте инвалидов в социальной жизни современного общества<sup>79</sup>:

**«Первая антиномия.** Семья рассматривается участниками фокус-групп (инвалидами) с двух сторон: или как главный жизненный ресурс, или (в случае отсутствия постоянного родительского внимания) как то, вопреки чему удалось приспособиться к ограничениям здоровья. **Вторая антиномия.** Люди с ограниченными возможностями, с одной стороны, заявляют о необходимости равного к ним отношения в общественных местах («без

---

<sup>78</sup> ВЦИОМ. Трудоустройство с ограниченными возможностями здоровья. Опрос от 17.06.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739>

<sup>79</sup> Домбровская А.Ю. Формирование социальных стереотипов инвалидности//Среднерусский вестник общественных наук – Орел:ФГБОУ ВО «РАНХИГС»,2009,№2.

унизительных взглядов сочувствия и проявления жалости»), с другой – демонстрируют явную установку на свое «особое положение» в общественных местах: транспорте, на дороге, очереди и проч. *Третья антиномия.* Размышляя о самых необходимых видах помощи, люди с ограниченными возможностями называют, прежде всего, материальную поддержку, улучшение медицинского обслуживания и решение жилищных проблем, то есть имеют явную установку на пассивные виды помощи. В то же время эти же информанты демонстрируют высокую степень неудовлетворенности тем стереотипным образом инвалида, который сформировался под влиянием средств массовой информации, образом недееспособного, немощного человека, ориентированного на иждивенческую жизненную позицию».

На наш взгляд, можно дополнить эти антиномии еще несколькими:

*Четвертая антиномия.* Принятые законодательные акты в Российской Федерации декларируют доступную среду для людей инвалидов, однако реальная материально-техническая структура еще очень далека от приемлемой.

*Пятая антиномия.* Улучшение показателей опросов общественного мнения об отношении к инвалидам является фактором социальной желательности, но в реальности можно говорить о парадоксе Ла-Пьера в отношении инвалидов и детей-инвалидов.

Говоря о социализации инвалидов, следует начинать со школьного образования. «В последнее время дети с ограниченными возможностями здоровья обладают возможностью получать образование с детьми, которые не являются инвалидами. К одной из важнейших задач учебных заведений, в которых осуществляется совместное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и здоровых детей, а также заведений инклюзивного типа, относится построение системы, которая удовлетворяла бы потребности всех обучающихся. В данном случае под этим обычно понимают формирование и развитие такой системы общего образования, которая делает ее доступной для всех детей и имеет возможность

приспособиться к особым нуждам детей с ОВЗ или детей, обладающих специфическими потребностями. Подобная система основана на такой методологии, которая рассматривает каждого ребенка как индивида, обладающего своими особыми потребностями, своим особым понятийным аппаратом, языковыми средствами, обеспечивающими взаимопонимание в процессе обучения. Поэтому такая система должна обладать достаточной гибкостью, чтобы обеспечить удовлетворение и соответствие всем требованиям обучения различных категорий детей. Специфика совместного обучения обусловлена глубоким погружением ребенка в адаптированную среду, в которой социальные работники и педагоги оказывают ему и членам его семьи различные поддерживающие услуги. В результате такого взаимодействия происходят глубокие изменения собственно социально-педагогической среды, в основании которых лежит перестройка учебно-воспитательной работы, формирование соответствующей социально-образовательной среды и готовности всех участников социального окружения к глубоким личностным и профессиональным изменениям, релевантным интересам детей»<sup>80</sup>.

«В таких образовательных учреждениях и дети-инвалиды, и здоровые дети получают поддержку, которая дает им возможность реализовать свой личностный потенциал, почувствовать уверенность в себе, ощутить значимость собственной личности. Таким образом, важной целью таких школ становится не само по себе получение образования, а осуществление полноценного социального благополучия в жизнеобеспечении личности, реализация активности этой личности на уровне общения со сверстниками, получение и осуществление взаимопомощи»<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> Смехова А. Инклюзивное образование: благие намерения, ведущие... куда? [Электронный ресурс] // Родительское Всероссийское Сопротивление. 2014. URL: <http://r-v-s.su/news/2013/inklyuzivnoe-obrazovanie-blagie-namereniya-ve-dushchie-kuda> (дата обращения: 20.09.2016).

<sup>81</sup> Пузанова Ж.В. Проблемы организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика общественного развития. 2014. №18.

Социальное принятие, гуманистическая позиция по отношению к «другому», «иному» формируется с раннего возраста и дает положительные результаты в зрелости. «Одной из важнейших задач обучения и воспитания детей с ОВЗ является помощь психологическому и социальному развитию детей, и в первую очередь формирование у них образцов позитивного социального поведения, ознакомление с культурой поведения в обществе, обучение навыкам повседневной деятельности»<sup>82</sup>. «Цели, которые стоят перед образовательными учреждениями, — включение детей дошкольного и школьного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, организация своевременного квалифицированного обучения детей, учитывающего их психофизические и возрастные особенности и направленного на предупреждение и преодоление дефектов развития»<sup>83</sup>.

«На Западе проблема включенного образования была озвучена еще в 80-е гг. XX в. Например, в США в середине 1970-х гг. около 1 млн детей с ограниченными возможностями даже не посещали школу, в то время как после принятия в 1975 г. Закона об образовании (IDEA) и его поправок в 1997 г. ситуация в образовательной среде изменилась. Обычно дети-инвалиды могли посещать только школу специального образования. Новое законодательство в отношении детей с особыми потребностями предоставило возможность детям с ОВЗ из отдельных классов перейти в обычные классы и получать опыт взаимодействия со здоровыми детьми. Во многих западных странах уже длительное время ведется работа по созданию и внедрению нормативных актов, направленных на расширение образовательных возможностей детей с инвалидностью: увеличение доступа к образованию, интеграцию, инклюзию, которая предполагает включение детей с ОВЗ в

---

<sup>82</sup> Ростовых Е.И. Создание образовательно-развивающей среды как ресурс развития умственно отсталых детей младшего школьного возраста // Информационные технологии в образовании: границы коммуникаций, 5(13), 2013. – с.294-295.

<sup>83</sup> Пузанова Ж.В. Проблемы организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика общественного развития. – 2014, № 18. С. 9-12.

классы общеобразовательной школы, расширение возможности их общения со сверстниками во время различных мероприятий, досуговой деятельности и через активизацию социальных контактов. Именно в этом направлении интеграции ведется работа по приведению потребностей детей-инвалидов в соответствие с системой общего образования, которая сама не меняется. Дети с ОВЗ могут посещать обычные школы, однако это не обязывает их учиться в тех же классах, что и все остальные дети».

«Для реализации совместного образования необходимо, во-первых, осуществить перепланировку и реформирование помещений в соответствии с потребностями всех детей; во-вторых, разработать меры по приведению всех видов сервисов, в том числе и в особенности образовательной среды, в соответствие с потребностями детей с ОВЗ. Реализация этих принципов будет способствовать тому, что все дети с раннего возраста будут интегрированы в социальную и образовательную среду учебного заведения по месту их жительства»<sup>84</sup>.

«Практики обращают внимание и на трудности самого процесса включения ребенка с ОВЗ в общеобразовательную программу обучения средней школы. Выделяют также стереотипы и предрассудки как родителей, так и педагогов, осложняющие процесс социализации детей с ОВЗ, а также и низкую культуру педагогов, неготовность учителей к принятию детей-инвалидов, что влечет за собой неприятие, даже агрессию со стороны здоровых учеников и в ответ со стороны детей с ОВЗ и их родителей.

Важность гуманистического компонента в развитии инклюзивного образования заставляет обратиться к восприятию его российской общественностью»<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Пузанова Ж.В. Проблемы организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика общественного развития. — 2014, № 18. — С. 9-12.

<sup>85</sup> Пузанова Ж.В., Тертышникова А.Г. Анализ деятельности образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Общество: социология, психология, педагогика. 2015. №4.

«По данным опроса ФОМ «Образование без границ: дети-инвалиды в обычных школах» от 12 августа 2012 сделан вывод: сторонники совместного обучения детей-инвалидов и обычных школьников говорят, что все дети равноправны, никто не должен чувствовать себе изгоем. Противники такой практики уверены, что, обучаясь в общеобразовательных классах, дети-инвалиды столкнутся с жесткостью и непониманием сверстников. 45% опрошенных считают, что обучение детей должно быть совместным, 35%, что оно таковым быть не должно, остальные затруднились ответить. Отвечая на открытый вопрос о причинах, почему дети-инвалиды должны либо не должны учиться вместе с обычными детьми были получены следующие ответы: «Все дети равноправны, не нужно их разделять» (18%), «Дети-инвалиды не будут чувствовать себя ущербными, изгоями» (7%), «Нужно воспитывать гуманное отношение к людям-инвалидам» (6%), «Дети-инвалиды должны общаться со сверстниками» (5%), «У детей-инвалидов будет происходить социальная адаптация» (4%), «Дети-инвалиды будут лучше учиться, развиваться» (3%), «Дети-инвалиды не виноваты, нельзя их обделять» (2%), «Это правильно, так будет лучше для всех» (2%). Среди тех, кто считает совместное обучение неприемлемым, указывались такие причины – «Сейчас дети жестокие, они будут обижать детей-инвалидов» (16%), «Детям-инвалидам нужны специальные условия и программы обучения» (7%), «Детям-инвалидам будет некомфортно, они будут острее чувствовать свою инвалидность» (5%), «Дети-инвалиды и другие дети будут мешать друг другу» (3%), «Детям-инвалидам будет сложнее учиться» (3%), «Наше общество не готов к этому» (1%)»<sup>86</sup>.

«52% опрошенных считают, что при совместном обучении детей-инвалидов и обычных детей, качество образования не ухудшится, 26% - ухудшится, остальные затруднились ответить. В то же время больше

---

<sup>86</sup> Puzanova Z.V., Tertyshnikova A.G. The analysis of educational organizations rendering educational services to students with disabilities//Society: sociology, psychology, pedagogics. Issue 4, 2015

половины опрошенных (52%) считают, что детям-инвалидам в первую очередь будет некомфортно учиться со здоровыми. И говоря о том, кто должен отстаивать идею о совместном образовании, а также финансировать техническое переоборудование образовательных учреждений, большинство респондентов отмечают, что это прерогатива Министерства образования (30% и 36% соответственно).

Левада-центр провел исследование о возможных препятствиях и барьерах для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в обычных школах. В рамках этого исследования было проведено 30 фокус-групп и 14 интервью с педагогами и родителями «здоровых» детей в 4 городах России. Результаты исследования показали, что для включения детей с ОВЗ в обучение в обычных школах существуют препятствия со стороны родителей «здоровых» детей и неготовность школ к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья»<sup>87</sup>.

Видно, что в данном контексте встает проблема эффективного управления образовательным процессом.

«Между тем в России давно существует система коррекционной педагогики. Она включает в себя подготовку узких специалистов – учителей-логопедов, дефектологов, в том числе сурдо-, тифло-, олигофренопедагогов. Это сеть учебных заведений, в которых дети-инвалиды получают образование, адекватное их возможностям, навыки самостоятельной жизни в обществе, а главное – профессию. Разработаны уникальные методики обучения, специальные программы и оборудование для школ, обучающих слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью и т. д. Важно, чтобы при продвижении идеи о защите прав детей-инвалидов через совместное обучение постепенно не была разрушена уникальная система коррекционной

---

<sup>87</sup> Пузанова Ж.В., Тертышников А.Г. Анализ деятельности образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Общество: социология, психология, педагогика. 2015. №4.

педагогики»<sup>88</sup>. «Получение качественного образования и коррекции без адекватного взаимопонимания педагогов, родителей, чиновников и, наконец, детей с ОВЗ и здоровых должно основываться на социальной инклюзии, то есть на включении инвалидов в социальные процессы и отношения через установления тесных взаимосвязей между отдельными образовательными организациями, реализующими исключительно адаптированные основные общеобразовательные программы (коррекционными) и общеобразовательными (инклюзивными) школами»<sup>89</sup>.

В августе 2015 г. ВЦИОМ провел опрос «Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде», приуроченный к ситуации, произошедшей с семьей Натали Водяновой. Опрошено 1600 человек в 132 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России<sup>90</sup>.

Согласно результатам опроса, треть россиян в семье или среди друзей имеют людей с инвалидностью, причем чем старше опрошенные, тем больше среди них людей, у которых такие знакомые есть (Ответ на вопрос: «Есть ли у Вас в семье или среди друзей кто-то с инвалидностью, или среди Ваших друзей/родственников нет таких людей?»). 67% опрошенных утверждают, что в России не созданы равные возможности для трудоустройства и образования для людей-инвалидов (Ответ на вопрос: «Как Вы считаете, в России созданы или не созданы равные возможности для трудоустройства и образования для людей-инвалидов?»). Такие же оценки дают опрошенные о создании доступной среды в их регионах – 63% считают, что такая среда скорее не создана (Ответы на вопрос: «А в Вашем населенном пункте обеспечена доступная среда для детей-инвалидов или нет?»). Примечателен факт, что респонденты из городов-миллионников в большей степени, чем респонденты

---

<sup>88</sup> См. там же

<sup>89</sup> Пузанова Ж.В. Проблемы организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика общественного развития. — 2014, № 18. — С. 9-12.

<sup>90</sup> ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2903. Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде. Опрос от 14.08.2015. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349> (Дата обращения 10.09. 2017)

из Москвы и Санкт-Петербурга склонны полагать, что такая среда создана (46% в сравнении с 30%).

На вопрос «Вы согласны или нет, чтобы в классе, где учится Ваш ребенок, учились бы также дети-инвалиды?» 73% опрошенных ответили утвердительно, причем нет значительной разницы в ответах тех, у кого есть знакомы-инвалиды и тех, у кого их нет.

В период с 2002 по 2016 гг. специалистами Саратова проводились «анкетные опросы педагогических работников (N=400), учащихся массовых школ г. Саратова (N=500), их родителей (N=400) с целью выявления динамики отношения к детям-инвалидам. За 15 лет возросла часть педагогических работников (суммарно до 45 %) и группы родителей обычных учащихся (суммарно до 38 %), которые позитивно относятся к развитию практик социально-образовательной инклюзии детей с ОВЗ. В два раза возросло число педагогов, согласных с возможностью обучения в массовой школе детей с нарушением опорно-двигательного аппарата и нарушением сенсорной сферы (в группе родителей прирост составил 5 %). На 6 % больше родителей стало относиться оптимистичнее к инклюзии детей с умственной отсталостью (среди педагогов таких только 1 %)»<sup>91</sup>.

«Снижение числа скептически настроенных педагогических работников, возможно, произошло благодаря накоплению ими опыта инклюзии, прохождения курсов повышения квалификации, стажировок (в том числе, в зарубежных инклюзивных центрах). Тем не менее, каждый четвертый педагог пессимистично оценивает перспективы инклюзии, опасаясь усложнения профессиональной деятельности, увеличения объема отчетности, ответственности за жизнь и здоровье «включенных детей», снижения успеваемости в классе, затруднения карьерного роста, творческого самовыражения (более 70 % респондентов)»<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> Селиванова С.Ю. Инклюзивное образование детей с ОВЗ: особенности социального отношения// Специальное образование. 2017.С. 178-180.

<sup>92</sup> Селиванова С.Ю. Инклюзивное образование детей с ОВЗ: особенности социального отношения// Специальное образование. 2017.С. 178-180.

В 2004 году каждый четвертый респондент в качестве минуса инклюзивного образования видел неспособность детей с ОВЗ и с инвалидностью освоить ООП, и данная ситуация не сильно изменилась в 2017 году статистически, однако информанты стали отмечать плюсы инклюзии для индивидуального развития детей.

Так, можно констатировать наличие противоположных взглядов на инклюзивное образование с разными нозологиями – информанты не видят проблем в инклюзии детей с нарушением в области сенсорной и двигательных сфер, однако нарушения интеллекта встречают резкую оппозицию.

В 2016 году НИУ ВШЭ было проведено общероссийское исследование по заказу Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации<sup>93</sup>. «Большинство россиян определяет отношение российского общества к детям-инвалидам как дружественное. По сравнению с результатами исследования 2010 г. доля опрошенных, положительно воспринимающих детей-инвалидов, увеличилась. Дружественное отношение к взрослым и детям, имеющим инвалидность, становится проявлением «хорошего тона», социально одобряемым поведением. Граждане стали более терпимо относиться к появлению детей-инвалидов в общественных местах.

Значительно возросла активность граждан в оказании помощи детям-инвалидам. По данным исследования 2016 г., детям-инвалидам и их семьям оказывали помощь 50% опрошенных, что существенно больше аналогичной доли (14%) в ходе исследования 2010 г. Более половины участников исследования выразили абсолютное согласие с тем, что дети-инвалиды не отличаются от остальных детей по своим человеческим качествам и в будущем при условии заботы государства об их образовании и адаптации смогут самостоятельно обеспечивать себя и приносить пользу обществу.

Подавляющее большинство россиян убеждены в том, что ребенок с инвалидностью должен воспитываться в семье – ему не место в школах-

---

<sup>93</sup> Отношение общества к детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам. – М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017 – с. 8-11.

интернатах независимо от того, какова тяжесть его заболевания. Данный результат вполне закономерен в контексте популяризации идеи семейного воспитания детей, транслируемой в последние годы. Однако большинство опрошенных родителей детей-инвалидов и экспертов считают, что в настоящее время существуют объективные причины передачи ребенка-инвалида в интернат, прежде всего в связи с необходимостью обучения ребенка-инвалида и отсутствием необходимых для ребенка образовательных учреждений по месту жительства семьи»<sup>94</sup>.

По мнению респондентов, основными проблемами, с которыми сталкиваются семьи, в которых растут дети с инвалидностью и ОВЗ – это финансовое бремя, проблемы трудоустройства, недоступность медицинских услуг, нехватка специализированных технических средств сопровождения, вопрос с получением образования. Государство должно выступать основным агентом по предоставлению услуг таким семьям, но, по мнению информантов, объем этой помощи недостаточен, а нивелирует эту разницу коммерческий сектор.

Общество пришло к пониманию необходимости создания специальных условий для инвалидов, однако реализация данного процесса пока оценивается негативно. «Большинство граждан позитивно оценивает идею инклюзивного образования. При этом почти половина участников опроса убеждены в том, что сегодня ни школа, ни общество в целом не готовы к внедрению совместного обучения детей с инвалидностью и без инвалидности»<sup>95</sup>.

Результаты данных опросов и исследований показывают достаточно позитивное отношение к людям-инвалидам со стороны общественности, однако это может быть всего лишь иллюстрация парадокса Ла-Пьера, когда высказываемые установки не соотносятся с реальным поведением. Так можно

---

<sup>94</sup> Отношение общества к детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам. – М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017 – с. 8-11.

<sup>95</sup> См. Там же

обозначить два основных блока проблем, которые следует решить в контексте инклюзивного образования – проблема восприятия (родителей, учителей и детей без инвалидности детей с инвалидностью) и проблема создания условий, т.е. перцептивная и материально-техническая проблемы. Их на самом деле гораздо больше, но эти две можно считать основополагающими. Стандарты призваны решить материально-техническую часть проблемы, а решение проблемы, связанной с перцепцией предполагает более масштабную работу и временные затраты.

### **1.3. Новые подходы в реализации инклюзивного образования в современной России: система ПМПК**

Рассмотренные в первом параграфе Стандарты являются первым механизмом повышения эффективности инклюзивного образования, которые совокупно составляют часть правового обеспечения процесса, вторым механизмом, который будет рассмотрен в рамках данной работы является система психолого-медико-педагогическая комиссий (ПМПК). Сразу оговоримся, что не будем подробно рассматривать медико–социальную экспертизу (МСЭ), которая относится к ведению Министерства труда и социальной защиты РФ, она устанавливает инвалидность и определяет индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида, в то время как ПМПК относится сугубо к образовательной деятельности и находится в ведении Министерства просвещения РФ.

Система ПМПК начала функционировать на несколько лет раньше, чем появились Стандарты, их взаимоотношения являются дополняющими, а конкретная реализация в реальности имеет ряд проблем, чем и обусловлено предложение концепции системы управления инклюзивным образованием в рамках данной диссертации.

ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия) – аббревиатура, известная каждому родителю, чей ребенок имеет проблемы в развитии.

Психолого-медико-педагогическая комиссия – орган, созданный для оценки необходимости специальных условий в образовании для каждого конкретного ребенка. Поскольку на законодательном уровне инклюзивное образование функционирует только пятый год, есть некоторые проблемы в реализации его механизмов, одним из которых как раз и является ПМПК. Усовершенствование деятельности ПМПК – центральная задача социальной политики в области образования для детей со специальными потребностями.

ПМПК определяет необходимость в создании специальных условий получения образования и конкретные специальные условия, необходимые ему для получения образования. «Принципиально важно сегодня признание всеми специалистами доказанного отечественной и признанного мировой наукой положения о том, что ограничения в жизнедеятельности и социальная недостаточность ребенка с ограниченными возможностями здоровья непосредственно связаны не с первичным нарушением, а именно с «социальным вывихом»<sup>96</sup>. Определение трудностей в развитии, которые обуславливают создание специальных условий получения образования и самих специальных условий получения образования (определены ст.79 Закона об образовании) - основная задача психолого-медико-педагогических комиссий.

Не менее важной задачей является выявление определение профессиональных дефицитов в области дифференциальной диагностики сотрудников данных комиссий, их опыта работы, основных трудностей, с которыми они сталкиваются и которые мешают качественной работе с детьми.

Деятельность комиссий организуется в соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

Проанализируем основные положения Приказа.

---

<sup>96</sup> Артюшенко Н.П. Роль психолого-медико-педагогической комиссии в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования//Вестник ТГПУ. 2009. Выпуск 7 (85).

Главной целью ПМПК является своевременное выявление детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций<sup>97</sup>.

Различают центральные ПМПК, которые ведут свою деятельность в рамках целого субъекта РФ и формируются органом исполнительной власти, и территориальные ПМПК, которые являются меньшими по масштабу, в рамках одного субъекта РФ могут существовать несколько территориальных ПМПК, так как они работают в пределах одного или нескольких муниципальных образований субъекта РФ, их деятельность управляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования, или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования. Центральные ПМПК являются более статусными в том плане, что осуществляют координацию деятельности территориальных ПМПК и рассматривает спорные ситуации территориальных ПМПК (в т.ч. в случае обжалования родителями).

Каждую ПМПК возглавляет руководитель (председатель), в состав комиссии обычно включены педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог. Включение других специалистов происходит по необходимости, и не

---

<sup>97</sup> Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2013 N 30242). Общие положения.п.2 [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_153650/f512a00caf526ee76eed8f9fdc5cbf7380c36a9c/#dst100011](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153650/f512a00caf526ee76eed8f9fdc5cbf7380c36a9c/#dst100011)

закреплено в положении. То же относится и к включению в состав ПМПК медицинского работника, которые происходит при необходимости и только после согласования с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере здравоохранения.

В положении закреплено количество ПМПК на субъект РФ, оно составляет не менее 1 комиссии на субъект из расчета 1 комиссия на 10 тысяч детей.

Очень важный факт – конфиденциальность обследования детей ПМПК, содержание процесса ни в коем виде не может быть доступно третьим лицам без согласия родителей ребенка или его законных представителей. Однако положением оговаривается наличие особых обстоятельств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, однако они не перечислены.

Материально-техническое обеспечение ПМПК находится в ведении органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования.

Основными направлениями деятельности комиссии являются:

а) проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских

организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

г) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

д) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

е) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

Права ПМПК, закрепленные в положении, касаются возможности запрашивать необходимые сведения у органов исполнительной власти, правоохранительных органах, организаций и простых граждан; проверять факт учета рекомендаций по созданию условий для обучения детей в образовательных организациях, а также в семье, но только с согласия родителей; ПМПК могут предлагать меры по усовершенствованию своей деятельности в компетентные органы.

Любое обследование ребенка до 15 лет в ПМПК проводится только с согласия его родителей или законных представителей, если ребенок старше 15 лет, то обследование проводится с согласия самого ребенка, если иное не предусмотрено законом, опять же эти случаи в Положении не уточняются. Все это реализуется бесплатно.

Родители (законные представители ребенка) обязаны предоставить в ПМПК:

- документ, удостоверяющий их личность/документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка,

- заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;

- копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

- направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

- заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);

- заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

- характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);

- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

ПМПК обязана оповестить родителей (законных представителей) о подробностях проведения обследования в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

Обследование проводится либо в помещении ПМПК, либо по месту проживания (обучения) ребенка, каких-либо регулирующий этот процесс подробностей в Положении не представлено.

ПМПК имеет право определять состав комиссии (наличие конкретных специалистов), процедуру и ее продолжительность сама с опорой на особенности конкретного ребенка.

Дополнительное обследование не может проводиться в тот же день, что и основное.

Важным элементом, регулирующим деятельность ПМПК, является наличие протокола и заключения, которое обязательно должно быть на специальном бланке и включать обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и наличии либо отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов; рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок может освоить, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования.

Дети никогда не должны присутствовать при вынесении заключения комиссии. Данный аспект видится крайне важным, ведь его нарушение может повлиять на самовосприятие ребенка, а включение ребенка в нормальную социальную жизнь возможно только при наличии у него конструктивной жизненной позиции.

Все документы должны быть подписаны членами и председателем ПМПК, заверены печатью комиссии в срок не превышающий 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

Родители (законные представители) детей имеют право: присутствовать при обследовании детей в комиссии, обсуждении результатов обследования и вынесении комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей; получать консультации специалистов комиссии по вопросам обследования детей в комиссии и оказания им психолого-медико-

педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей; в случае несогласия с заключением территориальной комиссии обжаловать его в центральную комиссию.

Пожалуй, основным пунктом, который становится «камнем преткновения» между ПМПК и родителями является следующий: «Заключение комиссии носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер». «Институт проблем инклюзивного образования Московского городского психолого-педагогического университета в рамках федерального проекта 2015 г. провел исследование деятельности центральных и территориальных ПМПК России, согласно их данным, основная причина конфликтов как в центральных, так и в территориальных ПМПК – «несогласие родителей с рекомендациями ПМПК», на втором месте – «предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов». Конфликты по этому поводу возникают в половине центральных ПМПК и в каждой пятой территориальной комиссии (центральные – 48 %, территориальные – 19 %). Третья причина – «неуважительное отношение родителей к ПМПК». Однако, следует отметить, что эти данные получены от самих ПМПК, родители, вероятно, имеют свою точку зрения на этот вопрос»<sup>98</sup>.

Таким образом, определение трудностей в развитии, которые обуславливают создание специальных условий получения образования и самих специальных условий получения образования - основная задача психолого-медико-педагогических комиссий.

Не менее важной задачей является определение профессиональных дефицитов в области дифференциальной диагностики у специалистов ПМПК, их опыта работы, основных трудностей, с которыми они сталкиваются и которые мешают качественной работе. Как отмечает Н.П. Артюшенко<sup>99</sup>,

---

<sup>98</sup> Алехина С.В. Взаимодействие с родителями в деятельности Психолого-медико-педагогических комиссий. Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск: ФГБОУ ВПО «НГПУ». № 6, 2015. – с.128.

<sup>99</sup> Артюшенко Н.П. Роль Психолого-педагогической комиссии в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования. Вестник ТГПУ. 2009. Выпуск 7 (85). – с.69

необходимо формирование в обществе инклюзивной философии, которая провозглашает ценность каждого члена общества, обеспечивает равное отношение ко всем людям.

Таким образом, все положения, указанные в Приказе о деятельности ПМПК можно разбить на группы - организационно-правовые вопросы функционирования ПМПК, порядок проведения, ресурсное (материально-техническое обеспечение), кадровое обеспечение, взаимодействие с родителями, которые легко операционализируются в вопросы для социологического мониторинга деятельности ПМПК, который сам по себе может стать инструментом контроля эффективности как ПМПК, так и реализации части инклюзивного процесса.

Но в систему ПМПК входят не только сами ПМПК, но и психолого-медико-педагогические консилиумы (ППк), которые ранее функционировали на основе Приказа об образовании и Письма Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/901-б «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»<sup>100</sup>. Однако с недавних пор они функционируют на основе Распоряжения Министерства просвещения Российской Федерации от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»<sup>101</sup>.

«Задачами ППк являются:

- выявление трудностей в освоении образовательных программ, особенностей в развитии, социальной адаптации и поведении обучающихся для последующего принятия решений об организации психолого-педагогического сопровождения;

---

<sup>100</sup> Письмо Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/901-б «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»//Техэксперт <http://docs.cntd.ru/document/901822210>

<sup>101</sup> Распоряжение Министерства просвещения Российской Федерации от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»//URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/6f205375c5b33320e8416ddb5a5704e3/>

- разработка рекомендаций по организации психолого-педагогического сопровождения обучающихся;
- консультирование участников образовательных отношений по вопросам актуального психофизического состояния и возможностей обучающихся; содержания и оказания им психолого-педагогической помощи, создания специальных условий получения образования;
- контроль за выполнением рекомендаций ППк.

ППк апеллирует к ПМПк в случае определения или изменения специальных условий получения образования. Таким образом, снова подчеркнем, что ПМПк являются образованием более высокого уровня с задачами определения специальных условий получения образования»<sup>102</sup>.

Третьим звеном системы психолого-медико-педагогического сопровождения в развитии инклюзивного образования в целях совершенствования деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, с учетом применения норм Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и в рамках протокола Коллегии от 10 ноября 2014 г. № ПК-6вн Минобрнауки России создал Методические рекомендации по совершенствованию деятельности ППМС-центров<sup>103</sup>.

ППМС-центры оказывают методическую помощь образовательным организациям по работе ППк, разработке образовательных программ, индивидуальных учебных планов, выбору моделей инклюзии, оптимальных методов обучения и воспитания детей-инвалидов, обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, выявлении и устранении у них препятствий к обучению, а также обеспечивают функционирование ПМПк на своей базе. Проблема

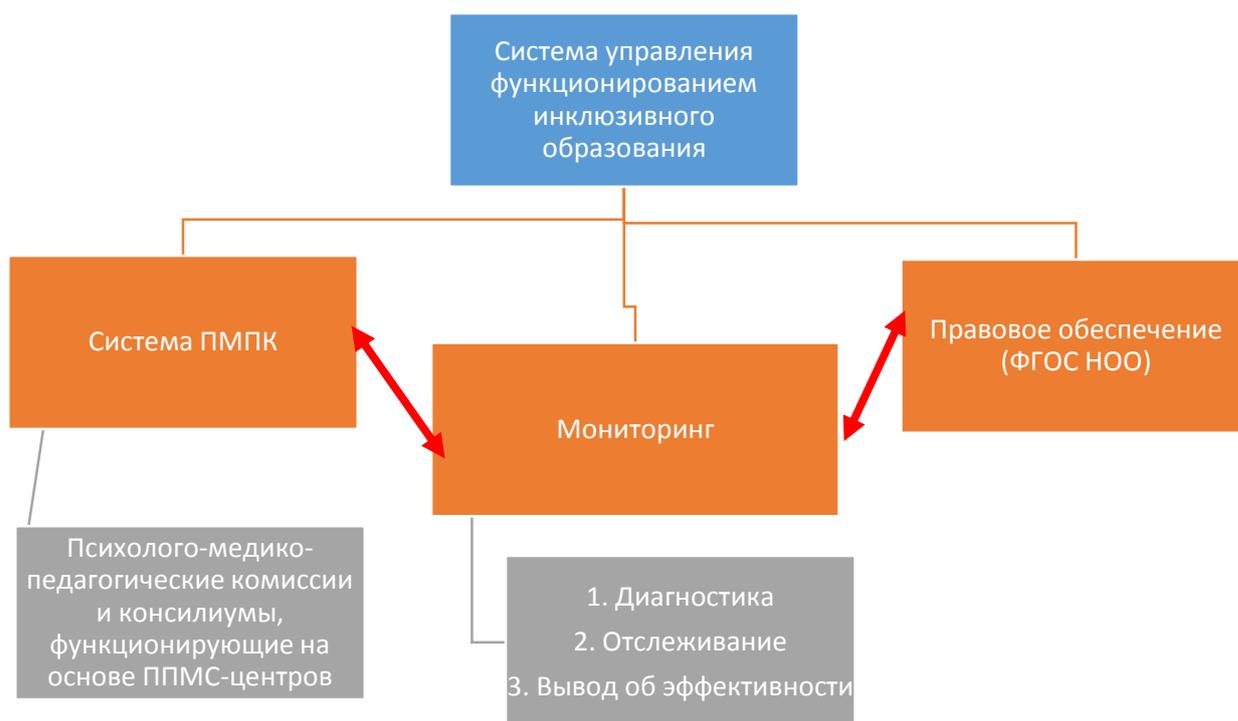
---

<sup>102</sup> Распоряжение об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации от 09.09.2019. URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/6f205375c5b33320e8416ddb5a5704e3/>

<sup>103</sup> О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи письмо министерства образования и науки российской федерации от 10 февраля 2015 г. № вк-268/07 URL: [http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/akty\\_minobrnauki\\_rossii/pismo-minobrnauki-rf-ot-10022015-no-vk-26807](http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/akty_minobrnauki_rossii/pismo-minobrnauki-rf-ot-10022015-no-vk-26807)

правового поля системы ПМПК сейчас в том, что многие пункты носят рекомендательный характер и не получают реальной реализации, поэтому сейчас мы все чаще можем слышать заявления в сфере управления образованием о том, что планируется перейти к централизованной модели, когда все ПМПК в регионе будут работать на базе центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ППМС)<sup>104</sup>. Очевидно, что сейчас это не так.

Для установления пробелов правового поля, а также диагностики и контроля эффективности реализации системы ПМПК как одного из механизмов инклюзивного образования предлагается использование еще одного механизма – Мониторинга, идея которого позаимствована из датской модели инклюзивного образования.



**Рис. 3. Модель системы управления функционированием инклюзивного образования в России**

<sup>104</sup> Систему психолого-медико-педагогических комиссий в регионах ждут изменения//Учительская газета. Выпуск от 19.03. 2019. URL: <http://ug.ru/news/27449>

Таким образом, предлагаемая модель системы управления функционированием инклюзивного образования (см. рис. 3) состоит из трех взаимодополняющих механизмов, центральным из которых является Мониторинг. В нашей работе концепция реализации Мониторинга показана на примере системы ПМПК, но точно также можно проводить аналогичные Мониторинги по реализации системы ФГОС (такие примеры даже уже есть). Важно объединение этих элементов в систему и корректировка всех трех механизмов на единой базе. Условно, если по результатам Мониторинга вскрывается какая-то проблема, касающаяся правового обеспечения, это является основанием для корректировки правовых документов, а последующие Мониторинги по результатам изменения этих документов и произошедших изменений в реальности позволят делать выводы об эффективности инклюзивного образования.

Следующая глава посвящена иллюстрации данного тезиса Мониторингом системы ПМПК, а именно его центрального элемента – самих ПМПК, а в качестве индикаторов эффективности ПМПК как механизма инклюзивного образования выделены – организационно-правовые вопросы функционирования ПМПК, порядок проведения, ресурсное (материально-техническое обеспечение), кадровое обеспечение, взаимодействие с родителями.

#### Выводы по главе 1:

Историческая необходимость инклюзивного образования – это прежде всего наличие в составе социума группы лиц с инвалидностью, которые нуждаются не просто в особом отношении, а в создании объективных и субъективных условий для их жизнедеятельности. Рассмотренные виды, типы и модели инвалидности входят в номенклатуру государственных, политических, правовых и других общественных структур. Среди них особое место занимает система образования, включающая в себя инклюзивное

образование. Его формирование связано с практиковавшимися моделями инвалидности с учетом специфики различных стран.

История инклюзивного образования в России начинается с момента закрепления законодательно, т.е. введения ФГОС НОО для детей с ОВЗ и ФГОС НОО для детей с интеллектуальными нарушениями. Появление инклюзивного образования стало результатом перехода российского общества от медицинской модели инвалидности к социальной, однако законодательных актов недостаточно для эффективного функционирования системы инклюзивного образования. Значимым двигателем процессов создания, функционирования инклюзивного образования является общественное мнение. В российской действительности наблюдается ситуация целенаправленной социальной политики в этой области. Но следует отметить недостаточную субъективную готовность родителей, учителей, членов ПМПК да и самих детей к реализации инклюзивного образования.

В повышении эффективности инклюзивного образования в России акцент делается на системе психолого-медико-педагогического сопровождения, состоящей из самих ПМПК, основные положения деятельности которых изложены в соответствующих нормативных документах<sup>105</sup>, ППк и ППМС-центров. Отношения между этими тремя элементами строятся следующим образом: ППк функционируют на базе образовательных организаций и обращаются к более высокой инстанции ПМПК в случае спорных вопросов, а ПМПК могут функционировать на базе ППМС-центров.

Предложена модель системы управления функционированием инклюзивного образования в России, состоящей из трех взаимозависимых элементов – системы ПМПК, общенационального Мониторинга и правового

---

<sup>105</sup> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» с комментариями.

обеспечения, а также выделены индикаторы для построения концепции национального Мониторинга.

## **ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ**

Предложенная структура функционирования системы психолого-медико-педагогического сопровождения предполагает ее постоянный мониторинг. Это позволит не только выявлять общесистемные проблемы внедрения инклюзивного образования, но и отдельные проблемы территорий.

В контексте данной диссертационной работы мы обращаемся к общенациональному мониторингу деятельности ПМПК, как центрального среди трех составляющих (среди ПМПК, ППк и ППМС-центры).

Ключевым моментом в создании общенационального мониторинга является выделение индикаторов, по которым будут проводиться замеры. Таким образом, первый проведенный мониторинг может быть рассмотрен как пилотаж – определение проблем, выделение индикаторов, апробация инструментария. Второй из описанный мониторингов уже выступает элементом предлагаемой в рамках диссертации системы управления функционированием инклюзивного образования в России.

Первый мониторинг был реализован в 2016 г. Минобрнауки. Тогда были опрошены председатели ПМПК(к), логопеды, дефектологи и психологи-педагоги, так же был апробирован инструментарий (см. приложение 1-3).

Второй мониторинг был реализован в рамках задания «Разработка комплексного научно-методического обеспечения мониторинга деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий в субъектах Российской Федерации и его проведение» (№ 28.12629.2018/12.1). На этом этапе был использован скорректированный инструментарий. А целевыми группами выступили председатели ЦПМПК и ТПМПК, а также руководителей органов образования в субъектах РФ (см. приложение 4-6).

Так, в ходе второго этапа с учетом коррекции инструментария первого этапа, разработан оптимальный инструмент для мониторинга эффективности

деятельности ПМПК, а также разработаны рекомендации по совершенствованию деятельности ПМПК, что непосредственно относится к повышению эффективности реализации социальной политики в области образования.

### **2.1. Деятельность ПМПК: экспертные оценки специалистов**

В ходе первого мониторинга (2016 г.) был реализован опрос четырех категорий работников ПМПК с использованием разного инструментария. Опрашивались председатели комиссий (см. приложение 1), логопеды (см. приложение 2), дефектологи (см. приложение 3) и психологи-педагоги (см. приложение 4), которые являются экспертами в данном вопросе. Анкеты были построены по следующей логике с учетом специфики деятельности каждого вида специалистов в ПМПК:

1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК
2. Порядок проведения ПМПК
3. Ресурсное обеспечение
4. Общая результативность деятельности ПМПК

В результате опроса были собраны данные из 50 регионов России: Алтайский край, Архангельская область, Владимирская область, Волгоградская область, Вологодская область, Воронежская область, Еврейская автономная область, Ивановская область, Иркутская область, Калужская область, Кемеровская область, Кировская область, Костромская область, Краснодарский край, Курганская область, Курская область, Липецкая область, Московская область, Мурманская область, Новосибирская область, Орловская область, Пермский край, Псковская область, Республика Адыгея, Республика Башкортостан, Республика Карачаево-Черкесия, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Крым, Республика Марий Эл, Республика Удмуртия, Республика Хакасия, Республика Чечня, Республика Чувашия, Ростовская область, Рязанская область, Самарская область, Санкт-

Петербург, Саратовская область, Северная Осетия – Алания, Ставропольский край, Тамбовская область, Тверская область, Томская область, Ульяновская область, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Челябинская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Ярославская область.

Объем опрошенной совокупности: председатели комиссий - 151 человек, логопеды – 109 человек, дефектологи – 93 человека, педагоги-психологи – 122 человека.

### ***2.1.1. Результаты опроса председателей комиссии ПМПК***

Социально-демографический состав респондентов: чуть больше трети председателей – люди возрастной группы от 46 до 55 лет, еще треть – от 36 до 45 лет, каждый четвертый старше 56 лет и каждый десятый моложе 35 лет. В то же время около 90% председателей имеют опыт работы свыше 11 лет.

Образование: 80,6% имеют высшее педагогическое образование, остальные – высшее, но не педагогическое.

52% ПМПК являются структурными подразделениями различных ведомств, еще почти треть – организациями при органах исполнительной власти, десятая часть – другие формы, 9,6% - самостоятельные юридические лица и менее 1% организации при органах исполнительной власти.

78,4% ПМПК учреждены органами исполнительной власти в сфере образования, еще 20% - органами местного самоуправления, для 1,6% ПМПК учредителями являются – органы исполнительной власти в сфере социальной защиты и несколько органов исполнительной власти одновременно.

Как видно из таблицы 3 средняя обеспеченность ПМПК, в которых работают опрошенные председатели, специалистами выше всего в сфере обеспеченности педагогами психологами – в среднем 2 человека, также учителя дефектологи и логопеды – в среднем 2 в одном ПМПК. Неплоха

ситуация и с педиатрами – 1 в ПМПК. Остальные категории представлены недостаточно.

**Таблица 3. Среднее количество специалистов в опрошенных ПМПК**

Специалисты	Среднее количество специалистов в опрошенных ПМПК
Педагог-психолог	2,08
Учителя-дефектологи по соответствующему профилю	2,14
Олигофренопедагог	1,36
Тифлопедагог	0,52
Сурдопедагог	0,51
Учитель-логопед	2,27
Педиатр	1,07
Невролог	0,73
Офтальмолог	0,58
Оториноларинголог	0,48
Ортопед	0,48
Психиатр-детский	1,50
Социальный педагог	1,01

Почти все направления деятельности ПМПК назывались опрошенными председателями как основные. Однако ряд направлений назывались реже: это – координация и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий (только для центральных комиссий) (25%), проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии или в случае обжалования родителями (законными представителями) заключения территориальной комиссии (только для центральных комиссий) (31%) и предоставление консультаций работникам медицинских организаций (36%).

По мнению респондентов, все категории, сталкивающиеся с деятельностью ПМПК, удовлетворены и скорее удовлетворены их услугами. Больше всех удовлетворены, по мнению председателей ПМПК, законные представители детей-сирот, а меньше – родители детей-девиантов.

Основной трудностью в деятельности ПМПК, по мнению опрошенных председателей, является – неудовлетворительное состояние законодательной

базы, регулирующей деятельность ПМПК (95% ответов), на втором месте – неготовность образовательных организаций к принятию на обучение детей с ОВЗ (52% ответов), далее неготовность родителей принять рекомендации ПМПК (41,8%), далее – нехватка специалистов для работы в ПМПК (35% ответов), маленькая зарплата специалистов (31% ответов), недостаточное материально-техническое оснащение (28,6% ответов), отсутствие механизмов взаимодействия медицинских работников в ПМПК (21%), отсутствие механизмов взаимодействия между ПМПК, БМСЭ И СПЭ (16%), отсутствие поддержки со стороны органов управления образования (5%), иное – 3% ответов.

Главные *изменения*, которые необходимо ввести в деятельность ПМПК, по мнению респондентов – сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК (100% ответов), на втором месте – ввести единый стандарт требования к документообороту ПМПК (57%), подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ (56%), на четвертом – повысить финансирование ПМПК (52%), далее – повысить зарплату специалистам ПМПК (41%), улучшить материально-техническое оснащение (38%), повысить авторитет ПМПК в обществе (28%), трудоустроить высококлассных специалистов ПМПК (19%) и обеспечить поддержку со стороны органов управления образованием (14%).

### ***2.1.2. Результаты опроса учителей-логопедов ПМПК***

Социально-демографические характеристики: 73% опрошенных логопедов в ПМПК – женщины, 27% - мужчины. Большинство опрошенных логопедов работают в ПМПК в должности учителя-логопеда (86%), остальные 14% - просто логопеды. Почти половина логопедов ПМПК – люди возраста от 36 до 45 лет (45%), треть – от 46 до 55 лет, каждый десятый младше 35 лет и

почти столько же старше 56 лет. Большинство имеют солидный стаж работы (более 11 лет), при этом треть логопедов работают столько времени в ПМПК.

Образование: у 93% опрошенных высшее педагогическое, у остальных высшее, но не педагогическое.

**Таблица 4. Распределение нагрузки ПМПК по отдельным видам деятельности**

<b>Вид деятельности</b>	<b>Средний %</b>
Изучение представленной документации на ребенка	11,1
Обследование детей	30,4
Подготовка по результатам обследования рекомендаций	15,7
Консультативная помощь родителям	13,9
Консультативная помощь работникам ОО	7,8
Консультативная помощь работникам ОО, осуществляющим социальное обслуживание	4,9
Консультативная помощь работникам медицинских организаций	4,7
Оказание содействия МСЭ в разработке ИПР ребенка инвалида	4,7
Участие в информационно-просветительской работе населения	4,7
Другое	6,0
Итого	100%

Обследование детей – тот вид деятельности, который занимает у логопедов большую часть времени (30,4%), на втором месте – подготовка по результатам обследования рекомендаций (15,7% времени), на третьем – консультативная помощь родителям – почти 14% времени. (см. табл. 4)

Большинство ответов на вопрос о ключевых задачах логопеда в ПМПК свидетельствует о том, что логопеды отмечают все перечисленные варианты ответов (62% ответов), но в то же время большой процент ответов приходится на категорию – обследование состояния артикуляционного аппарата, общего звучания речи (голос, внятность речи, дыхание, артикуляция) (57% ответов).

Оснащение ПМПК ассистивным оборудованием оценивается хуже всего (57% считают, что ПМПК не обеспечен им вовсе), а по параметрам

мультимедиа и автотранспорт ПМПК оцениваются логопедами как вполне обеспеченные. (см. табл. 5).

**Таблица 5. Оценка материально-технического оснащения ПМПК ( в %)**

<b>Категория</b>	<b>Обеспечен в полной мере</b>	<b>Недостаточно обеспечен</b>	<b>Не обеспечен вовсе</b>
Мультимедиа	47,1	32,6	20,1
Ассистивное оборудование	20,1	23,0	56,9
Автотранспорт	45,1	14,4	40,5

Повышение квалификации необходимое условие и требование к эффективной и профессиональной работе специалистов. 40% логопедов проходили курсы повышения квалификации от 1 до 3 лет назад, почти треть – от 4 до 5 лет назад, 17% - в текущем году, остальные – никогда.

В целом оценки деятельности ПМПК со стороны опрошенных логопедов достаточно высокие. Так, общий уровень методической оснащённости ПМПК оценивается на 7,5 баллов из 10; эффективность логопедического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК оценивается на 8,9 баллов из 10; эффективность работы ПМПК, в которой работают опрошенные – на 8,8 баллов из 10; степень влияния мнения логопеда на итоговое заключение оценивается на 8,2 балла из 10; консультативная и методическая помощь родителям (законным представителям) по профилактике и коррекции речевых нарушений у детей оценивается на 8,7 балла из 10.

Опрошенные логопеды в большинстве своем считают, что самой большой *трудностью* в деятельности ПМПК является неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК (50% ответов), на втором месте ответ – неготовность образовательных организаций к принятию на обучение ребенка с ОВЗ (42% ответов), на третьем –

неготовность родителей принять рекомендации ПМПК и отсутствие единых требований к документообороту ПМПК (по 31% ответов).

### ***2.1.3. Результаты опроса учителей-дефектологов ПМПК***

Социально-демографические характеристики: из 93 опрошенных дефектологов 90% – женщины, 10% - мужчины. Большинство работают в должности учитель-дефектолог (90%). 5% - дефектологи. 45% опрошенных в возрасте от 36 до 45 лет, чуть более трети – от 46 до 55 лет, около десятой части – старше 56 лет и до 35 лет. 85% опрошенных имеют опыт работы свыше 11 лет, каждый десятый опрошенный – от 6 до 10 лет, лишь 3% - менее 5 лет. По опыту работы в ПМПК получили примерно равное распределение: треть и около трети опрошенных работают в ПМПК менее 5 или свыше 11 лет, а 36% - от 6 до 10 лет.

Образование у 91% опрошенных высшее дефектологическое, у 9% - высшее, но не дефектологическое.

52% опрошенных дефектологов работают где-то еще в другом месте помимо ПМПК, для 48% ПМПК – единственное место работы.

98% опрошенных хорошо знакомы с положением о ПМПК, 2% - знакомы частично.

**Таблица 6. Распределение нагрузки ПМПК по отдельным видам деятельности**

<b>Вид деятельности</b>	<b>Средний</b>
Изучение представленной документации на ребенка	11,8%
Обследование детей	36,7%
Подготовка по результатам обследования рекомендаций	15,5%
Консультативная помощь родителям	11,3%
Консультативная помощь работникам ОО	6,6%
Консультативная помощь работникам ОО,	3,6%
Консультативная помощь работникам медицинских	3,1%
Оказание содействия МСЭ в разработке ИПР ребенка	4,5%
Участие в информационно-просветительской работе	5,1%
Другое	1,8%
Итого	100%

Обследование детей – тот вид деятельности, который занимает у дефектологов большую часть времени (36,7%). Второй по значимости – подготовка по результатам обследования рекомендаций (15,5%) и третий – изучение представленной документации на ребенка (11,8%) и консультативная помощь родителям (11,3%) (см. табл.6).

Ключевыми целями деятельности дефектологов являются: выявление детей с трудностями обучения (63,3%), выявление неблагоприятных вариантов развития и определение учебных трудностей ребенка (62,3%) и консультирование педагогов и родителей ребенка (54,5%).

**Таблица 7. Оценка материально-технического оснащения ПМПК ( в %)**

Категория	Обеспечен в полной мере	Недостаточно обеспечен	Не обеспечен вовсе
Мультимедиа	46%	40%	14%
Ассистивное	16%	22%	62%
Автотранспорт	47%	13%	40%

Оснащение ПМПК мультимедиа и автотранспортом оцениваются лучше всего (47% и 46% считают, что их ПМПК обеспечен ими в полной мере), а по параметру ассистивное оборудование ПМПК оцениваются дефектологами как не обеспеченные вовсе (62%). (см. табл. 7).

55% опрошенных дефектологов проходили повышение квалификации от года до 3 лет назад, около трети – в текущем году, каждый десятый – никогда.

В целом оценки деятельности ПМПК со стороны опрошенных дефектологов не такие высокие, как у логопедов. Так, общий уровень методической оснащенности ПМПК оценивается на 5 баллов из 10, материально-технические условия оцениваются на 7 баллов из 10, эффективность дефектологического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК оценивается на 6,4 баллов из 10; эффективность работы ПМПК, в которой работают опрошенные – на 8 баллов из 10.

Степень влияния мнения дефектолога на итоговое заключение оценивается на 8,4 баллов из 10. Консультативная и методическая помощь родителям (законным представителям) по профилактике и коррекции речевых нарушений у детей оценивается на 7,7 баллов из 10.

К основным *трудностям* дефектологи отнесли: неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК (45,7%); неготовность родителей принять рекомендации ПМПК (38,6%); неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК (35,7%).

#### ***2.1.4. Результаты опроса учителей-психологов ПМПК***

Социально-демографические характеристики: из 122 опрошенных психологов 88% – женщины, 12% - мужчины. 94% работают на должности педагога-психолога. 39% опрошенных педагогов-психологов в возрасте от 36 до 45 лет, треть – до 35 лет и от 46 до 55 лет, старше 56 лет – всего 2%. Опыт работы 69% опрошенных составляет свыше 11 лет. Примерно в равной степени распределились педагоги-психологи с опытом работы менее 5 лет (14%) и от 6 до 10 лет (17%). 44% опрошенных с опытом работы менее 5 лет, чуть больше трети (34%) – свыше 11 лет и 23% - от 6 до 10 лет.

Образование у 86% опрошенных высшее психологическое, у 14% - высшее, но не психологическое.

48% опрошенных педагогов-психологов работают где-то еще в другом месте помимо ПМПК, для 52% ПМПК – единственное место работы.

94% опрошенных хорошо знакомы с основными положениями «Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», 6% - знакомы частично.

Обследование детей – тот вид деятельности, который занимает у педагогов-психологов большую часть времени (36,3%). Второй по значимости

– подготовка по результатам обследования рекомендаций (13,1%) и третий - изучение представленной документации на ребенка (10,7%) и консультативная помощь родителям (10,7%) (см. табл. 8).

**Таблица 8. Распределение нагрузки ПМПК по отдельным видам деятельности**

<b>Вид деятельности</b>	<b>Средний</b>
Изучение представленной документации на ребенка	10,7%
Обследование детей	36,3%
Подготовка по результатам обследования рекомендаций	13,1%
Консультативная помощь родителям	10,7%
Консультативная помощь работникам ОО	7,3%
Консультативная помощь работникам ОО,	3,9%
Консультативная помощь работникам медицинских	3%
Оказание содействия МСЭ в разработке ИПР ребенка	4,5%
Участие в информационно-просветительской работе	5,6%
Другое	4,9%
Итого	100%

Выявление особенностей психического состояния ребенка и его потенциала в контексте получения адекватного образования – одна из ведущих задач педагога-психолога (45,6%).

Оснащение ПМПК мультимедиа оцениваются двояко: 40% считают, что обеспечен в полной мере и 39% - недостаточно обеспечен, а по параметру ассистивное оборудование ПМПК оцениваются психологами как не обеспеченные вовсе (60%). 44% считают, что ПМПК обеспечены автотранспортом полностью и 41% полагает, что не обеспечены вовсе (см. табл. 9).

**Таблица 9. Оценка материально-технического оснащения ПМПК ( в %)**

<b>Категория</b>	<b>Обеспечен в полной мере</b>	<b>Недостаточно обеспечен</b>	<b>Не обеспечен вовсе</b>
Мультимедиа	40%	39%	21%
Ассистивное	16%	24%	60%
Автотранспорт	44%	15%	41%

В целом оценки деятельности ПМПК со стороны опрошенных психологов также не высоки. Так, общий уровень методической оснащенности

ПМПК оценивается 6,9 баллов из 10; материально-технические условия – на 6,2 балла из 10; эффективность психологического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК – на 8,2 балла из 10; эффективность работы ПМПК, в которой работают опрошенные – на 8,3 балла из 10.

### ***2.1.5. Общие выводы по результатам первого мониторинга***

Эффективность работы ПМПК, в которой работают респонденты, оценивается на 8,8 баллов из 10 логопедами, на 8 баллов дефектологами, на 8,3 балла психологам, что является достаточно высоким показателем.

Основными проблемами, выделенными на данном этапе формирования мониторинга, являются:

- неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК. Это подтверждается и другими исследователями, отмечается, «что деятельность ПМПК достаточно полно регламентирована, но ответственность членов ПМПК настолько велика, что требует особых компетенций и разработки критериев оценки качества работы комиссии. В управлении системой ПМПК абсолютно необходимы стандарты научных исследований, внедрения новых технологий и этики, которые соответствуют установкам, принятым в педагогике, психологии, социальной работе, медицине<sup>106</sup>».
- неготовность школ к принятию на обучение детей с ОВЗ, имеющих рекомендации ПМПК;
- проблемы в материально-техническом оснащении, а именно практически нулевая обеспеченность ассистивным оборудованием

---

<sup>106</sup> Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий в современных условиях развития образования : материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Новосибирск, 23–25 сентября 2015 г.) / под ред. С.В. Алехиной ; Мин-во образования и науки РФ, Новосиб. гос. пед. ун-т.; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2015. – с. 39

- недостаточный уровень прохождения необходимого повышения квалификации (так, по данным опроса, треть психологов квалификации не повысили)

Отдельного внимания заслуживает проблема взаимодействия с родителями обследуемых детей, которые часто не согласны с результатами ПМПК, а иногда просто не знают своих прав.

Обнаружение данных проблем – вектор движения и ключ к будущим изменениям как в политике государства, так и в работе специалистов на местах.

Результатом данного пилотного проекта стала методологическая проработка инструментария и его расширение в части «проблемных» зон.

## **2.2. Общероссийский мониторинг деятельности ПМПК как инструмент диагностики, контроля и управления процессом реализации инклюзивного образования**

Весной 2018 г. был реализован мониторинг в рамках задания «Разработка комплексного научно-методического обеспечения мониторинга деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий в субъектах Российской Федерации и его проведение» (№ 28.12629.2018/12.1), который явился логичным продолжением пилотного проекта, результаты которого были представлены выше. Проблемы, вскрытые в рамках опроса экспертов, обусловили смену целевой аудитории опроса и изменение инструментария в пользу его эргономичности, но в то же время большей содержательности.

В рамках нового мониторинга, получив информацию об инсайдерском взгляде (экспертов), акцент стоит на трех главных категориях ПМПК, которые могут являться инициаторами изменения как правовой базы, так и стимулировать ресурсное обогащение, а именно:

1) Председатели Центральные ПМПК. Представлены данные по 83 регионам РФ (кроме Севастополь, Чукотский АО).

2) Председатели Территориальных ПМПК. Представлены данные о деятельности ТПМПК по 73 регионам РФ, всего 141 ТПМПК (кроме Республика Дагестан, Республика Кабардино-Балкария, Республика Калмыкия, Республика Ингушетия, Республика Бурятия, Ивановская обл., Калининградская обл., Республика Адыгея, Республика Башкортостан, Москва, Ненецкий Автономный Округ, Республика Алтай). Процент охвата ТПМПК в общероссийском масштабе – 10,7% (всего в России 1310 ТПМПК).

3) Руководители органов управления образованием в субъектах РФ

Так, тематические блоки дополнились «проблемными» точками, выявленными в результате первого мониторинга – кадровое обеспечение и

взаимодействие с родителями. Анкеты различаются в силу специфики целевых категорий. Данный мониторинг по праву можно назвать общенациональным, охват целевой аудитории близок к максимуму.

Структура инструментария для опроса руководители органов управления образованием в субъектах РФ (см. приложение 5):

1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК (5 вопросов)
2. Кадровое обеспечение (2 вопроса)
3. Порядок проведения ПМПК (2 вопроса)
4. Взаимодействие с родителями (2 вопроса)
5. Общая результативность деятельности ПМПК (5 вопросов, носящих преимущественно открытый характер)

Анкета для председателей Центральных и Территориальных ПМПК одна и та же (см. приложение 6), структура ее представлена ниже:

1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК (6 вопросов)
2. Порядок проведения ПМПК (2 вопроса)
3. Ресурсное обеспечение (3 вопроса)
4. Кадровое обеспечение (3 вопроса)
5. Взаимодействие с родителями (9 вопросов)
6. Общая результативность деятельности ПМПК (3 вопроса, 1 из которых открытого характера)

Данный мониторинг позволяет диагностировать, при повторном замере – контролировать, и таким образом эффективно управлять функционированием системой инклюзивного образования в рамках деятельности не только ПМПК.

### **2.2.1. Опрос председателей центральных ПМПК**

Социально-демографические характеристики опрошенных. Почти 90% председателей – штатные сотрудники ПМПК, 6% - совместители, 2,4% - работают по трудовому договору, 3,7% - выбрали категорию «другое». Почти 40% председателей в возрасте от 46 до 55 лет, треть – от 36 до 45 лет, каждый пятый старше 56 лет, и только 8,4% - до 35 лет. 92,7% председателей – женщины, 7,3% - мужчины. Практически все председатели ЦПМПК имеют стаж профессиональной деятельности свыше 11 лет, почти 5% - от 6 до 10 лет и 2,5% - менее 5 лет. В ПМПК председатели работают по большей части свыше 11 лет (половина ответивших), каждый пятый работает от 6 до 10 лет, каждый третий – менее 5 лет.

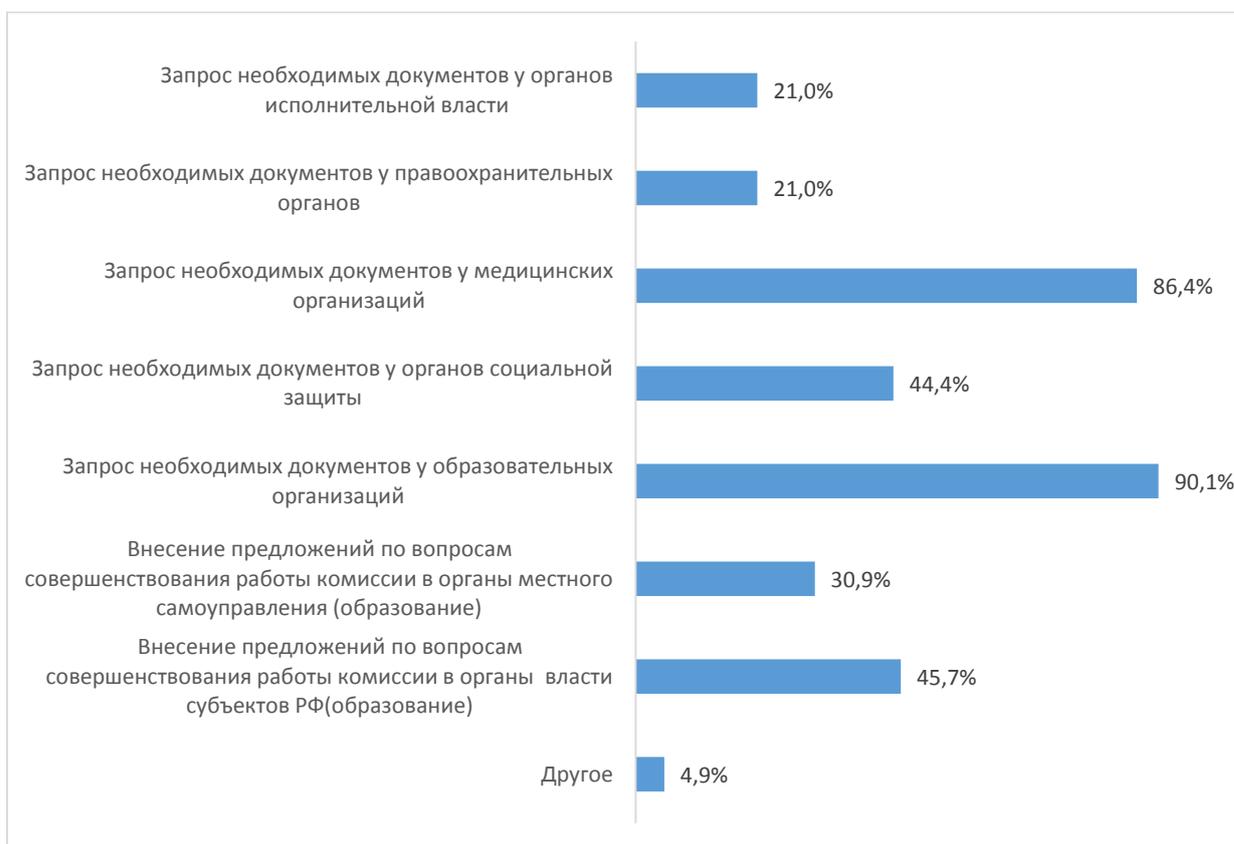
94% председателей ЦПМПК имеют высшее педагогическое образование, 6% - высшее, но не педагогическое. 53% председателей ЦПМПК имеют второе высшее образование, в основном менеджмент, психология либо педагогика. У 8,5% опрошенных председателей ЦПМПК есть ученая степень.

#### ***2.2.1.1. Организационно-правовая структура деятельности ЦПМПК***

Большинство ЦПМПК (78,3%) являются структурными подразделениями ведомств, 6,1% - организации при органе исполнительной власти в сфере образования, 7,2% - самостоятельные юридические лица, каждая десятая ЦПМПК имеет другую организационно-правовую форму (Санкт-Петербург - Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, на который возложены функции ПМПК, Ненецкий АО - ПМПК создана в Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР», который является структурным подразделением ГБУ НАО «НРЦРО», ЯНАО – ЦПМПК функционирует на базе департамента образования автономного округа межведомственная).

Учредителем ЦПМПК в 97,5% случаев является орган исполнительной власти в сфере образования (Министерство, Департамент, Комитет по образованию и т.д.), только в Удмуртской республике - Орган исполнительной власти в сфере здравоохранения, а в РСО-Алания - Орган исполнительной власти в сфере социальной защиты.

**График 3. Виды деятельности ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Основные направления деятельности ЦПМПК. Чаще всего ПМПК запрашивают необходимые документы у образовательных организаций и у медицинских организаций (90,1% и 86,4% ответов соответственно), на втором месте по частоте действий – внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в органы государственной власти субъектов РФ, осуществляющих управление в сфере образования и запрос необходимых документов у органов социальной защиты (45,7% и 44,4%), реже вносятся предложения по вопросам совершенствования работы комиссии в

органы местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования (30,9% ответов), еще реже запрашиваются документы у правоохранительных органов и у органов исполнительной власти (по 21% ответов), 4,9% - другие действия (см. график 3).

### ***2.2.1.2. Кадровое обеспечение***

Больше всего педагогов-психологов в ЦПМПК Республики Башкортостан (39), Ярославской области (20), Вологодской области (14), Санкт-Петербурга (11). Больше всего учителей-педагогов в ПМПК Республики Башкортостан (30) и Москве (14), нет ни одного региона, где бы не было хотя бы одного специалиста. Олигофренопедагогов – в ЦПМПК Калужской области (32) и Республики Башкортостан (29). В тоже время они отсутствуют в ЦПМПК Республик Ингушетия, Кабардино-Балкария, Татарстан, Чеченской Республики, Краснодарского края, Воронежской области, Иркутской и Оренбургской областей. Слабо представлены тифлопедагоги: максимальное количество специалистов – 2 (Рязанская область, Ярославская область, Москва, Санкт-Петербург, ЯНАО), вообще не представлены они в трети субъектов (см. табл. 10).

С сурдопедагогами картина такая же как с тифлопедагогами, максимальное количество специалистов ПМПК субъекта 2 (Республика Саха (Якутия), Иркутская область, Ленинградская область, Нижегородская область, Тамбовская область, Москва, Санкт-Петербург, не представлены они в 33% субъектов РФ.

Максимальное количество педиатров в ПМПК – 5 (Республика Башкортостан), в 35% субъектов РФ нет ни одного специалиста. Максимальное количество неврологов в ПМПК – 4 (Курская область), в 35,4% субъектов РФ нет ни одного специалиста. Максимальное количество специалистов-офтальмологов – 2 (Чувашская Республика, Новгородская

область), вообще не представлены они в 37,8% субъектов. Отоларингологи также слабо представлены в ПМПК, максимальное количество специалистов ПМПК субъекта 2 (Чувашская Республика, Новгородская область, Нижегородская область), вообще не представлены они в 42,6% субъектов. Максимальное количество ортопедов в ПМПК – 3 (Красноярский край).

**Таблица 10. Количество специалистов в ПМПК**

<b>Член ПМПК</b>	<b>Количество (ед.) ЦПМПК</b>	<b>Среднее количество специалистов (ед.) на 1 ЦПМПК</b>
Педагог-психолог	<b>274</b>	<b>3</b>
Учителя-дефектологи по соответствующему профилю:		
Олигофренопедагог	<b>226</b>	<b>2,7</b>
Тифлопедагог	<b>60</b>	<b>0,7</b>
Сурдопедагог	<b>61</b>	<b>0,7</b>
Учитель-логопед	<b>197</b>	<b>2,4</b>
Педиатр	<b>61</b>	<b>0,7</b>
Невролог	<b>57</b>	<b>0,7</b>
Офтальмолог	<b>51</b>	<b>0,6</b>
Оториноларинголог	<b>48</b>	<b>0,6</b>
Ортопед	<b>50</b>	<b>0,6</b>
Психиатр детский	<b>106</b>	<b>1,3</b>
Психиатр	<b>31</b>	<b>0,3</b>
Социальный педагог	<b>111</b>	<b>1,3</b>
Другие специалисты (укажите)	<b>77</b>	<b>0,9</b>
<b>ИТОГО</b>	<b>1410</b>	<b>-</b>

Больше всего детских психиатров в ПМПК Республики Башкортостана (28), отсутствуют они в 26,8% субъектов РФ.

Социальные педагоги представлены в Москве (14), Республике Башкортостан (16), отсутствуют они в 14% субъектов РФ. 40,3% опрошенных председателей ЦПМПК заявили о потребности в других специалистах.

### 2.2.1.3. Порядок проведения ПМПК

Среди основных направлений деятельности ЦПМПК обследование детей, предоставление консультаций, подготовка и мониторинг учета рекомендаций (см. табл. 11)

Таблица 11. Направления деятельности ПМПК

Направления	% субъектов, реализующий направление деятельности
Обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью выявления особенностей в физическом и психическом развитии, а также отклонений в поведении	100
Подготовка рекомендаций по организации обучения и воспитания детей	98,7
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	96,3
Мониторинг учета рекомендаций ПМПК	85,3
Оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей	98,7
Предоставление консультаций работникам образовательных организаций	98,7
Предоставление консультаций работникам организаций, оказывающих социальное обслуживание	96,3
Предоставление консультаций работникам медицинских организаций	92,6
Предоставление консультаций работникам других организаций	71,9
Содействие федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы в разработке ИПРА	86,5
Осуществление учета данных о детях с ОВЗ	97,5
Осуществление учета данных о детях-инвалидах	93,9
Осуществление учета данных о детях с девиантным поведением	74,3
Организация информационно-просветительской работы с населением с целью предупреждения, коррекции недостатков в физическом, психическом развитии детей, отклонений в их поведении	91,4
Координация и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий (только для центральных комиссий)	82,9
Проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии или в случае обжалования родителями (законными представителями) заключения территориальной комиссии (только для центральных комиссий)	84,1
Обследование детей старшего школьного возраста с целью определения специальных условий для сдачи ГИА	93,9
Другое	14,6

Каждая четвертая ПМПК проводит заседания более 2 раз в неделю, 8,4% ПМПК – 2 раза в неделю, почти 5% ПМПК – 1 раз в месяц, 3,5% – от 2 до 3 раз в месяц, и почти 60% по другой схеме периодичности. В большинстве случаев ПМПК проводят только плановые заседания (78,7%), каждая пятая

ПМПК проводит как плановые, так и внеплановые заседания, только 1,3% ПМПК проводит больше внеплановых заседаний, чем плановых.

В таблице 12 представлено количество субъектов РФ, которые реализуют различные формы учета.

По всем категориям детей картотека ведется в большинстве случаев на ведомственном уровне, кроме результатов по категории «дети с девиантным поведением», где разрыв составляем 10%. Электронная база данных по детям с девиантным поведением сформирована равно как на территориальном, так и ведомственном уровнях, в то время как по остальным категориям детей она в большей степени существует на ведомственном уровне. Реестр по детям с ОВЗ сформирован равно как на территориальном, так и ведомственном уровнях. (см. табл. 12)

**Таблица 12. Форма учета данных в ПМПК по различным категориям детей (в %)**

Варианты учета	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
1. Ведется картотека (выберите подходящий вариант ответа)				
1.1. На территориальном уровне	46,3	39,7	22,8	32,5
1.2. На ведомственном уровне	48,7	43,3	32,5	36,1
2. Формируется электронная база данных (выберите подходящий вариант ответа)				
2.1. На территориальном уровне	41,4	36,1	30,1	38,5
2.2. На ведомственном уровне	48,7	51,8	30,1	46,9
3. Существует реестр (выберите подходящий вариант ответа)				
3.1 На территориальном уровне	21,9	20,4	16,8	18,0
3.2 На ведомственном уровне	21,9	27,7	22,8	20,4
4. Другое (укажите)	15,8	15,6	13,2	14,4

Основная документация, которая ведется ЦППМК: журнал записи детей на обследование; журнал учета детей, прошедших обследование; карта ребенка,

прошедшего обследование; протокол обследования ребенка; журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов, коллегиального заключения и рекомендаций ПМПК; договор о порядке взаимодействия ПМПК с родителями (законными представителями) воспитанника / обучающегося. В большинстве случаев документация ведется как в электронном, так и в бумажном виде. Однако есть значительные расхождения по регионам.

Статистический учет деятельности ПМПК ведется в 95,1% регионах РФ, при этом на бумаге – в 20,2% случаев, в электронном виде – в 65,8%, в обоих форматах – в 14% регионов.

Другие формы документации зафиксированы в трети субъектов РФ, среди них - согласие на обработку персональных данных, заявление на прохождение ПМПК; журнал учета консультаций педагогов и родителей образовательных организаций; журнал стажировок, журнал выездных заседаний; согласия на обработку персональных данных и др.

В 80% ПМПК Протокол и Заключение ПМПК оформляется в день проведения Заседания, в каждой десятой – в течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования, в 8,5% случаев это происходит по-другому

**График 4. Порядок проведения обследования в ПМПК**



В 38,5% ПМПК обследование проводится несколькими специалистами одновременно в помещениях, где размещается комиссия, в 26,5% ПМПК – несколькими специалистами одновременно по месту проживания и (или) обучения обследуемого (см. график 4).

В некоторых регионах этот процесс проходит по-другому. Так, например в Республике Карелия: уточнение запроса, изучение документации, процедура обследования ребенка, обсуждение результатов, беседа с родителями, составление рекомендаций. В Республике Марий Эл в сложных случаях обследование проводится каждым специалистом индивидуально. В Республике Тыва – несколькими специалистами одновременно по месту проживания и (или) обучения. В Костромской области документацию оформляет социальный педагог, а потом проводится обследование. В Ленинградской и Орловской области – выездные заседания комиссии по месту проживания и (или) обучения детей. В Новосибирской области порядок определяется возрастом, особенностями ребенка и местом организации диагностической сессии. Такое разнообразие механизмов реализации отражает как специфику регионов, так и показывает возможности адаптации системы ПМПК к конкретной ситуации. А также может служить примером многовариантности реализации деятельности ПМПК для других регионов.

Процесс информирования родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы ПМПК чаще всего реализуется через беседы с родителями и специалистами других ведомств (по 77,1%), на втором месте по популярности размещение информации на специально созданном сайт (71,1%), чуть реже информация размещается на сайте учредителя (53%) (см. график 5).

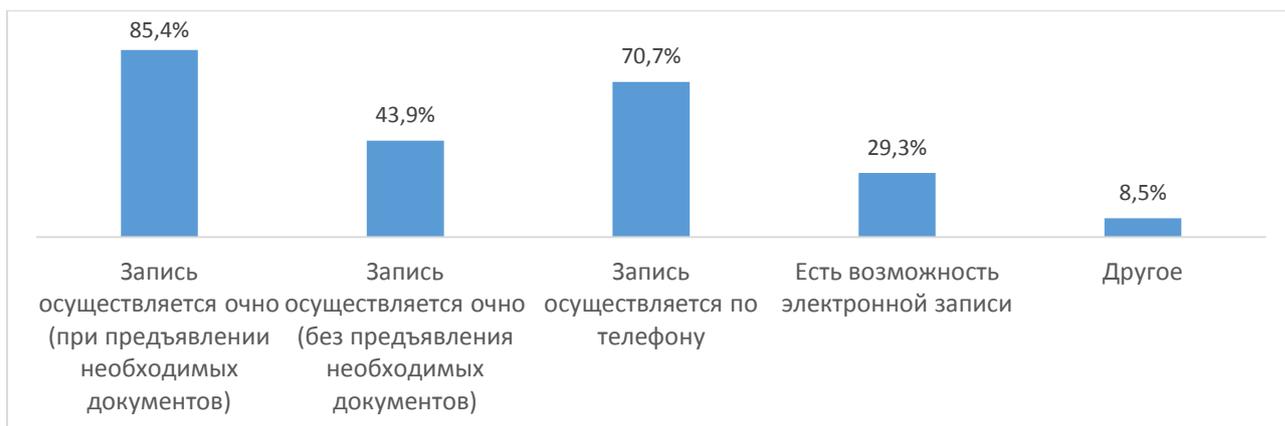
**График 5. Процесс информирования родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Чаще всего запись детей на обследование осуществляется очно (при предъявлении необходимых документов (85,4%), так же часто запись осуществляется по телефону (70,7%). Возможность электронной записи используют реже всего (29,3%) (см. график 6).

**График 6. Процедура записи детей на обследование**

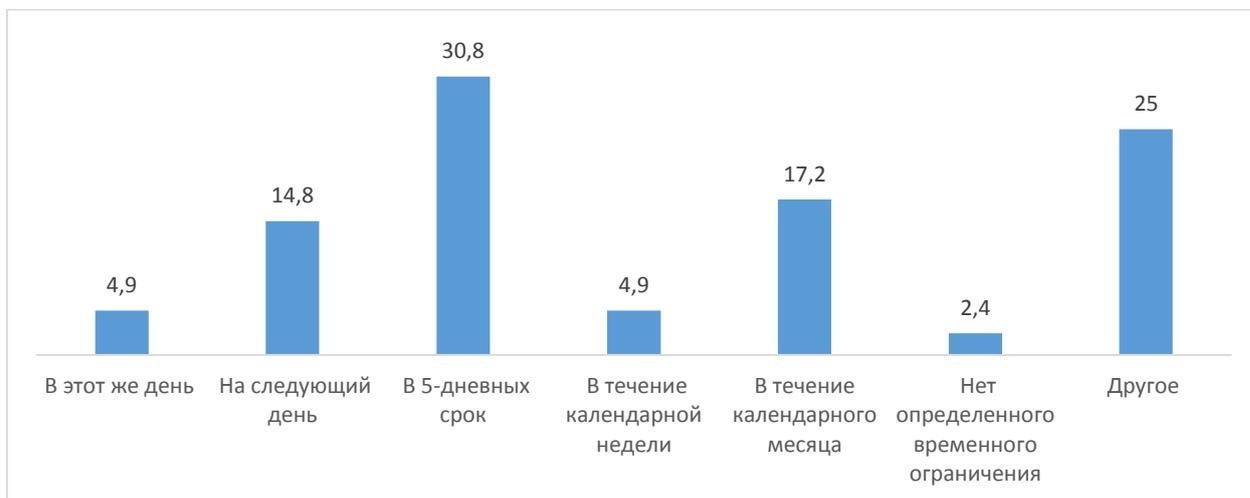


*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Большинство ПМПК осуществляют информирование о дате обследования в день получения документов, 14,4% - в срок 5 дней, и 1,3% указали «другое» (например, две недели до прохождения обследования ребенка на Комиссии).

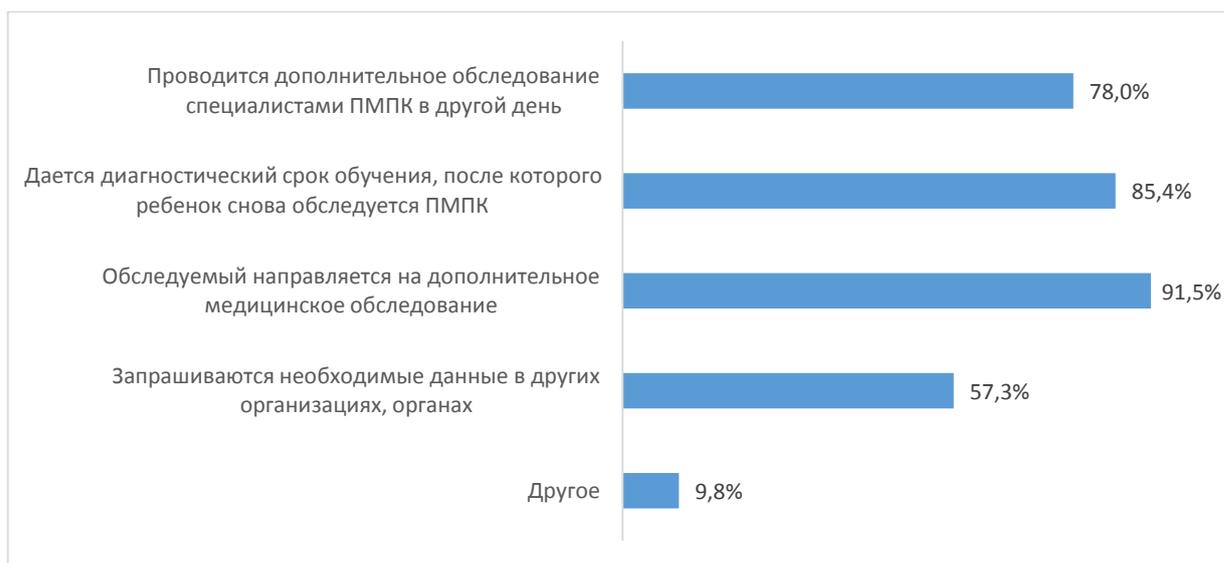
В трети ПМПК между записью на комиссию и проведением процедуры обследования проходит 5 дней (см. график 7)

**График 7. Ответы на вопрос: «Сколько времени проходит между записью на комиссию и проведением процедуры обследования»**



При возникновении спорных ситуаций в деятельности ПМПК чаще всего обследуемый направляется на дополнительное медицинское обследование (91,5% ответов), на втором месте по популярности ответ «дается диагностический срок обучения, после которого ребенок снова обследуется в ПМПК» (85,4% ответов), часто проводится дополнительное обследование специалистами ПМПК в другой день (78% ответов), реже запрашиваются необходимые данные в других организациях (57,3% ответов) (см. график 8).

**График 8. Действия ПМПК в спорных ситуациях**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

**График 9. Содержательные моменты Протокола, составляемого по итогам заседания ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Протокол, составляемый по итогам заседания ПМПК, по большей части содержит в себе сведения о ребенке, результаты обследования, выводы специалистов, особые мнения при их наличии, заключение комиссии (от 95% до 97% ответов по каждой категории), реже – перечень документов, представленных для проведения обследования (83,1% ответов), данные о специалистах ПМПК (79,5% ответов), в 27,7% случаев содержатся другие моменты, такие как рекомендации для образовательных организаций, родителей, медицинский анамнез и т.д. (см. график 9).

#### ***2.2.1.4. Ресурсное обеспечение***

Специализированный сайт есть только у 42,6% ПМПК субъектов РФ.

Лишь в некоторых субъектах есть специальные здания (центры) для проведения обследований (например, в Хабаровском крае, Чеченской республике). Чаще всего заседания проводятся в специально выделенных для этого помещениях (91,6%), на втором месте по популярности – образовательные организации (88%) (см. график 10).

**График 10. Помещения, в которых проводятся заседания ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Наличие различных по функционалу помещений ПМПК, таких как игровая комната, помещения для приема маломобильных граждан, являются необходимыми условиями оптимального функционирования ПМПК (см. график 11)

**График 11. Помещения ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Большинство председателей ПМПК оценивают материально-техническую оснащенность ПМПК достаточно хорошо (80,7%). 60% ПМПК имеют собственный автотранспорт, 17,2% транспорт предоставляется по запросу либо они пользуются транспортом школы.

Средние оценки ресурсного обеспечения по 5-балльной шкале:

- Материально-техническое – 3,8 балла
- Методическое – 4 балла
- Кадровое – 3,9 балла
- Финансовое – 3,5 балла
- Информационное – 4,1 балл
- Организационное – 4.2 балла
- Эмоционально-комфортные условия – 4.5 баллов

Таким образом, лучше всего оцениваются эмоционально-комфортные условия (субъективный фактор), организационные (административно-управленческие) и информационные ресурсы, хуже всего – финансовые ресурсы.

**Таблица 13. Количество специалистов – наличие и потребность**

Специалисты	Количество ставок по штату (факт)	Количество ставок по штату (потребность)
Педагог-психолог	3,1	1,1
Олигофренопедагог	1,7	0,6
Тифлопедагог	0,4	0,4
Сурдопедагог	0,5	0,4
Дефектолог другой специализации	0,8	0,5
Учитель-логопед	2,4	0,8
Педиатр	0,5	0,4
Невролог	0,5	0,3
Офтальмолог	0,7	0,4
Оториноларинголог	0,6	0,3
Ортопед	0,6	0,3
Психиатр детский	1,4	0,6
Социальный педагог	1,4	0,5
Иные специалисты	0,8	0,4

Что касается кадрового ресурса (благодаря которому как раз и создаются эмоционально-комфортные условия), то ПМПК лучше всего укомплектованы педагогами-психологами и учителями-логопедами, в этих же категориях специалистов наблюдается большая потребность (см. таблица 13).

Среднее количество специалистов ПМПК, прошедших повышение квалификации по направлениям профессиональной деятельности за последние 3 года – 74%. Курсы повышения квалификации по работе с детьми с ОВЗ чаще всех проходили педагоги-психологи, учителя-дефектологи и учителя-логопеды, реже – ортопеды и отоларингологи; курсы повышения квалификации по работе с детьми-инвалидами чаще других проходили учителя-дефектологи, а реже – ортопеды; курсы повышения квалификации по работе с детьми с девиантным поведением чаще других проходили педагоги-психологи, а реже – педиатры, неврологи, офтальмологи, отоларингологи; курсы повышения квалификации для специалистов ПМПК чаще других проходили педагоги-психологи, учителя-дефектологи, а реже – офтальмологи (см. табл.14).

**Таблица 14. Прохождение специальной подготовки для работы с детьми различных категорий (на курсах повышения квалификации, переподготовки и др.)**

Специалист	Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми с ОВЗ		Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми – инвалидами		Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми с девиантным поведением		Прошли курсы повышения квалификации для специалистов ПМПК	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Педагог-психолог	83,9	16,1	48,7	51,3	34,6	65,4	89,0	11,0
Учитель-дефектолог	83,5	16,5	57,6	42,4	16,0	84,0	80,0	20,0
Учитель-логопед	81,8	18,2	45,3	44,7	16,4	83,6	74,6	15,4
Педиатр	26,4	73,6	20,8	79,2	1,5	98,5	10,4	89,6
Невролог	23,0	77,0	20,3	79,7	1,5	98,5	7,9	82,1
Офтальмолог	15,8	84,2	15,8	84,2	1,6	98,4	3,2	86,8
Оториноларинголог	17,7	82,3	17,4	82,6	1,6	98,4	8,0	92,0
Ортопед	16,1	83,9	11,2	88,8	3,2	96,8	3,3	96,7
Психиатр детский	45,7	54,3	30,4	69,6	13,0	87,0	23,1	76,9
Социальный педагог	61,8	38,2	31,9	68,1	19,4	80,6	53,3	46,7

34% ПМПК прошли супервизию менее 3 лет назад, каждая пятая ПМПК – менее 5 лет назад, еще столько же – менее года назад, 23% ПМПК никогда не проходили супервизию. Ни одна ПМПК не оказывает платные услуги.

### 2.2.1.5. Взаимодействие с родителями

Удовлетворенность родителей (законных представителей) услугами, предоставляемыми ПМПК, - один из основных индикаторов эффективности деятельности ПМПК. Оценки поставлены достаточно высокие. Так, по мнению председателей ПМПК больше остальных удовлетворены родители детей-инвалидов и представители детей-сирот (по 4,5 балла из 5), меньше удовлетворены родители детей с девиантным поведением (4,2 балла).

«Права, предоставляемые родителям и законным представителям детей при обследовании на ПМПК, - это, с первую очередь, возможность получать квалифицированную консультацию специалистов комиссии по вопросам обследования детей и оказания им психолого-медико-педагогической помощи (97,6%) и возможность высказывать свое мнение относительно рекомендаций (95,2%)»<sup>107</sup> (см. график 12)

**График 12. Права (возможности), предоставляемые родителям (законным представителям) при обследовании детей в ПМПК**



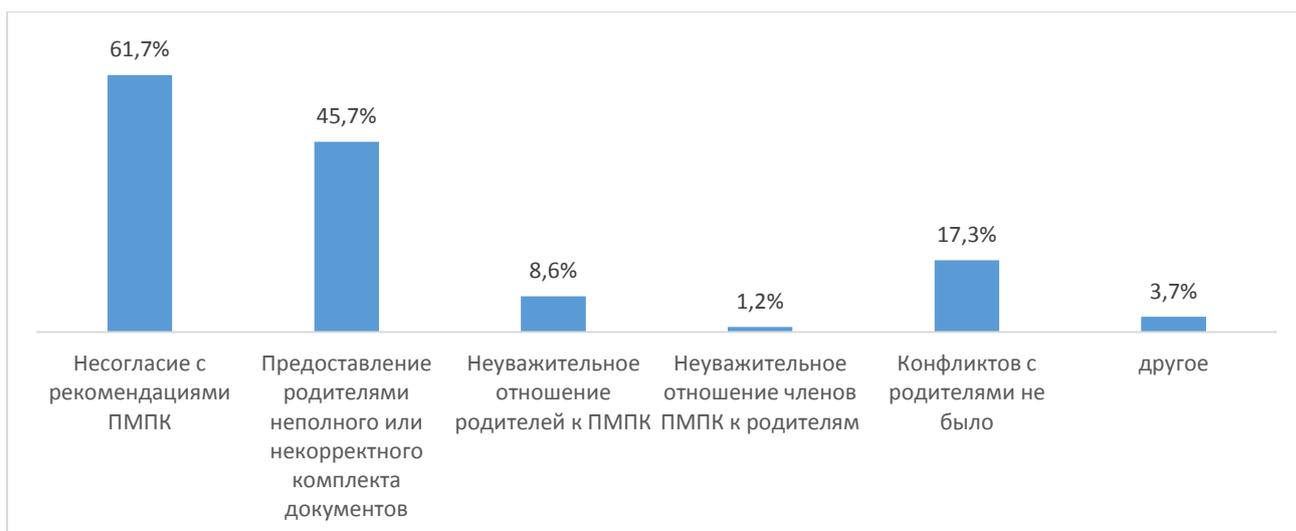
<sup>107</sup> Алехина С.В. Взаимодействие с родителями в деятельности Психолого-медико-педагогических комиссий. Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск: ФГБОУ ВПО «НГПУ», № 6, 2015

*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

«Конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии не возникали в каждой пятой ПМПК, в остальных случаях они возникали крайне редко (единичные случаи)»<sup>108</sup>.

Основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами ПМПК – это несогласие с рекомендациями ПМПК (61,7% ответов), предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов (45,7% ответов). 17,3% ответов свидетельствуют о том, что конфликтов не возникает.

**График 13. Основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

**Прецеденты** обращения в судебные органы в 24% субъектов РФ (см. табл.15).

<sup>108</sup> Алехина С.В. Взаимодействие с родителями в деятельности Психолого-медико-педагогических комиссий. Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск: ФГБОУ ВПО «НГПУ», № 6, 2015

Судебная практика в отношении ПМПК (оспаривание рекомендаций, предписание прокуратуры в части соблюдения родительских прав) за последние 5 лет, существует только в 3,6% субъектов РФ.

**Таблица 15. Случаи обращения в ПМПК в судебно-следственные органы**

Субъект РФ	Случаи
Иркутская область	Перед судебными заседаниями для определения АООП в условиях закрытого образовательного учреждения
Кемеровская область	Запрос дубликатов заключений, 8 случаев
Курганская область	Для подтверждения факта прохождения комплексного обследования у специалистов ПМПК
Новосибирская область	Запрос на разъяснение содержания заключения ПМПК по несовершеннолетнему правонарушителю
Пермский край	2 случая (изнасилование, разбой)
Псковская область	2 раза, для уточнения образовательной программы и условий обучения и воспитания ребенка
Ростовская область	Обращение было (причина не указана)
Рязанская область	2 случая (при постановке на учет в комиссию по делам несовершеннолетних, при возбуждении уголовного дела на подростка)
Самарская область	Обращение было (причина не указана)
Саратовская область	2 случая, постановление о прохождении ПМПК в рамках решения вопроса о помещении несовершеннолетнего правонарушителя в учреждение закрытого типа
Свердловская область	5 человек, для закрытых учреждений
Смоленская область	2 подростка, находящихся под следствием
Тамбовская область	1 - по проблеме направления ребенка в колонию для несовершеннолетних
Тверская область	1 раз, запрос информации на гражданина, находящегося под следствием, проходившего обследование в ЦППМК более 10-ти лет назад
Томская область	Обращение было (причина не указана)
Тульская область	1 раз, консультативный допрос определение образовательного маршрута. Второй - поведенческие отклонения.
Тюменская область	Обращение было (причина не указана)
Ульяновская область	2 обращения для определения статуса ребёнка, находящегося под следствием
Санкт-Петербург	2 раза. Запрос результатов обследования и рекомендаций комиссии в отношении не совершеннолетних, совершивших правонарушения
Еврейская автономная область	Редко, при подготовке документов для оформления несовершеннолетних правонарушителей в образовательные учреждения закрытого типа

Анализируя ответы на вопрос, с какими государственными (муниципальными) учреждениями взаимодействует ПМПК, получены следующие данные:

1. Организации системы образования - 100% субъектов РФ

2. Организации системы здравоохранения – 97,5% субъектов РФ
3. Организации системы социальной – 93,9% субъектов РФ
4. Другие ведомства – 53% субъектов РФ

Взаимодействие с другими ведомствами всегда сложная проблема. По мнению председателей ПМПК целесообразно было бы организовать следующие способы межведомственного взаимодействия ПМПК – совещания, круглые столы, семинары, совместные заседания при конфликтных случаях, система электронного документооборота.

Причины обращения родителей детей с ОВЗ, детей-инвалидов, детей-сирот, детей с девиантным поведением в ПМПК достаточно разнообразны: от вопросов своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей до получения рекомендаций для проведения государственной итоговой аттестации и получения рекомендаций для заполнения ИПР (см. табл.16)

**Таблица 16. Основные причины обращения родителей (законных представителей) различных групп детей в ПМПК (в %)**

<b>Причины обращений</b>	<b>Дети с ОВЗ</b>	<b>Дети-инвалиды</b>	<b>Дети с девиантным поведением</b>	<b>Дети-сироты</b>
Своевременное выявление особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей	93,9	81,9	67,4	84,3
Получение рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в обучении и воспитании детей	98,7	93,9	84,3	91,5
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	97,5	93,9	69,8	85,5
Получение консультативной помощи родителями (законными представителями) детей	97,5	93,9	85,5	87,9
Получение рекомендаций для поступления в дошкольные и школьные организации	98,7	96,3	63,8	85,5
Получение рекомендаций для проведения государственной итоговой аттестации	96,3	87,9	54,2	69,8
Получение рекомендаций для заполнения ИПР	97,5	87,9	22,8	45,7
Другое (укажите)	46,9	6,0	7,2	7,2

Рекомендации ПМПК по направлению от организаций здравоохранения чаще получали дети от 4 до 7 лет, от образовательных организаций – от 4 до 11 лет, от комиссии по делам несовершеннолетних – 12-15 лет, от органов социальной защиты – 8-11 лет, самостоятельно обращались в основном родители детей 4-7 лет, без направления – родители детей 4-7 лет (см. табл. 17).

**Таблица 17. Численность детей, которые получили рекомендации ПМПК по направлению различных органов исполнительной власти и учреждений различных ведомств (средние показатели)**

Направляющая организация	Возраст 0-3 года	Возраст 4-7 лет	Возраст 8-11 лет	Возраст 12-15 лет	Возраст 16-18 лет и старше
1. Организация системы здравоохранения (суммарно)	4448	23822	10553	4760	1414
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	53	287	127	57	17
В % по категории 1	9,80	53,05	23,48	10,54	3,14
2. Образовательная организация (суммарно)	2084	41176	33982	24162	8168
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	25	496	409	291	98
В % по категории 2	1,90	37,60	31,01	22,06	7,43
3. Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (суммарно)	1	31	114	335	190
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	0	0	1	4	2
В % по категории 3	0,00	0,00	14,29	57,14	28,57
4. Орган/организация социальной защиты (суммарно)	264	1846	2875	2580	1506
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	3	22	34	31	18
В % по категории 4	2,78	20,37	31,48	28,70	16,67
5. Самостоятельно обратился за консультацией (суммарно)	405	1114	720	555	749
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	5	13	8	6	9
В % по категории 5	12,19	31,70	19,51	14,63	21,95
6. Родители обратились без направления (суммарно)	3408	11959	7671	4335	2183
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	41	144	92	52	26
В % по категории 6	11,55	40,56	25,92	14,65	7,32
7. Другое (суммарно)	567	3266	1725	1150	666
Средние показатели (на 1 ЦПМПК)	7	39	21	14	8
В % по категории 7	7,87	43,82	23,60	15,73	8,99

Повторно приняты в ПМПК 64% детей от принятых первично. 80% детей, получивших заключения ПМПК, рекомендовано обучение по АООП.

Чаще всего детям рекомендовали занятия с педагогом-психологом и учителем-логопедом, учителем-дефектологом (см. табл. 18).

**Таблица 18. Количество детей, принятых ЦПМПК . Средние показатели**

Показатели	Возраст 0-3 года	Возраст 4-7 лет	Возраст 8-11 лет	Возраст 12-15 лет	Возраст 16 лет и старше	Итого
Количество принятых детей. <i>Первично.</i>	115	688	380	199	94	295
Количество принятых детей <i>Повторно.</i>	12	270	314	250	99	189
Количество детей, получивших заключение ПМПК	127	983	658	422	180	474
Количество детей, которым рекомендована АООП	99	812	559	336	105	382
Количество детей, которым рекомендован тьютор	1	22	32	9	2	13
Количество детей, которым рекомендован ассистент-помощник	3	19	24	13	17	15
Количество детей, которым рекомендованы занятия с педагогом-психологом	73	652	489	308	95	323
Количество детей, которым рекомендованы занятия с учителем-дефектологом	57	314	326	180	44	184
Количество детей, которым рекомендованы занятия с учителем-логопедом	91	744	396	160	17	282
Количество обучающихся, обратившихся за рекомендациями по определению условий сдачи ГИА	0	0	0	64	104	173

Почти 80% ПМПК не предоставляют информация о результатах обследования или иная информация, связанная с обследованием детей в

комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей), 13% - делают это по запросу судебных органов (см. график 14).

**График 14. Ответы на вопрос: «Предоставлялась ли информация о результатах обследования или иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей)»**



В 97,5% ПМПК оформляется письменное согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных, и только в Мурманской области и Камчатском крае не оформляется.

Количество обоснованных жалоб, поступивших от родителей за последний год в ПМПК РФ невелико, в Республике Адыгея, Бурятия, Мордовия, Краснодарский край, Новосибирская, Псковская области насчитывается 1 жалоба, 2 – Хабаровский край, 3 – в Челябинской области.

Количество удовлетворенных жалоб родителей за последний год в Республике Башкортостан – 15, Республики Адыгея, Бурятия, Мордовия, Краснодарский край, Новосибирская область. Псковская область – 1, Хабаровский край и Липецкая область – 2, Челябинская область – 3.

#### ***2.2.1.6. Общая результативность деятельности ПМПК***

ПМПК проводит мониторинг выполнения образовательной организацией рекомендаций, выданных ПМПК, в 70% субъектов РФ.

Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК – основная трудность (53,7% ответов), далее «неготовность родителей принять рекомендации ПМПК» (35,4% ответов) и «отсутствие единых требований к организации документооборота в ПМПК» (34,1% ответов), на третьем месте – неготовность образовательных организаций к принятию на обучение детей с рекомендациями (29,3% ответов) (см. график 15).

**График 15. Основные трудности в деятельности ПМПК**

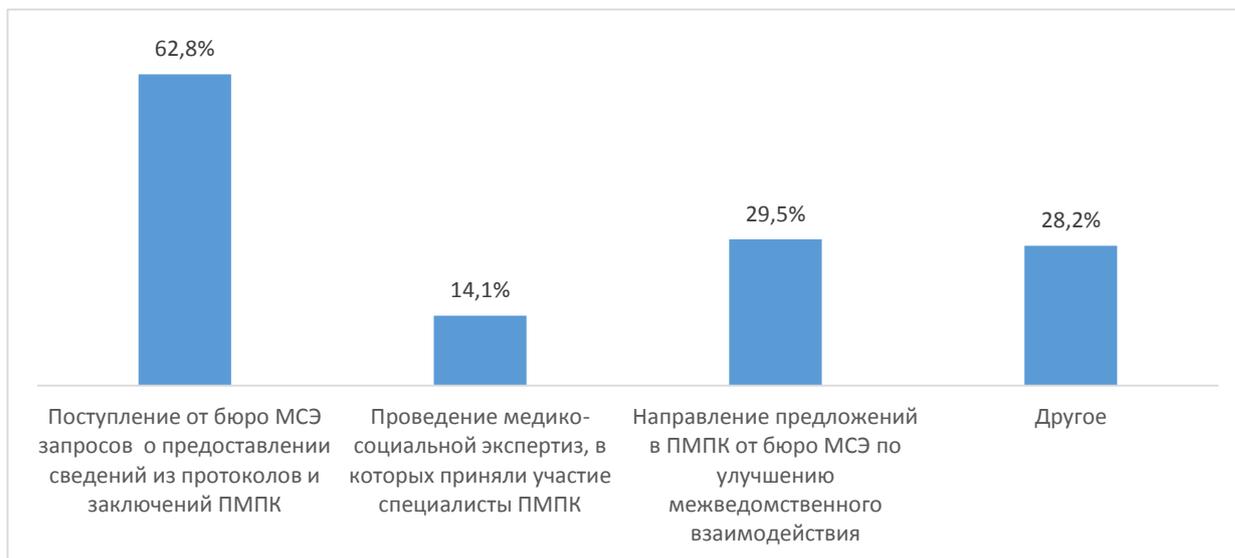


*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Основные формы взаимодействия ПМПК с бюро МСЭ – это поступление от бюро МСЭ запросов о предоставлении сведений из протоколов и заключений ПМПК (62,8%), на втором месте по популярности – направление

представлений в ПМПК от бюро МСЭ по улучшению межведомственного взаимодействия (29,5%) (см. график 16).

**График 16. Основные формы взаимодействия ПМПК с бюро медико-социальной экспертизы**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

В 80% субъектов ПМПК осуществляет мониторинг данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии.

В качестве основных изменений, которые необходимы для повышения эффективности деятельности ПМПК, респонденты предложили следующие: ввести единый стандарт требований в организации документооборота ПМПК (53%), сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК (51,8%), подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ (37,3%), повысить финансирование деятельности ПМПК (25,3%), трудоустроить высокопрофессиональных специалистов в ПМПК (18,1%), законодательно оформить четкое разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ) и повысить зарплату специалистов ПМПК (по 16,9%), улучшить материально-техническое оснащение ПМПК и повысить авторитет ПМПК в обществе, сформировать позитивный образ (по 14,5%). Наименее популярный ответ -

обеспечить поддержку со стороны органов управления образования (3,6% ответов)

Ниже представлены предложения председателей ПМПК по усовершенствованию деятельности ПМПК:

1. Стандартизация деятельности ПМПК (документации, документооборота, процесса и т.д.) – 24,3% ответов
2. Корректировка нормативно-правовой базы – 24,3% ответов
3. Кадровые вопросы (расширение штата за счет необходимых специалистов) – 11,7% ответов
4. Разработка действующего алгоритма межведомственного взаимодействия – 10,8% ответов
5. Улучшение материально-технического положения – 8,1% ответов
6. Обеспечение Заключениям ПМПК реальной силы (контроль исполнения) – 7,2% ответов.
7. Увеличение заработной платы работникам – 4,5% ответов
8. Увеличение финансирования ПМПК - 4,5% ответов
9. Разграничение статуса работников (в т.ч. медработников) – 3,6% ответов
10. Повышение авторитета ПМПК – 0,9% ответов.

*Эффективность работы ПМПК в целом, по 10-балльной шкале по России оценивается на 8,3 баллов.*

### **2.2.2. Опрос председателей территориальных ПМПК**

Социально-демографические характеристики опрошенных. Почти 86% председателей – штатные сотрудники ПМПК, 9,3% - совместители, меньше 1% - работают по трудовому договору, 4,3% - выбрали категорию «другое». Около 40% председателей в возрасте от 46 до 55 лет, треть – от 36 до 45 лет, еще треть - старше 56 лет, около 6% - до 35 лет. 97,2% председателей –

женщины, 2,8% - мужчины. Практически все председатели ТПМПК имеют стаж свыше 11 лет. В ПМПК председатели работают по большей части свыше 11 лет 44% ответивших, каждый четвертый работает от 6 до 10 лет, каждый третий – менее 5 лет. 93% председателей ПМПК имеют высшее педагогическое образование, 7% - высшее, но не педагогическое. 37,5% Председателей ТПМПК имеют второе высшее образование. У 7% опрошенных председателей ТПМПК есть ученая степень.

### **2.2.2.1. Организационно-правовая структура деятельности ТПМПК**

Большинство ТПМПК (64,5%) являются структурными подразделениями ведомств, 10,6% - организации при органе исполнительной власти в сфере образования (см. график 17).

**График 17. Организационно-правовая форма ТПМПК**



Учредителем ТПМПК в 40% случаев является орган исполнительной власти в сфере образования (Министерство, Департамент, Комитет по образованию и т.д.), в 50% случаев органы местного самоуправления, органы исполнительной власти в сфере социальной защиты – 0,7% ТПМПК, столько же указали несколько органов исполнительной власти, 8,6% указали иное

Основные действия, которые осуществляет ТПМПК – это запрос необходимых документов у образовательных и медицинских организаций (89,6% и 82,8% ответов соответственно), на втором месте по частоте действий – внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в

органы государственной власти субъектов РФ, осуществляющих управление в сфере образования и запрос необходимых документов у органов социальной защиты (34,3% и 24,6%) (см. график 18).

**График 18. Действия ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

#### **2.2.2.2. Кадровое обеспечение**

В ТПМПК больше всего работают педагоги-психологи, учителя-логопеды, олигофренопедагоги, социальные педагоги (см. табл.19).

Больше всего педагогов-психологов в ТПМПК Омской области (23), Новосибирской области (12), не представлены они в ТПМПК Костромской области. Среднее количество специалистов – 2. Больше всего учителей-педагогов в ТПМПК Санкт-Петербурга (21) и Новосибирской области (13) и Омской области (12), нет ни одного специалиста в ТПМПК Чеченской Республики. Среднее количество специалистов – 1,9. Больше всего олигофренопедагогов в ТПМПК Новосибирской области (15) и Республики Хакасии (8), отсутствуют они в ТПМПК Республики Карачаево-Черкессии, Краснодарского края, Воронежской области, Магаданской области, Еврейской АО, Чукотского АО. Среднее количество специалистов – 1,4.

**Таблица 19. Количество специалистов в ТПМПК**

<b>Член ПМПК</b>	<b>Количество (ед.) ТПМПК</b>	<b>Среднее количество специалистов (ед.) на 1 ТПМПК</b>
Педагог-психолог	<b>284</b>	<b>2</b>
<i>Олигофренопедагог</i>	<b>200</b>	<b>1,4</b>
<i>Тифлопедагог</i>	<b>34</b>	<b>0,2</b>
<i>Сурдопедагог</i>	<b>38</b>	<b>0,2</b>
Учитель-логопед	<b>276</b>	<b>1,9</b>
Педиатр	<b>107</b>	<b>0,7</b>
Невролог	<b>79</b>	<b>0,56</b>
Офтальмолог	<b>61</b>	<b>0,43</b>
Оториноларинголог	<b>43</b>	<b>0,3</b>
Ортопед	<b>34</b>	<b>0,24</b>
Психиатр детский	<b>94</b>	<b>0,67</b>
Психиатр	<b>65</b>	<b>0,46</b>
Социальный педагог	<b>108</b>	<b>0,78</b>
Другие специалисты (укажите)	<b>76</b>	<b>0,57</b>
<b>ИТОГО</b>	<b>1499</b>	<b>-</b>

В ряде субъектов РФ существует потребность в других специалистах: психотерапевтах, дефектологах, медицинских психологах и др.

### ***2.2.2.3. Порядок проведения ТПМПК***

Среди основных направлений деятельности ТПМПК обследование детей, предоставление консультаций, подготовка рекомендаций по организации обучения и воспитания детей (см. табл. 20).

Каждая пятая ТПМПК проводит заседания более 2 раз в неделю, 13,4% ПМПК – 2 раза в неделю, 8,5% ПМПК – от 2 до 3 раз в месяц, 7,8% - 1 раз в месяц, по 2,1% от 6 до 10 раз в год либо не более 5 раз в год, и почти 41% по другой схеме периодичности.

В большинстве случаев ТПМПК проводят только плановые заседания (77,3%), 17% ПМПК проводит как плановые, так и внеплановые заседания, 5,7% ПМПК проводит больше внеплановых заседаний, чем плановых.

**Таблица 20. Направления деятельности ТПМПК**

<b>Направления</b>	<b>% ТПМПК, реализующих направление деятельности</b>
Обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью выявления особенностей в физическом и психическом развитии, а также отклонений в поведении	98,6
Подготовка рекомендаций по организации обучения и воспитания детей	97,2
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	96,5
Мониторинг учета рекомендаций ПМПК	88,7
Оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей	96,5
Предоставление консультаций работникам образовательных организаций	97,9
Предоставление консультаций работникам организаций, оказывающих социальное обслуживание	69,6
Предоставление консультаций работникам медицинских организаций	69,6
Предоставление консультаций работникам других организаций	66,6
Содействие федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы в разработке ИПРА	76,6
Осуществление учета данных о детях с ОВЗ	93,0
Осуществление учета данных о детях-инвалидах	86,6
Осуществление учета данных о детях с девиантным поведением	68,8
Организация информационно-просветительской работы с населением с целью предупреждения, коррекции недостатков в физическом, психическом развитии детей, отклонений в их поведении	80,2
Обследование детей старшего школьного возраста с целью определения специальных условий для сдачи ГИА	90,8
Другое (укажите)	16,3

В таблице 21 представлено количество субъектов РФ, которые реализуют различные формы учета. По всем категориям детей картотека, электронная база и реестр по детям с ОВЗ ведется в большей степени на территориальном уровне, чем на ведомственном.

**Таблица 21. Форма учета данных в ПМПК по различным категориям детей (в %)**

Варианты учета	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
Ведется картотека				
На территориальном уровне	56,7	51,7	36,1	33,3
На ведомственном уровне	20,5	19,8	14,8	12,0
Формируется электронная база данных				
На территориальном уровне	62,4	57,4	36,1	33,3
На ведомственном уровне	25,5	23,4	17,0	18,4
Существует реестр				
На территориальном уровне	36,8	32,6	20,5	17,0
На ведомственном уровне	12,0	13,4	9,9	9,9
Другое	10,6	9,2	7,8	7,8

Практически вся документации ТПМПК – журнал записи детей на обследование, журнал учета детей, прошедших обследование, карта ребенка, прошедшего обследование, протокол обследования ребенка, журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов, коллегиального заключения и рекомендаций ПМПК, договор о порядке взаимодействия ПМПК с родителями (законными представителями) воспитанника / обучающегося – ведется преимущественно на бумажных носителях.

Статистический учет деятельности ПМПК ведется в 56,7% ТПМПК. При этом на бумаге – в 56,2% от этих случаев, в электронном виде – в 7,5%, в обоих форматах – в 36,3% ТПМПК;

Другие формы ведения документации зафиксированы в трети ТПМПК РФ, среди них - журнал присутствующих на ТПМПК, согласие на обработку персональных данных; отчеты ПМПК ОУ, годовые отчеты в ЦПМПК, годовые отчеты о работе ТПМПК за учебный год; база данных детей с ОВЗ в электронном виде; рабочие программы диагностико-коррекционных занятий учителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагога-психолога, журналы учета посещаемости детьми диагностико-коррекционных занятий, заявления родителей (законных представителей) ребенка и др.

В 75,1% ПМПК Протокол и Заключение ПМПК оформляется в день

проведения Заседания, в каждой пятой – в течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования, в 2% случаев - на следующий день после проведения комиссии, в 3% случаев это происходит по-другому

В 56% ТПМПК обследование проводится несколькими специалистами одновременно в помещениях, где размещается комиссия, в 12% ПМПК – несколькими специалистами одновременно по месту проживания и (или) обучения обследуемого, в 11,3% ПМПК – каждым специалистом индивидуально по месту проживания и (или) обучения или каждым специалистом индивидуально в местах, где размещается комиссия (см. график 19). В 10,8% ПМПК процесс реализуется по-другому. Например, в Республике Саха специалисты ПМПК проводят предварительное диагностическое обследование детей, консультирование родителей по результатам предварительной диагностики. Родители на базе детской поликлиники проходят медицинскую комиссию. Далее на коллегиальной сессии ПМПК в процессе диагностики ребенка врачом-психиатром, учителем-дефектологом, логопедом, психологом в протокол вносятся данные обследования, полученные непосредственно в ходе диагностического обследования ребенка на сессии ПМПК, выносится общее коллегиальное решение.

**График 19. Порядок проведения обследования в ПМПК**



Если рассматривать процесс информирования родителей (законных представителей) детей относительно основных направлений деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы ТПМПК, то чаще всего он реализуется через сайт (74,3% ответов), на втором месте - беседа с родителями и специалистами других ведомств (по 66,4% ответов) (см. график 20).

**График 20. Процесс информирования родителей (законных представителей) детей относительно основных направлений деятельности, месте нахождения, порядка и графика работы ТПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Чаще всего запись детей на обследование осуществляется очно (при предъявлении необходимых документов (100% ответов), а так же по телефону (41,8%). Реже запись осуществляется очно (без предъявления документов) (23,4%). Возможность электронной записи используется реже всего (8,5%), другие варианты – 9,2%.

67,4% ТПМПК осуществляют информирование о дате обследования в день получения документов, 20,5% - в срок 5 дней, для 5,6% ТПМПК нет определенного временного ограничения, 2,1% - в течение календарного месяца, 1,4% - на следующий день, и 3% указали «Другое» (хадве недели до прохождения

обследования ребенка на Комиссии).

В трети ТПМПК между записью на комиссию и проведением процедуры обследования проходит 5 дней, в каждой пятой – в течение месяца, в 14,8% - на следующий день, в 4,9% - в тот же день, еще в стольких же ПМПК – в течение календарной недели, и в каждой четвертой ПМПК по-другому.

При возникновении спорных ситуаций в деятельности ТПМПК чаще всего проводится дополнительное обследование специалистами ПМПК в другой день (100% ответов), на втором месте по популярности ответ «обследуемый отправляется в Центральную ПМПК», (81,4% ответов), на третьем месте по популярности - обследуемый направляется на дополнительное медицинское обследование (77,1% ответов), «дается диагностический срок обучения, после которого ребенок снова обследуется в ПМПК» (72,1% ответов), реже запрашиваются необходимые данные в других организациях (43,6% ответов).

**График 21. Содержательные моменты Протокола, составляемого по итогам заседания ТПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

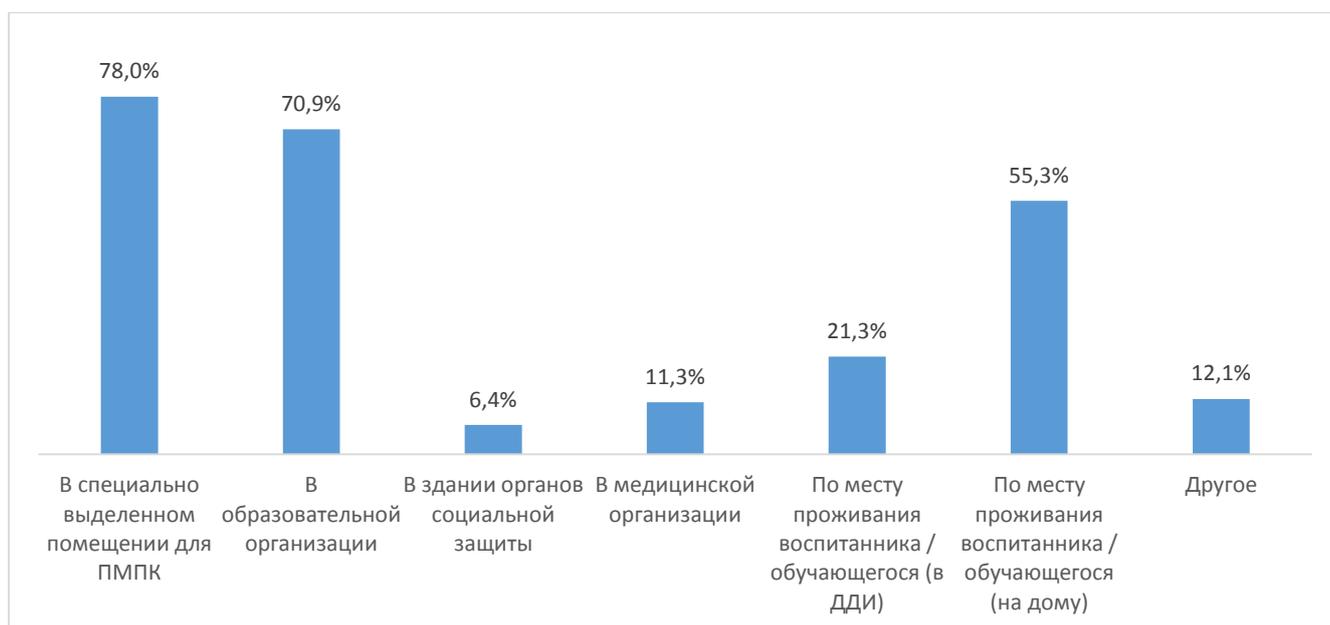
Протокол, составляемый по итогам заседания ТПМПК, по большей части содержит в себе сведения о ребенке, результаты обследования, выводы специалистов, заключение комиссии (от 98% до 92% ответов по каждой категории). (см. график 21).

#### 2.2.2.4. Ресурсное обеспечение ТПМПК

Специализированный сайт есть только у 36,1% ТПМПК.

Чаще всего заседания проводятся в специально выделенных для этого помещениях (78% ответов), на втором месте по популярности – образовательные организации (70,9% ответов), на третьем – место проживания воспитанника (на дому) (55,3% ответов) (см. график 22).

График 22. Помещения, в которых проводятся заседания ТПМПК



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

В ТПМПК присутствуют помещения для проведения заседаний ПМПК (93,1%), помещения для заполнения документов (54,2%), комнаты ожидания (50,4%), входная группа (33,6%) и другие кабинеты (см. график 23).

Большинство председателей ТПМПК оценивают материально-техническую оснащенность ПМПК достаточно хорошо (80,1%), 5% считают, что ПМПК оснащена в полной мере, 12,7%, что почти не оснащена, 2,3% считают, что не оснащена вообще. 17,7% ПМПК оснащены автотранспортом, 70,2% - не оснащены, 12,1% предоставляется транспорт по запросу либо они пользуются транспортом школы.

**График 23. Помещения ТПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Средние оценки ресурсного обеспечения по 5-балльной шкале:

- Материально-техническое – 3,3 балла
- Методическое – 3,8 балла
- Кадровое – 3,7 балла
- Финансовое – 3,0 балла
- Информационное – 4,0 балл
- Организационное – 4.2 балла
- Эмоционально-комфортные условия – 4.3 баллов

*Таким образом, лучше всего оцениваются эмоционально-комфортные условия и организационное обеспечение, хуже всего – финансовые ресурсы.*

Говоря о кадровом ресурсе, следует отметить, что ТПМПК лучше всего укомплектованы педагогами-психологами, педиатрами и олигофренопедагогами, в этих же категориях специалистов наблюдается большая потребность (см. таблица 22).

**Таблица 22. Количество специалистов – наличие и потребность**

Специалисты	Количество ставок по штату (факт)	Количество ставок по штату (потребность)
Педагог-психолог	1,73	0,68
Олигофренопедагог	1,18	0,74
Тифлопедагог	0,18	0,59
Сурдопедагог	0,22	0,53
Дефектолог другой специализации	0,21	0,14
Учитель-логопед	0,11	0,68
Педиатр	1,62	0,48
Невролог	0,32	0,57
Офтальмолог	0,34	0,41
Оториноларинголог	0,22	0,44
Ортопед	0,15	0,46
Психиатр детский	0,12	0,52
Социальный педагог	0,65	0,51
Иные специалисты	0,78	0,31

Среднее количество специалистов ТПМПК, прошедших повышение квалификации по направлениям профессиональной деятельности за последние 3 года – 69,7%.

Чаще всех курсы повышения квалификации проходили педагоги-психологи, учителя-дефектологи и учителя-логопеды (см. табл.23).

**Таблица 23. Прохождение специальной подготовки для работы с детьми различных категорий (на курсах повышения квалификации, переподготовки и др.) (в %)**

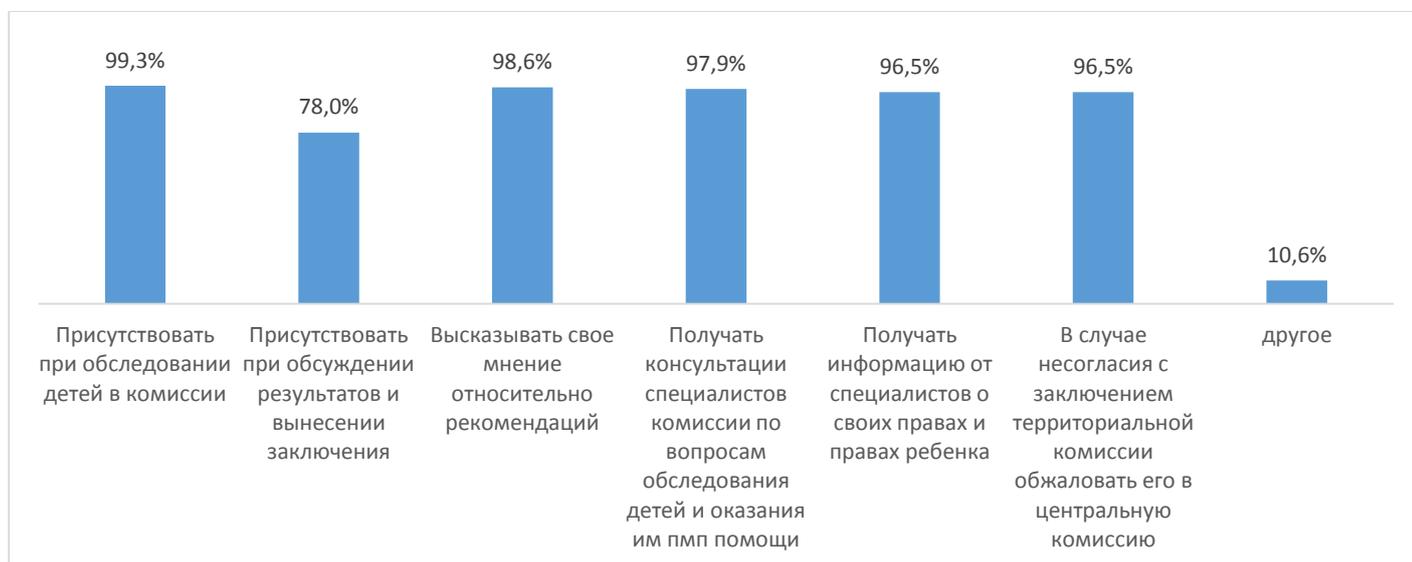
Специалист	Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми с ОВЗ		Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми – инвалидами		Прошли курсы повышения квалификации по работе с детьми с девиантным поведением		Прошли курсы повышения квалификации для специалистов в ТПМПК	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Педагог-психолог	78,7	22,3	36,8	63,2	26,9	73,1	65,2	34,8
Учитель-дефектолог	70,9	29,1	31,2	68,8	4,2	95,8	61,7	38,3
Учитель-логопед	75,8	14,2	31,9	68,1	6,3	93,7	61,7	38,3
Педиатр	9,9	91,1	5,6	94,4	0	100	6,3	93,7
Невролог	8,5	91,5	5,6	94,4	0	100	2,1	97,9
Офтальмолог	2,8	97,2	3,5	96,5	0	100	1,4	98,6
Оториноларинголог	2,1	97,9	2,8	97,2	0	100	0,7	99,3
Ортопед	2,8	97,2	3,5	96,5	0,7	99,3	0	100
Психиатр детский	24,1	75,9	14,1	85,9	9,9	90,1	8,5	91,5
Социальный психолог	38,2	61,8	17,7	82,3	15,6	84,4	23,4	76,6

19,8% ПМПК прошли супервизию менее года назад, 16,9% ТПМПК – менее 3 лет назад, 13,9% - менее 5 лет назад, 2,9% менее 10 лет назад, 46,5% ПМПК никогда не проходили супервизию и 1,2% ответили «другое». 5% ТПМПК оказывают платные услуги.

### 2.2.2.5. Взаимодействие с родителями

Удовлетворенность родителей (законных представителей) услугами, предоставляемыми ПМПК, - один из основных индикаторов эффективности деятельности ПМПК. Оценки поставлены достаточно высокие. Так, по мнению председателей ПМПК больше остальных удовлетворены родители детей-инвалидов и детей с ОВЗ (по 4,4 и 4,3 балла из 5 соответственно), меньше удовлетворены родители детей с девиантным поведением (3,8 балла).

**График 24. Права (возможности), предоставляемые родителям (законным представителям) при обследовании детей в ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

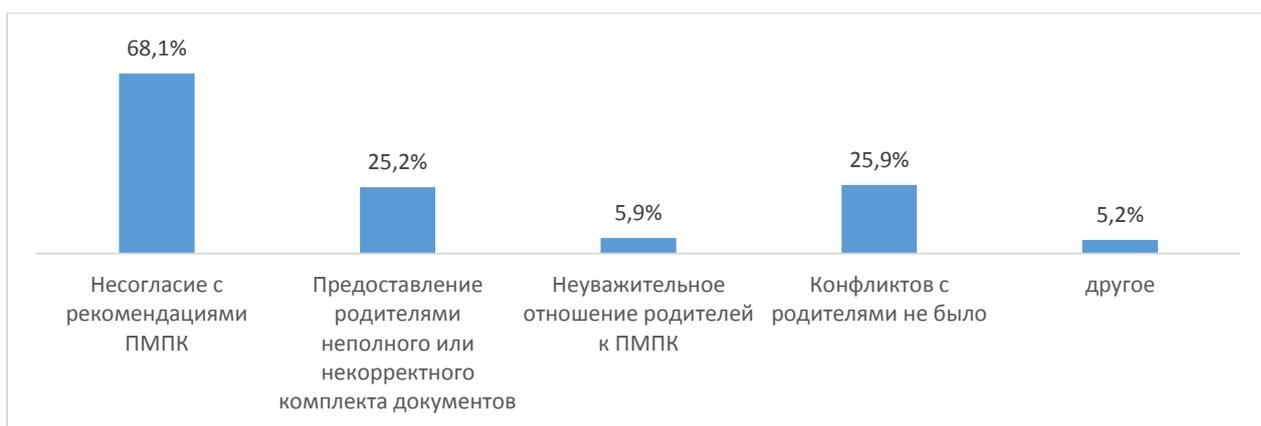
«Права, предоставляемое родителям (законным представителям) при обследовании детей в ПМПК чаще всего реализуются через право присутствовать при обследовании детей на комиссии (99,3%) и высказывать свое мнение относительно рекомендаций (98,6%), получать консультации

специалистов комиссии по вопросам обследования детей и оказания им психолого-медико-педагогической помощи (97,9%), также часто через возможность получать информацию от специалистов о своих правах и правах ребенка (96,5%), в случае несогласия с заключением обжаловать его (96,5%)»<sup>109</sup>. (см. график 24).

«Конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии не возникают (38,8%), в 61,2% - они крайне редки, в 2,9% случаев указан вариант ответа «реже, чем при обследовании каждого 5 ребенка», 1,4% ответов – «при обследовании каждого 3 ребенка», по 0,7% выбора получили варианты «при обследовании каждого 5 ребенка», «при обследовании каждого 2 ребенка» и «при обследовании каждого 4 ребенка»»<sup>110</sup>.

Основная причина конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами ПМПК – это несогласие с рекомендациями ТПМПК (68,1% ответов) (см. график 25).

**График 25. Основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

<sup>109</sup> Алехина С.В. Взаимодействие с родителями в деятельности Психолого-медико-педагогических комиссий. Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск: ФГБОУ ВПО «НГПУ», № 6, 2015

<sup>110</sup> Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий в современных условиях развития образования: материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Новосибирск, 23–25 сентября 2015 г.) / под ред. С.В. Алехиной ; Мин-во образования и науки РФ, Новосиб. гос. пед. ун-т.; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2015

Прецеденты обращения в ПМПК в судебные органы в 10,6% субъектов РФ (см. табл.24)

**Таблица 24. Случаи обращения ТПМПК в судебные органы**

<b>Субъект РФ</b>	<b>Случаи</b>
Архангельская область	Не более 5 раз. В случаях с решением вопроса о своевременности предоставления места ребенку в группе детского сада компенсирующей направленности по рекомендации ПМПК, а также при желании родителей отложить обучение ребенка в школе на один год.
Архангельская область	1 раз при расследовании уголовного дела запрашивалась информация о том, состоял ли гражданин на учете в ПМПК и с каким диагнозом
Астраханская область	2 запроса в правоохранительные органы
Брянская область	2 случая: дети с девиантным поведением по обращению ПДН
Иркутская область	Участниками правонарушения или преступления были дети с ОВЗ
Мурманская область	2 случая по вопросам определения образовательного маршрута ребенка с девиантным поведением
Новосибирская область	3 случая (в рамках рассмотрения уголовного дела)
Ростовская область	Не более 3-х раз в год, в случае если несовершеннолетние признаны подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу.
Саратовская область	4 случая, постановление о прохождении ПМПК в рамках решения вопроса о помещении несовершеннолетнего правонарушителя в учреждение закрытого типа
Свердловская область	2 случая (присутствие педагога-психолога ТПМПК при производстве процессуальных действий с участием несовершеннолетнего), 1 случай – проведение диагностической процедуры и оформление заключения психолога по вопросам детско-родительских отношений
Челябинская область	Заявление о нарушении прав дочери. ПМПК отвечала на запрос по процедуре обследования ребёнка на ПМПК
Ханты-Мансийский автономный округ	1 некачественное предоставление услуг ребенку- инвалиду в учреждении социального обслуживания

Судебная практика в отношении ТПМПК (оспаривание рекомендаций, предписание прокуратуры в части соблюдения родительских прав) за последние 5 лет, существует только в 1,4% ТПМПК.

ТПМПК взаимодействует с государственными (муниципальными) учреждениями, а именно: с организациями системы образования - 97,1%

субъектов РФ, организациями системы здравоохранения – 89,3%; организации системы социальной защиты – 61,7%; другие ведомства – 36,4%. Межведомственное взаимодействие один из труднейших вопросов системы управления. По мнению председателей ПМПК целесообразно было бы организовать следующие способы межведомственного взаимодействия ПМПК – совещания, круглые столы, семинары, сетевое взаимодействие, совместные заседания при конфликтных случаях, а также создать систему электронного документооборота и др.

Основной причиной обращения родителей (законных представителей) детей с ОВЗ, детей-инвалидов, детей с девиантным поведением, детей-сирот является получение рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в обучении и воспитании детей и консультативной помощи. (см. табл. 25).

**Таблица 25. Основные причины обращения родителей (законных представителей) различных групп детей в ТМПК (в %)**

Причины обращений	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
Своевременное выявление особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей	92,1	81,5	61,7	62,4
Получение рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в обучении и воспитании детей	97,8	95,0	73,7	66,6
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	97,8	92,9	60,9	60,9
Получение консультативной помощи родителями (законными представителями) детей	96,4	90,7	73,1	63,8
Получение рекомендаций для поступления в дошкольные и школьные организации	95,0	90,7	55,3	56,0
Получение рекомендаций для проведения государственной итоговой аттестации	92,9	75,1	38,2	43,9
Получение рекомендаций для заполнения ИПР	34,0	77,3	14,8	22,6
Другое (укажите)	12,7	11,3	9,9	10,6

Рекомендации ПМПК по направлению от организаций здравоохранения чаще получали дети от 4 до 7 лет, от образовательных организаций – от 4 до 7 лет, от комиссии по делам несовершеннолетних – 16-18 лет и старше, от

органов социальной защиты – 8-11 лет, самостоятельно обращались в основном родители детей 4-7 лет, без направления – родители этой же категории - детей 4-7 лет (см. табл. 26).

**Таблица 26. Средняя численность детей, которые получили рекомендации ТПМПК по направлению различных органов исполнительной власти и учреждений различных ведомств**

Направляющая организация	Возраст 0-3 года	Возраст 4-7 лет	Возраст 8-11 лет	Возраст 12-15 лет	Возраст 16-18 лет и старше
1. Организация системы здравоохранения (суммарно)	4839	12568	5106	3265	798
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	34	89	36	23	5
В % по категории 1	18,1	47,5	19,2	12,2	2,6
2. Образовательная организация (суммарно)	3146	76809	25233	10942	4120
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	22	544	178	77	29
В % по категории 2	2,5	64,0	20,9	9,0	3,4
3. Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (суммарно)	1	9	35	355	371
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	0	0	0	2	3
В % по категории 3	0	0	0	40,0	60,0
4. Орган/организация социальной защиты (суммарно)	165	370	444	326	62
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	1	2	3	2	0
В % по категории 4	12,5	25,0	37,5	25,0	0
5. Самостоятельно обратился за консультацией (суммарно)	866	2301	1633	882	242
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	6	16	11	6	2
В % по категории 5	14,6	57,0	26,8	14,6	4,8
6. Родители обратились без направления (суммарно)	4245	13923	4747	2239	371
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	30	99	34	16	3
В % по категории 6	16,4	54,3	18,6	8,7	1,6
7. Другое (суммарно)	257	5912	1633	473	764
Средние показатели (на 1 ТПМПК)	2	42	12	3	5
3В % по категории 7	3,1	65,6	18,7	4,6	7,8

В среднем повторно приняты 11,5% детей от принятых первично. 82,1% детей, получивших заключения ПМПК, рекомендовано обучение по АООП. Чаще детям рекомендовали занятия с педагогом-психологом и учителем-логопедом, учителем-дефектологом. (см. табл. 27).

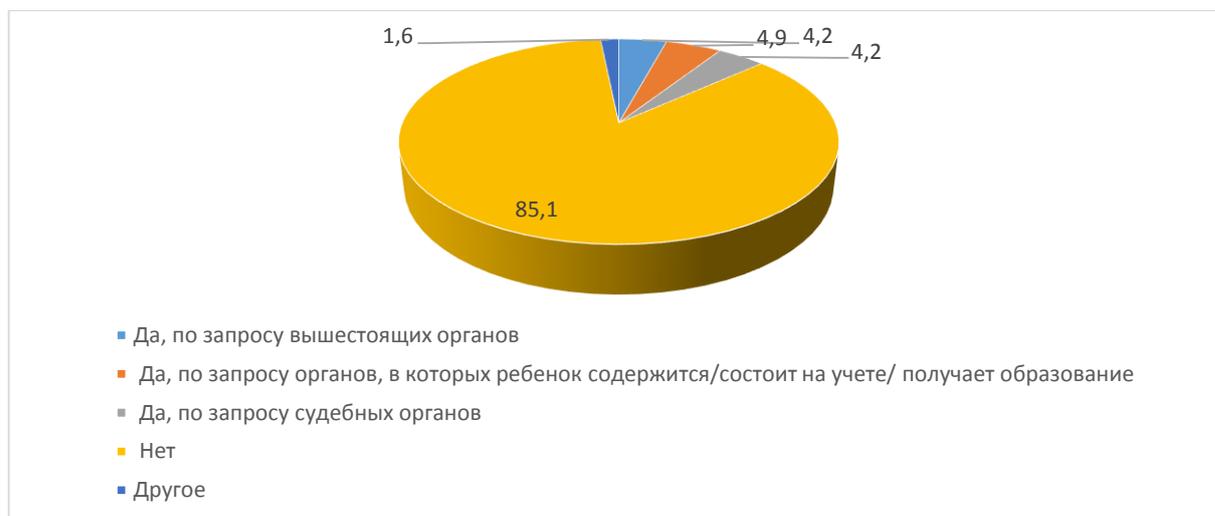
85% ТПМПК не предоставляют информацию о результатах обследования или иную информация, связанную с обследованием детей в

комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей). (см. график 26).

**Таблица 27. Количество детей, принятых ТПМПК . Средние показатели  
(на 1 ТПМПК)**

<b>Показатели</b>	<b>Возраст 0-3 года</b>	<b>Возраст 4-7 лет</b>	<b>Возраст 8-11 лет</b>	<b>Возраст 12-15 лет</b>	<b>Возраст 16 лет и старше</b>	<b>Итого</b>
Количество принятых детей. <i>Первично.</i>	95	591	139	72	25	678
Количество принятых детей <i>Повторно.</i>	15	204	99	52	22	78
Количество детей, получивших заключение ПМПК	111	738	226	121	46	249
Количество детей, которым рекомендована АООП	58	588	156	84	21	303
Количество детей, которым рекомендован тьютор	1	4	4	1	0	2
Количество детей, которым рекомендован ассистент-помощник	1	11	6	3	2	5
Количество детей, которым рекомендованы занятия с педагогом-психологом	35	358	151	83	24	130
Количество детей, которым рекомендованы занятия с учителем-дефектологом	22	151	99	45	11	66
Количество детей, которым рекомендованы занятия с учителем-логопедом	43	607	129	43	6	165
Количество обучающихся, обратившихся за рекомендациями по определению условий сдачи ГИА	0	0	0	25	29	11

**График 26. Ответы на вопрос: «Предоставлялась ли информация о результатах обследования или иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей)»**



В 95,7% ТПМПК оформляется письменное согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных, кроме ТПМПК Республики Карелия, Мордовия, Краснодарского края, Воронежской области, Еврейской АО.

Количество обоснованных жалоб, поступивших от родителей за последний год в ТПМПК РФ невелико, в Удмуртской Республике (1), Новосибирской области (1), Пермский край (2), Санкт-Петербург (2), ХМАО (6). Количество удовлетворенных жалоб родителей за последний год в Удмуртской Республике (1), Новосибирской области (1), Пермский край (2), Санкт-Петербург (2).

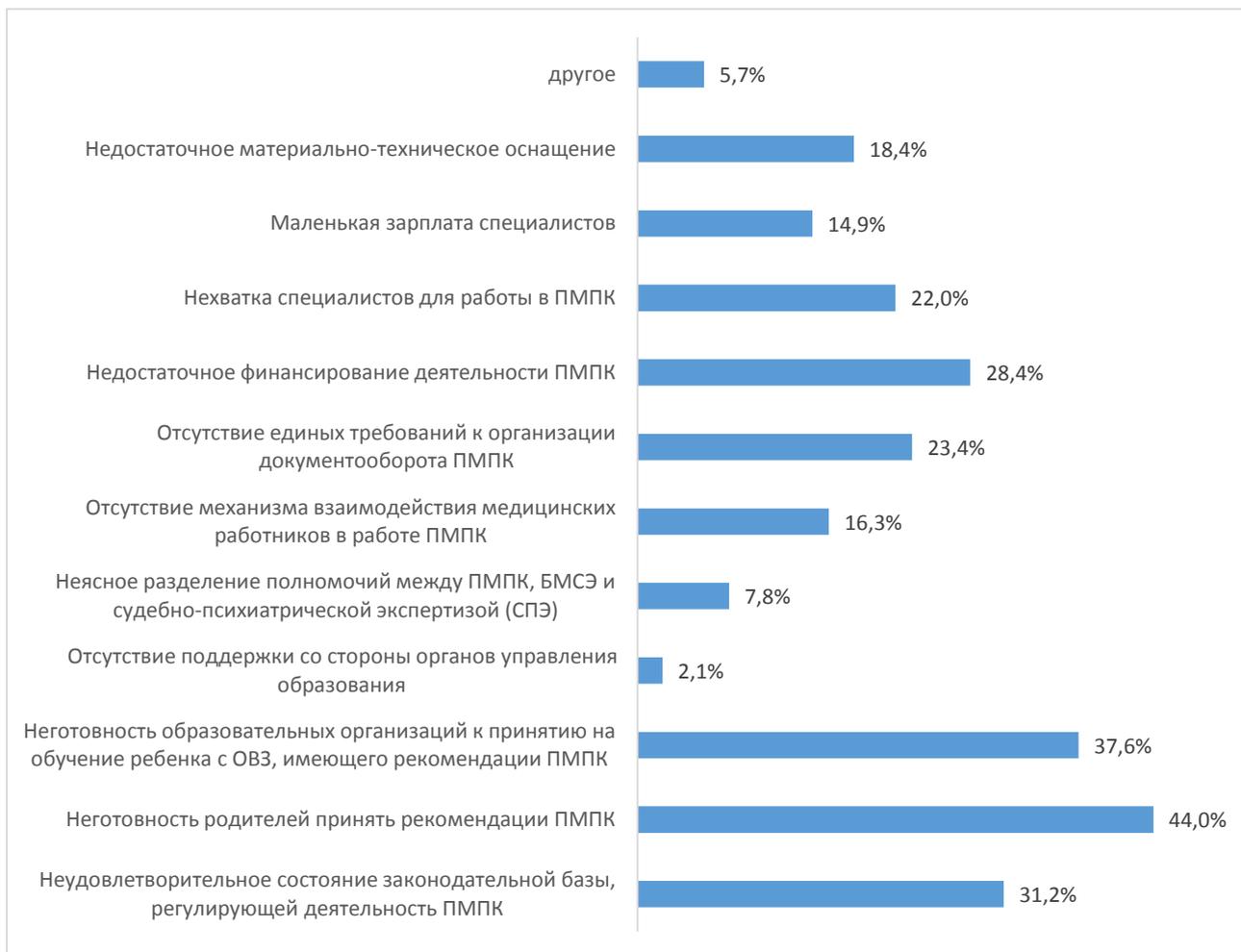
#### **2.2.2.6. Общая результативность деятельности ТПМПК**

ТПМПК проводит мониторинг выполнения образовательной организацией рекомендаций, выданных ПМПК, в 78% субъектов РФ.

Основные трудности – неготовность родителей принять рекомендации ТПМПК (44,0% ответов), далее – неготовность образовательных организаций

к принятию на обучение детей с рекомендациями (37,6%) и неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК (31,2%), недостаточное финансирование (28,4%), отсутствие единых требований к организации документооборота в ПМПК (23,4%) и нехватка специалистов (22%). (см. график 27). Категория «другое» набрала 5,7% ответов (например, отсутствие электронной базы учета).

**График 27. Основные трудности в деятельности ТПМК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

Говоря об основных формах взаимодействия ПМПК с бюро МСЭ, следует отметить следующую форму – поступление от бюро МСЭ запросов о предоставлении сведений из протоколов и заключений ПМПК (58% ответов), на втором месте по популярности – направление представлений в ПМПК от бюро МСЭ по улучшению межведомственного взаимодействия (21,4% ответов) (см. график 28).

**График 28. Основные формы взаимодействия ТПМПК с бюро медико-социальной экспертизы**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответов*

В 74,4% субъектов РФ ТПМПК осуществляется мониторинг данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, детях-инвалидах и детях с девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии.

Чаще всего предлагаются следующие изменения для повышения эффективности деятельности ПМПК – ввести единый стандарт требований в организации документооборота ТПМПК (46,4% ответов), на втором месте по частоте упоминания – сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК (39,3%), на третьем – подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ (38,6%), далее – улучшить материально-техническое оснащение ПМПК (25,7%), повысить авторитет ПМПК в обществе, сформировать позитивный образ (19,3%), повысить зарплату специалистов ПМПК (14,3%), законодательно оформить четкое разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ) (10,7%), трудоустроить высокопрофессиональных специалистов в ПМПК (9,3%), наименее популярный ответ - обеспечить поддержку со стороны органов управления образования (7,1%). Категория «другое» набрала 9,3% ответов.

Предложения председателей ПМПК по усовершенствованию деятельности ПМПК следующие:

1. Стандартизация деятельности ПМПК (документации, документооборота, процесса и т.д.) – 16,8% ответов
2. Кадровые вопросы (расширение штата за счет необходимых специалистов) – 16,0% ответов
3. Корректировка нормативно-правовой базы – 13,2% ответов
4. Разработка действующего алгоритма межведомственного взаимодействия – 11,2% ответов
5. Улучшение материально-технического положения – 11,2% ответов
6. Увеличение финансирования ПМПК - 6,8% ответов
7. Обеспечение Заключениям ПМПК реальной силы (контроль исполнения) – 5,6% ответов.
8. Разработка методических материалов – 5,2% ответов.
9. Разграничение статуса работников (в т.ч. медработников) – 4,4% ответов
10. Увеличение заработной платы работникам – 3,6% ответов
11. Перевод ПМПК в самостоятельное подразделение – 3,2% ответов.
12. Повышение авторитета ПМПК – 2,4% ответов.

Эффективность работы ТПМПК в целом, по 10-балльной шкале по России оценивается на 8 баллов.

### **2.2.3. Опрос руководителей органов управления образованием в субъектах РФ**

В большинстве регионов наблюдается чрезмерная нагрузка на ПМПК (см. табл. 28). Регионы, где среднее количество детей, приходящихся на 1 ПМПК, соответствует нормативу – Республика Карачаево-Черкессия, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Республика Хакасия, Красноярский край, Амурская область, Вологодская область, Магаданская область, Новгородская область, Орловская

область, Пензенская область, Томская область, Еврейский АО, Чукотский АО, ЯНАО.

**Таблица 28. Количество территориальных и центральных ПМПК в субъектах РФ**

Регион	Количество детей от 0 до 18	Количество территориальных ПМПК	Количество Центральных ПМПК	Количество детей на 1 ПМПК (Ц и Т суммарно)
Республика Адыгея	142182	0	1	142182
Республика Башкортостан	875499	0	1	875499
Республика Бурятия	269867	0	1	269867
Республика Алтай	69752	0	1	69752
Республика Дагестан	887204	7	1	110901
Республика Ингушетия	136656	1	0	136656
Кабардино-Балкарская	202000	0	1	202000
Республика Калмыкия	67063	0	1	67063
Карачаево-Черкесская	112166	12	1	8628
Республика Карелия	125373	16	1	7375
Республика Коми	193384	18	1	10178
Республика Марий Эл	149799	4	1	29960
Республика Мордовия	136798	23	1	5700
Республика Саха (Якутия)	283100	18	1	14900
Республика Северная	153554	2	1	51185
Республика Татарстан	22304	45	1	485
Республика Тыва	124570	1	1	62285
Удмуртская Республика	379197	11	1	31600
Республика Хакасия	124800	11	1	10400
Чувашская Республика	257398	3	1	64350
Алтайский край	469738	44	1	10439
Краснодарский край	1**	44	1	0
Красноярский край	655360	65	1	9930
Ставропольский край	579163	33	1	17034
Хабаровский край	282161	20	1	13436
Амурская область	186872	22	1	8125
Архангельская область	229114	15	1	14320
Астраханская область	168978	1	1	84489
Белгородская область	283001	19	1	14150
Брянская область	228069	2	1	76023
Владимирская область	251091	21	1	11413
Волгоградская область	479908	20	1	22853
Вологодская область	257	3	1	64
Воронежская область	419590	34	1	11988
Ивановская область	186000	0	1	186000
Иркутская область	591533	3	1	147883
Калининградская область	198373	0	1	198373
Камчатский край	65714	3	1	16429
Кемеровская область	528421	31	1	16513

Регион	Количество детей от 0 до 18	Количество территориальных ПМПК	Количество Центральных ПМПК	Количество детей на 1 ПМПК (Ц и Т суммарно)
Кировская область	247499	3	1	61875
Костромская область	129578	5	1	21596
Курганская область	180474	1	1	90237
Курская область	216648	9	1	21665
Ленинградская область	304977	18	1	16051
Липецкая область	226890	1	1	113445
Магаданская область	30132	2	1	10044
Московская область	1466670	66	1	21891
Мурманская область	160691	12	1	12361
Нижегородская область	593819	41	1	14139
Новгородская область	141622	15	1	8851
Новосибирская область	536870	29	1	17896
Омская область	439647	38	1	11273
Оренбургская область	454254	20	1	21631
Орловская область	135958	12	1	10458
Пензенская область	233994	24	1	9360
Пермский край	594308	39	1	14858
Псковская область	115714	7	1	14464
Ростовская область	783804	41	1	18662
Рязанская область	193106	2	1	64369
Самарская область	606304	31	1	18947
Саратовская область	455423	6	1	65060
Сахалинская область	195396	16	1	11494
Свердловская область	1381355	37	1	36351
Смоленская область	171325	8	1	19036
Тамбовская область	173455	5	1	28909
Тверская область	236482	13	1	16892
Томская область	117270	20	1	5584
Тульская область	256295	16	1	15076
Тюменская область	338748	26	1	12546
Ульяновская область	224079	4	1	44816
Челябинская область	797045	43	1	18115
Забайкальский край	295300	8	1	32811
Ярославская область	227288	4	1	45458
Москва	1300000	0	1	1300000
Санкт-Петербург	863392	18	1	45442
ЕАО	39160	5	1	6527
Ненецкий АО	117810	0	1	117810
Республика Крым	338496	24	1	13540
Чукотский АО	13245	7	0	1892
Ямало-Ненецкий АО	122896	13	1	8778
<b>Итого</b>	<b>25973429</b>	<b>1241</b>	<b>78</b>	<b>-</b>
<b>Среднее</b>	<b>324667</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>-</b>

*\*\* точных данных нет*

Также можно отметить, что есть регионы, где существуют территориальные ПМПК, но отсутствует центральная ПМПК, это – Республика Ингушетия и Чукотский АО. Процент охвата ТПМПК в общероссийском масштабе – 10,7% (всего в России 1310 ТПМПК).

В таблице 29 приведены данные по Федеральным Округам. Больше всего территориальных ПМПК приходится на Уральский ФО, где в среднем на 1 входящий в него субъект приходится 24 территориальных ПМПК.

**Таблица 29. Количество территориальных и центральных ПМПК в ФО РФ**

ФО	Количество детей от 0 до 18	Количество территориальных ПМПК	Среднее количество территориальных ПМПК на ФО	Количество Центральных ПМПК
Центральный ФО	6101446	217	12	17
Северо-Западный	2450707	122	11	11
Южный ФО	1980432	130	18	7
Северо-	2070743	55	9	5
Поволжский ФО	5230675	254	18	14
Уральский ФО	2820518	120	24	5
Сибирский ФО	4223128	250	20	12
Дальневосточный	1095780	93	11	7

\* Процент охвата ТПМПК в общероссийском масштабе – 10,7% (всего в России 1310 ТПМПК).

### **2.2.3.1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК**

Важнейшей составляющей эффективной деятельности ПМПК является взаимодействие с ведомствами, такими как система образования (в 96,3% субъектов РФ это взаимодействие осуществляется), здравоохранения (91,3%), социальной защиты (92,5%). Не сложилось такое взаимодействие только в некоторых субъектах, например, в Чувашской республике, Волгоградской, Самарской областях и нескольких других по отдельным ведомствам.

В частности, сложилась и такая форма сотрудничества как взаимодействие на основе заключенных договоров. Так, в 55% субъектов РФ ПМПК взаимодействуют с системой образования на основе заключенных

договоров, 42,5% - с системой здравоохранения на основе заключенных договоров, 46,3% - с социальной защитой и еще 36,3% субъектов РФ указали, что их ПМПК взаимодействуют с другими ведомствами на основе заключенных договоров.

Что касается финансирования, то в 97,5% субъектов РФ деятельность ПМПК финансируется из собственных бюджетных средств учредителя (учредителей), лишь два субъекта дополнительно они используют средства спонсоров, добровольные пожертвования физических и юридических лиц (Вологодская и Мурманская области). Еще 4 субъекта РФ указали, что пользуются еще другими источниками финансирования, в частности из бюджета субъекта РФ (субсидии на финансовое обеспечение государственного задания) и внебюджетные средства центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (Вологодская область, Магаданская область, Тюменская область, и Чукотский АО).

### ***2.2.3.2. Кадровое обеспечение***

Центральные ПМПК достаточно хорошо укомплектованы педагогами-психологами (не хватает их только в 11% субъектов РФ)<sup>111</sup>, учителями-логопедами (не хватает в 8,7% субъектов РФ)<sup>112</sup>, социальными педагогами (в 11,2%)<sup>113</sup>, дефектологами (в 6,2%)<sup>114</sup>. Что касается других специалистов, то здесь ситуация гораздо хуже и очевидно необходимы срочные меры по ее

---

<sup>111</sup> Педагогов-психологов не хватает в 11% субъектов РФ, а именно 8 в Республике Башкортостан, 2 в Республике Бурятия, 1 в Республике Бурятия, 1 в Республике Марий Эл, 2 в Кировской области, 1 в Курганской области, 1 в Пензенской области, 1 в Смоленской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 2 специалиста.

<sup>112</sup> Учителей-логопедов не хватает в 8,7% субъектов РФ, а именно 7 в Республике Башкортостан, 3 в Республике Бурятия, 1 в Ивановской области, 2 в Кировской области, 1 в Курганской области, 1 в Смоленской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 2 специалиста.

<sup>113</sup> Социальных педагогов не хватает в 11,2% субъектов РФ, а именно 2 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Амурской области, в Белгородской области, 1 в Кировской области, 1 в Смоленской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>114</sup> Дефектологов не хватает в 6,2% субъектов РФ, а именно 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Коми, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Кировской области (тифлосурдопедагога), 1 в Орловской области. Средняя потребность составляет 1 специалист.

исправлению. Так, олигофренопедагогов не хватает в 16,2% субъектов РФ<sup>115</sup>, тифлопедагогов – в 33,7% субъектов РФ<sup>116</sup>, сурдопедагогов – в 28,7%<sup>117</sup>, педиатров – в 31,2%<sup>118</sup>, неврологов – в 28,7%<sup>119</sup>, офтальмологов – в 26,2%<sup>120</sup>,

---

<sup>115</sup> Олигофренопедагогов не хватает в 16,2% субъектов РФ, а именно 9 в Республике Башкортостан, 2 в Республике Бурятия, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Татарстан, 1 в Воронежской области, 1 в Иркутской области, 2 в Кировской области, 1 в Пензенской области, 1 в Сахалинской области, 1 в Смоленской области, 1 в Тверской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 2 специалиста.

<sup>116</sup> Тифлопедагогов не хватает в 33,7% субъектов РФ, а именно 10 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Бурятия, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Коми, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Республике Тыва, 1 в Красноярском крае, 1 в Ставропольском крае, 1 в Астраханской области, 1 в Белгородской области, 1 в Вологодской области, 1 в Камчатском крае, 1 в Кировской области, 1 в Курганской области, 1 в Магаданской области, 1 в Орловской области, 1 в Пензенской области, 1 в Сахалинской области, 1 в Самарской области, 1 в Смоленской области, 1 в Тверской области, 1 в Тульской области, 1 в Ярославской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>117</sup> Сурдопедагогов не хватает в 28,7% субъектов РФ, а именно 10 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Бурятия, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Республике Тыва, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Красноярском крае, 1 в Брянской области, 1 в Воронежской области, 1 в Камчатском крае, 1 в Кировской области, 1 в Магаданской области, 1 в Новосибирской области, 1 в Орловской области, 1 в Сахалинской области, 1 в Самарской области, 1 в Смоленской области, 1 в Тамбовской области, 1 в Ярославской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>118</sup> Педиатров не хватает в 31,2% субъектов РФ, а именно 5 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Коми, 1 в Республике Татарстан, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Алтайском крае, 1 в Ставропольском крае, 1 в Архангельской области, 1 в Белгородской области, 1 в Ивановской области, 1 в Камчатской крае, 3 в Кировской области, 1 в Липецкой области, 1 в Орловской области, 1 в Псковской области, 1 в Ростовской области, 1 в Сахалинской, 1 в Смоленской, 1 в Тверской областях, 1 в Забайкальском крае, 1 в Ярославской области, 1 в Еврейской АО, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>119</sup> Неврологов не хватает в 28,7% субъектов РФ, а именно 8 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Кабардино-Балкария, 1 в Республике Коми, 1 в Республике Татарстан, 1 в Республике Тыва, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Республике Хакасия, 1 в Алтайском крае, 1 в Ставропольском крае, 1 в Архангельской области, 1 в Белгородской области, 1 в Ивановской области, 1 в Камчатской крае, 3 в Кировской области, 1 в Оренбургской области, 1 в Ростовской области, 1 в Саратовской, 1 в Смоленской, 1 в Тверской областях, 1 в Забайкальском крае, 1 в Еврейской АО, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>120</sup> Офтальмологов не хватает в 26,2% субъектов РФ, а именно 8 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Республике Хакасия, 1 в Краснодарском крае, 1 в Белгородской области, 1 в Камчатской крае, 1 в Кировской области, 1 в Новосибирской области, 1 в Орловской области, 1 в Ростовской области, 1 в Саратовской, 1 в Смоленской, 1 в Тверской областях, 1 в Забайкальском крае, 1 в Еврейской АО, 1 в Ненецком АО, 1 в Республике Крым. Средняя потребность составляет 1 специалист.

оториноларингологов – в 28,7%<sup>121</sup>, ортопедов – в 31,2%<sup>122</sup>, психиатров – в 26,2%<sup>123</sup>.

В 17,5% субъектов РФ не хватает других специалистов, например, таких как сурдолог, учитель-логопед службы ранней помощи, клинический психолог, детский психиатр и др.

*Наибольшая потребность ЦПМПК по России в тифлопедагогах.*

Территориальные ПМПК укомплектованы специалистами значительно хуже. Так, педагогов-психологов не хватает в 15% субъектов РФ<sup>124</sup>, дефектологов – в 6,2%<sup>125</sup>, учителей-логопедов – в 22,5%<sup>126</sup>, социальных педагогов – в 36,2%<sup>127</sup>. Ситуация с узкими специалистами еще тяжелее:

---

<sup>121</sup> Оториноларингологов не хватает в 28,7% субъектов РФ, а именно 3 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Республике Хакасия, 1 в Краснодарском крае, 1 в Белгородской области, 1 в Брянской области, 1 в Вологодской области, 1 в Камчатской крае, 1 в Кировской области, 1 в Новосибирской области, 1 в Орловской области, 1 в Саратовской области, 1 в Смоленской области, 1 в Забайкальском крае, 1 в Ярославской области, 1 в Еврейской АО, 1 в Ненецком АО, 1 в Республике Крым. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>122</sup> Ортопедов не хватает в 31,2% субъектов РФ, а именно 4 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Алтай, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Удмуртской Республике, 1 в Республике Хакасия, 1 в Алтайском крае, 1 в Краснодарском крае, 1 в Ставропольском крае, 1 в Белгородской области, 1 в Камчатской крае, 1 в Новосибирской области, 1 в Ростовской области, 1 в Самарской, 1 в Саратовской областях, 1 в Смоленской, 1 в Тверской областях, 1 в Тюменской области, 1 в Забайкальском крае, 1 в Ярославской области, 1 в Еврейской АО, 1 в Ненецком АО, 1 в Республике Крым. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>123</sup> Психиатров не хватает в 26,2% субъектов РФ, а именно 7 в Республике Башкортостан, 1 в Республике Бурятия, 1 в Республике Дагестан, 1 в Республике Ингушетия, 1 в Кабардино-Балкарской республике, 1 в Республике Карелия, 1 в Республике Марий Эл, 1 в Республике Татарстан, 1 в Алтайском крае, 1 в Ставропольском крае, 2 в Архангельской области, 3 в Кировской области, 1 в Оренбургской области, 1 в Орловской области, 1 в Пензенской области, 1 в Ростовской, 1 в Сахалинской областях, 1 в Смоленской области, 2 в Челябинской области, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 1 специалист.

<sup>124</sup> Педагогов-психологов не хватает в 15% субъектов РФ, а именно 25 в Республике Татарстан, 5 в Красноярском крае, 1 в Иркутской области, 5 в Кировской области, 10 в Нижегородской области, 6 в Омской области, 9 в Самарской области, 2 в Сахалинской, 4 в Тверской области, 36 в Челябинской области, 1 в Ярославской области, 3 в Ненецком АО. Средняя потребность составляет 9 специалистов.

<sup>125</sup> Дефектологов другой специальности не хватает в 6,2% субъектов РФ, а именно 3 в Республике Саха (Якутия), 1 в Кировской области, 3 в Орловской области, 3 в Саратовской области, 1 в Тульской области. Средняя потребность – 2 специалиста.

<sup>126</sup> Учителей-логопедов не хватает в 22,5% субъектов РФ, а именно 1 в Республике Саха (Якутия), 30 в Республике Татарстан, 7 в Красноярском крае, 1 в Амурской области, 5 в Нижегородской области, 6 в Омской области, 5 в Пензенской области, 1 в Пермском крае, 6 в Ростовской области, 3 в Самарской области, 1 в Сахалинской области, 1 в Тамбовской области, 33 в Челябинской области, 1 в Ярославской области, 17 в Республике Крым, 2 в Чукотском АО, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность – 7 специалистов.

<sup>127</sup> Социальных педагогов не хватает в 36,2% субъектов РФ, а именно 1 в республике Марий Эл, 3 в Республике Саха (Якутия), 35 в Республике Татарстан, 1 в Республике Тыва, 3 в Удмуртской Республике, 5 в Красноярском крае, 17 в Краснодарском крае, 3 в Ставропольском крае, 9 в Амурской области, 2 в Архангельской области, 1 в Астраханской области, 7 в Белгородской области, 2 в Брянской области, 2 в Иркутской области, 5 в Кировской области, 1 в Липецкой области, 2 в Московской области, 2 в Нижегородской области, 2 в Омской области, 12 в Оренбургской области, 10 в Пензенской области, 1 в Пермском крае, 1 в Псковской области, 24 в Ростовской области, 5 в Самарской области, 11 в Тверской

олигофренопедагогов не хватает в 50% субъектов РФ<sup>128</sup>, тифлопедагогов – в 68,7% субъектов РФ<sup>129</sup>, сурдопедагогов – в 71,2%<sup>130</sup>, педиатров – в 31,2%<sup>131</sup>, неврологов – в 55%<sup>132</sup>, офтальмологов – в 55%<sup>133</sup>, оториноларингологов – в 53,7%<sup>134</sup>, ортопедов – в 57,5%<sup>135</sup>, психиатров – в 51,2%<sup>136</sup>. Других специалистов не хватает в 7,5% субъектов РФ<sup>137</sup>.

*Наибольшая потребность ТППК по России в сурдопедагогах.*

### **2.2.3.3. Порядок проведения ПМПК**

В большинстве субъектов РФ (почти 71%) члены ПМПК не участвуют в заседаниях МСЭ, в 28% субъектов участвуют лишь некоторые представители, и только в 1,2% субъектов, по сути, это один-единственный регион – Хабаровский край, члены ПМПК участвуют в заседаниях МСЭ.

### **2.2.3.4. Взаимодействие с родителями**

Руководители органов управления образованием 27,5% субъектов РФ указали, что жалобы поступали. Больше всего жалоб поступило в ПМПК Челябинской области (7) и Красноярского края (6). Следует отметить, что почти во всех регионах, где поступали жалобы, они полностью удовлетворены (100%), исключение составляет Удмуртская Республика, где удовлетворенных жалоб – 50%.

---

области, 1 в Томской области, 5 в Тульской области, 23 в Челябинской области, 1 в Ярославской области, 5 в Еврейском АО, 5 в Республике Крым, 1 в Ненецком АО. Средняя потребность – 8 специалистов.

<sup>128</sup> Средняя потребность составляет 7 специалистов на субъект РФ.

<sup>129</sup> Средняя потребность – 10 специалистов.

<sup>130</sup> Средняя потребность – 10 специалистов.

<sup>131</sup> Средняя потребность – 9 специалистов.

<sup>132</sup> Средняя потребность – 9 специалистов.

<sup>133</sup> Средняя потребность – 9 специалистов.

<sup>134</sup> Средняя потребность – 9 специалистов.

<sup>135</sup> Средняя потребность – 10 специалистов.

<sup>136</sup> Средняя потребность – 7 специалистов.

<sup>137</sup> Например, 1 медицинского психолога в РСО-Алания, 1 статиста в Липецкой области, 18 секретарей в Оренбургской области, 1 документоведа в Пермском крае, 4 диспетчера в Челябинской области.

### 2.2.3.5. *Общая результативность деятельности ПМПК*

По мнению руководителей органов управления образованием самой большой трудностью в деятельности ПМПК является неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК (46,8% ответов), на втором месте – отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК (41,8% ответов), на третьем – неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК (36,7% ответов) и нехватка специалистов в регионе для работы в ПМПК (35,4% ответов), нехватка специалистов в регионе для работы в ПМПК (35,4% ответов), неготовность родителей принять рекомендации ПМПК (29,1% ответов), (см. график 29).

**График 29. Трудности в деятельности ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа*

Другие трудности указали в 5,1% субъектах РФ, например, такие:

*Удмуртская Республика:* трудности комплектования штата ПМПК врачами (оплата врачей ПМПК, отсутствие льготного стажа для выслуги лет при выходе на досрочную пенсию и др.), отсутствие электронной базы учета данных о детях с ОВЗ, проживающих на территории деятельности ПМПК;

*Ивановская область:* отсутствие четких критериев отнесения детей к категории "ОВЗ" при наличии "других заболеваний" (по аналогии с МСЭ);

*Новосибирская область:* специалисты системы здравоохранения при работе в ПМПК на постоянной основе теряют льготы медицинского работника, их отпуск короче по сравнению с отпуском педагогических работников ПМПК;

*Орловская область:* отсутствие четких требований к аттестации специалистов территориальных ПМПК.

При ответе на вопрос, какие необходимо внести изменения в деятельность ПМПК, большинство представителей органов исполнительной власти субъектов РФ высказались, что необходимо сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК (62% ответов), на втором месте по популярности – введение единого стандарта требований к организации документооборота ПМПК (53,2% ответов), далее – необходимость подготовить школы к принятию детей с ОВЗ (40,5% ответов), далее – необходимость обеспечения взаимодействия с учреждениями здравоохранения на высшем уровне (26,6% ответов) и др. (см. график 30).

Среди других необходимых изменений (5,1%) были указаны следующие:

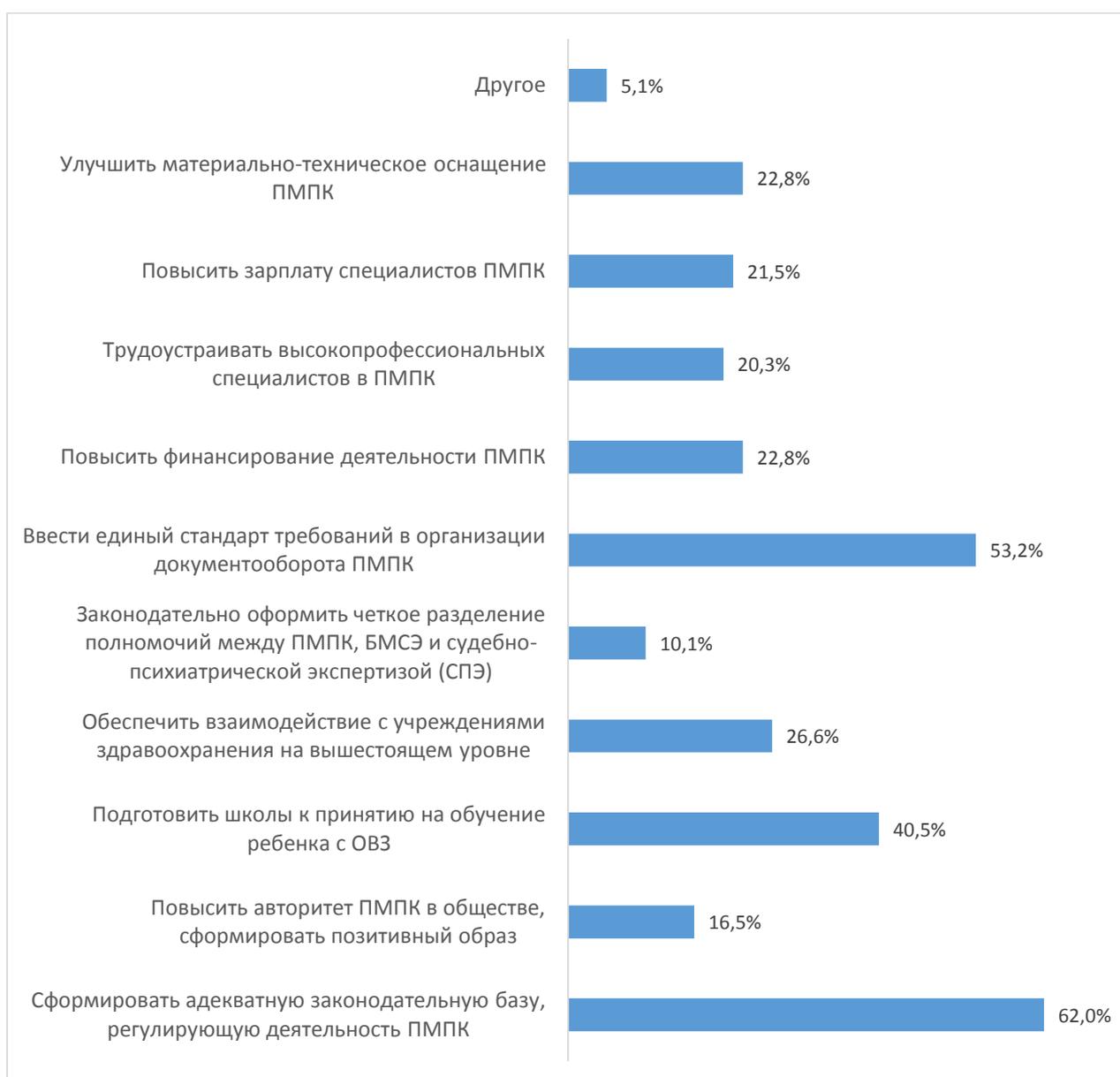
*Курганская область* – определить и конкретизировать роль ПМПК в системе реабилитационных мероприятий для детей с отклонениями в поведении;

*Новосибирская область* - на законодательном уровне закрепить равные права и льготы для всех специалистов ПМПК (педагогов и медиков);

*Ивановская область* – так как ПМПК осуществляет экспертизу образовательного маршрута и обученности детей, необходима разработка четких критериев;

*Удмуртская Республика* – разработать единую программу (электронную базу) учета данных о детях с ОВЗ, проживающих на территории деятельности ПМПК; улучшить материально-техническое оснащение ПМПК; повысить зарплату специалистам ПМПК (больше средней по экономике в регионе).

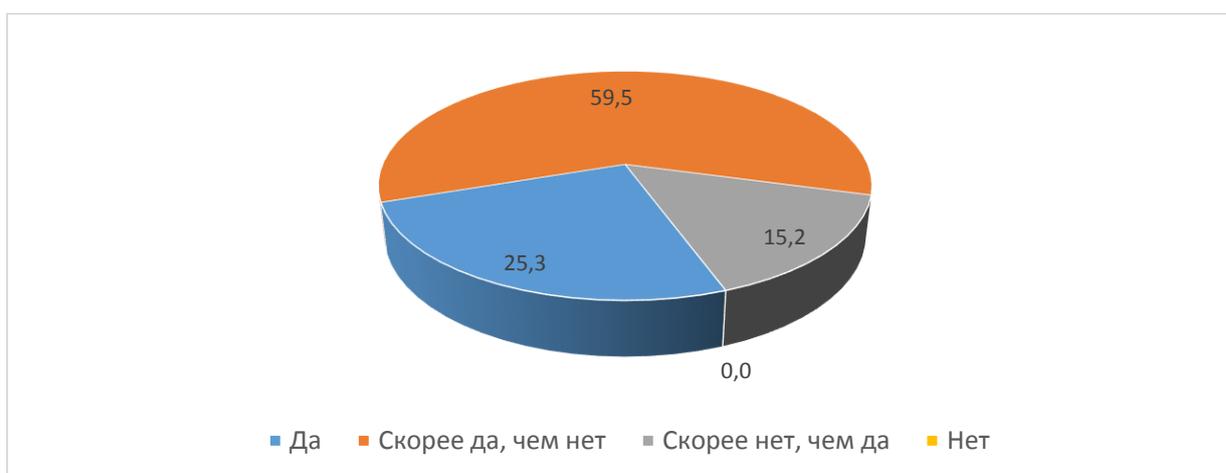
**График 30. Необходимые изменения в деятельности ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа*

Каждый четвертый представитель исполнительных органов субъектов РФ, ответивших на опрос, уверены, что ПМПК сейчас эффективный механизм внедрения инклюзивного образования, еще 60% ответили «скорее да, чем нет», 15,2% склонны полагать, что «скорее нет, чем да», однако никто из них не ответил, что ПМПК однозначно не является эффективным механизмом инклюзивного образования (см. график 31).

**График 31. Ответы на вопрос «На Ваш взгляд, ПМПК в том виде, что есть сейчас является эффективным механизмом внедрения инклюзивного образования в России?»**



Как уже отмечалось, в 2014 г. были утверждены ФГОС НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и ФГОС ОО с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (далее – Стандарты). В пункте 3.5.1. первого из перечисленных Стандартов указано, что финансовое обеспечение государственных гарантий на получение обучающимися с ОВЗ общедоступного и бесплатного образования за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в государственных, муниципальных и частных образовательных организациях осуществляется на основе нормативов, определяемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации, обеспечивающих

реализацию АООП НОО в соответствии со Стандартом<sup>138</sup>. Абсолютно такой же пункт есть и во втором Стандарте<sup>139</sup>. Поэтому отдельно в рамках этого блока рассмотрим финансирование ПМПК.

Регионы указывали суммы, которые были потрачены на финансирование ЦПМПК в 2017 году и запланированы к трате в 2018 году. Исходя из этих данных стало возможно проанализировать в каких регионах наблюдается уменьшение финансирования, а в каких – увеличение. «0» в таблице означает отсутствие информации от региона (см. Приложение 7)

Негативные показатели наблюдаются в следующих регионах: Республика Башкортостан (-7,57), Кабардино-Балкарская Республика (-2,27), Республика Коми (-18,75), Ставропольский край (-54,09), Архангельская область (-14,70), Вологодская область (-5,16), Костромская область (-2,82), Липецкая область (-35,94), Магаданская область (-8,16), Орловская область (-49,13), Псковская область (-6,11), Сахалинская область (-21,67), Свердловская область (-23,11).

Рассматривая процедуру аттестации специалистов ПМПК, можно утверждать, что в 8% субъектов РФ процедура аттестации специалистов ПМПК не проводится в силу отсутствия нормативных актов, регламентирующих процедуру, в половине субъектов РФ специалисты ПМПК проходят аттестацию как педагогические работники, а другие специалисты ПМПК аттестацию не проходят. В каждом пятом субъекте РФ имеется свой вариант организации аттестации (чаще всего это свой алгоритм или специально созданный аттестационный центр), в 13% субъектов РФ аттестация специалистов ПМПК проводится согласно профилю их деятельности (педагог, логопед, психиатр и т.д.), и в каждом десятом субъекте

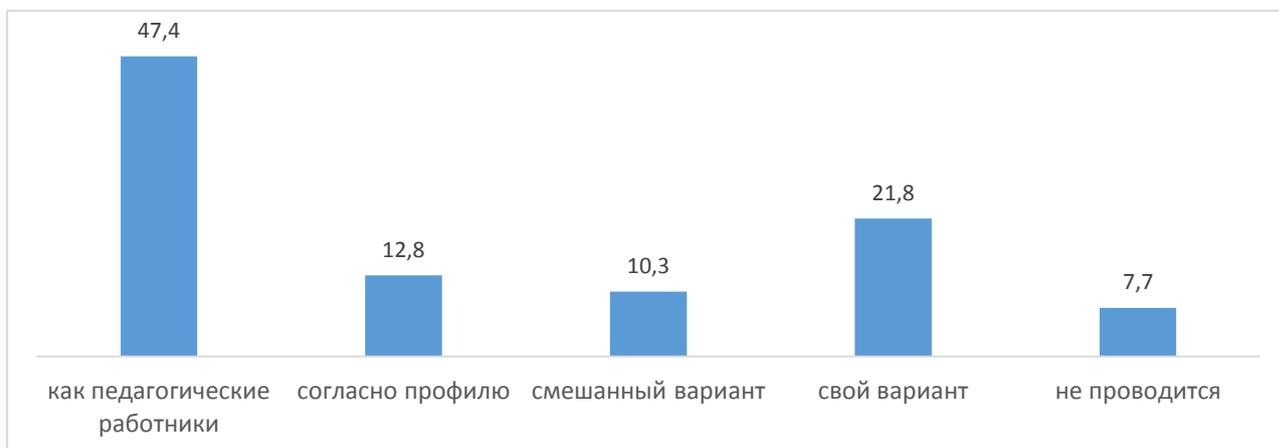
---

<sup>138</sup> Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»//СПС КонсультантПлюс

<sup>139</sup> Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» //СПС КонсультантПлюс

аттестация проводится по смешанному варианту, т.е. как педагогические работники согласно Приказу 276, а медицинские – согласно приказу 240 н (см. график 32).

**График 32. Процедура аттестации специалистов ПМПК**



В заключение опроса респондентам была предоставлена возможность высказать собственные предложения по деятельности ПМПК как механизма инклюзивного образования в открытой форме (см. график 33).

Самая популярная категория – «Стандартизация деятельности» (16,7% ответов), в нее вошли все варианты ответов, связанные с пожеланием создания унифицированных форм заключений и других документов, а также деятельности всей ПМПК в целом; обновление нормативно-правовой базы на втором месте по популярности (13,3%), чаще всего в этой категории звучали ответы, связанные с фактом увеличения возраста обследуемых до 23 лет, но отсутствием соответствующей нормативно-правовой базы; контроль исполнения рекомендаций ПМПК набрал 11,7% ответов, в этой категории пожелания законодательно обязать родителей уведомлять образовательные рекомендации о статусе ребенка, запрета на повторное прохождение обследования и т.д..

**График 33. Ответы на вопрос «Напишите, пожалуйста, идеи и предложения, которые считаете нужным высказать в контексте обсуждения ПМПК как механизма повышения эффективности инклюзивного образования»**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа*

Каждый десятый ответ – пожелание создания правовых механизмов взаимодействия с другими ведомствами ( в т.ч. ПМПк и ПМПК, МСЭ, особенно с органами здравоохранения (сюда вошли все требования урегулирования взаимодействия с медицинскими работниками); 6,7% ответов – рекомендации, связанные с информатизацией (создание сайтов, порталов, единых систем мониторинга и т.д.); 5,8% - рекомендации, связанные с повышением квалификации кадров и столько же о кадровом составе в целом (сбалансирование/добор специалистов); 5% - рекомендации плотнее взаимодействовать с образовательными организациями по вопросам инклюзии; 4,2% - требования усилить материально-техническое оснащение (методическое и т.д.); 3,3% - пожелания создания консультативной и экспертной помощи по внедрению АООП и АОП; по 2,5% набрали рекомендации по созданию нормативной базы аттестации работников ПМПК и преодоление формализации инклюзии, когда она есть лишь «на бумаге»; по 1,7% набрали категории «улучшение финансирования» и «развитие медико-

социально-психологических компетенций сопровождения ребенка; меньше 1% ответов набрали категории «учет мнения родителей, «увеличение заработной платы сотрудников» и «снижение количества документации» (снижение нагрузки на ПМПК).

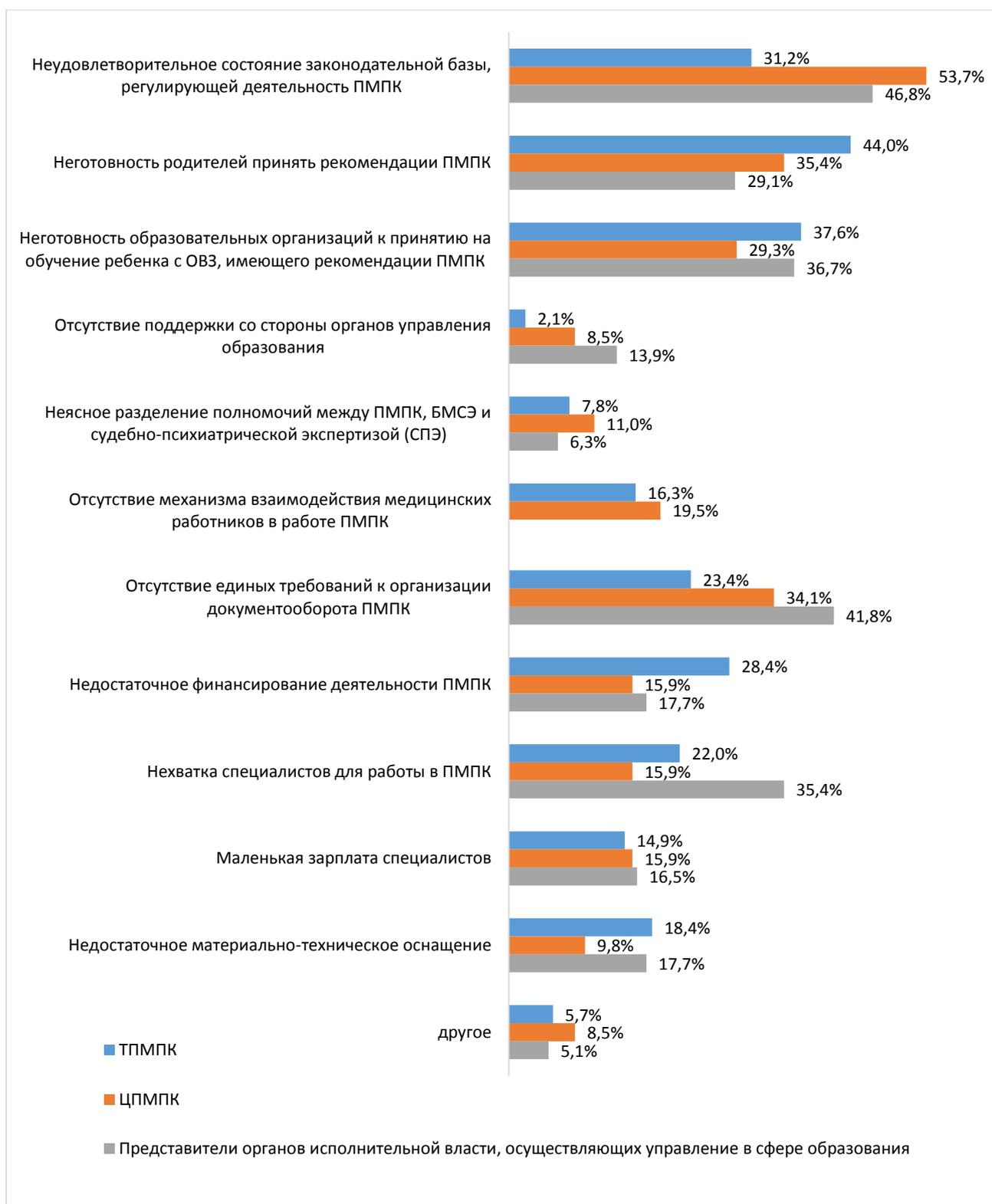
### **2.3. Рекомендации по управлению системой ПМПК в контексте реализации инклюзивного образования**

В результате мониторингов стала возможной диагностика проблем в деятельности ПМПК, а также разработка рекомендаций по совершенствованию деятельности ПМПК. Но прежде чем перейти к ним, представим комплексный обзор взглядов руководителей органов управления образованием в субъектах РФ, руководителей ЦПМПК и ТПМПК.

Эффективность работы ПМПК в целом председателями ЦПМПК, по 10-балльной шкале по России оценивается на 8,3 баллов, ТПМПК – 8 баллов. Таким образом, средняя удовлетворенность председателей деятельностью ПМПК такая же, как и у экспертов, участвовавших в первом мониторинге.

Для руководителей органов управления образованием в субъектах РФ вопросом, направленным на оценку результативности ПМПК был следующий: «На Ваш взгляд, ПМПК в том виде, что есть сейчас является эффективным механизмом внедрения инклюзивного образования в России?». Суммарно 85% ответивших склоняются к тому, что ПМПК – эффективный механизм инклюзивного образования, и никто из них не ответил, что ПМПК однозначно не является эффективным механизмом инклюзивного образования. Мы видим, единодушие оценок всех групп опрошенных.

#### **График 34. Трудности в деятельности ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа*

Главным основанием разработки рекомендаций является системный мониторинг трудностей, с которыми в своей деятельности сталкиваются эксперты и руководство ПМПК, а также идеи, которые они предлагают реализовать для улучшения общей результативности.

**График 35. Необходимые изменения в работе ПМПК**



*Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа*

Видна разница в мнениях разных категорий, опрошенных о трудностях в деятельности ПМПК. Так, для представителей органов исполнительной власти – это в первую очередь неудовлетворительное состояние законодательной базы, отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК, нехватка специалистов. И все эти трудности были выделены и по итогам первого мониторинга экспертами. Для председателей ЦПМПК картина в общем похожа, а для ТПМПК значительной трудностью

становится неготовностью родителей принять рекомендации ПМП и неготовностью общеобразовательных организаций (см график 34).

**Таблица 30. Рекомендации по повышению эффективности деятельности ПМПК**

<b>Ранг</b>	<b>Руководители органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования</b>	<b>Председатели ЦПМПК</b>	<b>Председатели ТПМПК</b>
1	Стандартизация деятельности	Стандартизация деятельности	Стандартизация деятельности
2	Обновление нормативно-правовой базы	Корректировка нормативно-правовой базы	Кадровые улучшения
3	Контроль исполнения рекомендаций ПМПК	Кадровые улучшения	Корректировка нормативно-правовой базы
4	Создание правовых механизмов взаимодействия с другими ведомствами	Создание правовых механизмов взаимодействия с другими ведомствами	Создание правовых механизмов взаимодействия с другими ведомствами
5	Информатизация	Улучшение материально-технического оснащения	Улучшение материально-технического оснащения
6	Повышение квалификации кадров ПМПК	Контроль исполнения рекомендаций ПМПК	Улучшение финансирования
7	Усиление взаимодействия с образовательными организациями	Улучшение финансирования	Контроль исполнения рекомендаций ПМПК
8	Улучшение материально-технического оснащения	Повышение заработной платы сотрудникам	Разработка методических материалов
9	Создание консультативной и экспертной помощи по внедрению АООП и АОП	Разграничение статуса работников (в т.ч. медицинских)	Разграничение статуса работников (в т.ч. медицинских)
10	Создание нормативной базы аттестации работников ПМПК	Повышение авторитета ПМПК в обществе	Повышение заработной платы сотрудникам
11	Улучшение финансирования		Перевод ПМПК в самостоятельное подразделение
12	Повышение заработной платы сотрудникам		Повышение авторитета ПМПК в обществе

Рассматривая рекомендации по изменениям в работе ПМПК, можно констатировать единодушие представителей органов исполнительной власти,

осуществляющих управление в сфере образования и председателей ЦППМК, которые считают, что нужно ввести единый стандарт требований в организации документооборота в ПМПК, а также сформировать адекватную законодательную базу, в то время как для председателей ТППМК в большей степени, чем для перечисленных категорий становится важным повышение финансирования и улучшение материально-технической базы (см. график 35).

В таблице 30 представлено сравнение идей и предложений всех категорий опрошенных в ходе мониторинга. Ответы были даны в открытом виде, и разделены на тематические блоки. Все опрошенные единодушны в том, что первоначально необходимо стандартизировать деятельность ПМПК с одновременной корректировкой нормативно-правовой базы.

В целом распределение типов рекомендаций по категориям опрошенных очень похоже, выделяется только тот факт, что среди председателей ТППМК чаще звучало мнение об актуальности решения кадровых вопросов и желание быть самостоятельной структурой.

Данные результаты позволяют обобщить информацию и подвести итоги, на основе которой становится возможным обозначить ряд рекомендаций по блокам. Следует отметить, что при разработке рекомендаций учтены данные анализа статистических форм, которые дополнительно заполняли ЦППМК и результаты выездных супервизий деятельности ПМПК. Проведена супервизия 19 Комиссий в 10 субъектах РФ. В ходе супервизии оценивалось выполнение норм приказа Министерства образования и науки Российской Федерации Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 №1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»: укомплектованность и соответствие квалификации специалистов ПМПК в соответствии с приказу; соответствие перечня и содержания документации, которую ведут специалисты ПМПК требованиям Приказа; обеспеченность помещениями, в которых проходит комиссионное обследование детей и обеспеченность специалистов комиссии диагностическими методиками и

стимульным материалом в соответствии с возрастом детей, обследуемых на ПМПК; оценивалась полнота и качество выданных ПМПК рекомендаций, характер взаимодействия с родителем (законным представителем) и ребенком в ходе обследования и подведения итогов заседания ПМПК, характер и полнота консультирования родителей (законных представителей) в ходе обследования и по итогам обследования.

### **1) Организационно-правовая структура деятельности ПМПК**

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 утвержден норматив по количеству ПМПК в регионе. Их количество определяется из расчета 1 комиссия на 10 тысяч детей, проживающих на соответствующей территории, но не менее 1 комиссии в субъекте Российской Федерации. По результатам мониторинга только в 13 регионах выполняется данный норматив: Республики: Мордовия, Татарстан, Коми, Карелия, КЧР; АО: ЯНАО, ЕАО, Чукотский; области: Пензенская, Новгородская, Томская, Амурская; Красноярский край.

По данным мониторинга на 28 664 210 детей от 0 до 18 лет, проживающих в 85 субъектах РФ, приходится 1 398 ПМПК. Исходя из этих данных *общая потребность в создании ПМПК по 72 регионам составляет 1 368 ПМПК*. Особым регионом в этом списке является Москва. Комиссия одна, но имеет большое количество составов.

В среднем через все ПМПК в год проходит более 1,5 млн. детей. Но количество детей на 1 ПМПК очень разнится. Оно варьируется от 70 детей (например, ТПМК на Чукотке) до 34 000 детей (ЦПМПК Москвы) в год.

Потребность в создании ПМПК по федеральным округам представлена в таблице 31. Здесь представлена общая численная потребность в ПМПК исходя из численности детского населения в регионе, а восклицательным знаком отмечены регионы с самым высоким дефицитом комиссий.

**Таблица 31. Потребность ПМПК по ФО**

<b>Приволжский ФО</b>	261 (!Башкортостан)
<b>Северо-Западный ФО</b>	111 (!Ненецкий АО)
<b>Центральный ФО</b>	246 (! Липецкая и Ивановская области)
<b>Сибирский ФО</b>	154 (!Бурятия)
<b>Южный ФО</b>	186 (!Адыгея, Калмыкия)
<b>Северо-Кавказский ФО</b>	185 (!Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия)
<b>Уральский ФО</b>	78 (!Курганская области)
<b>Дальневосточный ФО</b>	11 (Саха(Якутия))

Проанализировано, как финансируются ПМПК в регионах. В частности, каков объем финансирования в 2017 году и сколько заложено на 2018 год. Вот, некоторые результаты. *Вовсе не затрачивают средства на работу ПМПК 4 региона: Республики Дагестан и Ингушетия, Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа.* В 2018 году по сравнению с 2017 годом, незначительно, но возрастают затраты на ПМПК в 28 субъектах РФ, а в 13, наоборот становятся, незначительно, но меньше.

98,5% субъектов РФ указали, что деятельность ПМПК финансируется из собственных бюджетных средств учредителя, лишь Вологодская и Мурманская области указали, что дополнительно они используют средства спонсоров, добровольные пожертвования физических и юридических лиц; Вологодская область, Магаданская область, Тюменская область, и Чукотский АО указали, что пользуются еще другими источниками финансирования, в частности, внебюджетные средства центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. Важно отметить, что 39 центральных ПМПК являются структурными подразделениями центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. При этом в 18 регионах функции ПМПК возложены непосредственно на центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. Еще в 10 регионах ПМПК являются юридическими лицами, а в 5 регионах – филиалами юридических лиц.

В настоящее время сотрудники ПМПК не являются педагогическими работниками, если ПМПК, в которой они работают не функционирует на базе

ППМС-центра, имеющего лицензию на образовательную деятельность и, при этом специалист ПМПК не осуществляет педагогическую деятельность (не проводит занятия). Но, значительная часть специалистов работает только в ПМПК. Это 5 рабочих дней по 36-40 часов в неделю. Соответственно, существует социальное неравенство.

В рамках этого блока выделена одна, но основополагающая рекомендация:

***Необходимо создание правовых механизмов взаимодействия с другими ведомствами*** (в т.ч. ППк и ПМПК, МСЭ, органами здравоохранения). Приоритетным в этом контексте является ***создание некой единой модели функционирования ПМПК***, возможно рассмотрение перевода всех ПМПК в ведение ППМС-центров для устранения социального неравенства сотрудников и организационных лагов.

## ***2) Порядок проведения ПМПК***

Чаще всего ПМПК в субъектах РФ работают на постоянной основе (78 регионов), в течение всего года (58 регионов) и по пятидневной рабочей неделе (77 регионов). В случаях, когда ПМПК осуществляет свою деятельность в течение не всего календарного года, большинство из них работают 9 месяцев.

Всего за 2017 ПМПК в России за 2017 отчетный год было проведено только центральными ПМПК около 59 тысяч заседаний. Важно отметить, что по данному показателю наблюдается крайне сильная региональная дифференциация. Так, в 17 субъектах было проведено свыше тысячи заседаний (лидер – Омская область); при этом в 19 регионах число проведенных заседаний не превышает 100.

При этом можно с определенной осторожностью<sup>140</sup> утверждать, что число проведенных заседаний зависит от режима работы ПМПК: в тех регионах, где ПМПК работают на постоянной основе, среднее число проведенных заседаний составляет 763 против 66 заседаний в регионах, где ПМПК работают не на постоянной основе. Из общего числа заседаний порядка 52% составляют выездные заседания. По данному показателю также отмечается сильная региональная дифференциация: в 21 регионе 100% заседаний ПМПК за отчетный период были выездными. При этом в 6 субъектах выездные заседания не проводились в 2017 году вовсе.

Всего согласно полученным сведениям за отчетный период комиссиями была получена 41 жалоба, 31 из них была удовлетворена. Большинство жалоб получены в связи с несогласием с заключением комиссии (26 жалоб, 22 из них удовлетворены).

Согласно полученным данным, ПМПК проводят активную консультационную и информационную работу. Из 83 регионов, по которым имеются статистические сведения, в 81 регионе ПМПК проводили консультации по вопросам обучения и воспитания с работниками и обучающимися организаций, осуществляющих образовательную деятельность; в 77 субъектах проводились консультации со специалистами психолого-педагогических консилиумов образовательных организаций; в 62 регионах происходило формирование электронной базы данных детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с девиантным поведением; в 69 регионах осуществлялось методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий. Кроме того, в 55 субъектах РФ ПМПК также *осуществляли мониторинг учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях и семьях.*

---

<sup>140</sup> Описанные далее различия в теории могут объясняться немногочисленностью регионов, в которых ПМПК работают не на постоянной основе или менее 5 дней в неделю. При более равномерном распределении регионов картина могла бы быть иной.

Самой распространенной причиной записи на обследование является потребность в создании специальных условий обучения и воспитания (41%). В подавляющем большинстве случаев обследуемые лица признаются комиссией лицами с ограниченными возможностями здоровья. Таких заключений в целом по России более 90% для проходящих обследование впервые и более 95% для тех, кто уже имел заключение о ранее проведенном обследовании.

***Рекомендации:***

1) Создание унифицированной формы Заключения ПМПК, а также других формальных документов во избежание неувязок, которые могут возникнуть на этапе исполнения рекомендаций.

2) Имеет смысл рассмотреть увеличение возраста обследуемых

3) Усилить контроль исполнения рекомендаций ПМПК для родителей и общеобразовательных организаций или отменить рекомендательный характер заменив его обязательным.

4) Повысить уровень информатизации ПМПК для лучшего информирования заинтересованных сторон по возможности получения консультативной и экспертной помощи (родителям, образовательным организациями по внедрению АООП и АОП) и о существовании ресурсных центров, где соответствующая помощь может быть оказана.

***3) Ресурсное обеспечение***

ПМПК в большинстве регионов имеют хотя бы одно помещение для обследования детей. В среднем по России площадь таких помещений составляет 21 кв. м.

Менее оптимистично выглядит доступность этих помещений. Из 178 помещений для обследования детей, лишь 104 доступны для маломобильных групп населения (58%), что в случае ПМПК представляется недостаточным.

Методическая обеспеченность ПМПК пока представляется не идеальной. Полный перечень методических материалов по тому или иному предмету есть в среднем в трети регионов. ПМПК наименее укомплектованы литературой по общеобразовательным программам для обучающихся с расстройствами аутистического спектра: полный набор материалов есть только в 23 регионах.

Веб-сайт есть у ПМПК в 66 регионах. Однако лишь 47 из них имеют версию для слабовидящих, что кажется недостаточным в контексте специфики деятельности комиссий. В 64 регионах на сайте ПМПК можно ознакомиться с графиком работы комиссии, а в 11 – записаться на прием к специалисту.

***Рекомендации:***

- 1) Помещения для обследования детей ПМПК должны быть оборудованы должным образом, с учетом специфики работы комиссий.
- 2) Требуется обеспечить ПМПК необходимыми методиками.

***4) Кадровое обеспечение***

Потребность в специалистах является «болевым точкой» по результатам мониторингов. По-прежнему большой проблемой является привлечение врачей в ПМПК, сотрудничество с медицинскими организациями затруднено в силу непривлекательности работы, потери льгот, объемов работ на своем рабочем месте в медицинской организации.

Что касается кадров педагогических, то несмотря на то, что ВУЗы выпускают достаточное количество тифло-, сурдопедагогов, олигофренопедагогов, логопедов, в ПМПК их острый дефицит, так как они идут в частную практику или в коррекционную школу в лучшем случае. Наличие коррекционных школ для детей с нарушениями слуха и зрения частично решает проблему, в них есть сурдо- и тифлопедагоги – квалифицированные диагносты, и ПМПК привлекает их к работе по договору.

В центральных ПМПК ситуация со специалистами лучше, чем в территориальных (см. табл. 32).

**Таблица 32. Потребность в кадрах**

<b>Специалисты ПМПК</b>	<b>ЦМПК (%)</b>	<b>ТПМПК (%)</b>
Психологи	<b>11</b>	<b>17</b>
Олигофренопедагоги	<b>15</b>	<b>50</b>
Тифлопедагоги	<b>34</b>	<b>70</b>
Сурдопедагоги	<b>29</b>	<b>72</b>
Логопеды	<b>10</b>	<b>24</b>
Соцпедагоги	<b>11</b>	<b>41</b>
Педиатры	<b>30</b>	<b>45</b>
Неврологи	<b>30</b>	<b>57</b>
Офтальмологи	<b>26</b>	<b>57</b>
Оториноларингологи	<b>28</b>	<b>55</b>
Ортопеды	<b>30</b>	<b>57</b>
Психиатры	<b>25</b>	<b>53</b>

Большинство работников ПМПК имеют высшее образование. Для руководителей значение этого показателя чуть ниже, чем для специалистов (89% против 94% соответственно). Кроме того, руководящие работники реже обладают профильным высшим образованием, нежели специалисты (66% и 81% соответственно). Среди всего кадрового состава ПМПК доля работников, имеющих высшую квалификационную категорию, составляет 46,8%. Для руководителей и специалистов значения практически идентичные (46% и 46,9% соответственно). Однако для специалистов несколько выше доля работников с первой квалификационной категорией (16,4% против 3% у руководителей).

С отсутствием в действующем приказе о ПМПК требования к руководителю и специалистам ПМПК, мы имеем довольно интересную картину. Не секрет, что в большинстве случаев руководителями территориальных ПМПК являются управленцы-руководители или специалисты муниципальных управлений образованием, не имеющие отношения к специальному образованию и выполнению непосредственных обязанностей руководителя ПМПК.

Нельзя не отметить наличие крайне парадоксальных ситуаций: в результате Мониторинга установлено, что среди руководителей территориальных ПМПК есть учитель технологии, биологии, химии, истории, информатики, филолог, юрист, экономист.

Руководитель ПМПК – это не организатор или методист, точнее, не только. В первую очередь, это высококвалифицированный специалист, принимающий ответственность за решение междисциплинарной команды по итогам комплексного обследования.

Рассматривая процедуру аттестации специалистов ПМПК, можно констатировать, что в 8% субъектов РФ процедура аттестации специалистов ПМПК не проводится в силу *отсутствия нормативных актов, регламентирующих процедуру*, в половине субъектов РФ специалисты ПМПК проходят аттестацию как педагогические работники, а другие специалисты ПМПК аттестацию не проходят, в каждом пятом субъекте РФ имеется свой вариант организации аттестации (чаще всего это свой алгоритм или специально созданный аттестационный центр), в 13% субъектов РФ аттестация специалистов ПМПК проводится согласно профилю их деятельности (педагог, логопед, психиатр и т.д.), и в каждом десятом субъекте аттестация проводится по смешанному варианту, т.е. как педагогические работники согласно Приказу 276, а медицинские - согласно приказу 240 н.

Целесообразным является выдвижение следующих **рекомендаций**:

- 1) Нормативно закрепить взаимодействие ПМПК с медицинскими специалистами.
- 2) Ввести требования к председателю ПМПК (закрепить список допустимых специализаций высшего образования, стаж работы и т.д.).
- 3) Убрать рекомендательный характер состава ПМПК и четко определить состав специалистов, а также требования к ним (стаж работы (рекомендуем не менее 3 лет) и обязательное прохождение курсов повышения квалификации)

4) Четко прописать нормативы и порядок аттестации специалистов ПМПК.

### ***5. Взаимодействие с родителями***

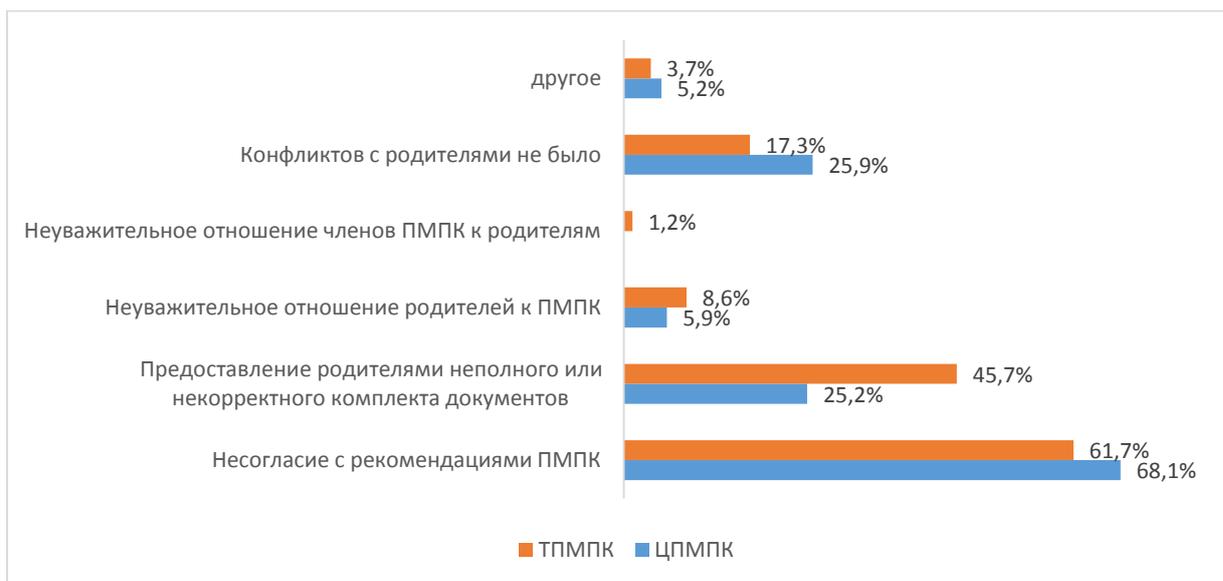
Согласно ответам представителей органов исполнительной власти 27,5% субъектов РФ указали, что жалобы от родителей поступали.

Удовлетворенность родителей (законных представителей) услугами, предоставляемыми ПМПК:

- Родители (законные представители) детей с ОВЗ – ЦПМПК - 4,4 балла из 5, ТПМПК - 4,3 балла из 5
- Родители (законные представители) детей-инвалидов – ЦПМПК - 4,5 балла из 5, ТПМПК - 4,4 балла из 5
- Родители (законные представители) детей с девиантным поведением – ЦПМПК - 4,2 – балла из 5, ТПМПК - 3,8 – балла из 5
- Законные представители детей-сирот – ЦПМПК - 4,5 балла из 5, ТПМПК- 4,2 балла из 5

Конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии не возникали в каждой пятой ЦПМПК, в остальных случаях они возникали крайне редко (единичные случаи). Конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии не возникало в 38,8% случаев ТПМПК, в 61,2% - они крайне редки. Основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами ПМПК – это несогласие с рекомендациями ТПМПК (68,1% ответов ЦПМПК и 61,7% ответов ТПМПК), предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов (25,2% ответов ЦПМПК и 45,7% ответов ТПМПК). 25,9% ответов ЦПМПК и 17,9% ТПМПК свидетельствуют о том, что конфликты не возникают (см. график 36).

**График 36. Основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии**



Процент больше 100, так как возможно было выбрать несколько вариантов ответа

ЦПМК проводит мониторинг выполнения образовательной организацией рекомендаций, выданных ПМПК, в 70% ЦПМК субъектов РФ, и 78% ТПМК.

Поэтому кажется логичным предложить в данном контексте сосредоточиться на следующих **рекомендациях**:

- 1) Повышение авторитета деятельности как ПМПК, так и специалистов, входящих в них;
- 2) Целенаправленное информирование родителей, обращающихся в ПМПК, о правах, которыми они обладают (в т.ч. о возможности присутствовать на заседании комиссии);
- 3) Обязательство родителей уведомлять образовательные организации о статусе ребенка;
- 4) Фиксирование каждого заседания комиссии на видео для разрешения споров, которые могут возникнуть;
- 5) Усилить направления деятельности ПМПК по работе с детьми с девиантным поведением.
- 6) Ввести норматив по времени обследования на 1 ребенка.

Отдельно от Мониторинга выступает рекомендация, создание которой вытекает из социальных моделей инклюзивного образования скандинавских стран для нивелирования различий между детьми с ОВЗ и без, что может снять лишнее напряжение родителей и повлиять на перцептивную сторону общественного мнения, а именно – замену термина «ограниченные возможности здоровья» на «особые образовательные потребности».

Ряд вопросов предстоит решить непосредственно регионам. Самыми актуальными остаются ***проблемы комплектования комиссий специалистами*** в соответствии с требованиями Положения о деятельности ПМПК и повышение квалификации специалистов ПМПК.

\*\*\*

Представленные выше рекомендации являются частным случаем функционирования предлагаемой в рамках диссертации системы управления инклюзивным образованием. Центральный элемент – национальный мониторинг – является механизмом, позволяющим диагностировать проблемы, формулировать актуальные рекомендации, осуществить контроль, не только на основе мониторинга, но и при помощи дополнительных мер, например, супервизии. Так, в рамках нашего Мониторинга по итогам супервизии проводились «разборы случаев», рассматривали варианты заключений, рекомендации родителям, разбирали ошибки. По итогам выездной супервизии руководителям органов управления образованием регионов направлялись экспертные заключения со сроками устранения замечаний. Повторные этапы мониторинга позволят измерить динамику повышения эффективности по выделенным индикаторам (блокам) или ее отсутствие, принимать управленческие решения, оптимизирующие функционирование системы ПМПК в комплексе, усовершенствовать правовую базу с целью создания оптимальных условий для взаимодействия всех элементов системы инклюзивного образования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление любой системой и её качеством требует определенной комплексной системной информации, получить которую можно на основе мониторинга. Так в данной диссертации предложена модель системы управления функционированием инклюзивного образования в России, состоящей из трех взаимозависимых элементов – системы ПМПК, национального мониторинга и правового обеспечения, а также выделены индикаторы для построения концепции национального мониторинга.

Для разработки такой модели были рассмотрены проблемы инклюзивного образования в России с учетом опыта зарубежных стран, проанализированы данные социологических опросов и экспертные мнения по проблеме отношения общественности к инвалидности и ограниченным возможностям здоровья людей, а также описана система психолого-медико-педагогического сопровождения с центральной ролью в ней ПМПК как механизм управления инклюзивным образованием. Она состоит из психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК), психолого-медико-педагогических консилиумов (ППК) и центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ППМС-центры).

По итогам проведенного исследования сделан вывод о том, что Россия отстает от Европы по части развития инклюзивного образования, но этот разрыв уже не такой существенный как раньше благодаря законодательному закреплению инклюзивного образования и нормативным документам, обеспечивающим внедрение в практику инклюзивного образования.

Результаты социологических опросов и исследований показывают наличие противоречий между высказываемыми установками и реальным поведением по части отношения к инвалидам. Так можно обозначить два основных блока проблем, которые следует решить в контексте инклюзивного

образования – проблема восприятия (родителей, учителей и детей без инвалидности) детей с инвалидностью и проблема создания условий, т.е. перцептивная и материально-техническая проблемы.

Помимо этого, представлены результаты реализации комплексных социологических мониторингов деятельности ПМПК, в которых автор принимал непосредственно участие как автор и разработчик.

Первый мониторинг - опрос четырех категорий работников ПМПК с использованием разного инструментария (2016 г.). Опрашивались председатели комиссий, логопеды, дефектологи и психологи-педагоги, которые являются экспертами в данном вопросе. Анкеты были построены с учетом специфики деятельности каждого вида специалистов в ПМПК. Второй мониторинг - усовершенствованный по методологической и методной части и более масштабный. Он был реализован весной 2018 в рамках Задания «Разработка комплексного научно-методического обеспечения мониторинга деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий в субъектах Российской Федерации и его проведение» (№ 28.12629.2018/12.1).

Второй мониторинг выступает элементом предлагаемой в рамках диссертации системы управления функционированием инклюзивного образования в России. Данный мониторинг позволяет диагностировать, при повторном замере – проконтролировать, и таким образом управлять достижением показателей деятельности в рамках инклюзивного образования, в данном случае системой ПМПК, с целью ее оптимальной и эффективной работы.

Таким образом, предлагаемая в рамках диссертации модель системы управления функционированием инклюзивного образования состоит из трех взаимодополняющих механизмов, центральным из которых является мониторинг. В нашей работе концепция реализации мониторинга показана на примере системы ПМПК, но точно также можно проводить аналогичные

мониторинги по реализации системы ФГОС (такие примеры даже уже есть). Важно объединение этих элементов в систему и корректировка всех трех механизмов на единой базе.

Помимо этого, в результате мониторингов стала возможным диагностика проблем в деятельности ПМПК, а также разработка рекомендаций по совершенствованию деятельности ПМПК. Рекомендации представлены по блокам: 1) организационно-правовая структура деятельности ПМПК, 2) порядок проведения ПМПК, 3) ресурсное обеспечение, 4) кадровое обеспечение, 5) взаимодействие с родителями.

Предложенная методика и инструментарий общероссийского мониторинга деятельности ПМПК позволяет отслеживать их деятельность на различных уровнях (центральные, территориальные) по ключевому индикатору, что в свою очередь дает возможность в дальнейшем корректировать их деятельность не только на региональном уровне или уровне субъектов РФ, но и на общесистемном, отражающем состояние инклюзивного образования в России на данном этапе.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Нормативно-правовые документы

1. <Письмо> Минобрнауки России от 10.02.2015 N ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (вместе с "Рекомендациями Министерства образования и науки РФ органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по совершенствованию деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» //СПС Консультант-Плюс
2. <Письмо> Минобрнауки России от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» //СПС Консультант-Плюс
3. Постановление №95 от 20 февраля 2006 года Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_58610/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/)
4. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»//СПС Консультант-Плюс
5. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» //СПС Консультант-Плюс
6. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2013 N 30242) // СПС Консультант-Плюс
7. Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 N1015 (ред. от 10.06.2019) «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» (Зарегистрировано в минюсте России 01.10.2013 N30067)// СПС Консультант-Плюс
8. Приказ Минтруда России от 10.01.2017 N 10н «Об утверждении профессионального стандарта Специалист в области воспитания» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.01.2017 N 45406) // СПС Консультант-Плюс
9. Приказ Минтруда России от 24.07.2015 N 514н «Об утверждении профессионального стандарта Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.08.2015 N 38575) // СПС Консультант-Плюс

10. Распоряжение Министерства просвещения Российской Федерации от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»//URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/6f205375c5b33320e8416ddb5a5704e3/>

11. Федеральная целевая программа развития образования на 2011-2015 годы, утверждённая постановлением правительства РФ от 7 февраля 2011 г. N 61// СПС Консультант-Плюс

12. Федеральный закон «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» от 03.05.2012 N 46-ФЗ (последняя редакция) // СПС Консультант-Плюс

13. Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ// СПС Консультант-Плюс

14. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 19.12.2016) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СПС Консультант-Плюс

### **Основные источники**

1. Алехина С.В. Взаимодействие с родителями в деятельности Психолого-медико-педагогических комиссий. Сибирский педагогический журнал. – Новосибирск: ФГБОУ ВПО «НГПУ», № 6, 2015. – С.128.

2. Алёхина С.В. Инклюзивное образование: история и современность / Педагогический университет «Первое сентября», 2013 — 33 с.

3. Алехина С.В. Принципы инклюзии в контексте изменений образовательной практики // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. — С.5-16.

4. Алехина С.В. Современный этап развития инклюзивного образования в Москве. // Инклюзивное образование: Сборник статей / отв. ред. Т.Н. Гусева. – Москва: Центр «Школьная книга», 2010. — Вып. 1.

5. Артюшенко Н.П. Организационно-педагогические условия обучения детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования : диссертация ... кандидата педагогических наук / Н. П. Артюшенко. — Томск, 2010. — 180 с.

6. Артюшенко Н.П. Роль психолого-медико-педагогической комиссии в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования//Вестник ТГПУ. 2009. Выпуск 7 (85).

7. Асташев В. Л. Современные направления развития инклюзивного образования: теория и практика [Электронный ресурс] / В. Л. Асташев, Ш. Х. Гизатуллин, В. И. Орехов, Т. Р. Орехова, О. В. Карагодина, 2014. URL: <http://pekonomika.ru/?p=35>

8. Баева И.А. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении. — СПб, 2006.

9. Беленкова Л.Ю. Инновационные подходы к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья: от интеграции к инклюзии // Интеграция образования. 2011. №1. – С.59-64.
10. Беличева, С.А. Социально-педагогическое обследование и поддержка семей группы риска / С.А. Беличева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2005. № 2. — С. 21-32.
11. Белявский, Б.В. Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации, странах Европы и США: аналитический обзор / Б.В. Белявский – М.: ФИРО, 2012. — 123 с.
12. Бикбулатова А.А., Ковалева М.А., Морозов В.А. Зарубежный опыт инклюзивного образования // Учёные записки Том 15 № 5, 2016. URL: [http://rgsu.net/netcat\\_files/multifile/5219/UZ\\_5\\_2016\\_V\\_PeChAT\\_.pdf](http://rgsu.net/netcat_files/multifile/5219/UZ_5_2016_V_PeChAT_.pdf)
13. Блинов В.И. Задачи дисциплины «История образования» в подготовке к научно-педагогической деятельности / В.И. Блинов // Отечественная и зарубежная педагогика. № 1 (10). 2013. – С. 93-97.
14. Вакорина Л.Ю. Взаимодействие родителей и психолого-медико-педагогической комиссии как важный фактор эффективности инклюзивного образования: результаты общероссийского мониторинга // Общество: социология, психология, педагогика. №12, 2018.
15. Вакорина Л.Ю. Инклюзивное образование в России: создание условий реализации // Теория и практика общественного развития. №5, 2018.
16. Винокурова О. С. Психология развития навыков сочинительства в работах Л. Н. Толстого / О. С. Винокурова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2008, № 76 (1). — С. 87—91.
17. Волкова, И.П. Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения : автореферат дис. ... доктора психологических наук : 19.00.10 / Волкова Ирина Павловна; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена.- Санкт-Петербург, 2010. — 43 с.
18. Вольская О.В., Флотская Н.Ю., Буланова С.Ю., Усова З.М. Модели реализации инклюзивного образования в современном мире // Современные проблемы науки и образования. – 2014. № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17065>
19. Воронич Е.А. Сущность инклюзивного подхода в образовании // Периодический журнал научных трудов «ФЭН-НАУКА», Бугульма, № 1(16), 2013. – С. 18
20. Галагузова М. А. История социальной педагогики [Электронный ресурс] / М. А. Галагузова, А. М. Лушников, Т. С. Дорохова // Москва : ВЛАДОС, 2000. — 544 с.  
URL: [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Pedagog/galag/17.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Pedagog/galag/17.php).
21. Горшков М.К. Общественные неравенства в пореформенной России: социологический диагноз. Вестник РУДН. Серия: Социология. Том 16, № 4 (2016). — С.693-719.

22. Гудонис В. П. Незрячий в обществе: социальные меридианы / В.П. Гудонис // Мир психологии. 2001. №2. — С. 186-197.
23. Демакова И.Д. Воспитательная деятельность педагога в условиях парадигмального сдвига: методологический аспект /И.Д. Демакова// Образование и саморазвитие, Казань, 2013, № 4. — С. 22-30.
24. Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий в современных условиях развития образования: материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Новосибирск, 23–25 сентября 2015 г.) / под ред. С.В. Алехиной ; Мин-во образования и науки РФ, Новосиб. гос. пед. ун-т.; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2015. — С.39
25. Добровольская Т.А. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция / Т.А. Добровольская, Н.Б. Шабалина // Социологические исследования, 1991, №5. — С. 3-8.
26. Домбровская А.Ю. Представления российских инвалидов о благоприятных условиях социальной адаптации//Мониторинг общественного развития: социально-экономические перемены. – М.:ВЦИОМ. 2013, №3.
27. Домбровская А.Ю. Формирование социальных стереотипов инвалидности//Среднерусский вестник общественных наук – Орел: ФГБОУ ВО «РАНХИГС»,2009, №2.
28. Заляева А. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе (результаты пилотажного исследования). Мониторинг общественного мнения. – М.:ВЦИОМ. 2015.2(126) — С.113-119.
29. Иванов Н.Н. Влияние отношения родителей к ребенку // Наука и современность. 2014. №4. — С. 154-158.
30. Игебаева Ф.А. Семья в трансформирующемся российском обществе (на примере Республики Башкортостан) // Социологические исследования. 2014. № 9. — С.73-76.
31. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: сборник материалов II Международной научно-практической конференции, 26-28 июня 2013 г. / ред. С.В. Алехина. — М.: Буки Веди, 2013. — 711 с.
32. Кара-Мурза С. Г. Манипуляция сознанием. — М.: Алгоритм, 2000. — С. 274
33. Кинопоиск. Награды фильма Класс-коррекции. URL: <https://www.kinopoisk.ru/film/705350/awards/>
34. Коменский Я. А. Великая дидактика / Я. А. Коменский. — Москва : Книга по Требованию, 2012. — 321 с.
35. Конева О.Б., Дурбажева Е.В. Семья как модель поведения и межличностных отношений в структуре «родитель-ребенок» // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. Т.1. №2 (13). — С. 53-57.
36. Кузьмина О. С. Подготовка педагогов к работе в условиях инклюзивного образования : диссертация ... кандидата педагогических наук

[Электронный ресурс] / О. С. Кузьмина. — Омск, 2015. — 319 с. URL: [http://www.omgpu.ru/sites/default/files/dissertatsiya\\_kuzmina\\_os.pdf](http://www.omgpu.ru/sites/default/files/dissertatsiya_kuzmina_os.pdf)

37. Кули, Ч.Х. Человеческая природа и социальный порядок. <http://www.i-u.ru/biblio/archive/kulichelov/>.

38. Курмышева Л.К. Инклюзивное образование: зарубежный опыт // Сибирский педагогический журнал. №9, 2012. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-zarubezhnyy-opyt>

39. Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — М.: ОАО Издательство «Медицина», 2015, №2(18)

40. Малофеев, Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. Вып. 1.2000.

41. Маслиева С. Н. Интеграция и инклюзия: парадигмальная характеристика / С. Н. Маслиева // Историческая и социально-образовательная мысль. — 2014. № 2 (24). — С. 159—165.

42. Медков В.М., Антонов А.И. Семья // Социологическая энциклопедия: В 2т. 2003. Т.2. —С. 394-396.

43. Мёдова Н.А. Модель инклюзивного образования в условиях муниципальной образовательной системы: диссертация ... кандидата педагогических наук / Н. А. Мёдова. — Томск, 2013. — 285 с.

44. Меннинг Н. Россия в беде // Мир России. 2001. № 1

45. Мид Г. Азия. Тексты / Американская социологическая мысль / Под ред. В.И. Добренкова. М.: Изд-во МУБиУ, 1996.

46. Мид Г. От жеста к символу/Американская социологическая мысль. — М: МГУ, 1994 —218 с.

47. Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания (на примере хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний): Автореф... дис. канд. психол. наук. — Ярославль: ЯрГУ, 2008. — 26 с.

48. Мудрик А.В. Социальная педагогика. — М: Академия ИЦ, 1999.

49. Нигматов З. Г. Инклюзивное образование: история, теория, технологии / З. Г. Нигматов, Д. З. Ахметова, Т. А. Челнокова; под ред. З. Г. Нигматова ; Институт экономики, управления и права. — Казань: Познание, 2014. — 220 с.

50. Носкова А.В. Новые методологические подходы, исследовательские фокусы, дискуссионные проблемы социологии семьи // Социологические исследования. 2015. №10. — С.177-185.

51. Нусхаева Б.Б. Оценка подростками основных аспектов жизнедеятельности семьи (на примере республики Калмыкия) // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. 2016. №3. — С. 218-228.

52. Отношение общества к детям с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам. – М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017 — С. 8-11
53. Официальный сайт Inva-tv. Информационный портал для инвалидов//URL:<http://inva.tv/video-pro-invalidov/2014-02-04-11-43-03>
54. Официальный сайт Ivi. Фильмы про инвалидов. URL:<https://www.ivi.ru/collections/movies-disabled>
55. Официальный сайт ВЦИОМ. Госучреждение Москвы оценили трудоустройство. Опрос от 22.04.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115667>
56. Официальный сайт ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2903. Инвалиды и мы: послесловие к инциденту в Нижнем Новгороде. Опрос от 14.08.2015. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115349> (Дата обращения 10.09. 2017)
57. Официальный сайт ВЦИОМ. Трудоустройство с ограниченными возможностями здоровья. Опрос от 17.06.2016. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115739>
58. Официальный сайт Минобрнауки России «В России стандартизируют деятельность психолого-медико-педагогических комиссий», 2018. URL: <https://минобрнауки.рф/новости/13182>
59. Официальный сайт Федеральной службы государственной политики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
60. Официальный сайт ФОМ. Мониторинг социальных задач: рабочие места для инвалидов. Опрос от 24.02.2013. URL: <http://fom.ru/TSennosti/10944>
61. Официальный сайт ФОМ. Отношение к инвалидам. Опрос от 22023 сентября 2012 года. URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10898>
62. Парсонс Т. Система современных обществ. Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. / Под ред. М.С. Ковалевой. — М.: Аспект Пресс, 1998.
63. Платонов Ю. П. Социальная психология поведения : учебное пособие / Ю. П. Платонов. — Санкт-Петербург : Питер, 2006. — 464 с.
64. Претворяя в жизнь идеи инклюзивного образования: опыт соседних стран [Электронный ресурс] / под.ред. Э. Кесялахти, С. Вярюнен: Изд. Центр Лапландского Университета Рованиеми, 2013. URL: [http://leda29.ru/uploads/com\\_files/05\\_2015\\_pretvoryaya\\_v\\_zhizn\\_idei\\_inklyuzivnogo\\_obrazovaniya.pdf](http://leda29.ru/uploads/com_files/05_2015_pretvoryaya_v_zhizn_idei_inklyuzivnogo_obrazovaniya.pdf)
65. Пузанова Ж.В. Проблемы организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика общественного развития. — 2014, № 18. —С. 9-12.
66. Пузанова Ж.В., Корнаухова Ю.С. Компетентностный подход в образовательной и управленческой практике: модели компетенций // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2014. № 1. — С. 83–90.

67. Пузанова Ж.В., Ларина Т.И., Вакорина Л.Ю. Экспертная оценка готовности введения федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в Москве и Московской области// Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 12. URL: [http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/spp/2017/12/sociology/puzanova-larina-vakorina.pdf](http://dom-hors.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/spp/2017/12/sociology/puzanova-larina-vakorina.pdf)
68. Пузанова Ж.В., Тертышникова А.Г. Анализ деятельности образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Общество: социология, психология, педагогика. 2015. №4.
69. Пути выхода из катастрофы ЕГЭ// Шаги истории. 12.02.2015. URL: <http://r-v-s.su/statia/puti-vyhoda-iz-katastrofy-ege>.
70. Путь тотальной деградации: выпускники сдают ЕГЭ по математике, задания которого по силам 4-летним детям// НАКАНУНЕ.RU. 02.06.2016. URL : <http://www.nakanune.ru/news/2016/6/2/22437867/>.
71. Радостева А.Г. Родительство как психологическое явление. Факторы, влияющие на его формирование // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2013. №1. —С. 100-108.
72. Реут М.Н. Комплексный подход к понятию инвалидности//Власть – М:ООО Власть, 2008,№7.
73. РИА-Новости. Васильева: инклюзивное образование могут обеспечить 21% российских школ. Статья от 29.06.2017. URL: <https://ria.ru/society/20170629/1497534823.html>
74. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России //URL: <http://vestnik.ssu.samara.ru/gum/2002web3/soci/200230702.htm>
75. Ростовых Е.И. Создание образовательно-развивающей среды как ресурс развития умственно отсталых детей младшего школьного возраста//Информация и коммуникации: границы коммуникаций, 5(13), 2013. – с.294-295.
76. Сайт НТВ «Глава Минобразования Васильева провела масштабное родительское собрание»// URL : <http://www.ntv.ru/video/1308225/>.
77. Самохин И. С. Отношение к детям с инвалидностью в контексте российского инклюзивного образования / И. С. Самохин, Н. Л. Соколова, М. Г. Сергеева // Научный диалог. — 2016, № 10 (58). — С. 364-376.
78. Самохин И. С. Путь к общему инклюзивному образованию в современной России: от «Ковчега» до Закона / И. С. Самохин, Н. Л. Соколова, М. Г. Сергеева // Научный диалог. — 2016, № 7 (55). — С. 280-299
79. Самохин И. С. Содержание основных понятий инклюзивного образования / И. С. Самохин, Н. Л. Соколова, М. Г. Сергеева // Научный диалог. — 2016, № 9 (57). — С. 311-327

80. Сапоровская М.В. Психология совладающего поведения. Межпоколенная трангенерация паттернов совладающего поведения в семейной группе // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2010. Т.16. №4. С. 185-189.
81. Селиванова С.Ю. Инклюзивное образование детей с ОВЗ: особенности социального отношения // Специальное образование. 2017. — С. 178-180.
82. Сидорова В.Н. Психологический анализ отношений поколений внутри семьи // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. 2008. №2. — С. 181-190.
83. Систему психолого-медико-педагогических комиссий в регионах ждут изменения // Учительская газета. Выпуск от 19.03. 2019. URL: <http://ug.ru/news/27449>
84. Скок, Н. И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции / Н.И. Скок // Социологические исследования. — 2005, №4. — С. 124-127.
85. Смехова А. Инклюзивное образование: благие намерения, ведущие... куда? // Родительское Всероссийское Сопротивление. 2014. URL: <http://r-v-s.su/news/2013/inklyuzivnoe-obrazovanie-blagie-namereniya-vedushchie-kuda>
86. Сорокин П.А. Социальная аналитика. Анализ элементов взаимодействия / П.А. Сорокин // Теоретическая социология: Антология: В 2 ч. / Пер. с англ., фр., нем., ит. / Сост. и общ. ред. С.П. Баньковской. — М.: Книжный дом «Университет», 2002. Ч. 2. — С. 144.
87. Тарасенко А.Е. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики — М: ФРАОГУ ВО «НИУ ВШЭ», 2004 2 (1).
88. Удова О.В. Особенности принятия друг друга родителями и детьми старшего дошкольного возраста // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2011. №4. — С. 286-289.
89. Усачева А.В. Влияние межличностных отношений в семье на социализацию и развитие индивидуальных особенностей у детей младшего школьного возраста // Интернет-журнал Науковедение. 2014. №5 (24). — С. 1- 7.
90. Хитрюк В. В. Формирование инклюзивной готовности будущих педагогов в условиях высшего образования : диссертация ... доктора педагогических наук / В. В. Хитрюк. — Калининград, 2015. — 390 с. URL : [https://www.kantiana.ru/upload/iblock/e44/khitryuk-vv\\_dissertatsiya\\_sayt.pdf](https://www.kantiana.ru/upload/iblock/e44/khitryuk-vv_dissertatsiya_sayt.pdf)
91. Чепракова Е.А., Ауспе И.М., Морозова И.С. Сопровождение педагогов в процессе инклюзивного образования // Справочник педагога-психолога. — 2014 год, №3.

92. Черкасова С. А. Формирование психолого-педагогической готовности будущих педагогов-психологов к работе в системе инклюзивного образования : диссертация ... кандидата психологических наук / С. А. Черкасова. — М., 2012. — 240 с.
93. Чигрина А. Я. Инклюзивное образование детей-инвалидов с тяжёлыми физическими нарушениями как фактор их социальной интеграции : диссертация ... кандидата социологических наук / А. Я. Чигрина. — Нижний Новгород, 2011. — 147 с.
94. Шматко, Н.Д. Новые формы коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии/ Т.Д. Шматко. Альманах ИКП РАО, 2003. выпуск №7. URL: <http://www.ikprao.ru/almanah/7/st02.ht>. обращение 23.09.2010
95. Яркина, Т.Ф. Гуманизм как теоретико-методологическая основа социальной педагогики // Т.Ф. Яркина // Институт педагогики соц. работы Рос. акад. образования, Ассоц. соц. педагогов, соц. работников Рос. Федерации. — М.: Б.и., 1997.
96. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности//Социологические исследования – М: Наука, 1999, №4.
97. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности / Е.Р. Ярская-Смирнова. — Саратов: Саратовский государственный технический университет, 1997.
98. Blanck P. 2008. "The right to live in the world": disability yesterday, today and tomorrow. *Texas Journal on Civil Liberties and Civil Rights* 13:367-401.
99. Bunch G. *Emerging research: students with disabilities, families, teachers.* – Toronto: Inclusion Press, 2015. – 170 p.
100. Bunch G. *Inclusion: How To: Essential Classroom Strategies.* – Toronto: Inclusion Press, 1999. – 146 p.
101. Bunch G. *The Basics: supporting learners with intellectual challenge in regular classrooms: a resource for teachers.* – Toronto: Inclusion Press, 2006. – 60 p.
102. Bunch G., *Inclusive Education: Emergent Solutions.* – Toronto: Inclusion Press, 2009. – 276 p.
103. Dyson-A. *Inclusion and inclusions: theories and discourses in inclusive education.* // In Daniels H, Garner P.(eds.) *Inclusive Education.* London: Kogan Page, 1999.
104. Florian L. *Special Education and School Reform in the United States and Britain / L. Florian, D. Pullin.* -London and New York: Routledge, 2000.
105. Forest M. *Learning and teaching with common sense.* – Toronto: Inclusion Press, 2011. – 20 p.
106. Giddens A. *Central problems in social theory: Action, structure and contradiction in social analysis.* London: Macmillan Press, 1979. P. 76.
107. Guralnick M.J., Connor R.T., Hammond M.A., Gottman J.M., Kinnish K. *Immediate effects of mainstreamed settings on the social interactions and social integration of preschool children.* // *American Journal on Mental Retardation.* - 1996a-№ 100.

108. Hansen J. Each Belongs, the story of the first inclusive school board. – Toronto: Inclusion Press, 2006. – 112 p.
109. Jette AM. 2006. Toward a common language for function, disability, and health. *Physical Therapy* 86(5):726-734
110. Jones Ph. My peers have also been an inspiration for me : developing online learning opportunities to support teacher engagement with inclusive pedagogy for students with severe / profound intellectual developmental disabilities / Ph. Jones // *International Journal of Inclusive Education*. — 2010. — V. 14. — № 7. — Pp. 681—696.
111. Kavale K., Forness S. History, rhetoric and realty. Analysis of inclusion debate. // *Remedial and Special Education*. Vol. 21. No. 5. 2000.
112. Kohen-Vacs D. Evaluation of enhanced educational experiences using interactive videos and web technologies : pedagogical and architectural considerations [Electronic resource] / D. Kohen-Vacs, M. Milrad, M. Ronen, M. Jansen // *Smart Learning Environments*. — 2016. — 3:6. — Access mode : <https://slejournal.springeropen.com/articles/10.1186/s40561-016-0029-z>
113. Kratochvílová J., Havel J. (2014), Terms of Inclusive Education in Primary Schools - National and School Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 141 ( 2014 ) 337 – 341
114. Lunt N, Thornton P. 1994. Disability and employment: Towards an understanding of discourse and policy. *Disability & Society* 9(2):223-238.
115. O'Brien J., Forest M. *Action for Inclusion*. – Toronto: Inclusion Press, 2000.
116. O'Brien, J., Lyle O'Brien, C. Inclusion as a force for school renewal // S. Stainback & W. Stainback, *Inclusion: A Guide for Educators*. – Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 1996.
117. Park R. Assimilation // *Introduction to the Science of Sociology* / Ed. By R.Park and E.Burgess. Chicago, L.: Chicago Univ. Press, 1969. P. 734-739.
118. Pfeiffer, D. (2001) *The Conceptualization of Disability. Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*, edited by Sharon N. Barnartt and Barbara Mandell Altman in the series *Research in Social Science and Disability*, New York: Elsevier Science, volume 2: 29-52
119. Scotch R.K., Schriener K. Disability as human variation: Implications for policy. *The annals*. 1997. №549. P. 148-159.
120. Shapiro JP. 1994. *No pity*. New York: Times Books.
121. *Starting small : Teaching Tolerance in Preschool and the Early Grades*. — Southern Poverty Law Center. — 3rd edition. — 2008. — 108 p.
122. Thomas G. *The Making of the Inclusive School* / J. Thomas, P. Walker, J. Webb. - London and New York: RoutledgeFalmer, 1998.
123. Thomas G., Walker P., Webb J. *The Making of the Inclusive School*//London and New York: RoutledgeFalmer, 1998. ISBN 0-415-15559-2
124. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, *Guiding Principles of the Convention*, UN New York. URL:<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights->

of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html

125. Vakorina L., Simonova M., Puzanova Z., Larina T. (2018) Psychological-medical-pedagogical commission as a mechanism for increasing the effectiveness of inclusive education in russia, EDULEARN18 Proceedings, pp. 2115-2122.

126. Wapling, L. Inclusive Education and Children with Disabilities: Quality Education for All in Low and Middle income Countries. CBM. 2006.

127. Wright E.B. Full Inclusion of Children with Disabilities in the Regular Classroom: Is It the Only Answer? // Social work in Education. - 1999. - Vol. 21. - No. 1.

128. Wright E.B. Full Inclusion of Children with Disabilities in the Regular Classroom: Is It the Only Answer? // Social work in Education. Vol. 21. No. 1. Jan. 1999.

## АНКЕТА

### для проведения мониторинга деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Российской Федерации

#### *Уважаемый респондент!*

Просим Вас заполнить вопросник, состоящий из 4-х частей, направленных на оценку деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в разрезе характеристик:

- нормативно-правовой статус;
- механизмы создания, цели, задачи, направления деятельности психолого-медико-педагогических комиссий;
- особенности кадрового, ресурсного, финансового обеспечения;
- периодичность проведения психолого-медико-педагогических комиссий;
- формы учета деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий;
- обеспеченность психолого-медико-педагогических комиссий специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников;
- порядок взаимодействия психолого-медико-педагогических комиссий с родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника.

Ваши ответы важны для оценки качества деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Российской Федерации и последующей ее корректировки для достижения максимальной эффективности. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.

Спасибо!

Вопросник содержит сокращения:

*ИПР* - индивидуальная программа реабилитации

*ПМПК* - психолого-медико-педагогические комиссии

*ПМПк* - психолого-медико-педагогические консилиумы образовательных организаций

*МСЭ* – медико-социальная экспертиза

*ОП* – образовательная программа

*СПЭ* - судебно-психиатрическая экспертиза

*ОУ* – образовательное учреждение

*ДДИ* – детский дом-интернат

*УДОД* – учреждение, реализующее общеобразовательные дополнительные программы дополнительного образования детей

*ОВЗ* – ограниченные возможности здоровья

Укажите, пожалуйста, субъект РФ \_\_\_\_\_

Укажите организацию, которую Вы представляете \_\_\_\_\_

Должность (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

1. Штатный сотрудник
2. Совместитель
3. Оформлен трудовой договор
4. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

Возраст

1. До 35 лет
2. От 36 до 45 лет
3. От 46 до 55 лет
4. Старше 56 лет

Пол

1. Мужской
2. Женский

Стаж профессиональной деятельности

1. Менее 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Стаж работы в ПМПК

1. Менее 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Образование:

1. Высшее педагогическое
2. Высшее, но не педагогическое (укажите, пожалуйста, какое \_\_\_\_\_)
3. Среднее профессиональное

Специальность по диплому: \_\_\_\_\_

Второе высшее (при наличии)

1. Есть (укажите, какое \_\_\_\_\_)
2. Нет

Ученая степень (при наличии):

1. Есть (укажите, какая \_\_\_\_\_)
2. Нет

## АНКЕТА ДЛЯ ОПРОСА ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИССИИ ПМПК

**Инструкция по заполнению:** В каждом вопросе, если не указано иное, выделите любым способом (цветом, подчеркиванием, кружком, галочкой  $\checkmark$  и т.п.) наиболее подходящие для Вас варианты ответов из предложенных или впишите свой ответ в графе «другое».

### 1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК

*(нормативно-правовой статус, механизмы создания, состав, цели, задачи)*

**1.1. Укажите организационно-правовую форму ПМПК: (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Самостоятельное юридическое лицо
2. Структурное подразделение (укажите чего именно \_\_\_\_\_)
3. Организация при органе исполнительной власти в сфере образования
4. Организация при органе исполнительной власти в сфере здравоохранения
5. Организация при органе исполнительной власти в сфере социальной защиты
6. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**1.2. Укажите учредителя ПМПК (выберите один вариант ответа): (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Орган исполнительной власти в сфере образования (Департамент, Комитет по образованию и т.д.);
2. Орган исполнительной власти в сфере здравоохранения;
3. Орган исполнительной власти в сфере социальной защиты;
4. Орган местного самоуправления;
5. Несколько органов исполнительной власти (совместное учредительство) (укажите, какие именно): \_\_\_\_\_
6. Иное (укажите): \_\_\_\_\_

**1.3. ПМПК: (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Территориальная
2. Центральная
3. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**1.4. Укажите количество территориальных комиссий, прикрепленных к центральной ПМПК (только для центральной ПМПК): \_\_\_\_\_**

**1.5. Укажите, какие из нижеперечисленных действий реализуются в деятельности ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Запрос необходимых документов у органов исполнительной власти
2. Запрос необходимых документов у правоохранительных органов
3. Запрос необходимых документов у медицинских организаций
4. Запрос необходимых документов у органов социальной защиты
5. Запрос необходимых документов у образовательных организаций
6. Внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в органы местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования
7. Внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в органы государственной власти субъектов РФ, осуществляющих управление в сфере образования
8. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**1.6. Состав ПМПК, в которой Вы работаете** Укажите количество специалистов по каждому варианту, если специалист не представлен ставьте «0».

<b>Член ПМПК (в соответствии с приказом об утверждении состава ПМПК)</b>	<b>Количество</b>
Педагог-психолог	
Учителя-дефектологи по соответствующему профилю:	
<i>Олигофренопедагог</i>	
<i>Тифлопедагог</i>	
<i>Сурдопедагог</i>	
Учитель-логопед	
Педиатр	
Невролог	
Офтальмолог	
Оториноларинголог	
Ортопед	
Психиатр детский	
Социальный педагог	
Другие специалисты (укажите)	

## 2. Порядок проведения ПМПК

(основные направления деятельности ПМПК, регламент, периодичность проведения ПМПК, формы учета деятельности специалистов ПМПК)

### 2.1. Какие направления деятельности реализуются в рамках вашей ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)

Направления	Ответ (ставьте X, если реализуется)
Обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью выявления особенностей в физическом и психическом развитии, а также отклонений в поведении	
Подготовка рекомендаций по организации обучения и воспитания детей	
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	
Мониторинг учета рекомендаций ПМПК	
Оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей	
Предоставление консультаций работникам образовательных организаций	
Предоставление консультаций работникам организаций, оказывающих социальное обслуживание	
Предоставление консультаций работникам медицинских организаций	
Предоставление консультаций работникам других организаций (указать, каких)	
Содействие федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида	
Осуществление учета данных о детях с ОВЗ	
Осуществление учета данных о детях-инвалидах	
Осуществление учета данных о детях с девиантным поведением	
Организация информационно-просветительской работы с населением с целью предупреждения, коррекции недостатков в физическом, психическом развитии детей, отклонений в их поведении	
Координация и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий (только для центральных комиссий)	
Проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии или в случае обжалования родителями (законными представителями) заключения территориальной комиссии (только для центральных комиссий)	
Обследование детей старшего школьного возраста с целью определения специальных условий для сдачи ГИА	
Другое (укажите) _____	

### 2.2. Какова периодичность проведения заседаний ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА).

1. Не более 5 раз в год
2. От 6 до 10 раз в год
3. 1 раз в месяц
4. От 2 до 3 раз в месяц
5. 1 раз в неделю
6. Два раза в неделю
7. Более 2 раз в неделю
8. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

### 2.3. Укажите характер заседаний ПМПК (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

1. В основном только плановые заседания
2. Плановые и внеплановые заседания наравне
3. Внеплановых заседаний гораздо больше, чем плановых

**2.4. Укажите форму учета данных о детях с ОВЗ, детях-инвалидах, детях с девиантным поведением, детях – сиротах, проживающих на территории деятельности ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА в каждом СТОЛБЦЕ)**

Варианты учета	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
3. Ведется картотека (выберите подходящий вариант ответа)				
1.3. На территориальном уровне				
1.4. На ведомственном уровне				
4. Формируется электронная база данных (выберите подходящий вариант ответа)				
2.3. На территориальном уровне				
2.4. На ведомственном уровне				
3. Существует реестр (выберите подходящий вариант ответа)				
3.3 На территориальном уровне				
3.4 На ведомственном уровне				
4. Другое (укажите)				

**2.5. Укажите формы учета деятельности специалистов Вашей ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Журнал записи детей на обследование
2. Журнал учета детей, прошедших обследование
3. Карта ребенка, прошедшего обследование
4. Протокол обследования
5. Журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов, коллегиального заключения и рекомендаций ПМПК.
6. Договор о порядке взаимодействия ПМПК с родителями (законными представителями) воспитанника / обучающегося.
7. Статистический учет деятельности ПМПК.
8. Другие (укажите) \_\_\_\_\_

**2.6. Укажите сроки, в которые оформляется Протокол и заключение комиссии (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. В день проведения комиссии,
2. На следующий день после проведения комиссии
3. Через неделю после заседания Комиссии
4. В течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования
5. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.7. Охарактеризуйте порядок проведения обследования в ПМПК**

1. Каждым специалистом индивидуально в помещениях, где размещается комиссия
2. Несколькими специалистами одновременно в помещениях, где размещается комиссия
3. Каждым специалистом индивидуально по месту проживания и (или) обучения
4. Несколькими специалистами одновременно по месту проживания и (или) обучения
5. Сначала ребёнок обследуется отдельными специалистами, потом проводится заседание комиссии с его присутствием
4. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.8. Укажите каким образом осуществляется информирование родителей (законных представителей) детей относительно основных направлений деятельности, месте нахождения, порядка и графика работы ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Информация размещается на специально-созданном сайте (укажите) \_\_\_\_\_
2. Информация размещается на сайте учредителя (управления образования, органов социальной защиты и др.) \_\_\_\_\_
3. Информация размещается на сайтах иных организаций (укажите) \_\_\_\_\_
4. Раздаются листовки (укажите) \_\_\_\_\_
5. Оформлены информационные стенды в соответствующих государственных (муниципальных) учреждениях (укажите, в каких именно) \_\_\_\_\_
6. Проводятся беседы с родителями (укажите, где именно) \_\_\_\_\_
7. Информирование осуществляют специалисты других ведомств и организаций (бюро МСЭ, поликлиник, образовательных организаций) \_\_\_\_\_
8. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.9. Укажите, каким образом осуществляется запись детей на обследование в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Запись осуществляется очно (при предъявлении необходимых документов)
2. Запись осуществляется очно (без предъявления необходимых документов)
3. Запись осуществляется по телефону
4. Есть возможность электронной записи (УКАЖИТЕ название сайта \_\_\_\_\_ /эл. почта \_\_\_\_\_)
5. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.10. Укажите, через какой период времени с момента подачи документов осуществляется информирование родителей о дате, времени, месте и порядке проведения обследования? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. В этот же день
2. На следующий день
3. В 5-дневных срок
4. В течение календарной недели
5. В течение календарного месяца
6. Нет определенного временного ограничения
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.11. Укажите, сколько времени проходит между записью на комиссию и проведением процедуры обследования:**

1. В тот же день;
2. В течение недели;
3. В течение 2 недель;
4. В течение 3 недель;
5. В течение 1 месяца;
6. В течение 2 месяцев;
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**2.12. В случае спорных или сложных ситуаций, какие действия предпринимаются комиссией? (выберите все подходящие варианты ответа)**

1. Проводится дополнительное обследование детей
2. Дети направляются в Центральную комиссию
3. Другое (укажите, какие именно) \_\_\_\_\_

**2.13. Каковы основные содержательные положения протокола, составленного по итогам заседания комиссии? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Сведения о ребенке
2. Данные о специалистах комиссии
3. Перечень документов, представленных для проведения обследования
4. Результаты обследования ребенка специалистами
5. Выводы специалистов
6. Особые мнения специалистов (при наличии)
7. Заключение комиссии
8. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**3. Ресурсное обеспечение**

*(особенности кадрового, ресурсного, финансового обеспечения, обеспеченность ПМПК специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников)*

**3.1. Укажите источники финансирования ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Собственные бюджетные средства учредителя (учредителей)
2. Бюджетные средства других ведомств и органов
3. Внебюджетные средства других ведомств и органов
4. Средства спонсоров, добровольные пожертвования физических и юридических лиц
5. Другие (укажите) \_\_\_\_\_

**3.2. Укажите объем финансирования ПМПК за 2015 год? \_\_\_\_\_ (в тыс. руб., т.е. пишите 143, если 143 000)**

**3.3. Есть ли у ПМПК официальный сайт?**

1. Да
2. Нет

**3.4. В каких помещениях проводятся заседания ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. В специально выделенном помещении для ПМПК
2. В образовательной организации
3. В здании органов социальной защиты
4. В медицинском учреждении
5. По месту проживания воспитанника / обучающегося (в ДДИ)
6. По месту проживания воспитанника / обучающегося (на дому)
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**3.5. Какие помещения присутствуют в ПМПК (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Входная группа;
2. Кабинет(ы) для приема детей раннего возраста;
3. Кабинет(ы) для приема детей дошкольного возраста;
4. Кабинет(ы) для приема детей школьного возраста;
5. Кабинет(ы), приспособленные для приема маломобильных групп граждан;
6. Игровая комната;
7. Комната ожидания;
8. Помещение для заполнения документов;
9. Методический кабинет;
10. Помещение для проведения заседаний ПМПК
11. Иное (укажите, что именно) \_\_\_\_\_

**3.6. Оцените, пожалуйста, методическую оснащенность ПМПК (специальные пособия, материалы, издания по методике работы)**

1. Обеспечен в полной мере
2. Достаточно хорошо обеспечен
3. Почти не обеспечен
4. Не обеспечен вообще

**3.7. Обеспечена ли ПМПК автотранспортом для организации своей деятельности? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Да
2. Нет
3. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**3.8. Дайте общую оценку ресурсного обеспечения деятельности ПМПК от 1 до 5 (5 – наивысшая оценка)**

Обеспечение деятельности ПМПК	Баллы				
	1	2	3	4	5
Материально-техническое					
Методическое					
Кадровое					
Финансовое					
Информационное					
Организационное (административно-управленческое)					
Эмоционально-комфортные условия					

**3.9. В каких специалистах существует потребность для деятельности ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

Специалисты	Количество ставок по штату	Необходимая потребность (укажите количество)
Педагог-психолог		
Олигофренопедагог		
Тифлопедагог		
Сурдопедагог		
Дефектолог другой специализации (укажите, какой именно _____)		
Учитель-логопед		
Педиатр		
Невролог		
Офтальмолог		
Оториноларинголог		
Ортопед		
Психиатр детский		
Социальный педагог		
Иные специалисты (укажите, кто именно) _____		

**3.10. Укажите количество специалистов ПМПК, прошедших повышение квалификации по направлениям профессиональной деятельности за последние 3 года (% от общего числа специалистов) \_\_\_\_\_**

**3.11. Укажите, по какой тематике Вы хотели бы пройти курсы повышения квалификации? (НАПИШИТЕ 1-3 ВАРИАНТА)**

---



---



---



---

**3.12. Укажите, какие специалисты ПМПК прошли специальную подготовку для работы с детьми различных категорий (на курсах повышения квалификации, переподготовки и др.)? (ЕСЛИ КАКОЙ-ТО СПЕЦИАЛИСТ НЕ ПРЕДСТАВЛЕН В ВАШЕЙ ПМПК, ОСТАВЬТЕ ЭТУ СТРОКУ ПУСТОЙ)**

Специалист	Посещали курсы повышения квалификации для работы с детьми с ОВЗ		Посещали курсы повышения квалификации для работы с детьми – инвалидами		Посещали курсы повышения квалификации для работы с детьми-девиантами		Посещали курсы повышения квалификации для работы с детьми-сиротами	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Педагог-психолог								
Учитель-дефектолог								
Учитель-логопед								
Педиатр								
Невролог								
Офтальмолог								
Оториноларинголог								
Ортопед								
Психиатр детский								
Социальный педагог								
Другой специалист (кто именно)								

**3.13. Укажите, как давно Вы в последний раз проходили супервизию своей профессиональной деятельности? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

- 1) Менее года назад
- 2) Менее 3 лет назад
- 3) Менее 5 лет назад
- 4) Менее 10 лет
- 5) Никогда

**3.14. Укажите, оказывает ли ПМПК платные услуги населению?**

1. Да
2. Нет

#### 4. Общая результативность деятельности ПМПК

(порядок взаимодействия ПМПК с родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника, опыт межведомственного взаимодействия комиссий)

##### 4.1. Оцените удовлетворенность большинства родителей (законных представителей) услугами, предоставляемыми ПМПК (ОДИН ответ по строке)

Категории	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены, чем не удовлетворены	Скорее не удовлетворены, чем удовлетворены	Полностью не удовлетворены	Затрудняюсь ответить
Родители (законные представители) детей с ОВЗ					
Родители (законные представители) детей-инвалидов					
Родители (законные представители) детей-девиантов					
Законные представители детей-сирот					

##### 4.2. Укажите, какие права (возможности) предоставлены родителям (законным представителям) при обследовании детей на комиссии? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)

1. Присутствовать при обследовании детей в комиссии
2. Присутствовать при обсуждении результатов и вынесении заключения
3. Высказывать свое мнение относительно рекомендаций
4. Получать консультации специалистов комиссии по вопросам обследования детей и оказания им психолого-медико-педагогической помощи
5. Получать информацию от специалистов о своих правах и правах ребенка
6. В случае несогласия с заключением территориальной комиссии обжаловать его в центральную комиссию
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

##### 4.3. Укажите, как часто возникают конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)

1. Конфликтов с родителями не возникало
2. Крайне редко, единичные случаи
3. Реже, чем при обследовании каждого пятого ребенка
4. При обследовании каждого пятого ребенка
5. При обследовании каждого четвертого ребенка
6. При обследовании каждого третьего ребенка
7. При обследовании каждого второго ребенка
8. При обследовании каждого ребенка
9. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.4. Укажите, каковы основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Несогласие с рекомендациями ПМПК
2. Предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов
3. Неуважительное отношение родителей к ПМПК
4. Неуважительное отношение членов ПМПК к родителям
5. Несоблюдение ПМПК сроков по предоставлению заключения ребенку
6. Конфликтов с родителями не было
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.5. Укажите, были ли прецеденты обращения в ПМПК судебно-следственных органов?**

1. Да (сколько и в каких случаях) \_\_\_\_\_
2. Нет

**4.6. Укажите, существовала ли судебная практика в отношении ПМПК (оспаривание рекомендаций, предписание прокуратуры в части соблюдения родительских прав) за последние 5 лет?**

1. Да (укажите причины) \_\_\_\_\_
2. Нет
3. Иное (укажите, что именно) \_\_\_\_\_

**4.7. Укажите, с какими государственными (муниципальными) учреждениями взаимодействует ПМПК?**

1. Организации системы образования (укажите, какие) \_\_\_\_\_
2. Организации системы здравоохранения (укажите, какие) \_\_\_\_\_
3. Организации системы социальной защиты (укажите, какие) \_\_\_\_\_
4. Другие ведомства (укажите, какие) \_\_\_\_\_

**4.8. Укажите способы межведомственного взаимодействия ПМПК, которые, по Вашему мнению, целесообразно было бы организовать? \_\_\_\_\_**

**4.9. Укажите основные причины обращения родителей (законных представителей) различных групп детей в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПО КАЖДОМУ СТОЛБЦУ)**

Причины обращений	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
Своевременное выявление особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей				
Получение рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в обучении и воспитании детей				
Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций				
Получение консультативной помощи				

Причины обращений	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
родителями (законными представителями) детей				
Получение рекомендаций для поступления в дошкольные и школьные организации				
Получение рекомендаций для проведения государственной итоговой аттестации				
Получение рекомендаций для заполнения ИПР				
Другое (укажите)				

**4.10. На основании каких документов дети направляются на обследование в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Письменное согласие от родителей (законных представителей)
2. Направление от образовательных организаций
3. Направление от организаций, осуществляющих социальное обслуживание
4. Направление от медицинских организаций
5. Письменное заявление от детей, достигших возраста 15 лет
6. Направление от комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав
7. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.11. Укажите численность детей, которые получили рекомендации ПМПК по направлению различных органов исполнительной власти и учреждений различных ведомств (НАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК за последний год)**

Организация	Возраст 0-3 лет	Возраст 4-7 лет	Возраст 8-11 лет	Возраст 12-15 лет	Возраст 16-18 лет и старше
Организация системы здравоохранения					
Образовательная организация					
Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав					
Органы социальной защиты					
Самостоятельно					
Другое (укажите) _____					

**4.12. Приведите сведения по работе ПМПК (УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ЯЧЕЙКЕ за последний год)**

Показатели	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
Общее число детей на территории деятельности ПМПК				
Количество принятых детей от 0 до 18 лет. <i>Первично.</i>				
Количество принятых детей от 0 до 18 лет. <i>Повторно.</i>				

Показатели	Дети с ОВЗ	Дети-инвалиды	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
Количество детей, получивших заключение ПМПК				
Количество проконсультированных детей (без изменения ОП)				
Количество индивидуальных консультаций, проведенных с родителями				
Количество индивидуальных консультаций с педагогами				
Количество групповых консультаций для родителей (законных представителей)				
Количество групповых консультаций для педагогов				

**4.13. Укажите, предоставлялась ли информация о результатах обследования или иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей)? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Да, по запросу вышестоящих органов
2. Да, по запросу органов, в которых ребенок содержится/состоит на учете/ получает образование
3. Да, по запросу судебных органов
4. Нет
5. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.14. Укажите, оформляется ли письменное согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Да
2. Нет
3. Персональные данные не обрабатываются

**4.15. Укажите количество обоснованных жалоб, поступивших от родителей за последний год**

\_\_\_\_\_

**4.16. Укажите количество удовлетворенных жалоб родителей за последний год** \_\_\_\_\_

**4.17. Укажите, проводится ли ПМПК мониторинг учета рекомендаций по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в ОУ и семье по месту их проживания и (или) обучения (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)?**

1. Да
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить

**4.18. Укажите основные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

- 1) Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК
- 2) Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК
- 3) Неготовность образовательных организаций к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК
- 4) Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования
- 5) Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
- 6) Отсутствие механизма взаимодействия медицинских работников в работе ПМПК
- 7) Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК
- 8) Недостаточное финансирование деятельности ПМПК
- 9) Нехватка специалистов для работы в ПМПК
- 10) Маленькая зарплата специалистов
- 11) Недостаточное материально-техническое оснащение
- 12) Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.19. Сформулируйте предложения, направленные на повышение эффективности деятельности ПМПК** \_\_\_\_\_

**4.20. Укажите основные формы взаимодействия ПМПК с бюро медико-социальной экспертизы (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Поступление от бюро МСЭ запросов о предоставлении сведений из протоколов и заключений комиссии (при согласии законных представителей)
2. Проведение медико-социальной экспертиз, в которых приняли участие специалисты комиссии
3. Направление предложений в комиссию от бюро МСЭ по улучшению межведомственного взаимодействия
4. Другое (укажите, что именно) \_\_\_\_\_

**21. Укажите основные направления консультационной и информационной работы комиссии (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Проведение консультаций по вопросам обучения и воспитания с работниками и обучающимися организаций, осуществляющих образовательную деятельность
2. Проведение консультаций со специалистами ПМПК ОУ
3. Формирование электронной базы данных детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и детей с девиантным (особо опасным) поведением
4. Осуществление мониторинга учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей)
5. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**4.22. Укажите формы участия в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей** \_\_\_\_\_

**4.23. Укажите, осуществляется ли в ПМПК мониторинг данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)?**

1. Да
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить

**4.24. Укажите, что, на Ваш взгляд, необходимо изменить в работе в ПМПК? (выберите не более четырех вариантов ответа)**

1. Сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК  
(укажите, что именно) \_\_\_\_\_
2. Повысить авторитет ПМПК в обществе, сформировать позитивный образ
3. Подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ
4. Обеспечить поддержку со стороны органов управления образования
5. Законодательно оформить четкое разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
6. Ввести единый стандарт требований в организации документооборота ПМПК
7. Повысить финансирование деятельности ПМПК
8. Трудоустраивать высокопрофессиональных специалистов в ПМПК
9. Повысить зарплату специалистов ПМПК
10. Улучшить материально-техническое оснащение
11. Иное (укажите, что именно) \_\_\_\_\_

**4.25. Оцените эффективность работы Вашей ПМПК в целом, по 10-балльной шкале. (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – это очень плохо, а 10 – это очень хорошо)**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

***Спасибо за работу! Желаем Вам успехов в профессиональной деятельности!***

Ваши пояснения, комментарии, замечания \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**АНКЕТА**  
**для проведения мониторинга деятельности психолого-медико-педагогических комиссий**  
**Российской Федерации**  
*Уважаемый респондент!*

Просим Вас заполнить вопросник, состоящий из 4-х частей, направленных на оценку деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, в разрезе характеристик:

- нормативно-правовой статус;
- механизмы создания, цели, задачи, направления деятельности психолого-медико-педагогических комиссий;
- особенности кадрового, ресурсного, финансового обеспечения;
- периодичность проведения психолого-медико-педагогических комиссий;
- формы учета деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий;
- обеспеченность психолого-медико-педагогических комиссий специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников;
- порядок взаимодействия психолого-медико-педагогических комиссий с родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника.

Ваши ответы важны для оценки качества деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Российской Федерации и последующей ее корректировки для достижения максимальной эффективности. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.

Спасибо!

Вопросник содержит сокращения:

*ПМПК - психолого-медико-педагогические комиссия*

*СПЭ - судебно-психиатрическая экспертиза*

*МСЭ – медико-социальная экспертиза*

*УДОД – учреждения дополнительного образования детей*

*ОУ – образовательное учреждение*

*ОВЗ – ограниченные возможности здоровья*

*ИПР - индивидуальная программа реабилитации*

Укажите, пожалуйста, регион, город \_\_\_\_\_

Укажите организацию, которую Вы представляете \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Возраст

1. До 35 лет
2. От 36 до 45 лет
3. От 46 до 55 лет
4. Старше 56 лет

Пол

3. Мужской
4. Женский

Стаж профессиональной деятельности

4. Меньше 5 лет
5. От 6 до 10 лет
6. Свыше 11 лет

Стаж работы в ПМПК

4. Меньше 5 лет
5. От 6 до 10 лет
6. Свыше 11 лет

Образование:

4. Высшее дефектологическое
5. Высшее, но не дефектологическое (укажите, пожалуйста, какое \_\_\_\_\_)
6. Среднее профессиональное

Специальность по диплому: \_\_\_\_\_

Второе высшее (при наличии)

3. Есть (укажите, какое \_\_\_\_\_)
4. Нет

Ученая степень (при наличии):

3. Есть (укажите, какая \_\_\_\_\_)
4. Нет

Область профессиональной специализации \_\_\_\_\_

#### Анкета для опроса учителя-логопеда ПМПК

**Инструкция по заполнению:** в первой графе приведены вопросы, во второй – предполагаются Ваши ответы на них. В конце таблицы (при необходимости), можете дать свои пояснения, комментарии, замечания.

Вопрос	Ответ
<b>1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК</b>	
1.1. Укажите, в какой ПМПК Вы работаете (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	1. Центральная 2. Территориальная 3. Другое (укажите) _____
1.2. Каким образом оформлена Ваша деятельность в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Штатный сотрудник 2. Совместитель 3. Оформлен трудовой договор 4. Другое (НАПИШИТЕ, как именно) _____
1.3. Работаете ли Вы еще где-либо, кроме ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да 2. Нет
1.4. Знакомы ли Вы с основными положениями «Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (от 20 сентября 2013 г.)? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да, знаком хорошо 2. Знаком частично 3. Не знаком
1.5. Существует ли Этический кодекс сотрудников ПМПК?	1. Да 2. Нет

	3. Затрудняюсь ответить	
1.6. Нуждается ли существующая нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность ПМПК, в совершенствовании?	1. Да (укажите в каких аспектах) 2. Нет	
<b>2. Порядок проведения ПМПК</b>		
2.1. Соответствует ли реализуемый перечень направлений деятельности ПМПК существующим потребностям?	1. Да 2. Нет, (НАПИШИТЕ, какие необходимо включить)	
2.2. Оцените, пожалуйста, в процентном соотношении, распределение Вашей нагрузки в ПМПК по отдельным видам деятельности? (РАСПРЕДЕЛИТЕ Вашу нагрузку по видам деятельности так, чтобы в сумме получилось 100%)	Направление деятельности	Проценты
	Изучение представленной документации на ребенка	
	Обследование детей	
	Подготовка по результатам обследования рекомендаций	
	Консультативная помощь родителям (законным представителям) детей	
	Консультативная помощь работникам образовательных организаций	
	Консультативная помощь работникам организаций, осуществляющих социальное обслуживание	
	Консультативная помощь работникам медицинских организаций	
	Оказание содействие МСЭ в разработке ИПР ребенка инвалида	
	Участие в информационно-просветительской работе с населением	
	Другое (укажите)	
	Итого	100%
2.3. Обозначьте ключевые диагностические задачи специалиста – логопеда в ПМПК	1. Обследование состояния артикуляционного аппарата, общего звучания речи (голос, внятность речи, дыхание, артикуляция). 2. Произношение и различение звуков. Произношение слов сложной слоговой структуры 3. Состояние фонематического слуха и понимание звучащей речи 4. Обследование словаря 5. Выявление навыков словообразования 6. Оценка уровня владения грамматическими нормами 7. Оценка уровня владения связной речью 8. Оценка неречевых процессов (слуховое внимание, слуховая память и т.д.) 9. Все вышеперечисленное	
2.4. Какова периодичность проведения заседаний ПМПК?	1. Не более 5 раз в год 2. От 6 до 10 раз в год 3. 1 раз в месяц 4. От 2 до 3 раз в месяц 5. 1 раз в неделю 6. Два раза в неделю 7. Более 2 раз в неделю 8. Другое (укажите)	

2.5. Укажите сроки, в которые оформляется Протокол и заключение комиссии (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В день проведения комиссии,</li> <li>2. На следующий день после проведения комиссии</li> <li>3. Через неделю после заседания Комиссии</li> <li>4. В течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования</li> <li>5. Другое (укажите) _____</li> </ol>
2.6. В случае спорных или сложных ситуаций какие действия предпринимаются комиссией? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проводится дополнительное обследование детей</li> <li>2. Дети направляются в Центральную комиссию</li> <li>3. Другое (укажите) _____</li> </ol>

### 3. Ресурсное обеспечение

3.1. Оцените материально-техническое оснащение ПМПК, в которой Вы работаете			
Объект материальной базы	Характеристика		
	Обеспечен в полной мере	Не достаточно обеспечен	Не обеспечен вовсе
Мульти-медиа			
Ассистивное оборудование: кресло-коляски; слуховые аппараты; другое оборудование (укажите)			
Автотранспорт (автобус, микроавтобус, легковой автомобиль и т.п) для проведения выездных обследований и (или) методической работы			
3.2. Укажите, какими диагностическими средствами для решения определенных задач логопедического обследования детей Вы пользуетесь <b>ОБРАБОТКА ДАННОГО ВОПРОСА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОЙ В СИЛУ БОЛЬШОГО РАЗБРОСА ЗАДАЧ И СРЕДСТВ</b>			
№ п/п	Возраст детей	Задача обследования	Диагностические средства
1	От 0 до 3 лет		
2	От 3 до 7 лет		
3	От 7 до 11 лет		
4	От 12 до 15 лет		
5	От 16 до 18 лет		
3.3. Как давно Вы в последний раз проходили курсы повышения квалификации по работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В текущем году</li> <li>2. От 1 года до 3 лет назад</li> <li>3. От 4 до 5 лет назад</li> <li>4. От 6 до 10 лет назад</li> <li>5. Более 10 лет назад</li> <li>6. Никогда</li> </ol>		
3.4. По какой тематике Вы хотели бы пройти курсы повышения квалификации? (НАПИШИТЕ 1-3 ВАРИАНТА)	_____		

<p>3.5. Какие способы получения дополнительных знаний и умений по профессиональной деятельности для Вас наиболее эффективны (выберите НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Курсы повышения квалификации</li> <li>2. Стажировки</li> <li>3. Тематические семинары</li> <li>4. Мастер-классы</li> <li>5. Тематические лекции</li> <li>6. Встречи с ведущими специалистами</li> <li>7. Чтение специализированных книг</li> <li>8. Чтение специализированных газет и журналов</li> <li>9. Посещение профессиональных Интернет-сайтов</li> <li>10. Обмен полезной информацией с коллегами</li> <li>11. Другое (укажите) _____</li> </ol>
<p>3.6. Ощущаете ли Вы в своей повседневной работе недостаток знаний по каким-либо направлениям? (ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специальная (коррекционная) педагогика</li> <li>2. Специальная психология</li> <li>3. Основы патопсихологии, детской невропатологии, нейрофизиологии</li> <li>4. Дефектология</li> <li>4. Психолингвистика</li> <li>5. Психодиагностика</li> <li>6. Юриспруденция</li> <li>7. Основы документооборота и составления отчетности</li> <li>8. Другое (укажите) _____</li> <li>9. Нехватки знаний не испытываю</li> </ol>
<p>3.7. Соответствует ли помещение (аудитория) для проведения обследования детей возрастным (дети младенческого возраста и пр.) и индивидуальным (малобильные группы населения и пр.) особенностям, утвержденным санитарными и противопожарными нормами и правилами</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, в полной мере</li> <li>2. Соответствует частично</li> <li>3. Нет, не соответствует</li> </ol>
<p>3.8. Укажите, имеются ли в ПМПК специальные дидактические средства, необходимые для обследования различных категорий детей с ОВЗ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Нет</li> </ol>
<p>3.9. Укажите, какие методики, выявляющие особенности состояния всех компонентов и функций речи, Вы считаете наиболее эффективными? (не более 2 для каждой возрастной группы):</p> <p>а) для детей раннего возраста (0-2 года)</p> <p>б) младшего дошкольного возраста (3-5 лет)</p> <p>в) старшего дошкольного возраста (5-7 лет)</p> <p>г) младшего школьного возраста (7-11 лет)</p> <p><u>д) среднего школьного возраста (11-15 лет)</u></p>	<p>а) _____</p> <p>_____</p> <p>б) _____</p> <p>_____</p> <p>в) _____</p> <p>_____</p> <p>г) _____</p> <p>_____</p> <p>д) _____</p> <p>_____</p>

3.10. Укажите необходимое Вашей ПМПК оборудование, позволяющее повысить эффективность деятельности	
3.11. Оцените общий уровень методической оснащённости деятельности логопедов системы ПМПК (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
<b>4. Общая результативность деятельности ПМПК</b>	
4.1. Как часто возникают конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конфликтов с родителями не возникало</li> <li>2. Крайне редко, единичные случаи</li> <li>3. Реже, чем при обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>4. При обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>5. При обследовании каждого четвертого ребенка</li> <li>6. При обследовании каждого третьего ребенка</li> <li>7. При обследовании каждого второго ребенка</li> <li>8. При обследовании каждого ребенка</li> <li>9. Другое (укажите) _____</li> </ol>
4.2. Каковы основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) и членами комиссии? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Несогласие родителей с рекомендациями ПМПК</li> <li>2. Предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов</li> <li>3. Неуважительное отношение родителей к ПМПК</li> <li>4. Неуважительное отношение членов ПМПК к родителям</li> <li>5. Несоблюдение ПМПК сроков по предоставлению заключения ребенку</li> <li>6. Конфликтов с родителями не было</li> <li>7. Другое (укажите) _____</li> </ol>
4.3. Как вы оцениваете эффективность логопедического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – очень плохо, 10 – очень хорошо).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.4. Оцените эффективность работы ПМПК, в которой Вы работаете, в целом, по 10-балльной шкале? (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.5. Как бы Вы оценили степень влияния Вашего мнения на итоговое заключение комиссии? (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – это минимальное влияние, 10 – максимальное влияние).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

4.6. Принимаете ли Вы участие в обсуждении с другими специалистами ПМПК, педагогами образовательных организаций результатов обследования детей, с целью определения их образовательного маршрута?	1. Да 2. Иногда 3. Нет
4.7. Как вы оцениваете консультативную и методическую помощь родителям (законным представителям) по профилактике и коррекции речевых нарушений у детей. Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.8. Укажите какие профессиональные затруднения Вы испытываете?	
4.9. Укажите, какую помощь по преодолению профессиональных затруднений Вы хотели бы получить?	
4.10. Укажите, что бы Вы хотели изменить в своей работе в ПМПК?	
4.11. Укажите, что бы Вы хотели изменить в целом в работе ПМПК?	
4.12. Осуществляете ли Вы консультирование родителей (законных представителей) детей по вопросам создания развивающей среды дома (благоприятной обстановки для воспитания и развития ребенка)?	1. Да 2. Иногда 3. Нет
4.13. Укажите, что Вам больше всего не нравится в Вашей работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	1. Работа в команде 2. Взаимоотношения в коллективе 3. Уровень заработной платы 4. Отсутствие возможности повышать свой профессиональный уровень 5. Отсутствие возможности участия в профессиональных конкурсах 6. Отсутствие накопления и получения новых знаний и навыков из смежных областей 7. Отсутствие взаимодействия со специалистами из различных ведомств (или областей, сфер) 8. Отсутствие реального вклада в оказание помощи родителям и детям 9. Неудовлетворительный учет рекомендаций ПМПК родителями и специалистами 10. Не вижу своего реального вклада в оказание помощи родителям и детям 11. Ничего из перечисленного 12. Другое (укажите)
4.14. Укажите, как давно Вы в последний раз проходили супервизию своей профессиональной деятельности? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Менее года назад 2. Менее 3 лет назад 3. Менее 5 лет назад 4. Менее 10 лет 5. Никогда

<p>4.15. Укажите основные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК</li> <li>2. Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК</li> <li>3. Неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК</li> <li>4. Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования</li> <li>5. Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)</li> <li>6. Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК</li> <li>7. Недостаточное финансирование деятельности ПМПК</li> <li>8. Нехватка специалистов для работы в ПМПК</li> <li>9. Низкий уровень зарплаты специалистов</li> <li>10. Недостаточное материально-техническое оснащение</li> <li>11. Другое (укажите)</li> </ol>
<p>4.16. Укажите, осуществляется ли Вами последующий контроль эффективности выполнения рекомендаций ПМПК?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да;</li> <li>2. Нет</li> </ol>
<p>4.17. Укажите, какие, на Ваш взгляд, изменения необходимо внести в законодательную базу деятельности ПМПК, с целью повышения эффективности работы?</p>	

***Спасибо за работу! Желаем Вам успехов в профессиональной деятельности!***

Ваши пояснения, комментарии, замечания

---



---



---



---



---

**АНКЕТА**

**для проведения мониторинга деятельности психолого-медико-педагогических комиссий**

**Российской Федерации**

***Уважаемый респондент!***

Просим Вас заполнить вопросник, состоящий из 4-х частей, направленных на оценку деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, в разрезе характеристик:

- нормативно-правовой статус;
- механизмы создания, цели, задачи, направления деятельности психолого-медико-педагогических комиссий;
- особенности кадрового, ресурсного, финансового обеспечения;
- периодичность проведения психолого-медико-педагогических комиссий;
- формы учета деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий;
- обеспеченность психолого-медико-педагогических комиссий специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников;
- порядок взаимодействия психолого-медико-педагогических комиссий с родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника.

Ваши ответы важны для оценки качества деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Российской Федерации и последующей ее корректировки для достижения максимальной эффективности. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.

Спасибо!

Вопросник содержит сокращения:

*ПМПК - психолого-медико-педагогические комиссия*

*СПЭ - судебно-психиатрическая экспертиза*

*МСЭ – медико-социальная экспертиза*

*УДОД – учреждения дополнительного образования детей*

*ОУ – образовательное учреждение*

*ОВЗ – ограниченные возможности здоровья*

Укажите, пожалуйста, регион, город \_\_\_\_\_

Укажите организацию, которую Вы представляете \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Возраст

1. До 35 лет
2. От 36 до 45 лет
3. От 46 до 55 лет
4. Старше 56 лет

Пол

1. Мужской
2. Женский

Стаж профессиональной деятельности

1. Менее 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Стаж работы в ПМПК\_

1. Менее 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Образование:

1. Высшее дефектологическое
2. Высшее, но не дефектологическое (укажите, пожалуйста, какое \_\_\_\_\_)
3. Среднее профессиональное

Специальность по диплому: \_\_\_\_\_

Второе высшее (при наличии):

1. Есть (укажите, какое \_\_\_\_\_)
2. Нет

Ученая степень (при наличии):

1. Есть(укажите, какая \_\_\_\_\_)
2. Нет

Область профессиональной специализации \_\_\_\_\_

### Анкета для опроса учителя-дефектолога ПМПК

**Инструкция по заполнению:** в первой графе приведены вопросы, во второй – предполагаются Ваши ответы на них. В конце таблицы (при необходимости), можете дать свои пояснения, комментарии, замечания.

Вопрос	Ответ
<b>1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК</b>	
1.1. Укажите, в какой ПМПК Вы работаете (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	1. Центральная 2. Территориальная 3. Другое (укажите)
1.2. Каким образом оформлена Ваша деятельность в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Штатный сотрудник 2. Совместитель 3. Оформлен трудовой договор 4. Другое (НАПИШИТЕ, как именно)
1.3. Работаете ли Вы еще где-либо, кроме ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да 2. Нет

1.4. Знакомы ли Вы с основными положениями «Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (от 20 сентября 2013 г.)? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да, знаком хорошо 2. Знаком частично 3. Не знаком	
1.5. Существует ли Этический кодекс сотрудников ПМПК?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить	
1.6. Нуждается ли существующая нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность ПМПК, в совершенствовании?	1. Да (укажите в каких аспектах) 2. Нет	
<b>2. Порядок проведения ПМПК</b>		
2.1. Соответствует ли реализуемый перечень направлений деятельности ПМПК существующим потребностям?	1. Да 2. Нет, (НАПИШИТЕ, какие необходимо включить)	
2.2. Оцените, пожалуйста, в процентном соотношении, распределение Вашей нагрузки в ПМПК по отдельным видам деятельности? (РАСПРЕДЕЛИТЕ Вашу нагрузку по видам деятельности так, чтобы в сумме получилось 100%)	Направление деятельности	Про центы
	Изучение представленной документации на ребенка	
	Обследование детей	
	Подготовка по результатам обследования рекомендаций	
	Консультативная помощь родителям (законным представителям) детей	
	Консультативная помощь работникам образовательных организаций	
	Консультативная помощь работникам организаций, осуществляющих социальное обслуживание	
	Консультативная помощь работникам медицинских организаций	
	Оказание содействие МСЭ в разработке ИПР ребенка инвалида	
	Участие в информационно-просветительской работе с населением	
Другое (укажите) _____		
Итого	100%	
2.3. Обозначьте ключевые диагностические задачи специалиста – дефектолога в ПМПК	1. Выявление детей с трудностями обучения 2. Выявление неблагоприятных вариантов развития и определение учебных трудностей ребенка 3. Составление индивидуальных комплексных программ обучения ребенка 4. Проведение индивидуальных и групповых коррекционных занятий 5. Динамическое наблюдение 6. Консультирование педагогов и родителей ребенка 7. все вышеперечисленное	
2.4. Какова периодичность проведения заседаний ПМПК?	1. Не более 5 раз в год 2. От 6 до 10 раз в год 3. 1 раз в месяц 4. От 2 до 3 раз в месяц 5. 1 раз в неделю 6. Два раза в неделю 7. Более 2 раз в неделю 8. Другое (укажите) _____	

2.5. Укажите сроки, в которые оформляется Протокол и заключение комиссии (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. В день проведения комиссии, 2. На следующий день после проведения комиссии 3. Через неделю после заседания Комиссии 4. В течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования 5. Другое (НАПИШИТЕ, что именно)_____
2.6. В случае спорных или сложных ситуаций какие действия предпринимаются комиссией? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	1. Проводится дополнительное обследование детей 2. Дети направляются в Центральную комиссию 3. Другое (укажите)_____

### 3. Ресурсное обеспечение

3.1. Оцените материально-техническое оснащение ПМПК, в которой Вы работаете

Объект материальной базы	Характеристика		
	Обеспечен в полной мере	Не достаточно обеспечен	Не обеспечен вовсе
Мульти-медиа			
Ассистивное оборудование: кресло-коляски; слуховые аппараты; другое оборудование (укажите)			
Автотранспорт (автобус, микроавтобус, легковой автомобиль и т.п) для проведения выездных обследований и (или) методической работы			

3.2. Укажите, какими диагностическими средствами для решения определенных задач дефектологического обследования детей Вы пользуетесь **ОБРАБОТКА ДАННОГО ВОПРОСА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОЙ В СИЛУ БОЛЬШОГО РАЗБРОСА ЗАДАЧ И СРЕДСТВ**

№ п/п	Возраст детей	Задача обследования	Диагностические средства
1	От 0 до 3 лет		
2	От 3 до 7 лет		
3	От 7 до 11 лет		
4	От 12 до 15 лет		
5	От 16 до 18 лет		

3.3. Как давно Вы в последний раз проходили курсы повышения квалификации по работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. В текущем году 2. От 1 года до 3 лет назад 3. От 4 до 5 лет назад 4. От 6 до 10 лет назад 5. Более 10 лет назад 6. Никогда
3.4. По какой тематике Вы хотели бы пройти курсы повышения квалификации? (НАПИШИТЕ 1-3 ВАРИАНТА)	

<p>3.5. Какие способы получения дополнительных знаний и умений по профессиональной деятельности для Вас наиболее эффективны (выберите НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Курсы повышения квалификации</li> <li>2. Стажировки</li> <li>3. Тематические семинары</li> <li>4. Мастер-классы</li> <li>5. Тематические лекции</li> <li>6. Встречи с ведущими специалистами</li> <li>7. Чтение специализированных книг</li> <li>8. Чтение специализированных газет и журналов</li> <li>9. Посещение профессиональных Интернет-сайтов</li> <li>10. Обмен полезной информацией с коллегами</li> <li>11. Другое (укажите)_____</li> </ol>
<p>3.6. Ощущаете ли Вы в своей повседневной работе недостаток знаний по каким-либо направлениям? (ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специальная (коррекционная) педагогика</li> <li>2. Специальная психология</li> <li>3. Основы патопсихологии, детской невропатологии, нейрофизиологии</li> <li>4. Дефектология</li> <li>4. Психолингвистика</li> <li>5. Психодиагностика</li> <li>6. Юриспруденция</li> <li>7. Основы документооборота и составления отчетности</li> <li>8. Другое (укажите)_____</li> <li>9. Нехватки знаний не испытываю</li> </ol>
<p>3.7. Соответствует ли помещение (аудитория) для проведения обследования детей возрастным (дети младенческого возраста и пр.) и индивидуальным (малобильные группы населения и пр.) особенностям, утвержденным санитарными и противопожарными нормами и правилами</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, в полной мере</li> <li>2. Соответствует частично</li> <li>3. Нет, не соответствует</li> </ol>
<p>3.8. Укажите, имеются в ПМПК специальные дидактические средства, необходимые для обследования различных категорий детей с ОВЗ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Нет</li> </ol>
<p>3.9. Укажите необходимое Вашей ПМПК оборудование, позволяющее повысить эффективность деятельности</p>	
<p>3.10. Оцените общий уровень методической оснащенности деятельности дефектологов системы ПМПК (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).</p>	<p>1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p>а. Оцените материально-технические условия (специальное оборудование для проведения диагностических процедур) (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).</p>	<p>1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>

<b>4. Общая результативность деятельности ПМПК</b>	
4.1. Как часто возникают конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конфликтов с родителями не возникало</li> <li>2. Крайне редко, единичные случаи</li> <li>3. Реже, чем при обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>4. При обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>5. При обследовании каждого четвертого ребенка</li> <li>6. При обследовании каждого третьего ребенка</li> <li>7. При обследовании каждого второго ребенка</li> <li>8. При обследовании каждого ребенка</li> <li>9. Другое (укажите)</li> </ol>
4.2. Каковы основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) и членами комиссии? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Несогласие родителей с рекомендациями ПМПК</li> <li>2. Предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов</li> <li>3. Неуважительное отношение родителей к ПМПК</li> <li>4. Неуважительное отношение членов ПМПК к родителям</li> <li>5. Несоблюдение ПМПК сроков по предоставлению заключения ребенку</li> <li>6. Конфликтов с родителями не было</li> <li>7. Другое (укажите)</li> </ol>
4.3. Как вы оцениваете эффективность дефектологического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – очень плохо, 10 – очень хорошо).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.4. Оцените эффективность работы ПМПК, в которой Вы работаете, в целом, по 10-балльной шкале? (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.5. Как бы Вы оценили степень влияния Вашего мнения на итоговое заключение комиссии? (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – это минимальное влияние, 10 – максимальное влияние).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.6. Принимаете ли Вы участие в обсуждении с другими специалистами ПМПК, педагогами образовательных организаций результатов обследования детей, с целью определения их образовательного маршрута?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Иногда</li> <li>3. Нет</li> </ol>
4.7. Как вы оцениваете консультативную и методическую помощь родителям (законным представителям), оказываемую специалистом-дефектологом. Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 – максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

4.8. Укажите какие профессиональные затруднения Вы испытываете?	
4.9. Укажите, какую помощь по преодолению профессиональных затруднений Вы хотели бы получить?	
4.10. Укажите, что бы Вы хотели изменить в своей работе в ПМПК?	
4.11. Укажите, что бы Вы хотели изменить в целом в работе ПМПК?	
4.12. Осуществляете ли Вы консультирование родителей (законными представителями) детей по вопросам создания развивающей среды дома (благоприятной обстановки для воспитания и развития ребенка)?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Иногда</li> <li>3. Нет</li> </ol>
4.13. Укажите, что Вам больше всего не нравится в Вашей работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Работа в команде</li> <li>2. Взаимоотношения в коллективе</li> <li>3. Уровень заработной платы</li> <li>4. Отсутствие возможности повышать свой профессиональный уровень</li> <li>5. Отсутствие возможности участия в профессиональных конкурсах</li> <li>6. Отсутствие накопления и получения новых знаний и навыков из смежных областей</li> <li>7. Отсутствие взаимодействия со специалистами из различных ведомств (или областей, сфер)</li> <li>8. Отсутствие реального вклада в оказание помощи родителям и детям</li> <li>9. Неудовлетворительный учет рекомендаций ПМПК родителями и специалистами</li> <li>10. Не вижу своего реального вклада в оказание помощи родителям и детям</li> <li>11. Ничего из перечисленного</li> <li>12. Другое (НАПИШИТЕ, что именно)</li> </ol>
4.14. Укажите, как давно Вы в последний раз проходили супервизию своей профессиональной деятельности? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Менее года назад</li> <li>2. Менее 3 лет назад</li> <li>3. Менее 5 лет назад</li> <li>4. Менее 10 лет</li> <li>5. Никогда</li> </ol>
4.15. Укажите основные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК</li> <li>2. Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК</li> <li>3. Неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК</li> <li>4. Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования</li> <li>5. Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)</li> <li>6. Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК</li> </ol>

	7. Недостаточное финансирование деятельности ПМПК 8. Нехватка специалистов для работы в ПМПК 9. Низкий уровень зарплаты специалистов 10. Недостаточное материально-техническое оснащение 11. Другое (укажите) _____
4.16. Укажите, осуществляется ли Вами последующий контроль эффективности выполнения рекомендаций ПМПК?	1. Да; 2. Нет
4.17. Укажите, какие, на Ваш взгляд, изменения необходимо внести в законодательную базу деятельности ПМПК, с целью повышения эффективности работы?	

***Спасибо за работу! Желаем Вам успехов в профессиональной деятельности!***  
 Ваши пояснения, комментарии, замечания

---



---



---



---

**АНКЕТА**

**для проведения мониторинга деятельности психолого-медико-педагогических комиссий  
Российской Федерации**

***Уважаемый респондент!***

Просим Вас заполнить вопросник, состоящий из 4-х частей, направленных на оценку деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, в разрезе характеристик:

- нормативно-правовой статус;
- механизмы создания, цели, задачи, направления деятельности психолого-медико-педагогических комиссий;
- особенности кадрового, ресурсного, финансового обеспечения;
- периодичность проведения психолого-медико-педагогических комиссий;
- формы учета деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий;
- обеспеченность психолого-медико-педагогических комиссий специалистами, осуществляющими психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся, воспитанников;
- порядок взаимодействия психолого-медико-педагогических комиссий с родителями (законными представителями) обучающегося, воспитанника.

Ваши ответы важны для оценки качества деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Российской Федерации и последующей ее корректировки для достижения максимальной эффективности. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.

Спасибо!

Вопросник содержит сокращения:

*ПМПК - психолого-медико-педагогические комиссии*

*СПЭ - судебно-психиатрическая экспертиза*

*МСЭ – медико-социальная экспертиза*

*УДОД – учреждения дополнительного образования детей*

*ОУ – образовательное учреждение*

*ОВЗ – ограниченные возможности здоровья*

*ИПР - индивидуальная программа реабилитации*

Укажите, пожалуйста, регион, город \_\_\_\_\_

Укажите организацию, которую Вы представляете \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Возраст

1. До 35 лет
2. От 36 до 45 лет
3. От 46 до 55 лет
4. Старше 56 лет

Пол

1. Мужской
2. Женский

Стаж профессиональной деятельности

1. Меньше 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Стаж работы в ПМПК

1. Меньше 5 лет
2. От 6 до 10 лет
3. Свыше 11 лет

Образование:

1. Высшее психологическое
2. Высшее, но не психологическое (укажите, пожалуйста, какое \_\_\_\_\_)
3. Среднее профессиональное

Специальность по диплому: \_\_\_\_\_

Второе высшее (при наличии)

1. Есть (укажите, какое \_\_\_\_\_)
2. Нет

Ученая степень (при наличии):

1. Есть (укажите, какая \_\_\_\_\_)
2. Нет

Область профессиональной специализации \_\_\_\_\_

### Анкета для опроса педагога-психолога ПМПК

**Инструкция по заполнению:** в первой графе приведены вопросы, во второй – предполагаются Ваши ответы на них. В конце таблицы (при необходимости) можете дать свои пояснения, комментарии, замечания.

Вопрос	Ответ
<b>1. Организационно-правовая структура деятельности ПМПК</b>	
1.1. Укажите, в какой ПМПК Вы работаете (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	1.Центральная 2.Территориальная 3.Другое (укажите)
1.2. Каким образом оформлена Ваша деятельность в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Штатный сотрудник 2. Совместитель 3. Оформлен трудовой договор 4. Другое (НАПИШИТЕ, как именно) _____
1.3. Работаете ли Вы еще где-либо, кроме ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да 2. Нет
1.4. Знакомы ли Вы с основными положениями «Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (от 20 сентября 2013 г.)? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да, знаком хорошо 2. Знаком частично 3. Не знаком
1.5. Существует ли Этический кодекс сотрудников ПМПК?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

1.6. Нуждается ли существующая нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность ПМПК, в совершенствовании?	1. Да (укажите в каких аспектах) 2. Нет	
<b>2. Порядок проведения ПМПК</b>		
2.1. Соответствует ли реализуемый перечень направлений деятельности ПМПК существующим потребностям?	1. Да 2. Нет, (НАПИШИТЕ, какие необходимо включить)	
2.2. Оцените, пожалуйста, в процентном соотношении, распределение Вашей нагрузки в ПМПК по отдельным видам деятельности? (РАСПРЕДЕЛИТЕ Вашу нагрузку по видам деятельности так, чтобы в сумме получилось 100%)	Направление деятельности	Проценты
	Изучение представленной документации на ребенка	
	Обследование детей	
	Подготовка по результатам обследования рекомендаций	
	Консультативная помощь родителям (законным представителям) детей	
	Консультативная помощь работникам образовательных организаций	
	Консультативная помощь работникам организаций, осуществляющих социальное обслуживание	
	Консультативная помощь работникам медицинских организаций	
	Оказание содействие МСЭ в разработке ИПР ребенка инвалида	
	Участие в информационно-просветительской работе с населением	
	Другое (укажите) _____	
Итого	100%	
2.3. Обозначьте ключевые диагностические задачи специалиста–психолога в ПМПК	1) выявление особенностей психического состояния ребенка и его потенциальных возможностей в плане получения адекватного образования; 2) определение условий образования и воспитания, необходимых детям с особыми образовательными потребностями, адекватных выявленным индивидуальным особенностям, определение индивидуального образовательного маршрута; 3) психологическое консультирование родителей (законных представителей), педагогических, медицинских, социальных работников, работников иных учреждений и ведомств (при необходимости), представляющих интересы ребенка в семье, образовательном учреждении, в социуме в целом; 4) при необходимости — отслеживание динамики обучения и уровня социальной адаптации в процессе интеграции ребенка в образовательном учреждении (совместно со специалистами психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения, в котором находится данный ребенок);	

	5) участие в просветительской деятельности, направленной на повышение психолого-педагогической и медико-социальной культуры населения и профессионалов (в первую очередь специалистов школьных психолого-медико-педагогических консилиумов). 6) Все вышеперечисленное		
2.4. Какова периодичность проведения заседаний ПМПК?	1. Не более 5 раз в год 2. От 6 до 10 раз в год 3. 1 раз в месяц 4. От 2 до 3 раз в месяц 5. 1 раз в неделю 6. Два раза в неделю 7. Более 2 раз в неделю 8. Другое (укажите)		
2.5. Укажите сроки, в которые оформляется Протокол и заключение комиссии (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. В день проведения комиссии, 2. На следующий день после проведения комиссии 3. Через неделю после заседания Комиссии 4. В течение 5 рабочих дней со дня проведения обследования 5. Другое (укажите) _____		
2.6. В случае спорных или сложных ситуаций какие действия предпринимаются комиссией? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)	1. Проводится дополнительное обследование детей 2. Дети направляются в Центральную комиссию 3. Другое (укажите)		
<b>3. Ресурсное обеспечение</b>			
3.1. Оцените материально-техническое оснащение ПМПК, в которой Вы работаете			
Объект материальной базы	Характеристика		
	Обеспечен в полной мере	Не достаточно обеспечен	Не обеспечен вовсе
Мульти-медиа			
Ассистивное оборудование: кресло-коляски; слуховые аппараты; другое оборудование (укажите)			
Автотранспорт (автобус, микроавтобус, легковой автомобиль и т.п) для проведения выездных обследований и (или) методической работы			
3.2. Укажите три основные психодиагностические методики, используемые Вами в профессиональной деятельности для диагностики детей			
3.3. Как давно Вы в последний раз проходили курсы повышения квалификации по работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. В текущем году 2. От 1 года до 3 лет назад 3. От 4 до 5 лет назад 4. От 6 до 10 лет назад 5. Более 10 лет назад 6. Никогда		
3.4. По какой тематике Вы хотели бы пройти курсы повышения квалификации? (НАПИШИТЕ 1-3 ВАРИАНТА)_			

<p>3.5. Какие способы получения дополнительных знаний и умений по профессиональной деятельности для Вас наиболее эффективны (выберите НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Курсы повышения квалификации</li> <li>2. Стажировки</li> <li>3. Тематические семинары</li> <li>4. Мастер-классы</li> <li>5. Тематические лекции</li> <li>6. Встречи с ведущими специалистами</li> <li>7. Чтение специализированных книг</li> <li>8. Чтение специализированных газет и журналов</li> <li>9. Посещение профессиональных Интернет-сайтов</li> <li>10. Обмен полезной информацией с коллегами</li> <li>11. Другое (укажите) _____</li> </ol>
<p>3.6. Ощущаете ли Вы в своей повседневной работе недостаток знаний по каким-либо направлениям? (ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специальная (коррекционная) педагогика</li> <li>2. Специальная психология</li> <li>3. Основы патопсихологии, детской невропатологии, нейрофизиологии</li> <li>4. Психолингвистика</li> <li>5. Психодиагностика</li> <li>6. Юриспруденция</li> <li>7. Основы документооборота и составления отчетности</li> <li>8. Другое (укажите) _____</li> <li>9. Нехватки знаний не испытываю</li> </ol>
<p>3.7. Соответствует ли помещение (аудитория) для проведения обследования детей возрастным (дети младенческого возраста и пр.) и индивидуальным (малобильные группы населения и пр.) особенностям, утвержденным санитарными и противопожарными нормами и правилами</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, в полной мере</li> <li>2. Соответствует частично</li> <li>3. Нет, не соответствует</li> </ol>
<p>3.8. Укажите, имеются ли в ПМПК специальные дидактические средства, необходимые для обследования различных категорий детей с ОВЗ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Нет</li> </ol>
<p>3.9. Укажите какие методики, характеризующие развитие познавательной деятельности ребенка и его личности вы используете в своей практике? (не более 2 для каждой возрастной группы):  а) младшего дошкольного возраста (3-5 лет)  б) старшего дошкольного возраста (5-7 лет)  в) младшего школьного возраста (7-11 лет)  г) среднего школьного возраста (11-16 лет)  д) старшего школьного возраста (16-18 лет)</p>	<p>а) _____  _____</p> <p>б) _____  _____</p> <p>в) _____  _____</p> <p>г) _____  _____</p> <p>д) _____  _____</p>
<p>3.10. Укажите необходимое Вашей ПМПК оборудование, позволяющее повысить эффективность деятельности</p>	
<p>3.11. Оцените общий уровень методической оснащенности деятельности педагогов-психологов Вашей ПМПК (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).</p>	<p>1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>

3.12. Оцените материально-технические условия (специальное оборудование для проведения диагностических процедур) (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
<b>4. Общая результативность деятельности ПМПК</b>	
4.1. Как часто возникают конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) детей и членами комиссии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конфликтов с родителями не возникало</li> <li>2. Крайне редко, единичные случаи</li> <li>3. Реже, чем при обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>4. При обследовании каждого пятого ребенка</li> <li>5. При обследовании каждого четвертого ребенка</li> <li>6. При обследовании каждого третьего ребенка</li> <li>7. При обследовании каждого второго ребенка</li> <li>8. При обследовании каждого ребенка</li> <li>9. Другое (укажите)</li> </ol>
4.2. Каковы основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) и членами комиссии? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Несогласие родителей с рекомендациями ПМПК</li> <li>2. Предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов</li> <li>3. Неуважительное отношение родителей к ПМПК</li> <li>4. Неуважительное отношение членов ПМПК к родителям</li> <li>5. Несоблюдение ПМПК сроков по предоставлению заключения ребенку</li> <li>6. Конфликтов с родителями не было</li> <li>7. Другое (укажите)</li> </ol>
4.3. Как вы оцениваете эффективность психолого-педагогического обследования и сопровождения детей в процессе деятельности ПМПК (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – очень плохо, 10 – очень хорошо).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.4. Оцените эффективность работы ПМПК, в которой Вы работаете, в целом, по 10-балльной шкале? (Оценку необходимо осуществлять по 10-балльной по шкале от 1 до 10 (10 –максимальная оценка).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
4.5. Как бы Вы оценили степень влияния Вашего мнения на итоговое заключение комиссии? (Отметьте, пожалуйста, одну соответствующую цифру на 10-балльной шкале, где 1 – это минимальное влияние, 10 – максимальное влияние).	1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
а. Принимаете ли Вы участие в обсуждении с другими специалистами ПМПК, педагогами образовательных организаций результатов обследования детей, с целью определения их образовательного маршрута?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Иногда</li> <li>3. Нет</li> </ol>

4.7. Укажите, является ли зоной Вашей ответственности комфортное психологическое взаимодействие между ребенком, родителем и членами комиссии во время заседания? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Да 2. Нет 3. Другое (укажите)
4.8. Укажите, какие профессиональные затруднения, Вы испытываете?	
4.9. Укажите, какую помощь по преодолению профессиональных затруднений Вы хотели бы получить?	
4.10. Укажите, что бы Вы хотели изменить в своей работе в ПМПК?	
4.11. Укажите, что бы Вы хотели изменить в целом в работе ПМПК?	
4.12. Осуществляете ли Вы консультирование родителей (законных представителей) детей по вопросам создания развивающей среды дома (благоприятной обстановки для воспитания и развития ребенка)?	1. Да 2. Иногда 3. Нет
4.13. Укажите, что Вам больше всего не нравится в Вашей работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	1. Работа в команде 2. Взаимоотношения в коллективе 3. Уровень заработной платы 4. Отсутствие возможности повышать свой профессиональный уровень 5. Отсутствие возможности участия в профессиональных конкурсах 6. Отсутствие накопления и получения новых знаний и навыков из смежных областей 7. Отсутствие взаимодействия со специалистами из различных ведомств (или областей, сфер) 8. Отсутствие реального вклада в оказание помощи родителям и детям 9. Неудовлетворительный учет рекомендаций ПМПК родителями и специалистами 10. Не вижу своего реального вклада в оказание помощи родителям и детям 11. Ничего из перечисленного 12. Другое (укажите)
4.14. Укажите, как давно Вы в последний раз проходили супервизию своей профессиональной деятельности? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)	1. Менее года назад 2. Менее 3 лет назад 3. Менее 5 лет назад 4. Менее 10 лет 5. Никогда
4.15. Укажите основные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)	1. Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК 2. Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК 3. Неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК 4. Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования

	<p>5. Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)</p> <p>6. Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК</p> <p>7. Недостаточное финансирование деятельности ПМПК</p> <p>8. Нехватка специалистов для работы в ПМПК</p> <p>9. Низкий уровень зарплаты специалистов</p> <p>10. Недостаточное материально-техническое оснащение</p> <p>11. Другое (укажите)</p>
4.16. Укажите, осуществляется ли Вами последующий контроль эффективности выполнения рекомендаций ПМПК?	<p>1. Да;</p> <p>2. Нет</p>
4.17. Укажите, в чем заключается деятельность ПМПК по профилактике эмоционального «выгорания» и «усталости» ее членов? <b>ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)</b>	<p>1. Проводятся индивидуальные консультации с психологом</p> <p>2. Проводятся групповые тренинги</p> <p>3. Организуется совместный досуг</p> <p>4. Предоставляется дополнительный отпуск</p> <p>5. Деятельность по профилактике эмоциональной «усталости» не ведется</p> <p>6. Другое (укажите)</p>
4.18. Укажите, какие, на Ваш взгляд, изменения необходимо внести в законодательную базу деятельности ПМПК, с целью повышения эффективности работы?	

***Спасибо за работу! Желаем Вам успехов в профессиональной деятельности!***

Ваши пояснения, комментарии, замечания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Анкета по мониторингу деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) для руководителей департаментов образования субъектов**

**В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится исследование различных аспектов деятельности центральных и территориальных ПМПК. В ходе исследования стоит задача выявить и оценить наиболее значимые результаты деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.**

**Внимание!**

При работе с документом, пожалуйста, внимательно читайте вопросы, а затем возможные варианты ответов. В каждом вопросе, если не указано иное, выделите любым способом (галочкой, крестиком и т.п.) варианты ответов, характеризующих деятельность вашей ПМПК, из предложенных или впишите свой ответ в графе «другое».

Пожалуйста, обращайте внимание на пояснения к вопросам, выделенные БОЛЬШИМИ БУКВАМИ (число допустимых ответов и т.п.).

При желании Вы можете оставить свои комментарии по любому из предложенных Вам вопросов в конце документа, указав номер вопроса.

Москва  
2018

**I. Нормативно-правовой статус**

**1. Укажите регион Вашего ПМПК** \_\_\_\_\_

**2. Укажите количество детей в Вашем субъекте** \_\_\_\_\_

**3. Укажите количество ПМПК в Вашем субъекте**

1. Территориальных \_\_\_\_\_
2. Централных \_\_\_\_\_

**4. С какими государственными учреждениями взаимодействует ПМПК и с какими заключены официальные договоры? (ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ ПО КАЖДОМУ СТОЛБЦУ)**

	<b>ПМПК взаимодействует</b>	<b>Заключены официальные договоры</b>
Система образования		
Система здравоохранения		
Система социальной защиты		
Другие ведомства		

**5. Каковы источники финансирования ПМПК в субъекте? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Собственные бюджетные средства учредителя (учредителей)
2. Бюджетные средства других ведомств и органов
3. Внебюджетные средства других ведомств и органов
4. Средства спонсоров, добровольные пожертвования физических и юридических лиц
5. Другие (НАПИШИТЕ, какие именно источники)

**6. Каких специалистов не хватает в ПМПК субъекта? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Педагог-психолог
2. Олигофренопедагог
3. Тифлопедагог
4. Сурдопедагог
5. Дефектолог другой специализации (укажите, какой именно \_\_\_\_\_)
6. Учитель-логопед
7. Педиатр
8. Невролог
9. Офтальмолог
10. Оториноларинголог
11. Ортопед
12. Психиатр детский
13. Социальный педагог
14. Другие специалисты (НАПИШИТЕ, кто именно) \_\_\_\_\_

**7. Участвуют ли члены ПМПК в заседаниях МСЭ?**

1. Да, все
2. Да, некоторые представители
3. Нет, это не предусмотрено

**8. Укажите численность детей, которые направлялись на ПМПК различными органами исполнительной власти и учреждениями различных ведомств (за период с 1 октября 2013 г. по настоящее время)? (НАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК)**

		Возраст 1-7 лет	Возраст 8-11 лет	Возраст 12-15 лет	Возраст 16-18 лет
1.	Детская поликлиника				
2.	Образовательные организации (школа, детский сад и т.д.)				
3.	Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав				
4.	Органы социальной защиты				
5.	Другое (НАПИШИТЕ, что именно) _____				

**9. На основании каких документов дети направляются на обследование в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Письменное согласие от родителей (законных представителей)
2. Направление от образовательных организаций (прикрепите примеры типовых документов)
3. Направление от организаций, осуществляющих социальное обслуживание (прикрепите примеры типовых документов)
4. Направление от медицинских организаций (прикрепите примеры типовых документов)
5. Письменное заявление от детей, достигших возраста 15 лет
6. Направление от комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (прикрепите примеры типовых документов)
7. Другое (НАПИШИТЕ, что именно и прикрепите примеры типовых документов) \_\_\_\_\_

10. Укажите количество жалоб, поступивших в Ваше ведение от родителей за последний год\_\_\_\_\_

11. Назовите количество удовлетворенных жалоб родителей за последний год\_\_\_\_\_

12. **Каковы главные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК
2. Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК
3. Неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК
4. Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования
5. Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
6. Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК
7. Недостаточное финансирование деятельности ПМПК
8. Нехватка специалистов для работы в ПМПК
9. Маленькая зарплата специалистов
10. Недостаточное материально-техническое оснащение
11. Другое (НАПИШИТЕ, что именно)\_\_\_\_\_

13. **Что необходимо изменить в работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ЧЕТЫРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК
2. Повысить авторитет ПМПК в обществе, сформировать позитивный образ
3. Подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ
4. Обеспечить поддержку со стороны органов управления образования
5. Законодательно оформить четкое разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
6. Ввести единый стандарт требований в организации документооборота ПМПК
7. Повысить финансирование деятельности ПМПК
8. Трудоустраивать высокопрофессиональных специалистов в ПМПК
9. Повысить зарплату специалистов ПМПК
10. Улучшить материально-техническое оснащение
11. Другое (НАПИШИТЕ, что именно)\_\_\_\_\_

14. **На Ваш взгляд, ПМПК в том виде, что есть сейчас является эффективным механизмом внедрения инклюзивного образования в России?**

1. Да (переход к вопросу 16)
2. Скорее да, чем нет (переход к вопросу 16)
3. Скорее нет, чем да
4. Нет

15. **Укажите, пожалуйста, почему Вы так считаете**

---

---

---

16. **Напишите, пожалуйста, идеи и предложения, которые считаете нужным высказать в контексте обсуждения ПМПК как механизма повышения эффективности инклюзивного образования**

---

---

---

---

---

**Анкета по мониторингу деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) для председателей ПМПК**

**В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится исследование различных аспектов деятельности центральных и территориальных ПМПК. В ходе исследования стоит задача выявить и оценить наиболее значимые результаты деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий. Просим Вас со вниманием отнестись к данному документу и ответить по возможности полно на все вопросы.**

**Внимание!**

При работе с документом, пожалуйста, внимательно читайте вопросы, а затем возможные варианты ответов. В каждом вопросе, если не указано иное, выделите любым способом (галочкой, крестиком и т.п.) варианты ответов, характеризующих деятельность вашей ПМПК, из предложенных или впишите свой ответ в графе «другое».

Пожалуйста, обращайтесь внимание на пояснения к вопросам, выделенные **БОЛЬШИМИ БУКВАМИ** (число допустимых ответов и т.п.).

При желании Вы можете оставить свои комментарии по любому из предложенных Вам вопросов в конце документа, указав номер вопроса.

Москва  
2018

**I. Нормативно-правовой статус**

**1. Укажите регион Вашего ПМПК** \_\_\_\_\_

**2. ПМПК является: (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Территориальным
2. Центральным

**3. Организационно-правовая форма ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Самостоятельное юридическое лицо
2. Структурное подразделение (укажите чего именно \_\_\_\_\_)
3. Организация при органе исполнительной власти в сфере образования
4. Организация при органе исполнительной власти в сфере здравоохранения
5. Организация при органе исполнительной власти в сфере социальной защиты
6. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**4. Учредителем ПМПК является: (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Орган исполнительной власти в сфере образования (Департамент, Комитет по образованию и т.д.)
2. Орган исполнительной власти в сфере здравоохранения
3. Орган исполнительной власти в сфере социальной защиты
4. Орган местного самоуправления
5. Несколько органов исполнительной власти (совместное учредительство)  
(НАПИШИТЕ, какие именно) \_\_\_\_\_
6. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**5. Какие направления деятельности реализуются в рамках вашей ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

а) проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

г) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

д) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

е) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

ж) Центральная комиссия, кроме установленных пунктом 10 настоящего положения основных направлений деятельности, осуществляет:

з) координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий;

и) проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии, а также в случае обжалования родителями (законными представителями) детей заключения территориальной комиссии.

г) Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**6. Какие из нижеперечисленных действий реализуются в деятельности ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Запрос необходимых документов у органов исполнительной власти

2. Запрос необходимых документов у правоохранительных органов

3. Запрос необходимых документов у обычных граждан

4. Мониторинг учета рекомендаций ПМПК в образовательных организациях

5. Мониторинг учета рекомендаций ПМПК в семье детей

6. Внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в органы местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования

7. Внесение предложений по вопросам совершенствования работы комиссии в органы государственной власти субъектов РФ, осуществляющих управление в сфере образования

8. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**7. В каких помещениях проводятся заседания ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. В специально выделенном помещении для ПМПК

2. В образовательной организации

3. В здании органов социальной защиты

4. В медицинском учреждении

5. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**8.Оцените, пожалуйста, материально-техническую оснащенность ПМПК по приведенным в таблице параметрам:**

Оценка	Помещение	Методическая оснащенность (специальные пособия, материалы, издания по методике работы)	Оборудование	Компьютерная и оргтехника	Автотранспорт
Все отлично					
Есть претензии					
Крайне неудовлетворительно					

**9. Кто обеспечивает ПМПК необходимым (см. вопрос 10)**

1. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования
2. органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования
3. другое

**10. Как часто проводятся заседания ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА).**

1. не более 5 раз в год
2. от 6 до 10 раз в год
3. 1 раз в месяц
4. От 2 до 3 раз в месяц
5. 1 раз в неделю
6. Два раза в неделю
7. Более 2 раз в неделю
8. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**11. Ваш ПМПК проводит:**

1. В основном только плановые заседания
2. Плановые и внеплановые заседания наравне
3. Внеплановых заседаний гораздо больше, чем плановых

**12. Какие специалисты входят в состав комиссии? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Педагог-психолог
2. Олигофренопедагог
3. Тифлопедагог
4. Сурдопедагог
5. Дефектолог другой специализации (укажите, какой именно \_\_\_\_\_)
6. Учитель-логопед
7. Педиатр
8. Невролог
9. Офтальмолог
10. Оториноларинголог
11. Ортопед
12. Психиатр детский
13. Социальный педагог
14. Другие специалисты (НАПИШИТЕ, кто именно) \_\_\_\_\_

**13. Каких специалистов не хватает в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Педагог-психолог
2. Олигофренопедагог
3. Тифлопедагог
4. Сурдопедагог
5. Дефектолог другой специализации (укажите, какой именно \_\_\_\_\_)
6. Учитель-логопед
7. Педиатр
8. Невролог
9. Офтальмолог
- 10.Оториноларинголог
- 11.Ортопед
- 12.Психиатр детский
- 13.Социальный педагог
- 14.Другие специалисты (НАПИШИТЕ, кто именно)\_\_\_\_\_

**14. Кто из специалистов Вашего ПМПК участвует в заседаниях МСЭ? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Педагог-психолог
2. Учитель-дефектолог (подчеркните, какие именно: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог, другой \_\_\_\_\_)
3. Учитель-логопед
4. Педиатр
5. Невролог
6. Офтальмолог
7. Оториноларинголог
8. Ортопед
9. Психиатр детский
- 10.Социальный педагог
- 11.Никто не участвует
- 12.Затрудняюсь ответить
- 13.Другие специалисты (укажите, кто именно)\_\_\_\_\_

**15. Каковы основные причины обращения родителей (законных представителей) различных групп детей в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ДВУХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА В КАЖДОМ СТОЛБЦЕ)**

		Дети с ОВЗ	Дети с девиантным поведением	Дети-сироты
1.	Своевременное выявление особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении детей	1	1	1
2.	Получение рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в обучении и воспитании детей	2	2	2
3.	Подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций	3	3	3
4.	Получение консультативной помощи родителями (законными представителями) детей	4	4	4
5.	Получение рекомендаций для поступления в дошкольные и школьные организации	5	5	5
6.	Другое (НАПИШИТЕ, что именно)	6	6	6

**16. Через какой период времени с момента подачи документов осуществляется информирование родителей о дате, времени, месте и порядке проведения обследования? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

8. В этот же день
9. На следующий день
10. В 5-дневных срок
11. В течение календарной недели
12. В течение календарного месяца
13. Нет определенного временного ограничения
14. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**17. Какие возможности предоставлены родителям (законным представителям) при обследовании детей на комиссии? (ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТА)**

1. Присутствовать при обследовании детей в комиссии
2. Присутствовать при обсуждении результатов и вынесении заключения
3. Высказывать свое мнение относительно рекомендаций
4. Получать консультации специалистов комиссии по вопросам обследования детей и оказания им психолого-медико-педагогической помощи
5. Получать информацию от специалистов о своих правах и правах ребенка
6. В случае несогласия с заключением территориальной комиссии обжаловать его в центральную комиссию
7. Приводить на заседания поддержку в виде юристов
8. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**18. Предоставлялась ли информация о результатах обследования или иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей)? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Да, по запросу вышестоящих органов
2. Да, по запросу органов, в которых ребенок содержится/состоит на учете/ получает образование
3. Да, по запросу судебных органов
4. Да, по запросу частных лиц
5. Нет
6. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**19. Оформляется ли письменное согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. Да
2. Нет
3. Персональные данные не обрабатываются

**20. Как часто возникают конфликтные ситуации между родителями (законными представителями) и членами комиссии в процессе заседания? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

1. При обследовании каждого ребенка
2. При обследовании каждого второго ребенка
3. При обследовании каждого третьего ребенка
4. При обследовании каждого четвертого ребенка
5. При обследовании каждого пятого ребенка
6. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**21. Каковы основные причины конфликтов, возникающих между родителями (законными представителями) и членами комиссии? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Несогласие с рекомендациями ПМПК
2. Предоставление родителями неполного или некорректного комплекта документов
3. Неуважительное отношение родителей к ПМПК
4. Неуважительное отношение членов ПМПК к родителям
5. Несоблюдение ПМПК сроков по предоставлению заключения ребенку
6. Конфликтов с родителями не было
7. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

22. Укажите количество жалоб, поступивших от родителей за последний год \_\_\_\_\_

23. Назовите количество удовлетворенных жалоб родителей за последний год \_\_\_\_\_

**24. Как бы вы оценили удовлетворенность большинства родителей (законных представителей) различных типов детей результатами работы ПМПК в целом? (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)**

	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены, чем не удовлетворены	Скорее не удовлетворены, чем удовлетворены	Полностью не удовлетворены	Затрудняюсь ответить
1. Родители (законные представители) детей с ОВЗ	1	2	3	4	5
2. Родители (законные представители) детей-девиантов	1	2	3	4	5
3. Законные представители детей-сирот	1	2	3	4	5

**25. Каковы главные трудности в деятельности ПМПК (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Неудовлетворительное состояние законодательной базы, регулирующей деятельность ПМПК
2. Неготовность родителей принять рекомендации ПМПК
3. Неготовность школ к принятию на обучение ребенка с ОВЗ, имеющего рекомендации ПМПК
4. Отсутствие поддержки со стороны органов управления образования
5. Неясное разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
6. Отсутствие единых требований к организации документооборота ПМПК
7. Недостаточное финансирование деятельности ПМПК
8. Нехватка специалистов для работы в ПМПК
9. Маленькая зарплата специалистов
10. Недостаточное материально-техническое оснащение
11. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**26. Что необходимо изменить в работе в ПМПК? (ВЫБЕРИТЕ НЕ БОЛЕЕ ЧЕТЫРЕХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА)**

1. Сформировать адекватную законодательную базу, регулирующую деятельность ПМПК
2. Повысить авторитет ПМПК в обществе, сформировать позитивный образ
3. Подготовить школы к принятию на обучение ребенка с ОВЗ
4. Обеспечить поддержку со стороны органов управления образования
5. Законодательно оформить четкое разделение полномочий между ПМПК, БМСЭ и судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)
6. Ввести единый стандарт требований в организации документооборота ПМПК
7. Повысить финансирование деятельности ПМПК
8. Трудоустраивать высокопрофессиональных специалистов в ПМПК
9. Повысить зарплату специалистов ПМПК
10. Улучшить материально-техническое оснащение
11. Другое (НАПИШИТЕ, что именно) \_\_\_\_\_

**27. Напишите, пожалуйста, идеи и предложения, которые считаете нужным высказать в контексте обсуждения ПМПК как механизма повышения эффективности инклюзивного образования**

---

---

---

---

---

---

---

## Приложение 7

### Суммы средств, затраченных на обеспечение работы ЦПМПК субъектами РФ\*

Субъект РФ	Сумма средств 2017	Сумма средств 2018	Прирост/ Убыль в %
Республика Адыгея	127508	130000	1,95
Республика Башкортостан	69329622	64078926	-7,57
Республика Бурятия	4771,3	4886,3	2,41
Республика Алтай	5488	8305	51,33
Республика Дагестан	0	0	-
Республика Ингушетия	0	0	-
Кабардино-Балкарская Республика	805646	787344	-2,27
Республика Калмыкия	1109000	1409000	27,05
Карачаево-Черкесская Республика	1120,8	1150	2,61
Республика Карелия	1314,6	2209,2	68,05
Республика Коми	8000	6500	-18,75
Республика Марий Эл	2653000	3343000	26,01
Республика Мордовия	472500	582500	23,28
Республика Саха (Якутия)	4013536	5668982	41,25
Республика Северная Осетия-Алания	3233	4377	35,39
Республика Татарстан	3916,8	4122,3	5,25
Республика Тыва	7810	8498,6	8,82
Удмуртская Республика	1580000	1817000	15,00
Республика Хакасия	685900	685900	0,00
Чувашская Республика	1805933,9	1959184,52	8,49
Алтайский край	1456,63	1564,42	7,40
Краснодарский край	2	3	50,00
Красноярский край	3391	3391	0,00
Ставропольский край	19283	8853,236	-54,09
Хабаровский край	13817650	16250510	17,61
Амурская область	2445000	2445000	0,00
Архангельская область	3354	2861	-14,70
Астраханская область	2735700	4577700	67,33
Белгородская область	1618673,6	2011426,8	24,26
Брянская область	2183607	2304551	5,54
Владимирская область	864	864	0,00
Волгоградская область	1692,6	1692,6	0,00
Вологодская область	3291	3121,2	-5,16
Воронежская область	3045000	3045000	0,00
Ивановская область	3960,2	5396	36,26
Иркутская область	3589,7	4050	12,82
Калининградская область	6196	6196	0,00
Камчатский край	11388,808	11700	2,73
Кемеровская область	4877,3	5000	2,52
Кировская область	6566357	6854328	4,39
Костромская область	1420000	1380000	-2,82
Курганская область	5745365	6665208	16,01
Курская область	2770300	2770300	0,00
Ленинградская область	7883700	9060000	14,92
Липецкая область	5401	3459,8	-35,94

Субъект РФ	Сумма средств 2017	Сумма средств 2018	Прирост/ Убыль в %
Магаданская область	3320	3049	-8,16
Московская область	11916120	16531235,62	38,73
Мурманская область	7431,664	8875,571	19,43
Нижегородская область	4575499,06	4738276,24	3,56
Новгородская область	5367200	5741300	6,97
Новосибирская область	3676,8	3676,8	0,00
Омская область	2000000	2500000	25,00
Оренбургская область	1714200	1858800	8,44
Орловская область	3455,7	1758	-49,13
Пензенская область	2496,1	2700	8,17
Пермский край	13998035	14122100	0,89
Псковская область	3861900	3625900	-6,11
Ростовская область	3130	3225	3,04
Рязанская область	10659,42	10659,42	0,00
Самарская область	6008,543	6153,765	2,42
Саратовская область	11506,06	12325,16	7,12
Сахалинская область	1103000	864000	-21,67
Свердловская область	11885	9138,4	-23,11
Смоленская область	76983738,2	77526776,9	0,71
Тамбовская область	3760,9	3901,3	3,73
Тверская область	5165217,32	5213609,08	0,94
Томская область	1028	1028	0,00
Тульская область	3560000	5100000	43,26
Тюменская область	2000000	2000000	0,00
Ульяновская область	2105580	2105580	0,00
Челябинская область	22557,3	22557,3	0,00
Забайкальский край	5749406,5	6435459,41	11,93
Ярославская область	12753,09	12753,019	0,00
Москва	125974620,9	150000000	19,07
Санкт-Петербург	39766,1	42528,2	6,95
ЕАО	2820000	2820000	0,00
Ненецкий АО	6488000	7500000	15,60
Республика Крым	4972,8	4972,8	0,00
Чукотский АО	0	0	-
Ямало-Ненецкий АО	0	0	-

\*«0» в таблице означает отсутствие информации от региона