

Анализ общих тенденций в организации работы ПМПК и рекомендации по совершенствованию их деятельности

Основопологающим законодательным актом, регулирующим процесс образования детей с ОВЗ, является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», регламентирующий право детей с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью на получение качественного и доступного образования в специальных условиях, создаваемых федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления в целях коррекции нарушений развития и социальной адаптации обучающихся с ОВЗ.

Частью 16 статьи 2 Закона впервые в российской законодательной практике закреплено понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья», которым определяется физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий. Определение образовательной программы, форм обучения, направлений коррекционной работы специалистов образовательной организации, особенности организации образовательной среды определяются рекомендациями ПМПК исходя из образовательных потребностей, особенностей развития и возможностей ребенка, при непосредственном участии его родителей (законных представителей), в соответствии с приказом Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии». Настоящие рекомендации подготовлены сотрудниками Московского государственного психолого-педагогического университета в рамках исполнения ГК № 07.Р24.11.0028 от 8 июля 2016 года «Обучение по программам повышения квалификации специалистов психолого-медико-педагогических комиссий по вопросам использования в работе новых классификаций и критериев для формирования заключений психолого-медико-педагогических комиссий в 2016 г.». В них представлены результаты анализа деятельности центральных и территориальных психолого-педагогических комиссий 16 субъектов Российской Федерации (Ярославская область, Краснодарский край, Калининградская область, Московская область, Костромская область, Ростовская область, Ханты-Мансийский АО, Красноярский край, Республика Башкортостан, Новосибирская область, Ленинградская область, Забайкальский край, Тверская область, Тульская область, Свердловская область, Пензенская область), позволившие выявить общие тенденции в

организации работы ПМПК и сформулировать рекомендации по совершенствованию их деятельности.

1. Рекомендации по нормативному обеспечению процессов создания и деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

1.1. Нормативное обеспечение деятельности территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

Анализ нормативного обеспечения деятельности **территориальных ПМПК** показал, что учредителем 81,8% ТПМПК является орган исполнительной власти в сфере образования, и только у 13,6% ТПМПК – орган местного самоуправления. Таким образом, именно системе образования в настоящий момент отводится ключевая роль в развитии деятельности ТПМПК (рис.4).

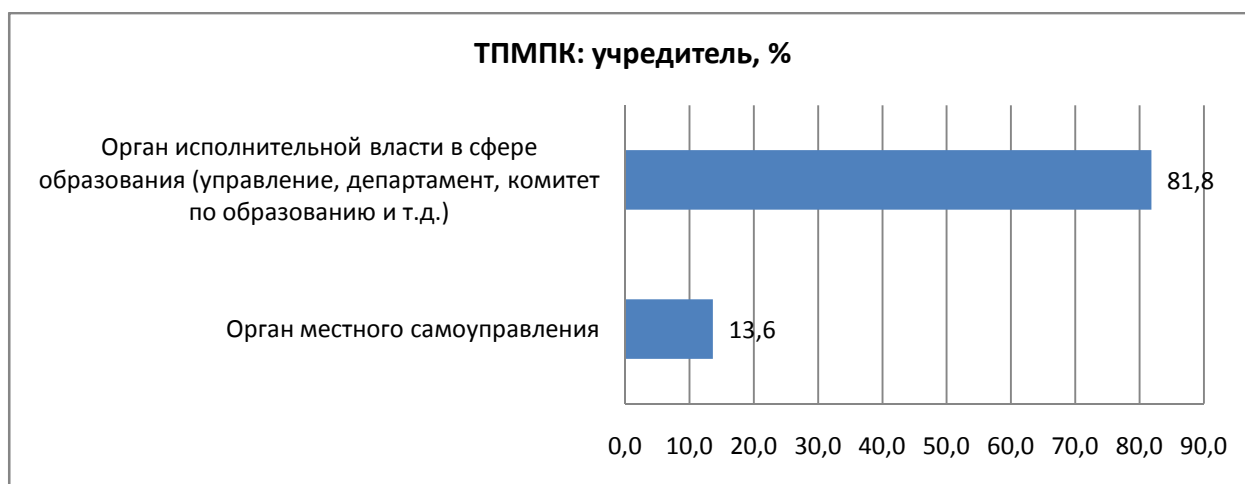


Рисунок 4 – Ключевая роль в развитии деятельности ТПМПК

При этом 54,5% ТПМПК являются структурными подразделениями различных образовательных организаций (ППМС-центров, образовательных комплексов), 34,1% - организациями при органе исполнительной власти в сфере образования (Учредителе), и только 2,3% ТПМПК функционируют в качестве самостоятельного юридического лица (рис.5).

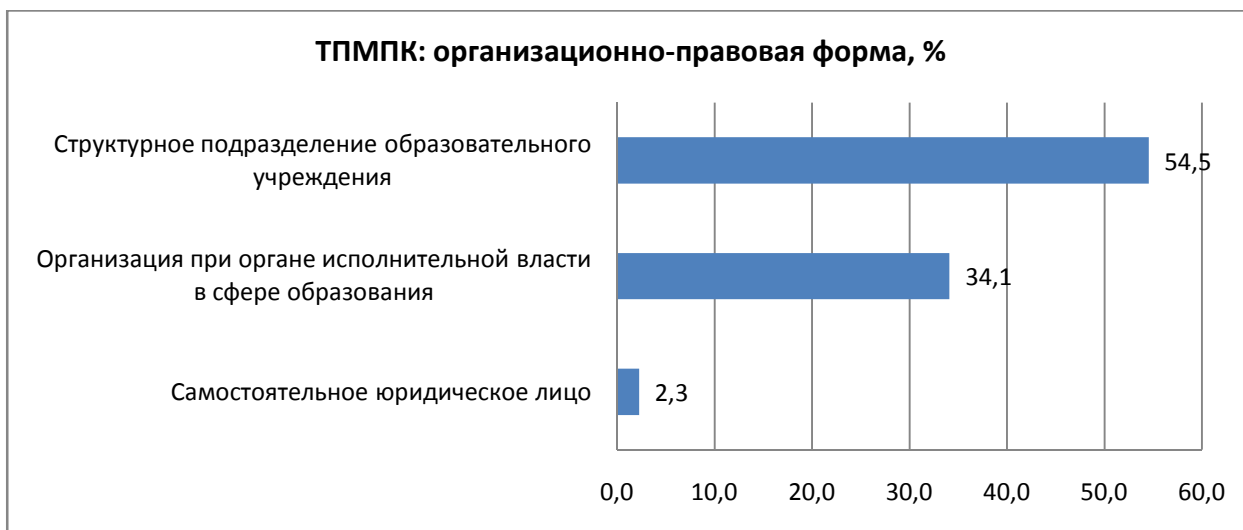


Рисунок 5 – Организационно-правовая форма

Поскольку ТПМПК в основном являются структурными подразделениями образовательных организаций, либо организациями при Учредителе, они имеют только один источник финансирования и существуют в основном (70,5%) на бюджетные средства учредителя (рис. 6).

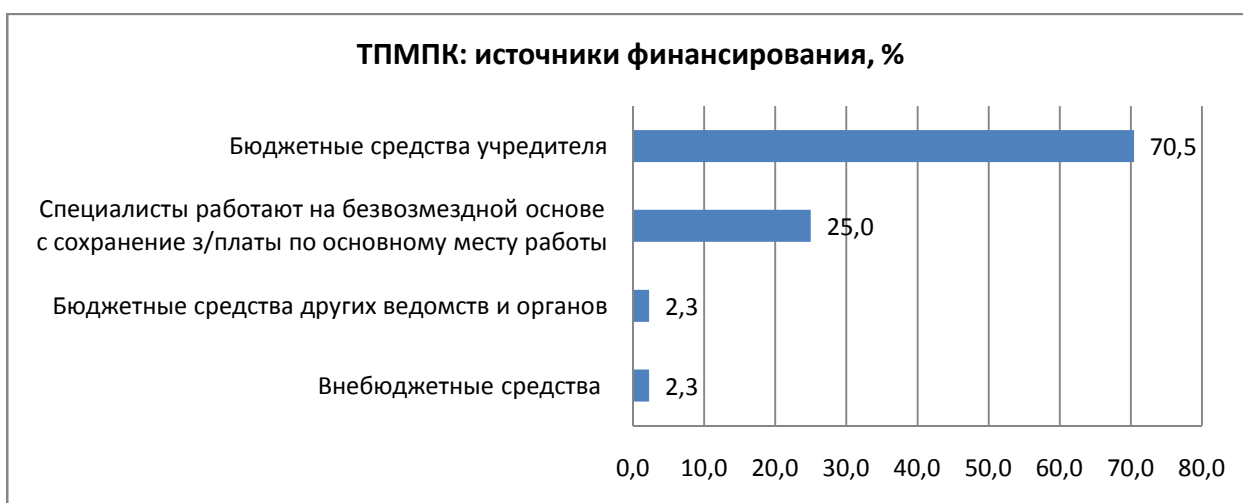


Рисунок 6 – Источники финансирования

Опрос показал, что **в 25% ТПМПК специалисты работают на безвозмездной основе с сохранением з/платы по основному месту работы**. Т.е специалисты работают на одну организацию, а з/плату получают в другой. Данный вопрос требует детального изучения в свете серьезной ответственности, в том числе и финансовой, членов ПМПК при определении специальных условий организации образования для обучающихся с ОВЗ.

Анализ источников финансирования показал, что **97,7% ТПМПК используют бюджетные средства системы образования и лишь 2,3% ТПМПК привлекают финансы других ведомств и внебюджетные средства**.

При этом половина ПМПК подтверждает наличие договоров о сетевой форме реализации образовательной программы на текущий год (рис. 7).

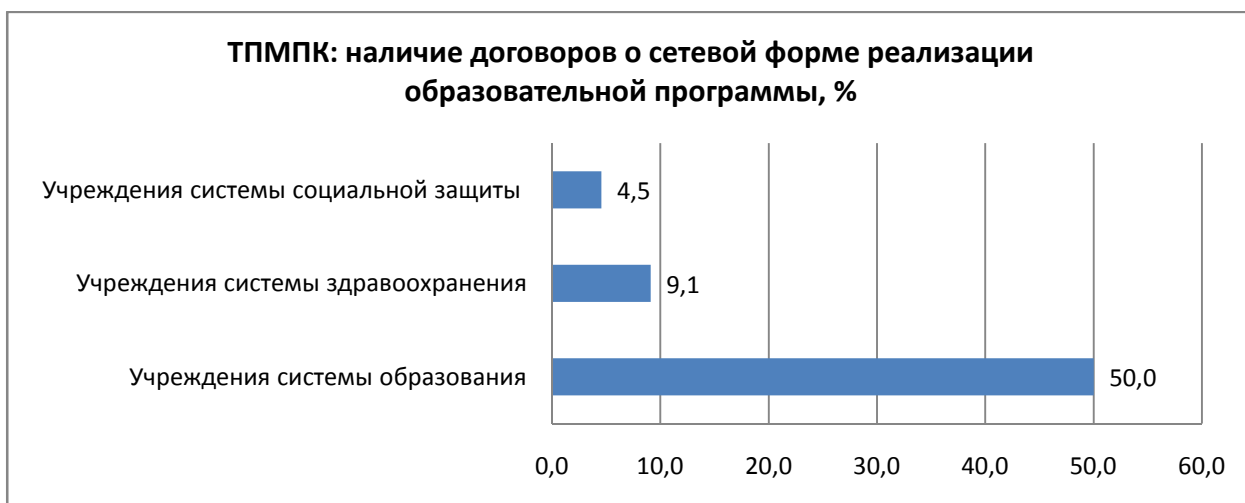


Рисунок 7 – Наличие договоров о сетевой форме реализации образовательной программы на текущий год

Таким образом, данные опроса свидетельствуют о том, что ТПМПК работают только в рамках задач, поставленных учредителем и на его бюджетные средства; не ориентированы на выполнение других задач и поиск иных источников инансирования своей деятельности.

1.2. Нормативное обеспечение деятельности центральных психолого-медико-педагогических комиссий

Анализ нормативного обеспечения деятельности центральных ПМПК показал, что учредителем всех ЦПМПК, принявших участие в исследовании, является орган исполнительной власти в сфере образования. При этом 70% ЦПМПК являются структурными подразделениями различных образовательных организаций (структурные подразделения ППМС-центров, центров развития образования, общеобразовательных организаций), 20% - организациями при органе исполнительной власти в сфере образования, 10% - самостоятельным юридическим лицом. Но, независимо от формы организации, обобщенную информацию о деятельности ЦПМПК запрашивает только учредитель, т.е. орган исполнительной власти в сфере образования.

В Калининградской области территориальные комиссии не созданы в связи с компактным размещением населенных пунктов и хорошей транспортной инфраструктурой области.

Единственным источником финансирования своей деятельности 100% ЦПМПК указали бюджетные средства учредителя.

80% ЦПМПК взаимодействуют с образовательными организациями. Среди образовательных организаций в первую очередь можно выделить общеобразовательные

организации и дошкольные образовательные организации, затем – ППМС-центры, организации профессионального образования, учреждения дополнительного образования.

90% ЦПМПК взаимодействуют с учреждениями здравоохранения. В первую очередь это поликлиники и больницы. 50% взаимодействуют с психоневрологическими больницами и отделениями, 60% – с детскими домами.

90% ЦПМПК указали, что взаимодействуют с учреждениями соцзащиты. 50% взаимодействуют с правоохранительными органами.

На рисунке представлены данные о взаимодействии ЦПМПК с другими организациями в рамках сетевой формы реализации образовательной программы (рис.8).

В результате опроса выявлено, что ЦПМПК активно взаимодействуют с учреждениями социальной защиты (70%) и проводят обследование детей из детских домов и интернатов. С образовательными учреждениями взаимодействуют 60% ЦПМПК. Половина ЦПМПК указали, что в рамках реализации сетевой образовательной программы также взаимодействуют с учреждениями системы здравоохранения.

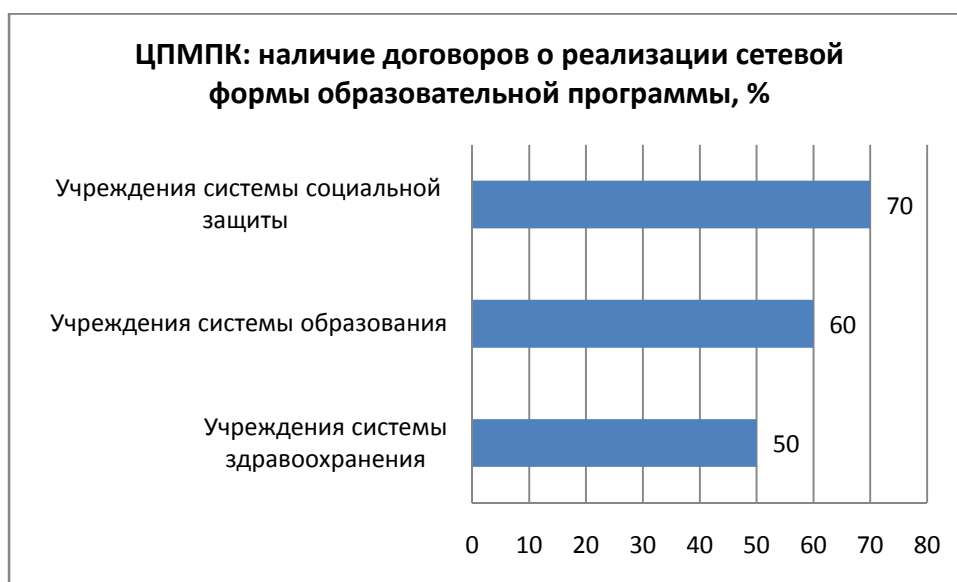


Рисунок 8 – Данные о взаимодействии ЦПМПК с другими организациями в рамках сетевой формы реализации образовательной программы

Также ЦПМПК участвуют в организации деятельности ТПМПК. В основном 90% ЦПМПК в течении учебного года направляют в ТПМПК различные формы бланков и рекомендации по заполнению отчетных документов. 50% ЦПМПК направляют учебно-методическую литературу. Диагностические методики и инструкции по проведению заседаний ПМПК были получены ТПМПК из 40% опрошенных ЦПМПК.



Рисунок 9 – Организационно-методические материалы

Предоставленные и проанализированные данные позволили сформулировать рекомендации по нормативному обеспечению процессов создания и деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий.

Рекомендации по нормативному обеспечению процессов создания и деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

1. Рассмотреть вопрос на уровне Российской Федерации о недопустимости работы специалистов на безвозмездной основе с сохранением з/платы по основному месту работы. Данный вариант организации деятельности ПМПК снижает уровень ответственности специалистов и может ухудшать качество оказываемой услуги.

2. Требуется серьезного анализа огромное количество договоров о сетевых формах взаимодействия на предмет возможности организации их выполнения без ущерба качества услуги, оказываемой ПМПК.

2. Рекомендации по материально-техническому обеспечению деятельности центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий (обеспечение необходимыми помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, автотранспортом для организации деятельности)

2.1. Материально-техническое обеспечение деятельности территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

Анализ материально-технического обеспечения ТПМПК показал, что 60% ТПМПК размещаются в отдельных кабинетах помещений психолого-медико-педагогических центров. Отдельное здание имеют только 20% ТПМПК, 10% располагаются в отдельном

кабинете общеобразовательной организации, а у 10% ТПМПК – нет своего помещения (рис.10).

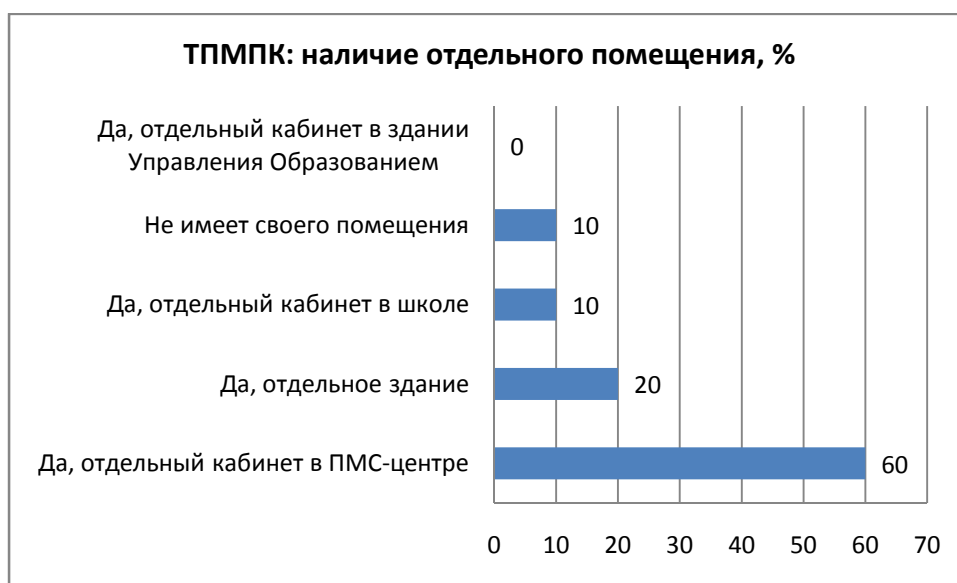


Рисунок 10 – Наличие отдельного помещения

По результатам опроса мебель для рабочих заседаний специалистов имеется в 81,8% ТПМПК, а 18,2% ТПМПК мебелью не обеспечены. Книжные шкафы для хранения документации, методик – имеются в 68,2% ТПМПК. Ученические парты и стулья, соответствующие возрасту обследуемых детей имеются лишь в 59,1% ТПМПК. Игровая зона для детей раннего возраста оборудована в 40,9% ТПМПК. Сейф для хранения документов, содержащих персональную информацию, имеется лишь в 45,5% ТПМПК, принявших участие в опросе. Мягкая мебель для родителей, присутствующих на заседании, имеется в 36,4% ТПМПК.

Наиболее обеспечены ТПМПК компьютерной техникой (81,8%) и многофункциональными устройствами (принтер-сканер-копир) (65,9%), относящимися к категории оргтехники. Данные устройства обеспечивают документооборот комиссии: печать различных бланков, протоколов, заключений, формирование базы обследованных детей.

Медиапроекторы используют 31,8% ТПМПК. Другие устройства, представленные не более чем в 20% ТПМПК - это средства фото-, видео-, аудио-регистрации. Возможно, данные средства должны использоваться в первую очередь для повышения качества работы ТПМПК, однако, сейчас они есть в единицах Комиссий. Ситуация их использования требует дополнительного исследования, тогда можно будет описать регламент использования данных средств в работе ТПМПК и обеспечить их наличие во всех Комиссиях (рис 11).

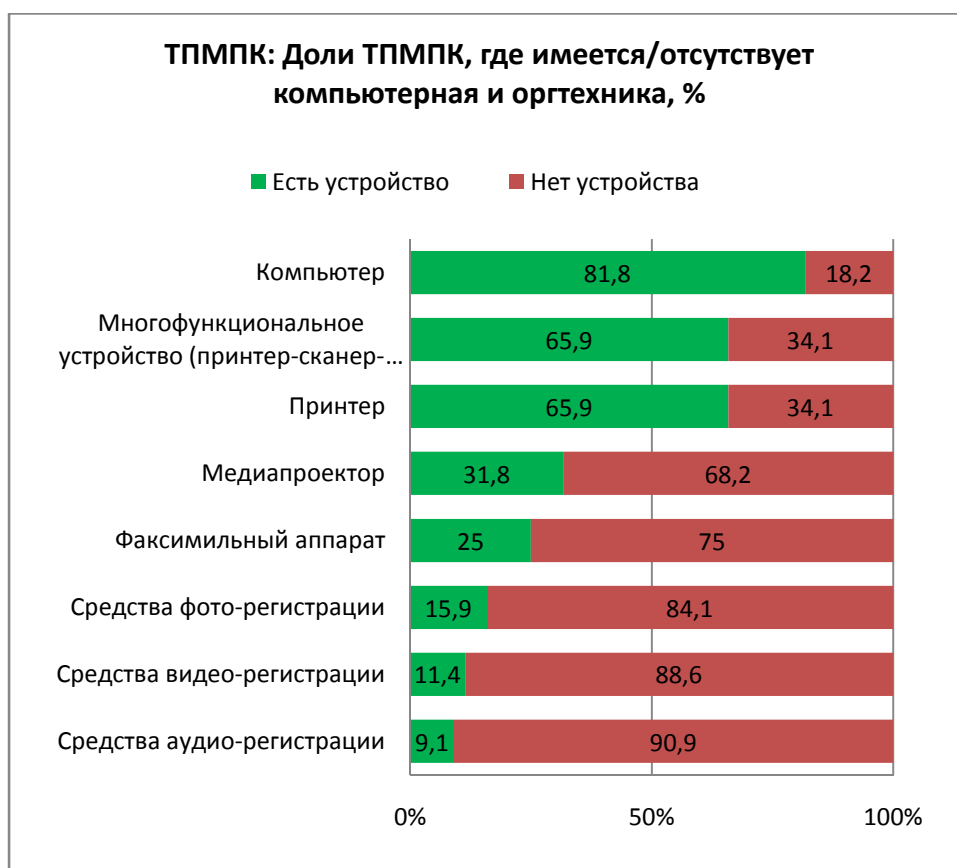


Рисунок 11 – Наличие /отсутствие компьютерной и оргтехники

Вопрос использования автотранспорта, для обеспечения деятельности ТПМПК, различные Комиссии решают по-разному. В основном (42% ТПМПК) Комиссии используют в своей деятельности ведомственный автотранспорт. Только в 10% ТПМПК имеется собственный автотранспорт. В 22% ТПМПК используется личный автотранспорт сотрудников. Кроме того, существует 26% ТПМПК, в которых потребность в автотранспорте отсутствует. С одной стороны, это может быть связано с географическими особенностями территории, которую обслуживает ТПМПК, с другой стороны – с отсутствием в деятельности данных ТПМПК практики выездных заседаний в образовательных организациях. Таким образом, вопрос обеспечения ТПМПК автотранспортом в настоящее время решается в индивидуальном порядке, потребность в нем у разных Комиссий различная.

2.2. Материально-техническое обеспечение деятельности центральных психолого-педагогических комиссий

Анализ материально-технического обеспечения ЦПМПК показывает, что ситуация с помещениями в Центральном ПМПК и Территориальном ПМПК примерно одинаковая: 20% ЦПМПК имеют отдельное помещение, в основном (60%) располагаются в отдельном кабинете в Центрах психолого-медико-педагогического сопровождения, 10% - не имеют

собственного помещения. Таким образом, к сожалению, статус Комиссии не влияет на ее обеспеченность помещениями (рис.12).

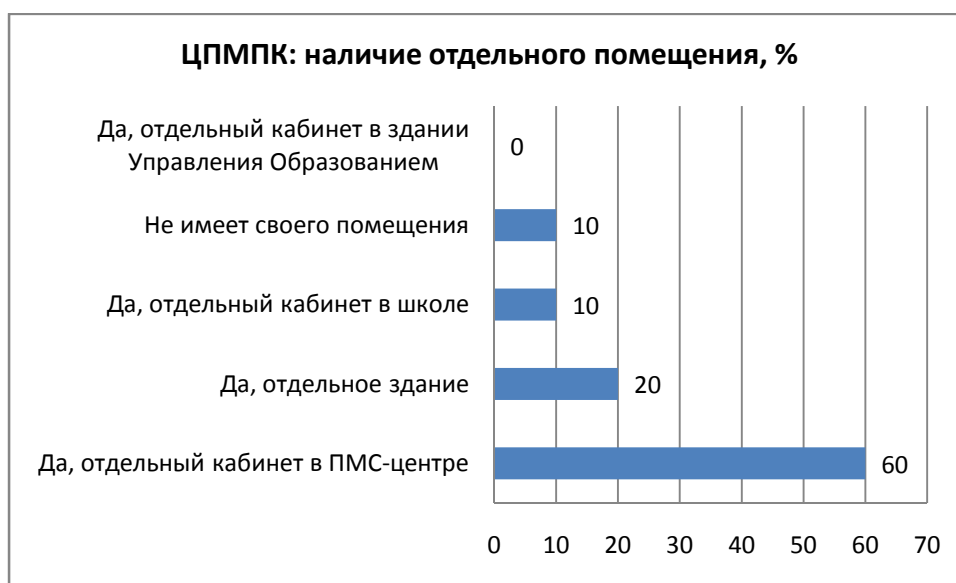


Рисунок 12 – Наличие отдельного помещения

ЦПМПК полностью обеспечены мебелью для проведения рабочих заседаний специалистов, книжными шкафами для хранения документации и методик. Практически полностью обеспечены (88,9%) сейфами, мягкой мебелью, ученическими партами и стульями, соответствующими возрасту обследуемых детей, в них оборудованы игровые зоны для детей раннего возраста.

В целом обеспечение ЦПМПК общей мебелью – достаточное. В единицах Комиссий как ТПМПК, так ЦПМПК имеется специальная мебель для отдельных категорий детей с ОВЗ (например, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) (рис.13).

По результатам опроса практически все ЦПМПК (от 80 до 100%) обеспечены необходимой компьютерной и оргтехникой. В отличие от территориальных ПМПК центральные обеспечены также и средствами видео-фото-аудио-регистрации и медапроекторами. В данном случае именно ЦПМПК могут стать источником информации об опыте использования данной аппаратуры для создания регламента использования данных средств для оптимизации деятельности ПМПК и повышения качества услуг.

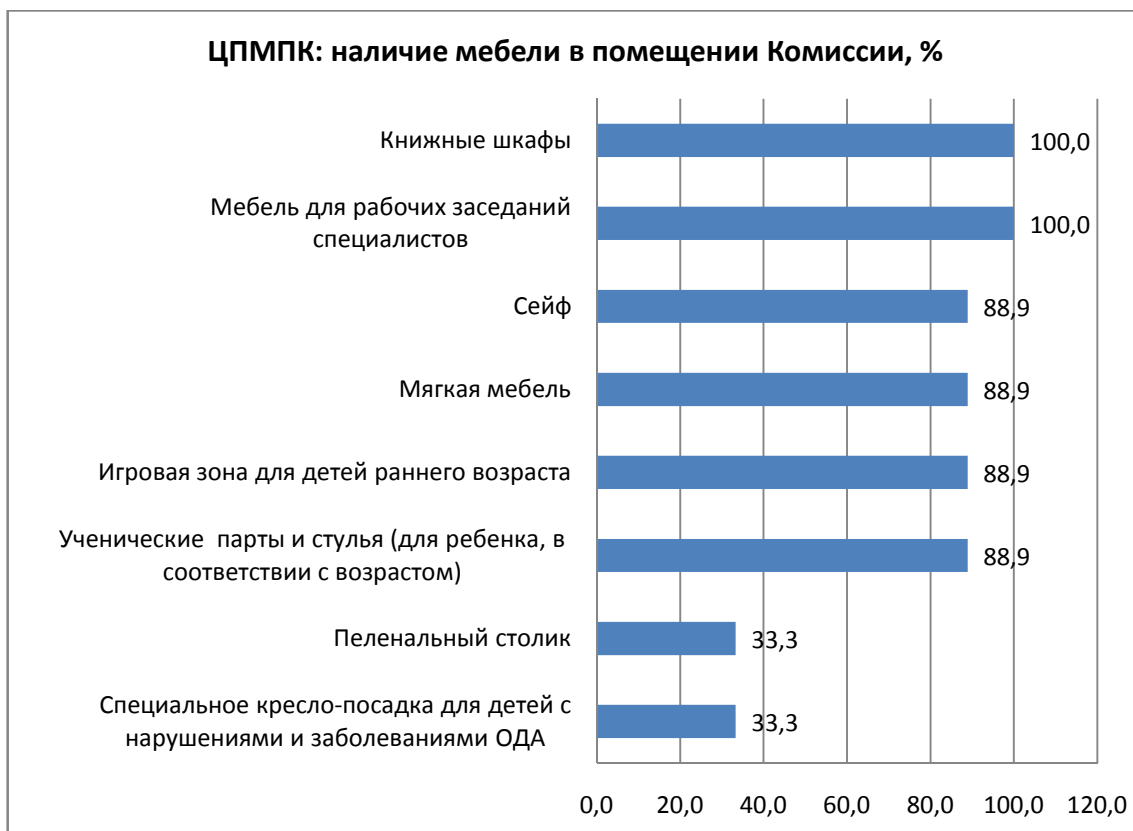


Рисунок 13 – Наличие мебели в помещениях комиссии

66,7% ЦПМПК обеспечены собственным автотранспортом, 22,2% - используют автотранспорт ПМС-центра, 11,1% - используют личный автотранспорт сотрудников (рис.10). В целом в ЦПМПК материально-техническая обеспеченность лучше, чем в

ТПМПК

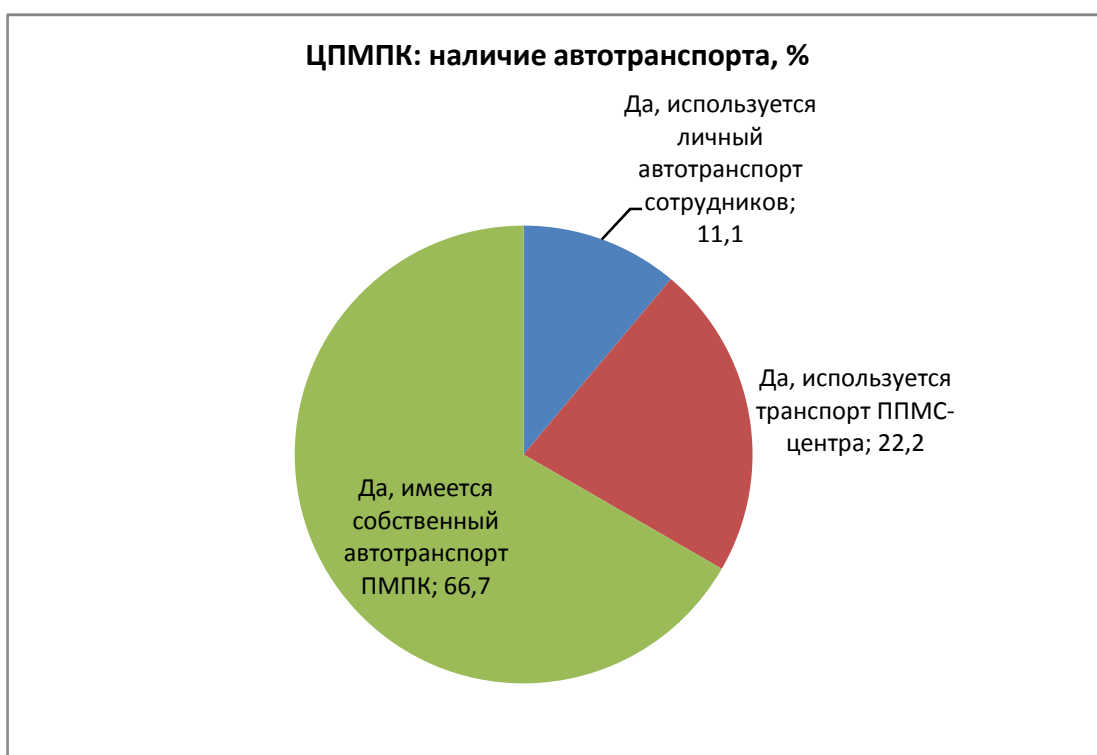


Рисунок 14 – Наличие автотранспорта

Исходя из предоставленных и проанализированных данных, можно рекомендовать следующее:

1. Рассмотреть расположение ПМПК в отдельном кабинете общеобразовательной организации или вообще отсутствие своего помещения как недопустимое и привлечь внимание к решению этого вопроса органы управления властью в субъектах РФ. Например, для обследования ребёнка с нарушениями слуха необходимо специально оборудованное достаточно защищенное от шума помещение без эффекта реверберации, площадь которого позволит проводить обследование слухового восприятия ребенка на расстоянии свыше 6 метров от уха. В связи с тем, что условия не только не способствуют комфортной организации времени перед приёмом и во время него семей на ПМПК, но и могут вызывать трудности в обследовании детей с расстройствами аутистического спектра и иными поведенческими расстройствами, не говоря уже об эмоциональном реагировании родителей детей и снижения качества работы специалистов.

2. Отсутствие сейфа для хранения документов, содержащих персональную информацию (54,5% ТПМПК, 11,1%) нарушает ФЗ «О неразглашении персональных данных» требует незамедлительного решения этого вопроса.

3. В целях создания специальных условий для проведения качественного обследования детей разных категорий необходимо обеспечить ПМПК:

для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - специальной разновозрастной мебелью (стол, стул, конторка), специальное компьютерное оборудование;

для детей с нарушениями слуха:

- набор откалиброванных по частоте звучания музыкальных инструментов (барабан(500Гц), гармошка(2000Гц), свисток (2500Гц), дудка(3000Гц), шарманка (4000Гц), погремушка (5000Гц));

- три-четыре набора предметов для выработки условно-двигательной реакции на звук (наборы одинаковых грибочков, шариков, кубиков и т.д.);

- наборы игрушек и предметных карточек, списки слов, фраз и варианты текстов для обследования уровня развития слухового восприятия речи;

- наборы картинок, табличек для диагностики речевого развития ребенка с нарушенным слухом;

- визуальные устройства и технологии на базе персонального компьютера - iCommunicator (программное обеспечение для глухих и слабослышащих, конвертирующее

речь в текстовый и жестовый форматы), программы для создания и редактирования субтитров;

- компьютерные программы для диагностики слухового восприятия (например, *HeartheWorld* и др.), произношения (например, интерактивный слухоречевой модуль, «Полифонатор», «Дельфа-142» и др.) и уровня речевого развития (например, «Мир за твоим окном»);

для детей с нарушениями зрения оргтехника и программное оборудование специального назначения:

- рабочее место слепого и слабовидящего пользователя: стандартный высокопроизводительный персональный компьютер с установленным ПО: *JAWS for Windows 16*; *MAGic*; программа для чтения плоскочечных текстов *OpenBook*; русскоговорящий синтезатор речи (синтезатор речи *MyMouse*). Портативное устройство для чтения/увеличения *Pearl*, брайлевский дисплей *Focus 40 Blue*, наушники;

- электронный ручной видео-увеличитель *RUBY XL HD*;

- устройство для чтения "говорящих книг" (тифлофлэшплеер) *VictorReaderStream 12H*;

- электронная лупа;

- настольные и дидактические развивающие игры для слепых (шахматы, шашки, крестики-нолики и т.п.). Наглядный материал, подобранный в соответствии с возрастом обследуемых детей. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования *DraftsMan*, прибор «Графика», «Ориентир». Электронные увеличители, лупы.

3. Рекомендации по составу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

Данные мониторинга

Кадровый состав специалистов Территориальных ПМПК

Кадровый состав специалистов ТПМПК, по данным опроса, представлен на рисунке



Рисунок 15 – Кадровый состав специалистов ТПМПК

Наиболее часто в Территориальных ПМПК работают 4 специалиста: учитель-логопед (24% от всех специалистов ТПМПК), педагог-психолог (22%), олигофренопедагог (13%), детский психиатр (13%). Остальные 8 специалистов суммарно составляют 28% от всех специалистов, работающих в ТПМПК.

Данные по наличию/отсутствию специалистов представлены на рисунке 16.

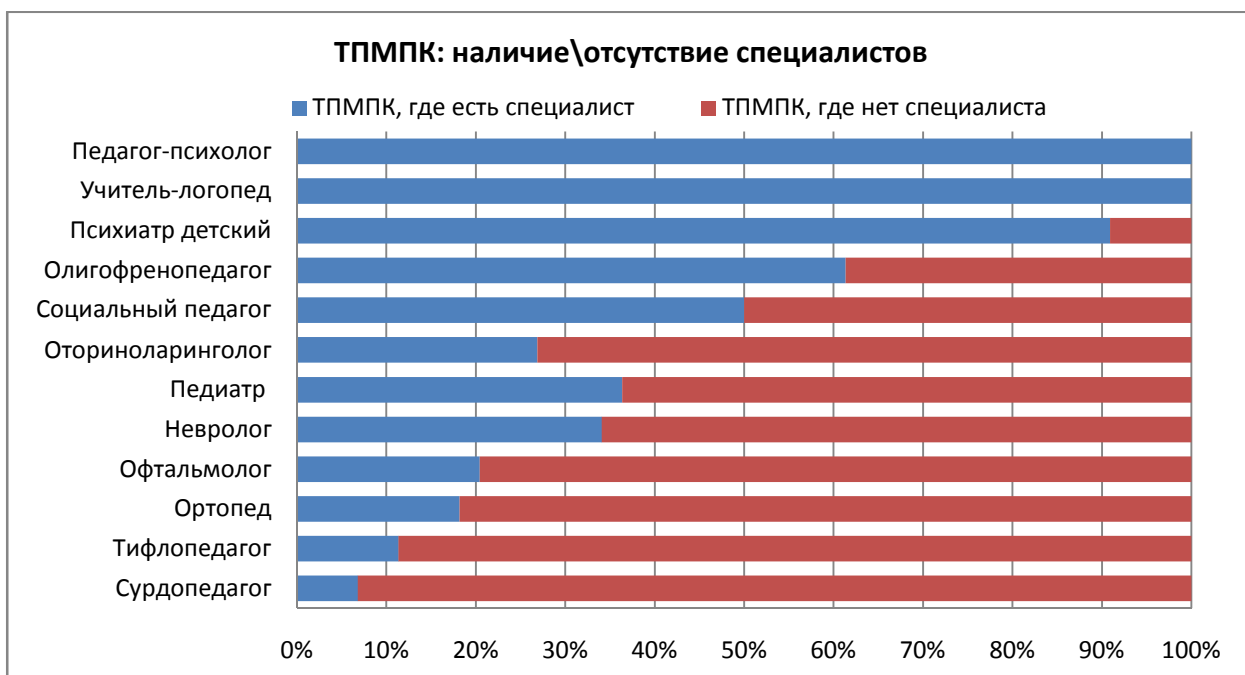


Рисунок 16 – Данные по наличию/отсутствию специалистов

Из всего возможного перечня специалистов, в большинстве ТПМПК работают только три: педагог-психолог (100%), учитель-логопед (100%), детский психиатр (91%). В половине ТПМПК работают олигофренопедагоги (61%) и социальные педагоги (50%). В каждой 3 Комиссии имеется педиатр (36%), невролог (34%) и отоларинголог (27%). Данное распределение специалистов говорит в первую очередь о потребности в них: наиболее востребованные педагог-психолог, учитель-логопед, детский психиатр и олигофренопедагог – в основном удовлетворяют потребность ТПМПК при обследовании основного контингента детей. В то же время, предполагаем, что в связи с представленным кадровым составом специалистов обследование отдельных категорий детей с ОВЗ (например, с нарушениями зрения, слуха, ОДА) может быть неполным, а соответственно и полученные рекомендации по созданию специальных образовательных условий могут быть далеки от оптимальных для данного ребенка.

Распределение специалистов ТПМПК по группам представлено на рисунках 17.



Рисунок 17 – Распределение специалистов ТПМПК по группам

Так в составе ТПМПК преобладают педагогические работники (50% от всех специалистов), по $\frac{1}{4}$ занимают медицинские работники (27%) и психологи (23%). Поскольку ТПМПК в первую очередь ориентированы на обследование ребенка и выдачу рекомендаций по созданию специальных образовательных условий – преобладание педагогических работников позволяет дать рекомендации наиболее адекватные педагогическому процессу в образовательных организациях.



Рисунок 18 – Доли учителей-дефектологов различных специализаций

Среди специалистов коррекционной педагогики, работающих в ТПМПК существенно преобладают олигофренопедагоги (85% от всех учителей-дефектологов), тифло- и сурдопедагоги представлены в единицах ТПМПК.

Особенности трудоустройства специалистов ТПМПК представлены на рисунке 19.

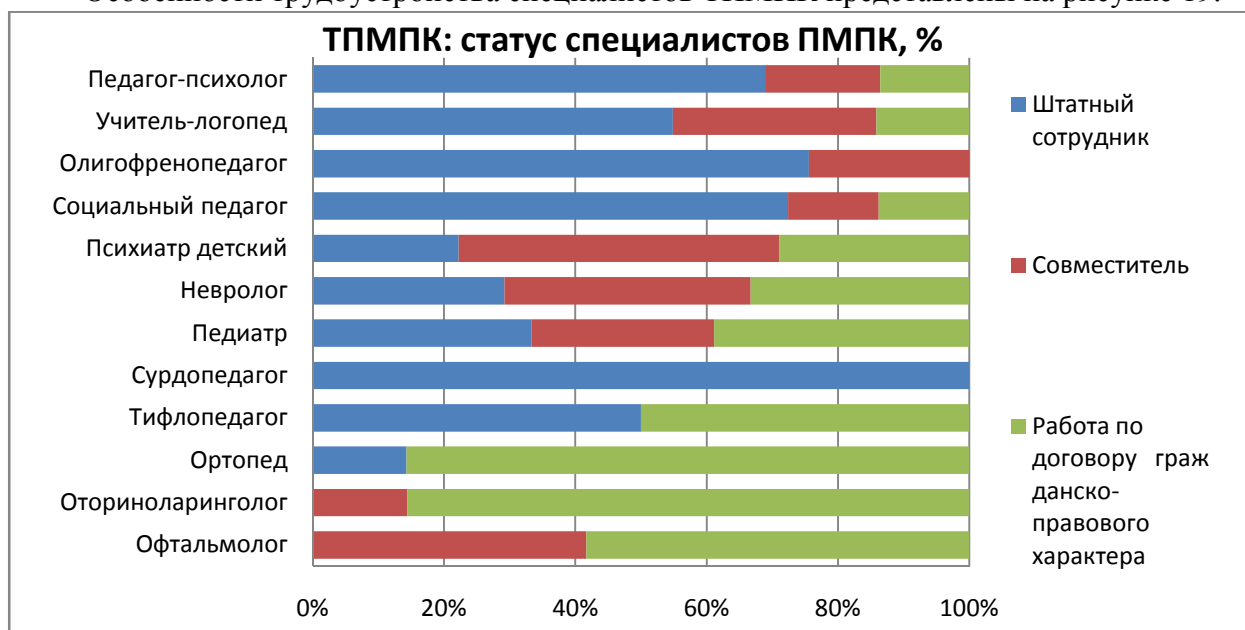


Рисунок 19 – Особенности трудоустройства специалистов ТПМПК

Данные исследования показывают, что ТПМПК используют различные формы трудоустройства специалистов. Так наиболее востребованные специалисты трудоустраиваются в основном в штат: педагоги-психологи, олигофренопедагоги, социальные педагоги, учителя-логопеды. Другие специалисты, в основном медицинского профиля – детские психиатры, неврологи, устраиваются на работу в качестве

совместителей. Еще одна группа специалистов – ортопеды, оториноларингологи и офтальмологи нанимаются на работу в основном по договорам гражданско-правового характера.

Кроме того, в работе ТПМПК принимают участие специалисты на безвозмездной основе с сохранением заработной платы по основному месту работы см. рис 20.



Рисунок 20 – Участие специалиста на безвозмездной основе с сохранением заработной платы по основному месту работы

По данным опроса ТПМПК, есть специалисты, которые оказывают услуги на безвозмездной основе: 61,1% всех работающих отоларингологов, 33,4% тифлопедагогов, 23,6% учителей-логопедов, 22,2% олигофренопедагогов. Данная форма взаимодействия со специалистами возможно адекватна потребности в их услугах. Предполагаем, что указанные специалисты оказывают консультативные услуги в отдельных, редко возникающих ситуациях обследования детей.

Кадровый состав специалистов Центральные ПМПК

На рисунке 21 представлен **кадровый состав** специалистов ЦПМПК.



Рисунок 21 – Кадровый состав специалистов ЦПМПК

Наиболее распространенными в Центральном ПМПК являются следующие специалисты: педагоги-психологи (19% от всех специалистов ЦПМПК), детские психиатры (15%), олигофренопедагоги (14%), учителя-логопеды (15%). Доля остальных специалистов от 8% до 3%. По данным исследования Центральные ПМПК от Территориальных отличаются большим разнообразием профилей работающих специалистов.

Данные по наличию/отсутствию специалистов в ЦПМПК представлены на рисунке 22.

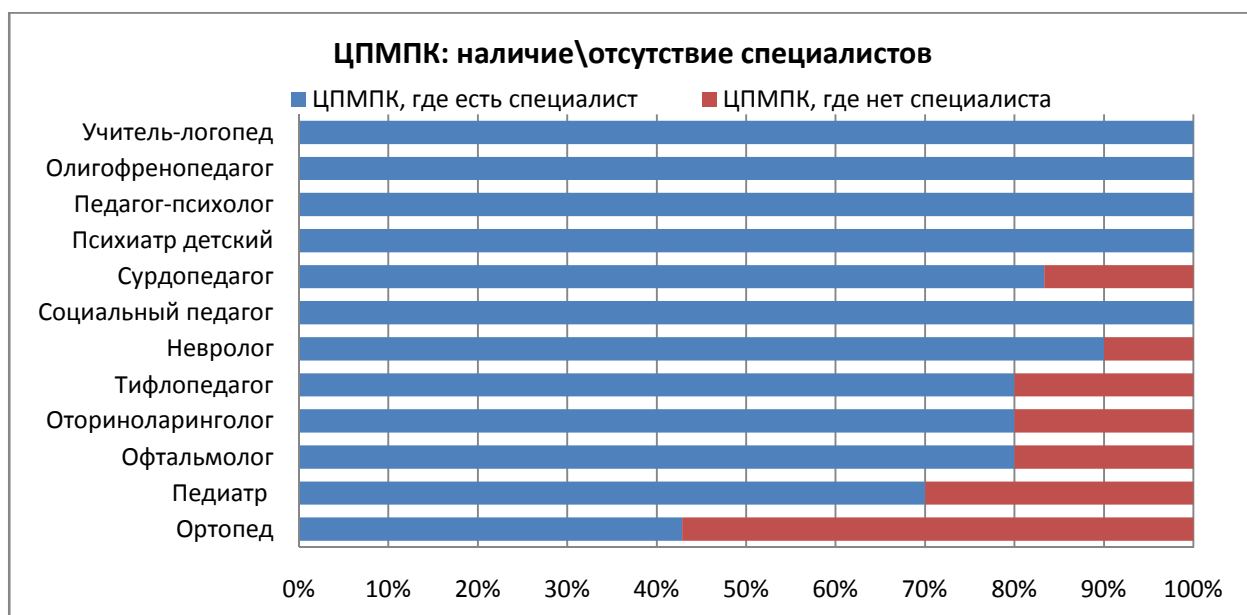


Рисунок 22 – Наличие/отсутствие специалистов в ЦПМПК

В целом, Центральные ПМПК лучше чем Территориальные ПМПК обеспечены специалистами, в том числе и узкого профиля. Меньше всего в ЦПМПК работает ортопедов. Данные специалисты есть только в 43% Комиссий. Полученные результаты говорят о готовности Центральных ПМПК качественно работать с различными категориями детей с ОВЗ.

Распределение специалистов ТПМПК по группам представлено на рисунках 23, 24.

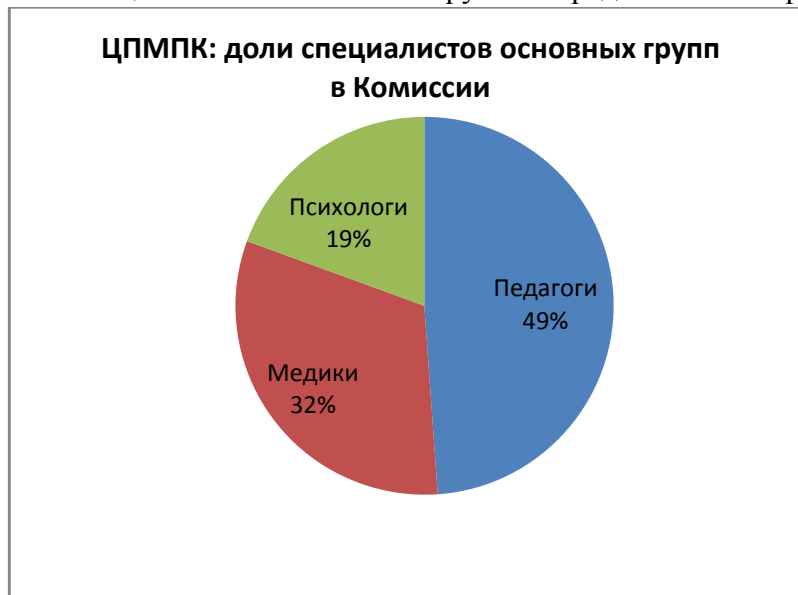


Рисунок 23 – Распределение специалистов ТПМПК по группам

Так в составе ЦПМПК, как и в ТПМПК, преобладают педагогические работники (49% от всех специалистов), 1/3 занимают медицинские работники (32%) и 1/5 психологи (19%).

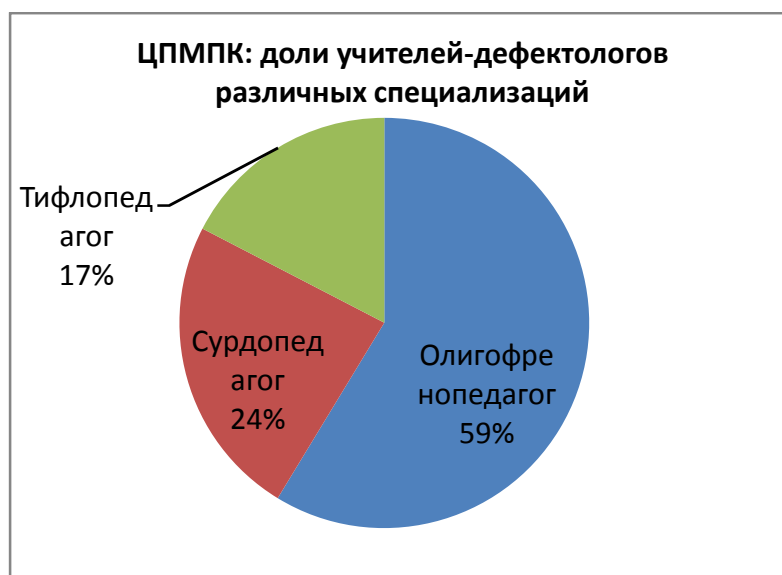


Рисунок 24 – Распределение специалистов ТПМПК по группам

Результаты исследования показывают, что в Центральных ПМПК различные специалисты коррекционной педагогики представлены более равномерно.

Олигофренопедагоги также преобладают, однако их доля составляет 59% (в ТПМПК – 85%), ¼ занимают сурдопедагоги и 1/5 – тифлопедагоги. Данный состав специалистов коррекционной педагогики позволяет более качественно работать с отдельными группами детей с ОВЗ, с которыми, судя по кадровому составу специалистов, менее готовы работать ТПМПК (дети с нарушениями зрения, слуха).

Особенности *трудоустройства специалистов* ТПМПК представлены на рисунке 25.

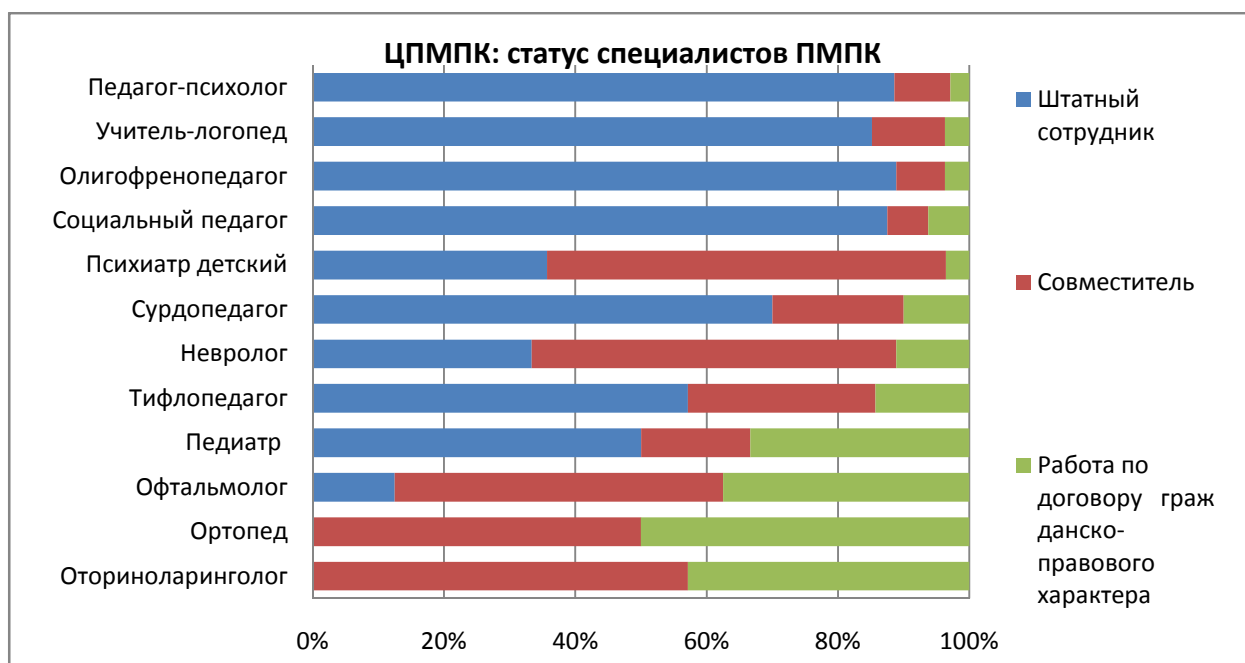


Рисунок 25 – Особенности трудоустройства специалистов ТПМПК

ЦПМПК применяют различные способы трудоустройства специалистов. Так одни специалисты трудоустраиваются в основном в штат: педагоги-психологи, олигофренопедагоги, социальные педагоги, учителя-логопеды, сурдопедагоги, тифлопедагоги, педиатры. Другие специалисты, в основном медицинского профиля - детские психиатры, неврологи, офтальмологи, ортопеды устраиваются на работу в качестве совместителей.

В Центральном ПМПК, в отличие от Территориальных, нет специалистов, работающих на безвозмездной основе.

Предоставленные и проанализированные данные позволили сформулировать рекомендации по составу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий.

Рекомендации по составу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

1. Внести в Положение о деятельности ПМПК требование к обязательному включению в состав центральных ПМПК педиатра, ортопеда, оториноларинголога, офтальмолога, невролога, психиатра, сурдопедагога, тифлопедагога, в связи с тем, что этих специалистов в территориальных ПМПК, особенно в удаленных сельских районах, практически нет – только в 6% ТПМПК есть сурдопедагог, 8% тифлопедагог и т.д., и, соответственно, для определения особенностей психофизического развития и особых образовательных потребностей детей с сенсорными и двигательными нарушениями ТПМПК вынуждена направлять родителей в ЦПМПК.

2. Рассмотреть вопрос на уровне Российской Федерации о недопустимости работы в ТПМПК специалистов на безвозмездной основе с сохранением з/платы по основному месту работы. Данный вариант организации деятельности ТПМПК снижает уровень ответственности специалистов и может ухудшать качество оказываемой услуги.

3. Для обеспечения ТПМПК всеми специалистами предусмотреть на уровне учредителя возможность оплаты профессиональной переподготовки или получения второго высшего образования по недостающим специальностям.

4. Рекомендации по функционалу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

Данные мониторинга

Данные *о функционале специалистов ТПМПК* представлены на рисунке 26.

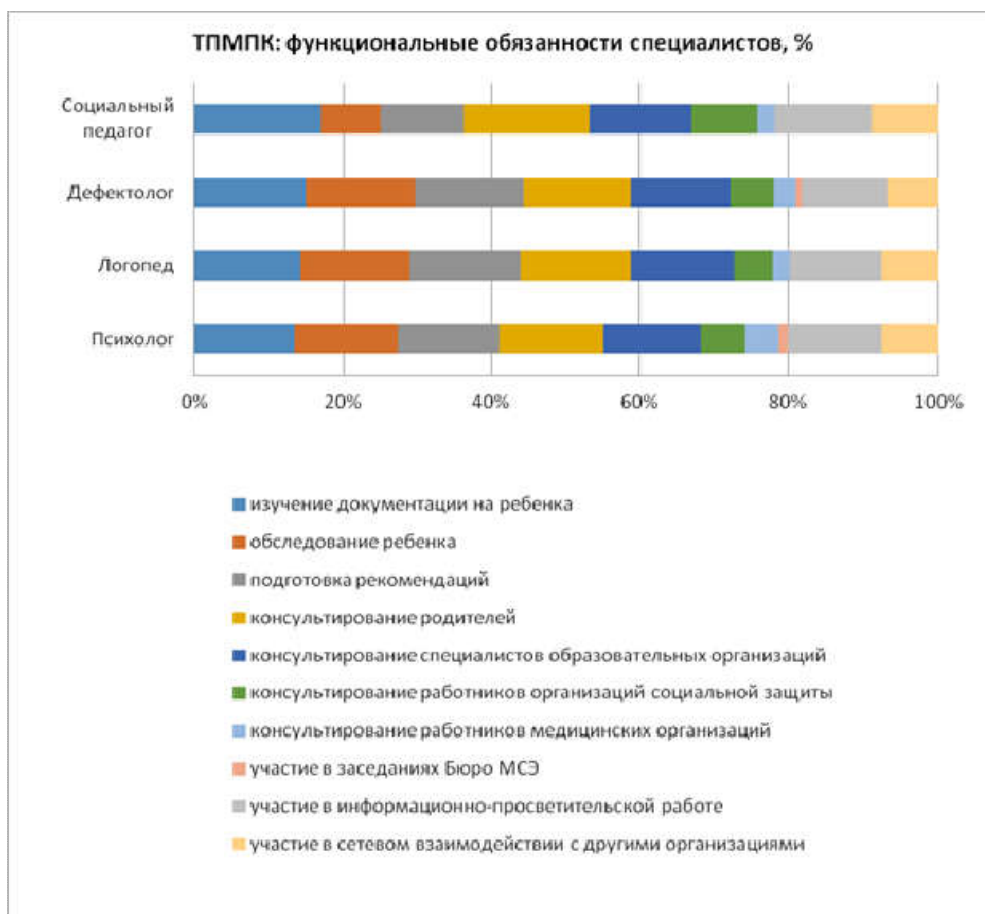


Рисунок 26 – Данные о функционале специалистов ТПМПК

Данные свидетельствуют об однородности функциональных обязанностей всех специалистов ТПМПК. Все специалисты выполняют весь комплекс функций. Дифференциация функций отсутствует. Единственный специалист, отличающийся по доле двух функций в своей деятельности – это социальный педагог; он меньше других времени уделяет обследованию ребенка, но более других взаимодействует с учреждениями социальной защиты.

Отсутствие функциональной дифференциации в деятельности специалистов ТПМПК может говорить о хорошо организованной комплексной работе специалистов комиссии в процессе обследования ребёнка и определения специальных условий, которые ему необходимы.

К сожалению, по данным мониторинга, учителя-логопеды ТПМПК не участвуют в работе Бюро МСЭ. Возможно именно поэтому, среди детей с нарушениями речи, в том числе и с тяжёлыми, число детей с инвалидностью крайне мало.

Данные о функционале специалистов ЦПМПК представлены на рисунке 27.

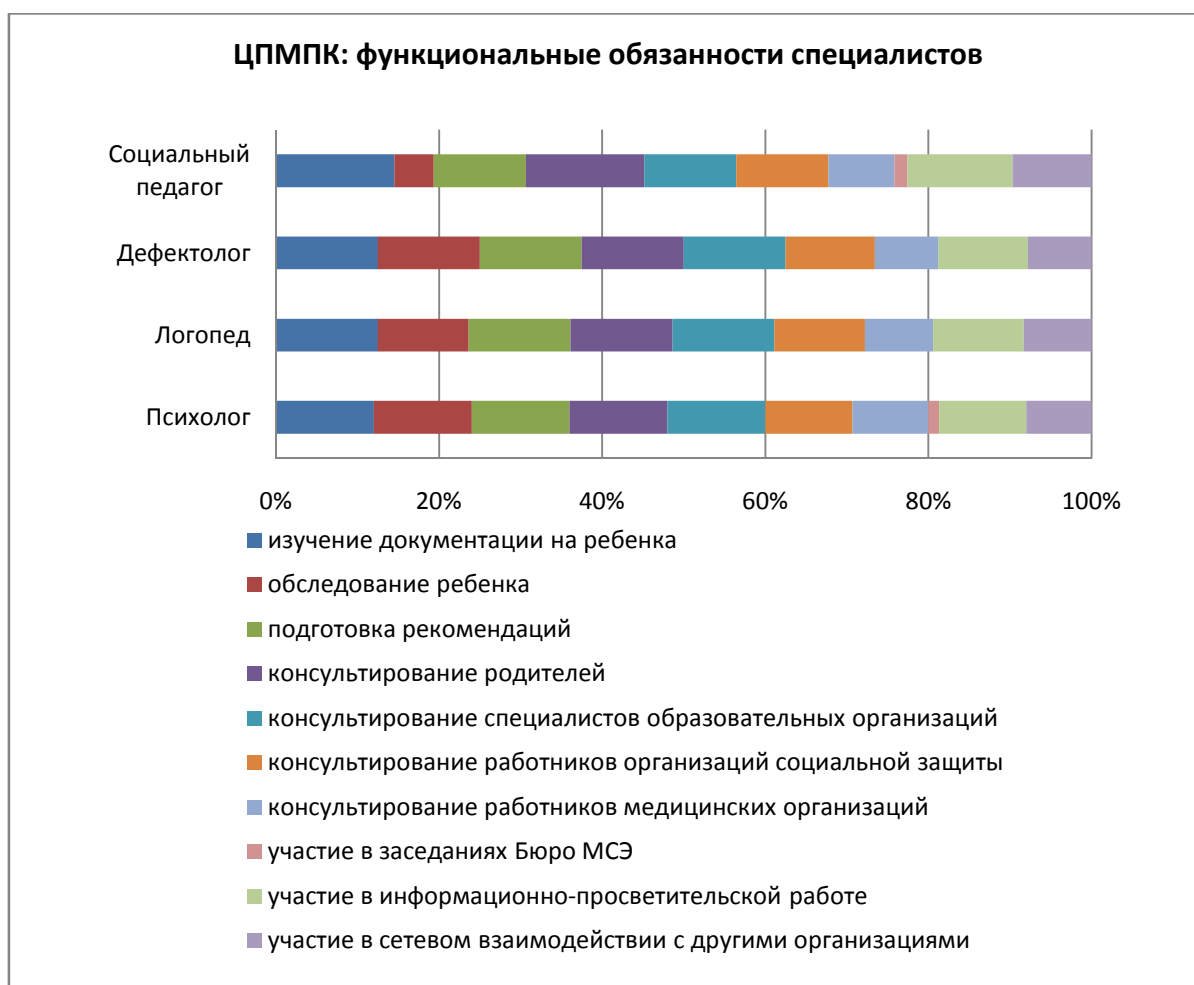


Рисунок 27 – Данные о функционале специалистов ЦПМПК

Центральные ПМПК, по результатам исследования, характеризуются большей однородностью выполняемых функций. Социальные педагоги в составе ЦПМПК еще меньше времени отводят на обследование ребенка и больше занимаются информационно-просветительской работой. В целом все специалисты Центральных ПМПК больше взаимодействуют с организациями социальной защиты, чем специалисты Территориальных ПМПК. Но учителя-логопеды и дефектологи ЦПМПК не участвуют в работе Бюро МСЭ. Возможно именно поэтому, среди детей с нарушениями психофизического развития, в том числе с сенсорными нарушениями, число детей с инвалидностью довольно мало.

Предоставленные и проанализированные данные позволили сформулировать рекомендации по функционалу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий.

Рекомендации по функционалу специалистов центральных и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

1. Вопросу функциональной дифференциации специалистов внутри Комиссии необходимо уделить внимание научным работникам и специалистам-практикам.

Решение данного вопроса может способствовать оптимизации деятельности Комиссий.

2. В рамках межведомственного взаимодействия рекомендовать Бюро МСЭ не только запрашивать у детей, претендующих на получение инвалидности заключение ПМПК, но и приглашать специалистов ПМПК на заседания Бюро МСЭ с правом голоса.

5. Алгоритм работы психолого-медико-педагогических комиссий

Данные мониторинга

Алгоритм деятельности Территориальных ПМПК

Сведения о записи на обследование в ТПМПК представлены на рисунке 28.

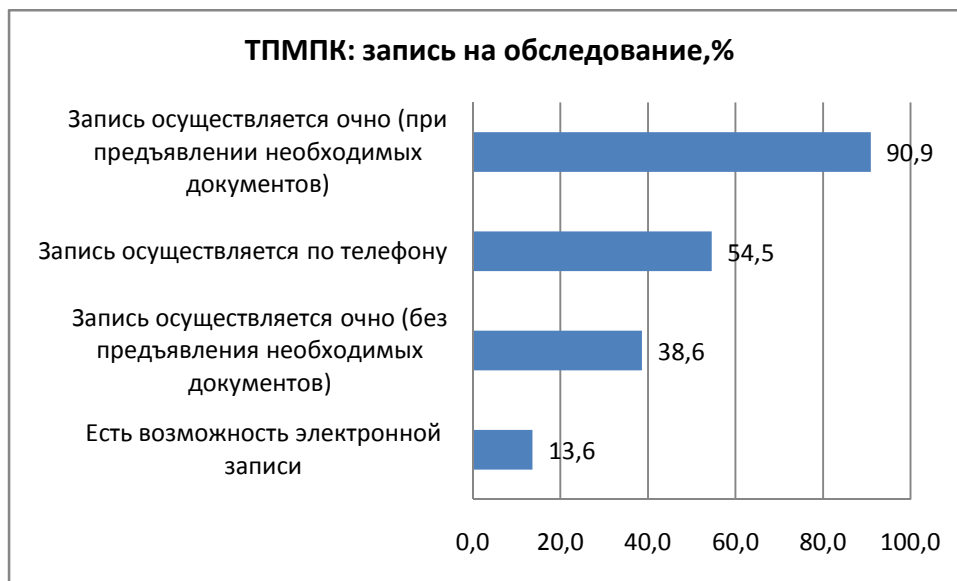


Рисунок 28 – Сведения о записи на обследование в ТПМПК

Существует несколько способов записи в ТПМПК на обследование. Наиболее распространенный способ – очная запись с предъявлением всех необходимых документов – реализуется практически во всех Комиссиях (90,9%). ½ Комиссий осуществляет запись на обследование по телефону (54,5%). Записаться очно, но без предъявления документов, можно в 38,6% ТПМПК. Возможность электронной записи реализована только в 13,6% ТПМПК.

Информирование родителей о дате и времени проведения обследования их ребенка производится в день подачи заявления (в 50% ТПМПК), в пятидневный срок с момента подачи заявления – 34,5%. Так срок ожидания даты и времени обследования ребенка занимает дольше 5 дней в 15,8% ТПМПК.

Преобладающее большинство ТПМПК работают в круглогодичном/постоянном режиме (81,8%), сезонный режим работы имеют лишь 2,3% ТПМПК. Организуют заседание Комиссии при накоплении определенного количества заявок – 15,9% ТПМПК.

Среди ТПМПК отсутствует однородность **в частоте проведения заседаний Комиссии**. Только 20% ТПМПК работают ежедневно, 18,2% собираются 1 раз в неделю,

по 11,4% работают 2 раза в неделю, 1 раз в месяц или имеют сезонный график. 9,1% проводят заседания 2 раза в месяц и столько же Комиссий собираются не более 5 раз в год. Частота заседаний может зависеть от множества факторов: географических и социально-демографических особенностей территории, кадровой и материально-технической обеспеченности деятельности ТПМПК, требований Учредителя и других.

Данные *о форме проведения обследования* представлены на рисунке 29.

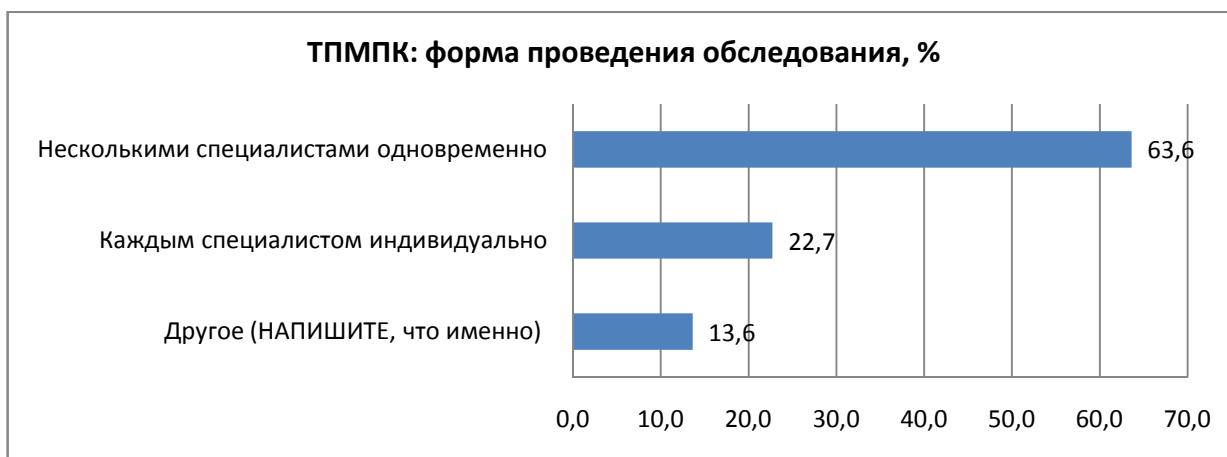


Рисунок 29 – Данные о форме проведения обследования

Наиболее широко в ТПМПК практикуется коллегиальное обследование ребенка – 63,6%. В 22,7% ТПМПК обследование ребенка каждым специалистом проводится индивидуально, а на заседании Комиссии происходит обсуждение и формулировка заключения и рекомендаций. 13,6% ТПМПК используют обе формы проведения обследования в зависимости от ситуации.

Время, затрачиваемое специалистами на обследование ребенка, приведено в таблицах 1, 2.

Таблица 1 Среднее время, затрачиваемое ТПМПК на обследование ребенка

Специалист	При индивидуальном обследовании, мин	При коллегиальном обследовании, мин
Педагог-психолог	27	20
Учитель-логопед	22	15
Учитель-дефектолог	22	18
Социальный педагог	10	10
Врач	19	15

По данным опроса среднее время обследования всеми специалистами ПМПК, кроме социального педагога, одинаковое и составляет 15-20 минут. Оно не зависит от специализации специалиста и от формы проведения обследования.

Таблица 2 Минимальное и максимальное время, затрачиваемое ТПМПК на обследование ребенка

Специалист	Максимальное/минимальное время, затрачиваемое на обследование ребенка	
	при индивидуальном, мин	при коллегиальном, мин
Педагог-психолог	90/7	60/5
Учитель-логопед	40/5	60/5
Учитель-дефектолог	40/7	60/5
Социальный педагог	40/4	60/3
Врач	40/4	60/3

Исследование показало, что существуют различия по минимальному и максимальному времени проведения обследования при разных формах работы специалистов. Так у всех специалистов ТПМПК, кроме педагога-психолога максимальное время работы с ребенком на 20 минут больше при индивидуальном обследовании, чем при коллегиальном. У педагога-психолога максимальное время обследования на 30 минут больше при индивидуальной форме, по сравнению с коллегиальной.

В 79,5% ТПМПК **заключения по результатам обследования** ребенка выдаются в день проведения заседания Комиссии, лишь в 13,6% ТПМПК – заключение родители могут забрать на следующий день.

Алгоритм работы психолого-медико-педагогических комиссий

Алгоритм деятельности ЦПМПК не имеет существенных отличий и в целом повторяет алгоритм работы ТПМПК, описанный выше.

Большинство ЦПМПК осуществляют запись на обследование очно, при условии предъявления всех документов (90%) и по телефону (80%). В 40% ПМПК записывают на обследования без предъявления документов. Электронная запись возможна лишь в 10% ЦПМПК.

Информирование родителей о дате и времени обследования производится в 60% ЦПМПК в день записи, в 30% - в пятидневный срок, в 10% - на следующий день.

ЦПМПК отличаются большей однородностью по частоте проведения заседаний по сравнению с ТПМПК. Так 60% ЦПМПК работают ежедневно, а 40% - два раза в неделю.

В центральных ПМПК наиболее распространена коллегиальная форма обследования ребенка (60%). Около 1/3 ЦПМПК применяют обе формы обследования в зависимости от ситуации. Лишь в 10% ЦПМПК практикуют индивидуальное обследование ребенка каждым специалистом.

Среднее время обследования ребенка в ЦПМПК – 20 минут. Максимальное время обследования отдельными специалистами может достигать 120 минут, однако следует

учитывать что это суммарное время обследования всеми специалистами в коллегиальной форме.

В 100% ЦППМК заключение выдается в день заседания Комиссии.

Представленные и проанализированные данные позволили сформулировать и рекомендовать следующий алгоритм работы психолого-медико-педагогических комиссий.

Таблица 3 Алгоритм работы психолого-медико-педагогических комиссий

	Этапы получения услуги	Форма, время	Ответственный
1	Запись ребёнка на ПМПК	личное посещение ПМПК, по телефону, по электронной почте, на сайте ПМПК	секретарь комиссии/ социальный педагог
2	Информирование родителей о дате, времени и условиях проведения обследования (форма – коллегиальная или индивидуальная),	в день записи, на следующий день по телефону или электронной почте, в течение недели	секретарь комиссии/ социальный педагог
3	Обследование ребёнка специалистами ПМПК	Индивидуальное обследование каждым специалистом, коллегиальное обследование, с учётом особенностей ребёнка	все специалисты ПМПК
4	Консультирование родителей по выявленным особенностям психофизического развития и рекомендуемым специальным образовательным условиям	В день обследования	все специалисты ПМПК
5	Срок подготовки заключений для выдачи родителям	В день обследования, на следующий день	

6. Рекомендации по порядку проведения мониторинга по учету выполнения рекомендаций психолого-медико-педагогических комиссий по обучению и воспитанию детей в образовательных организациях и в семье (с согласия родителей)

6.1. Мониторинг учета рекомендаций территориальных психолого-медико-педагогических комиссий

По данным опроса существует несколько подходов к организации мониторинга по учету выполнения рекомендаций. Так наиболее распространенным и простым способом получения информации, с точки зрения трудозатрат, является обследование ребенка при повторном обращении – реализуется в 77,3% ТППМК. На выездных заседаниях в образовательных организациях анализируют учет рекомендаций 31,8% ТППМК. 11,4% направляют запросы в образовательные организации, 9,1% участвуют в проведении тематических проверок в общеобразовательной организации. 6,8% ТППМК проводят собеседования с руководителем образовательной организации. 2,3% ТППМК

взаимодействуют с психолого-медико-педагогическими консилиумами общеобразовательной школы.

Вопрос организации мониторинга учета рекомендаций ТПМПК требует специального рассмотрения, т.к. мониторинг предполагает постоянно действующую систему сбора, анализа и сохранения информации, что невозможно в рамках самого распространенного среди ПМПК подхода (77,3%), когда учет рекомендаций производится при повторном обследовании ребенка.

6.2. *Мониторинг учета рекомендаций центральных психолого-медико-педагогических комиссий.*

В деятельности ЦПМПК распространены два способа анализа учета рекомендаций, выданных Комиссией по созданию специальных образовательных условий для обучающихся. Все Комиссии анализируют выполнение ранее данных рекомендаций при повторном обследовании ребенка, и 70% проводят данный анализ на выездных заседаниях в образовательных организациях. Проведение мониторинга учета рекомендаций Комиссии в рамках плановых тематических проверок проводят лишь 4,5% ЦПМПК.

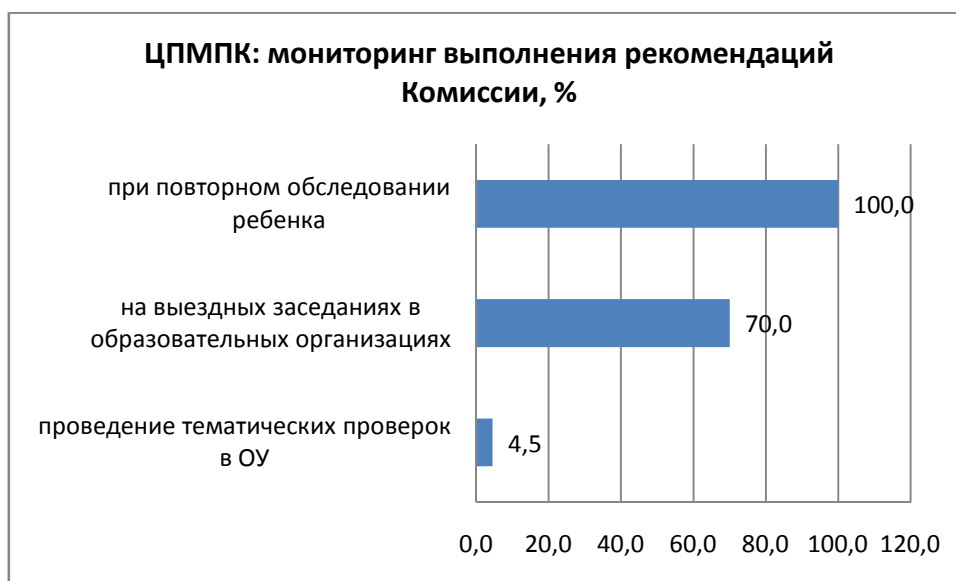


Рисунок 30 – Мониторинг учета рекомендаций центральных психолого-медико-педагогических комиссий

*Исходя из предоставленных и проанализированных данных, можно рекомендовать следующее: поскольку в положении о деятельности ПМПК указан именно мониторинг, то он предполагает систему сбора, анализа, сохранения и накопления информации. Ни одна из опрошенных комиссий не указала наличие именно системной деятельности по данному вопросу. **Научному сообществу, совместно с практическими работниками, необходимо спроектировать систему мониторинга учета рекомендаций, описать методологию данного исследования, технологические и организационные механизмы***

его реализации. При разработке стоит в первую очередь опираться на опыт Территориальных ПМПК, поскольку по данным опроса в их арсенале имеется большее количество подходов к получению информации, ее анализу, о выполнении рекомендаций ТПМПК в конкретных образовательных организациях, где обучаются дети, получившие данные рекомендации. Территориальные ПМПК более тесно взаимодействуют с образовательными организациями в форме запросов, собеседований с руководителями, работают с ПМПк (психолого-медико-педагогическими консилиумами) образовательных организаций. Именно ПМПк образовательной организации является ключевым звеном, обеспечивающим качество выполнения рекомендации ПМПК.

Представленные и проанализированные данные позволили сформулировать и рекомендовать следующее.

Рекомендации по порядку проведения мониторинга по учету выполнения рекомендаций психолого-медико-педагогических комиссий по обучению и воспитанию детей в образовательных организациях и в семье (с согласия родителей)

1. Для повышения качества проведения мониторинга необходимо на федеральном уровне разработать систему мониторинга учета рекомендаций, описать методологию данного исследования, технологические и организационные механизмы его реализации. 2. При отсутствии формы мониторинга, всем ПМПК необходимо иметь:

1) план выездных посещений образовательных организаций, находящихся в районе обслуживания ПМПК

2) формы письменных запросов в образовательные организации, включающие запрос информации по условиям обучения каждого ребенка с ОВЗ (адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план).

7. Рекомендации по порядку организации учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на подведомственной территории

7.1. Организация учета детей с ОВЗ и с девиантным поведением в территориальных психолого-медико-педагогических комиссиях

По данным исследования учет данных о детях с ОВЗ ведется на территориях деятельности всех ТПМПК. Учет детей с ОВЗ ведется на территории 84,1% ТПМПК.

В 54,4% территорий деятельности ТПМПК учет ведется одновременно в нескольких формах (картотека, база данных, реестр), в 45,6% территорий – используется только одна форма учета данных о детях с ОВЗ и детях с девиантным поведением.

Данные о формах учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением представлены в таблице 4.

Таблица 4 Данные о формах учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением

Категория детей	Доля ТПМПК, где реализуется форма учета, %		
	Реестр	Электронная база	Картотека
Дети с ОВЗ	45,5	77,3	68,2
Дети с девиантным поведением	45,5	61,4	61,4

Так наиболее распространенными формами учета данных о детях с ОВЗ и детях с девиантным поведением являются электронная база (77,3% и 61,4% соответственно) и картотека (68,2% и 61,4%).

Учет данных может вестись на двух уровнях либо на ведомственном, либо на территориальном. Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением представлены на рисунках 31, 32.

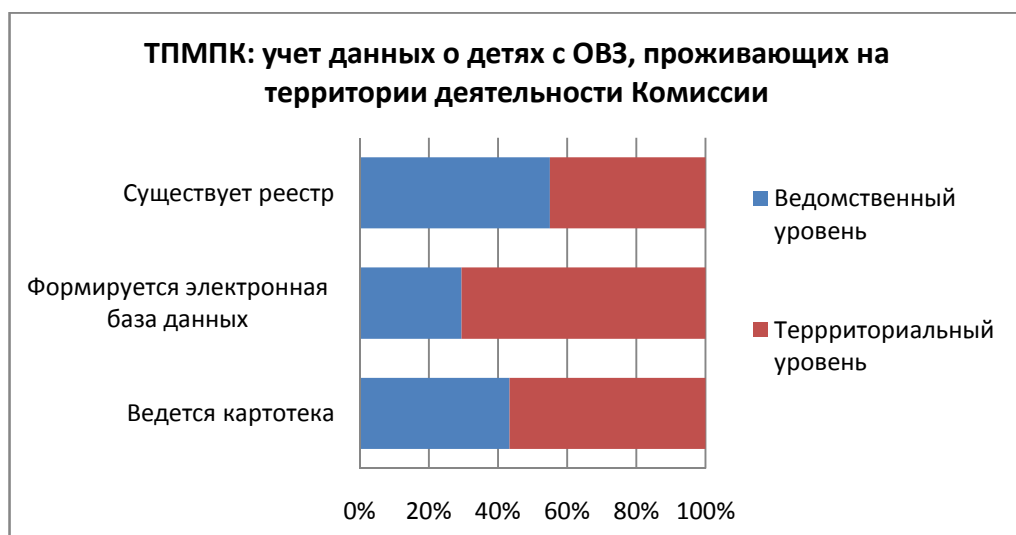


Рисунок 31 – Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением

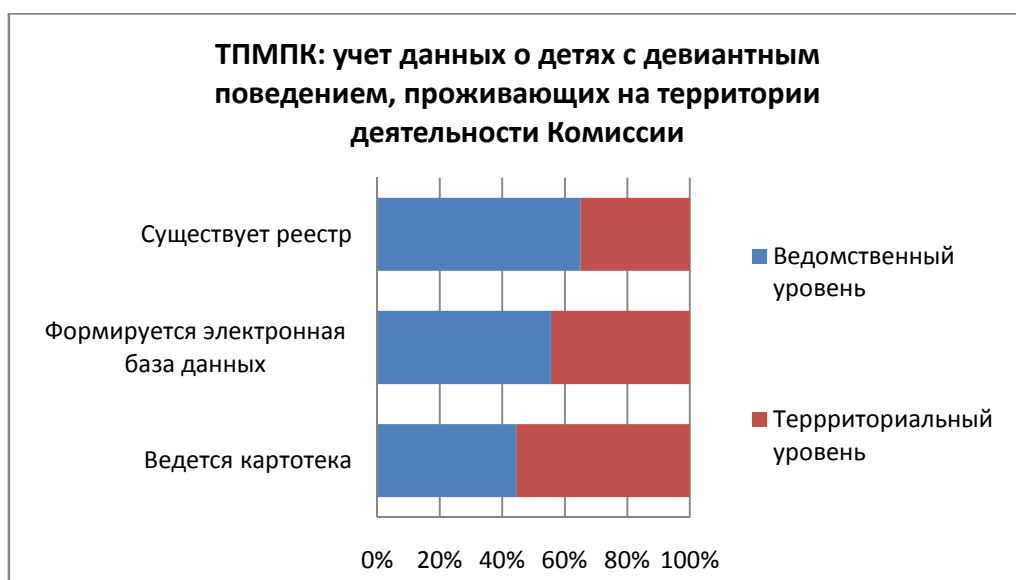


Рисунок 32 – Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением

Данные указывают, что все три формы учета используются как на ведомственном так и на территориальном уровне. Не выявлено преобладания каких-то форм, или уровней учета. Единственная особенность – электронная база детей с ОВЗ формируется большей частью на территориальном уровне (в 70% территорий, где используется данная форма учета).

7.2. Организация учета детей на территориях центральных психолого-медико-педагогических комиссиях

Учет детей с ОВЗ ведется во всех Центральные ПМПК, детей с девиантным поведением - в 90% территорий.

В 80% территорий используются одновременно несколько форм учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением, в 20% - реализуется только одна форма учета.

Таблица 5 Организация учета детей на территориях центральных психолого-медико-педагогических комиссиях

Категория детей	Доля ЦПМПК, где реализуется форма учета, %		
	Реестр	Электронная база	Картотека
Дети с ОВЗ	30	100	80
Дети с девиантным поведением	20	90	40

Учет данных может вестись на двух уровнях либо на ведомственном, либо на территориальном. Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением представлены на рисунках 33, 34.

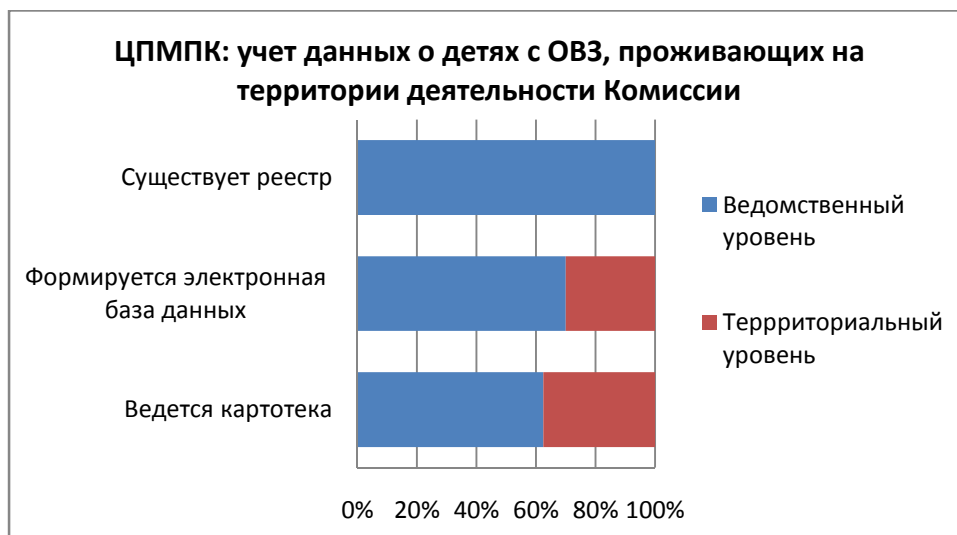


Рисунок 33 – Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением

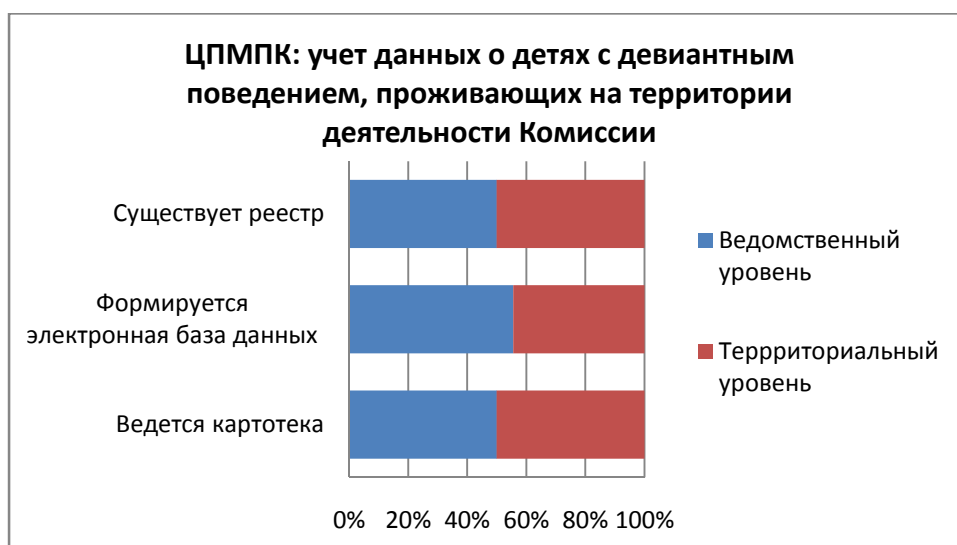


Рисунок 34 – Данные опроса об уровне учета детей с ОВЗ и детей с девиантным поведением

По данным исследования, в Центральном ПМПК, принявших участие в исследовании по группе детей с ОВЗ преобладает учет на ведомственном уровне, такая форма учета как реестр существует только на ведомственном уровне. Учет по группе детей с девиантным поведением ведется на обоих уровнях. Так половина опрошенных ЦПМПК указали, что на территории их деятельности учет детей с девиантным поведением ведется на уровне ведомства, а другая половина – на территориальном уровне.

Представленные и проанализированные данные позволили сформулировать и рекомендовать следующее.

Рекомендации по порядку организации учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на подведомственной территории

1. Для получения полной информации по России необходимо проанализировать организацию учета детей девиантным поведением во всех субъектах Российской Федерации (независимо от ведомственной принадлежности организаций) с последующей подготовкой методических рекомендаций по его совершенствованию.

2. Для учёта детей с ОВЗ, как показал опыт ЦПМПК 16 субъектов РФ наиболее удобным является реестр и электронная база данных.

ИПИО МГППУ
август 2016 г.