



## ГАУ «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»

620089, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 173а  
тел/факс (343) 270-88-19, 270-88-20, 270-88-09  
e-mail: [rbl-so@gov66.ru](mailto:rbl-so@gov66.ru) <http://ocri.ru>



## ООО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ «ОПТИМА»

620075, г. Екатеринбург, ул. Луначарского, 77  
тел/факс (343) 388-15-00, 388-15-01  
e-mail: [optima@optima-ekb.ru](mailto:optima@optima-ekb.ru) [www.optima-ekb.ru](http://www.optima-ekb.ru)

**Оценка эффективности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с привлечением регионального отделения Общероссийской общественной организации «Всероссийская организация родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями, нуждающихся в представительстве своих интересов»**

*Отчет по результатам социологического исследования*

Директор

МП

Маликова Н.Н.

Ноябрь  
2021

(с) Оптима, 2021

Екатеринбург, 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОПИСАНИЕ ПАРАМЕТРОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (НА ОСНОВАНИИ ТЕХНИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ)	4
МЕТОДИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
<u>Раздел 1. Оценка сформированности (эффективности) системы межведомственного взаимодействия</u>	26
<u>1.1. Критерии сформированности (эффективности) межведомственного взаимодействия</u>	28
<u>1.2. Критерии оценки эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов</u>	34
<u>1.3. Эффективность как соотношение результатов и затраченных ресурсов</u>	36
<u>1.4. Оценка изменения эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации</u>	38
<u>1.5. Проблемные зоны в определении уровня сформированности системы межведомственного взаимодействия</u>	40
<u>1.6. Показатели роста эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации как следствие развития межведомственного взаимодействия</u>	42
<u>Раздел 2. Оценка экспертами реальной практики функционирования и развития системы межведомственного взаимодействия в Свердловской области</u>	46
<u>2.1. Оценка экспертами текущего положения дел в развитии системы межведомственного взаимодействия</u>	46
<u>2.2. Реальные практики межведомственного взаимодействия: используемые формы и виды</u>	47
<u>2.3. Удовлетворенность компонентами межведомственного взаимодействия</u>	56
<u>2.4. Характеристика процесса развития межведомственного взаимодействия</u>	59
<u>Раздел 3. Оценка инвалидами системы комплексной реабилитации и межведомственного взаимодействия в Свердловской области</u>	63
<u>3.1. Оценка инвалидами уровня доступности получения реабилитационных и абилитационных мероприятий</u>	63
<u>3.2. Уровень информированности инвалидов о правах и возможностях на получение услуг реабилитации и абилитации</u>	68
<u>3.3. Уровень удовлетворенности инвалидов межведомственным взаимодействием в системе комплексной реабилитации и абилитации</u>	72
<u>Раздел 4. Характеристика субъектов межведомственного взаимодействия и их роли в формировании системы эффективного межведомственного</u>	80

<u>взаимодействия</u>	
<u>4.1. Направления реабилитации и абилитации в деятельности учреждений</u>	80
<u>4.2. Практики взаимодействия с другими учреждениями при проведении реабилитационных мероприятий</u>	81
<u>4.3. Роль профильного министерства в формировании ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия</u>	88
<u>4.4. Роль органов местного самоуправления в формировании ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия</u>	94
<u>4.5. Проблемные зоны межведомственного взаимодействия субъектов реабилитации и абилитации инвалидов</u>	99
<u>Раздел 5. Факторы, сдерживающие эффективное межведомственное взаимодействие: оценка динамики</u>	103
<u>5.1. Актуальные факторы, сдерживающие рост эффективности межведомственного взаимодействия</u>	103
<u>5.2. Динамика факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию</u>	104
<u>5.3. Региональная информационная система межведомственного обмена данными о потребностях инвалидов в реабилитационных мероприятиях и их результативности как инструмент повышения эффективности межведомственного взаимодействия</u>	108
<u>Раздел 6. Меры, способствующие повышению эффективности межведомственного взаимодействия: практический опыт и рекомендации экспертов</u>	113
<u>6.1. Оценка достаточности ресурсов, необходимых для развития системы эффективного межведомственного взаимодействия</u>	113
<u>6.2. Факторы изменения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области</u>	124
<u>6.3. Меры /приоритетные задачи для повышения эффективности межведомственного взаимодействия.</u>	128
Приложение 1. <u>Гайд дискуссионных фокус-групп с экспертами</u>	134
Приложение 2. <u>Анкета для опроса экспертов</u>	137
Приложение 3. <u>Анкета для опроса инвалидов (родителей детей-инвалидов)</u>	152

---

## Параметры социологического исследования (на основании Технического задания)

---

**Цель исследования:** оценить эффективность межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области в 2021 году.

### **Задачи исследования:**

1. Определить понимание экспертами того, какие результаты свидетельствуют о сформированности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

2. Определить позицию экспертов по перечню и содержанию критериев оценки сформированности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

3. Определить оценку экспертами фактически достигнутых на территории МО результатов межведомственного взаимодействия.

4. Определить понимание экспертами ресурсов, необходимых и достаточных для организации межведомственного взаимодействия на уровне органов исполнительной государственной власти и на уровне реабилитационных организаций различной ведомственной принадлежности.

5. Определить оценку экспертами достаточности ресурсов, используемых органами исполнительной государственной власти и реабилитационными организациями для организации межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

6. Определить оценку экспертами соотношения результатов межведомственного взаимодействия и обеспечивающих ресурсов, эффективность межведомственного взаимодействия.

7. Определить уровень удовлетворенности инвалидов межведомственным взаимодействием в системе комплексной реабилитации и абилитации.

8. Определить оценку инвалидами уровня доступности получения комплексных реабилитационных и абилитационных мероприятий.

9. Оценить уровень сформированности региональной системы межведомственного обмена данными о потребностях инвалидов в реабилитационных мероприятиях и их результативности.

10. Проанализировать динамику изменения значимости факторов, препятствующих межведомственному взаимодействию, сравнить полученные данные с результатами социологического опроса 2017 года с обобщением мнений целевых групп (инвалидов и родителей детей-инвалидов) «Выявление факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию реабилитационных организаций, обеспечивающих реализацию ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-

инвалидами, и их сопровождение, а также выработка предложений по минимизации и (или) устранению таких факторов (проблем)» и с результатами социологического опроса 2020 года «Оценка эффективности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов».

11. Выявить ранее не указанные факторы, препятствующие развитию межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

12. Актуализировать перечень факторов, препятствующих межведомственному взаимодействию. Определить рейтинг актуализированных факторов по критерию значимости для развития системы межведомственного взаимодействия.

13. Разработать предложения по устранению или минимизации выявленных в ходе исследования факторов, препятствующих развитию межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов Свердловской области.

#### **Объект исследования:**

1) инвалиды (их законные или уполномоченные представители), в т.ч. родители детей-инвалидов, проживающие на территории Свердловской области;

2) представители экспертного сообщества: руководители органов местного самоуправления (заместители глав Администрации или руководители отделов соответствующих направлений), руководители организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, культуры, Центров занятости, бюро МСЭ, социально ориентированных некоммерческих организаций, в том числе, общественных организаций инвалидов, включая представителей регионального отделения Общероссийской общественной организации «Всероссийская организация родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями, нуждающихся в представительстве своих интересов» (далее по тексту – ВОРДИ).

**В Техническом задании заданы следующие требования к организации выборочной совокупности:**

1. Определен минимальный объем выборки: 350 респондентов, в т.ч.:
  - 20 экспертов – метод: неформализованный опрос (глубинное интервью, диадическое интервью, дискуссионная фокус-группа);
  - 130 экспертов – метод: очное и заочное анкетирование;
  - 200 респондентов – инвалиды (их законные или уполномоченные представители), в т.ч. родители детей-инвалидов – метод: личные стандартизированные интервью, очное и заочное анкетирование.

2. Территориальное построение выборки производится с учетом проведения опроса в каждом из 5 управленческих округов Свердловской области (в крупных, средних, малых городах и сельской местности) и в г. Екатеринбурге. В каждом управленческом округе исследованием должны быть охвачены жители с инвалидностью и представители экспертного сообщества не менее 3-х муниципальных образований

3. Родители детей-инвалидов должны составить не менее 15% от общего числа респондентов.

**Исполнитель Работ:** Общество с ограниченной ответственностью «Центр Социальных Технологий «Оптима» (далее – ЦСТ).

**Инструментарий исследования** (анкета для опроса инвалидов, анкета для опроса экспертов, гайд экспертного интервью) согласован с Заказчиком (Приложения 1-3).

*Характеристика специалистов, проводивших исследование:*

Маликова Наталья Николаевна (руководитель работ) – к.ф.н., доцент кафедры прикладной социологии Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина; директор Центра Социальных Технологий «Оптима».

Абрамова Софья Борисовна (аналитик) – к.социол.н., доцент кафедры прикладной социологии УрФУ; заместитель директора Центра Социальных Технологий «Оптима».

**Интервьюеры:** 3 интервьюера ЦСТ «Оптима», имеющих опыт проведения социологических опросов не менее 7 лет, прошедших специальную подготовку и брифинг по опросу.

**Результаты работ являются собственностью** ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов».

**Срок проведения:** с 01.09.2021 г. по 15.11.2021 г.

**Метод опроса:** опросные методы сбора информации: личные стандартизированные интервью, очное и заочное анкетирование, дискуссионные фокус-группы.

Сбор данных методом личного интервью осуществлялся профессиональными интервьюерами с соблюдением всех необходимых условий обеспечения достоверной информации.

Сбор данных методом заочного он-лайн анкетирования осуществлялся при помощи инструмента Google Forms. Анкета распространялась путем адресной рассылки на официальные электронные почты организаций, участвующих в реабилитации и абилитации инвалидов, через размещение ссылки в социальных сетях, на страницах сообществ и т.д. Ссылка была размещена на страницах в социальных сетях ВОРДИ, а также распространена среди организаций-партнеров ВОРДИ («Особые люди», «Социальный кластер Свердловской области» и др.).

**Фактический объем выборки:** 628 человек.

- 31 эксперт (метод: 3 дискуссионные фокус-группы);
- 421 эксперт (метод: заочное онлайн анкетирование);
- 261 респондент – инвалиды (их законные или уполномоченные представители), в т.ч. родители детей-инвалидов (метод: личные стандартизированные интервью, заочное онлайн анкетирование).

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ

### 1. ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ВЫБОРКИ

#### *1) Экспертный опрос: неформализованный опрос (дискуссионные фокус-группы)*

**География исследования:** г. Екатеринбург, г. Полевской, г. Первоуральск, п. Рефтинский.

2) *Экспертный опрос и опрос инвалидов (стандартизированный опрос, очное и заочное анкетирование)*

География исследования: 78 населенных пунктов.

Таблица 1.

Территориальное распределение выборки по МО и управленческим округам

	Эксперты		Инвалиды	
	Число опрошенных	Доля в массиве	Число опрошенных	Доля в массиве
<b>ЕКАТЕРИНБУРГ</b>	<b>60</b>	<b>14,3</b>	<b>41</b>	<b>15,7</b>
<b>СЕВЕРНЫЙ УО</b>	<b>59</b>	<b>14,0</b>	<b>24</b>	<b>9,2</b>
Серов	11	2,6	1	0,4
Красноурьинск	6	1,4	8	3,1
Качканар	1	0,2	12	4,6
Карпинск	2	0,5	1	0,4
Верхотурье	2	0,5	1	0,4
Красноуральск	11	2,6		
Новая Ляля	7	1,7		
Североуральск	6	1,4		
Лесной	6	1,4		
Нижняя Тура	3	0,7		
Ивдель	3	0,7		
Волчанск	1	0,2		
Села Качканарского района			1	0,4
<b>ВОСТОЧНЫЙ УО</b>	<b>84</b>	<b>20,0</b>	<b>82</b>	<b>31,4</b>
Алапаевск	12	2,9	4	1,5
Артемовский	5	1,2	15	5,7
Туринск	10	2,4	7	2,7
Талица	7	1,7	11	4,2
Тавда	8	1,9	6	2,3
Ирбит	8	1,9	1	0,4
Пышма	7	1,7	1	0,4
Тугулым	2	0,5	6	2,3
Реж	2	0,5	1	0,4
Камышлов	7	1,7		
Села Артемовского района	2	0,5	12	4,6
Села Байкаловского района	2	0,5	5	1,9
Села Тугулымского района	1	0,2	1	0,4
Села Таборинского района	1	0,2		
Села Алапаевского района	2	0,5		
Села Слободо-Туринского района	8	1,9		
Села Талицкого района			9	3,4
Села Туринского района			3	1,1
<b>ЗАПАДНЫЙ УО</b>	<b>67</b>	<b>15,9</b>	<b>40</b>	<b>15,3</b>
Верхняя Пышма	24	5,7	5	1,9
Полевской	17	4,0	7	2,7

Первоуральск	6	1,4	8	3,1
Ревда	5	1,2	1	0,4
Ачит	2	,5	5	1,9
Красноуфимск	6	1,4		
Арты	3	0,7		
Нижние Серги	2	0,5		
Михайловск	1	0,2		
Бисерть			3	1,1
Среднеуральск			1	0,4
Верхние Серги			1	0,4
Шалья			1	0,4
Села Нижнесергинского района	1	0,2	3	1,1
Села Ачитского района			3	1,1
Села Шалинского района			1	0,4
Села Верхнепышминского района			1	0,4
<b>ЮЖНЫЙ УО</b>	<b>73</b>	<b>17,3</b>	<b>42</b>	<b>16,1</b>
Каменск-Уральский	15	3,6	4	1,5
Березовский	3	0,7	15	5,7
Сухой Лог	5	1,2	5	1,9
Асбест	7	1,7	4	1,5
Белоярский	6	1,4	3	1,1
Арамиль	3	0,7	1	0,4
Богданович	17	4,0		
Сысерть	4	1,0		
Рефтинский	3	0,7		
Мартюш	2	0,5		
Заречный	1	0,2		
Села Белоярского района	1	0,2		
Села Сысертского района	6	1,4	5	1,9
Села Березовского района			5	1,9
<b>ГОРНОЗАВОДСКОЙ УО</b>	<b>66</b>	<b>15,7</b>	<b>32</b>	<b>12,3</b>
Нижний Тагил	35	8,3	18	6,9
Новоуральск	7	1,7	3	1,1
Верхняя Салда	7	1,7	1	0,4
Кушва	5	1,2	5	1,9
Невьянск	4	1,0	2	0,8
Кировград	2	0,5	1	0,4
Верхний Тагил	2	0,5	1	0,4
Верхняя Тура	2	0,5		
Нижняя Салда	1	0,2		
Села Кушвинского района	1	0,2		
Села Пригородного района			1	0,4
Не указано	<b>12</b>	<b>2,9</b>		
<b>ИТОГО</b>	<b>421</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>

В исследовании представлены эксперты и граждане Свердловской области, проживающие в населенных пунктах разного типа.

**Таблица 2.**

**Территориальное позиционирование выборки по типам населенных пунктов**

	Эксперты		Инвалиды	
	Число опрошенных	Доля в массиве	Число опрошенных	Доля в массиве
Екатеринбург	60	14,3	41	15,7
Крупные города	67	15,9	31	11,8
Средние города	69	16,4	43	16,4
Малые города	182	43,2	78	29,9
ПГТ и села	43	10,2	68	25,8
Итого	421	100,0	261	100,0

Выборочная совокупность охватывает пять управленческих округов Свердловской области и г. Екатеринбург, распределение представлено в графиках 1 и 2.

**График 1.**

**Структура опрошенных экспертов по управленческим округам**



**График 2.**

**Структура опрошенных инвалидов по управленческим округам**



## 2. СТРУКТУРА ОПРОШЕННЫХ СОГЛАСНО ЦЕЛЕВЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ОБЪЕКТА ИССЛЕДОВАНИЯ

### 1) Экспертный опрос: неформализованный опрос (дискуссионные фокус-группы)

В качестве экспертов выступили:

<b>СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ</b>	
Абдрахманова Эльвира Анваровна	Руководитель Службы профориентации, ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбург»
Андреева Светлана Аркадьевна	Заместитель директора, ГАУ «КЦСОН Октябрьского района г. Екатеринбург»
Антонова Оксана Леонидовна	Директор, ГАУ «КЦСОН Октябрьского района г. Екатеринбург»
Ваулина Елена Владимировна	Директор, ГАУ «РЦ «Лювена «Кировского района г. Екатеринбург»
Коврова Екатерина Анатольевна	Заместитель директора, ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбург»
Печеник Наталья Геннадьевна	Директор, Государственное казенное стационарное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Екатеринбургский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»
Подольская Лариса Реевна	Директор, ГАУСО СО «КЦСОН города Полевского»
Протасова Ирина Станиславовна	Заведующий Отделением психолого-педагогической помощи, ГАУ «РЦ «Лювена «Кировского района г. Екатеринбург»
Рыжова Лилия Анатольевна	Заместитель директора, ГАУСО СО «КЦСОН города Полевского»
Свинина Татьяна Викторовна	Заместитель директора, ГАУСОН СО «Комплексный центр социального обслуживания населения поселка Рефтинский»
Сосунова Людмила Ивановна	Директор, ГАУСОН СО «КЦСОН г. Первоуральска «Осень»
Татаринова Елена Михайловна	Заместитель директора, ГАУСОН СО «КЦСОН г. Первоуральска «Осень»
<b>ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
Дугина Елена Александровна	Главный врач, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум»
<b>ТРУД И ЗАНЯТОСТЬ</b>	

Ащева Марина Ивановна	Начальник отдела профессиональной реабилитации, ГАУК «Екатеринбургский ЦЗ»
Григорьева Ольга Олеговна	Главный специалист отдела организации трудоустройства, Департамент по труду и занятости населения Свердловской области
Курашов Сергей Викторович	Начальник отдела содействия занятости, ГКУ «Полевской ЦЗ»
<b>ОБРАЗОВАНИЕ</b>	
	Руководитель, образовательное учреждение
Колобков Павел Сергеевич	Директор, ГАПОУ СО «Полевской многопрофильный техникум им. В.И. Назарова»
<b>КУЛЬТУРА</b>	
Андреева Ольга Александровна	Специалист, ОМС «Управление культурой Полевского городского округа»
Ермакова Елена Анатольевна	Тифлопедагог, ГБУК СО «Свердловская областная специальная библиотека для слепых»
Лошакова Светлана Валерьевна	Директор, Центр культуры Верх-Исетский, г. Екатеринбург
Смышляева Елена Владимировна	И.о. начальника, ОМС «Управление культурой Полевского городского округа»
<b>ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ</b>	
Сапегина Анна Викторовна	Заместитель директора, МБУ «Спортсооружения г. Полевского»
<b>ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ</b>	
Акулов Павел Александрович	Руководитель подразделения по правовым вопросам, Фонд «Я особенный»
Александрова Оксана Николаевна	Председатель, региональное отделение Общероссийской общественной организации «Всероссийская организация родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями, нуждающихся в представительстве своих интересов» в Свердловской области
Ларионова Ольга Борисовна	Заместитель председателя, Полевская городская организация Всероссийского общества инвалидов «Общество инвалидов»
Леонтьева Елена Геннадьевна	Член Совета по делам инвалидов при губернаторе Свердловской области, организация инвалидов-колясочников «Свободное движение»
Полякова Елена	Председатель, Свердловская областная общественная

Викторовна	организация помощи людям с расстройствами аутистического спектра «Дорида»
Попова Валентина Викторовна	Председатель, Екатеринбургская городская МО ВОС
Симонова Наталья Владимировна	Свердловская областная Организация Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых»
Хаитова Александрина Иосифовна	Президент, Фонд «Я особенный»

## **2) Количественная стратегия исследования: экспертный опрос (стандартизированные интервью)**

В качестве экспертов выступили специалисты, работающие в различных сферах деятельности:

**Таблица 3.**

### **Сфера деятельности организаций, которые представляют эксперты**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по массиву</b>
Здравоохранение	5	1,2
Образование	104	24,7
Социальная защита населения	226	53,7
Физическая культура и спорт	27	6,4
Труд и занятость	29	6,9
Культура, искусство	19	4,5
Местное самоуправление, ГМУ	11	2,6
Итого:	421	100,0

Эксперты обладают достаточно высокой компетентностью: более 30% экспертов, участвующих в стандартизированном опросе, имеют статус руководителей или заместителей руководителей организации, остальные состоят в должности руководителей отделов, специалистов по заданному направлению деятельности (реабилитация и абилитация инвалидов).

**Таблица 4.**

### **Должностной статус экспертов**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по массиву</b>
Руководитель организации	41	9,7
Заместитель руководителя организации	88	20,9
Руководитель отдела	71	16,9
Специалист	221	52,5
Итого:	421	100,0

Все эксперты имеют опыт работы по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов. При этом стаж работы 32% экспертов составляет 11 и более лет.

**Таблица 5.**

### **Стаж работы экспертов**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по массиву</b>
1-3 года	147	34,9
4-6 лет	128	30,5
7-10 лет	60	14,3
11 -14 лет	20	4,7
15 и более лет	66	15,6
Итого:	421	100,0

Организации, руководители и специалисты которых приняли участие в исследовании<sup>1</sup>:

1. АУ Качканарского ГО «Физкультурно-оздоровительный комплекс»
2. Библиотека г. Екатеринбург
3. ГАПОУ СО «Баранчинский электромеханический техникум»
4. ГАПОУ СО «Белоярский многопрофильный техникум»
5. ГАПОУ СО «Богдановичский политехникум»
6. ГАПОУ СО «Высокогорский многопрофильный техникум»
7. ГАПОУ СО «ЕТХМ»
8. ГАПОУ СО «ИМТ»
9. ГАПОУ СО «Каменск-Уральский агропромышленный техникум»
10. ГАПОУ СО «Каменск-Уральский радиотехнический техникум»
11. ГАПОУ СО «Нижнетагильский железнодорожный техникум»
12. ГАПОУ СО «Нижнетагильский торгово-экономический колледж»
13. ГАПОУ СО «Первоуральский политехникум»
14. ГАПОУ СО «Полипрофильный техникум им.О.В. Терёшкина»
15. ГАПОУ СО «Свердловский областной педагогический колледж»
16. ГАПОУ СО «ССЭТ «Родник»
17. ГАПОУ СО «Сухоложский многопрофильный техникум»
18. ГАПОУ СО «Тавдинский техникум им. А.А. Елохина»
19. ГАПОУ СО «ТИПУ «Кулинар»
20. ГАПОУ СО «УГК им. И.И.Ползунова»
21. ГАПОУ СО «Уральский политехнический колледж – МЦК»
22. ГАПОУ СО ИГРТ
23. ГАПОУ СО УКТП «Уральский колледж технологий и предпринимательства»
24. ГАПОУ СО «Полипрофильный техникум» г.Лесной
25. ГАСУСО СО «Верхнестуринский ДИ»
26. ГАСУСО СО «Пансионат «Семь ключей»
27. ГАСУСО СО «Свердловский психоневрологический интернат»
28. ГАСУСО СО «Тагильский пансионат»
29. ГАУ «Алапаевский ПНИ»
30. ГАУ «Березовский ПНИ»
31. ГАУ «КЦСОН «Забота» Белоярского района»
32. ГАУ «КЦСОН «Надежда» г. Красноуральска»
33. ГАУ «КЦСОН «Осень» города Первоуральска»
34. ГАУ «КЦСОН Ачитского района»
35. ГАУ «КЦСОН Верхотурского района»
36. ГАУ «КЦСОН г. Алапаевска и Алапаевского района»
37. ГАУ «КЦСОН г. Волчанска»
38. ГАУ «КЦСОН г. Лесной»
39. ГАУ «КЦСОН г. Нижний Тагил»
40. ГАУ «КЦСОН города Асбеста»

---

<sup>1</sup> От одной организации могли принять участие несколько экспертов

41. ГАУ «КЦСОН города Каменска-Уральского»
42. ГАУ «КЦСОН города Краснотурьинск»
43. ГАУ «КЦСОН города Серова»
44. ГАУ «КЦСОН Камышловского района»
45. ГАУ «КЦСОН Ленинского района г. Екатеринбурга»
46. ГАУ «КЦСОН Невьянского района»
47. ГАУ «КЦСОН Новолялинского района»
48. ГАУ «КЦСОН Октябрьского района г.Екатеринбурга»
49. ГАУ «КЦСОН Пригородного района»
50. ГАУ «КЦСОН Пышминского района»
51. ГАУ «КЦСОН Слободо-Туринского района»
52. ГАУ «КЦСОН Сухоложского района»
53. ГАУ «КЦСОН Сысертского района»
54. ГАУ «КЦСОН Таборинского района»
55. ГАУ «КЦСОН Тагилстрояевского района города Нижний Тагил»
56. ГАУ «КЦСОН Туринского района»
57. ГАУ «КЦСОН Туринского района», ОСР (временный приют)
58. ГАУ «РЦ «Лювена» Кировского района города Екатеринбурга»
59. ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбург»
60. ГАУ «РЦ Дзержинского района города Нижний Тагил»
61. ГАУ «РЦ Дзержинского района»
62. ГАУ «Серовский ДИ»
63. ГАУ «СРЦН «Золушка» Тавдинского района»
64. ГАУ «СРЦН Артинского района»
65. ГАУ «СРЦН Ачитского района»
66. ГАУ «СРЦН Верхнесалдинского района»
67. ГАУ «СРЦН г. Лесного»
68. ГАУ «СРЦН г. Североуральска»
69. ГАУ «СРЦН Пышминского района»
70. ГАУ «СРЦН Ревдинского района»
71. ГАУ «СРЦН Талицкого района»
72. ГАУ «СРЦН Тугулымского района»
73. ГАУ «Тавдинский ПНИ»
74. ГАУ «Талицкий пансионат»
75. ГАУ «Уктусский пансионат»
76. ГАУ «ЦСПСиД Артемовского района»
77. ГАУ «ЦСПСиД г. Алапаевска»
78. ГАУ «ЦСПСиД г. Богдановича»
79. ГАУ «ЦСПСиД г. Красноуфимска и Красноуфимского района»
80. ГАУ «ЦСПСиД г. Нижняя Тура»
81. ГАУ «Щелкунский ПНИ»
82. ГАУ ДО СО «ДШИ г. Серова»
83. ГАУ СО «Спортивно-адаптивная школа»
84. ГАУ СО СО «КЦСОН «Золотая осень» города Нижнего Тагила»
85. ГАУЗ СО «Артемовская ЦРБ»

86. ГАУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»
87. ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
88. ГАУК СО «ИКЦ г. Первоуральск»
89. ГАУК СО «Музей истории камнерезного и ювелирного искусства
90. ГАУК СО «СГДФ»
91. ГАУК СО «СОУНБ им. В.Г. Белинского»
92. ГАУК СО «Уральский государственный военно-исторический музей»
93. ГАУК СО «Уральский центр народного искусства»
94. ГАУК СО НГИАМ
95. ГАУК СО Центр традиционной народной культуры Среднего Урала
96. ГАУСО «КЦСОН Малахит»
97. ГАУСО СО «Ирбитский центр социальной помощи семье и детям»
98. ГАУСО СО «КЦСОН «Изумруд» города Кировграда»
99. ГАУСО СО «КЦСОН «Спутник» города Верхняя Пышма»
100. ГАУСО СО «КЦСОН Артинского района»
101. ГАУСО СО «КЦСОН г. Верхняя Салда»
102. ГАУСО СО «КЦСОН г. Ивделя»
103. ГАУСО СО «КЦСОН г. Ирбита и Ирбитского района»
104. ГАУСО СО «КЦСОН г. Карпинска»
105. ГАУСО СО «КЦСОН г. Нижний Тагил»
106. ГАУСО СО «КЦСОН г. Североуральска»
107. ГАУСО СО «КЦСОН города Асбеста»
108. ГАУСО СО «КЦСОН города Красноуфимска»
109. ГАУСО СО «КЦСОН города Нижняя Салда»
110. ГАУСО СО «КЦСОН города Полевского»
111. ГАУСО СО «КЦСОН Кировского района города Екатеринбурга»
112. ГАУСО СО «КЦСОН Ленинского района города Нижний Тагил»
113. ГАУСО СО «КЦСОН п. Рефтинский»
114. ГАУСО СО «КЦСОН Талицкого района»
115. ГАУСО СО «Новоуральский КЦСОН»
116. ГАУСО СО «РЦ города Каменска-Уральского»
117. ГАУСО СО «СРЦН города Каменска-Уральского»
118. ГАУСО СО «ЦСПСид «Отрада» г. Екатеринбург»
119. ГАУСО СО СРЦН Режевского района
120. ГБОУ СО «Байкаловская школа-интернат, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы»
121. ГБОУ СО «Верхнепышминская школа-интернат имени С. А. Мартиросяна»
122. ГБОУ СО «Верхнесинячихинская школа-интернат»
123. ГБОУ СО «Верхнетагильский центр ППМСП»
124. ГБОУ СО «Екатеринбургская школа №5»
125. ГБОУ СО «Екатеринбургская школа №9»
126. ГБОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат №11 реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы»
127. ГБОУ СО «Ивдельская школа-интернат»

128. ГБОУ СО «Ирбитская школа»
129. ГБОУ СО «Кировградская школа-интернат»
130. ГБОУ СО «Красноуральская школа»
131. ГБОУ СО «Красноуфимская школа»
132. ГБОУ СО «Красноуфимская школа-интернат»
133. ГБОУ СО «Михайловская школа-интернат»
134. ГБОУ СО «Нижнетагильская школа-интернат №2»
135. ГБОУ СО «Новолялинская школа»
136. ГБОУ СО «Новоуральская школа №2»
137. ГБОУ СО «НТШИ №1»
138. ГБОУ СО «Полевская школа»
139. ГБОУ СО «Ревдинская школа»
140. ГБОУ СО «Североуральская школа-интернат»
141. ГБОУ СО «Серовская школа-интернат»
142. ГБОУ СО «Сухоложская школа»
143. ГБОУ СО «Сысертская школа-интернат»
144. ГБОУ СО «Филатовская школа-интернат»
145. ГБОУ СО «ЦПМСС «Эхо»
146. ГБОУ СО «Черноусовская школа-интернат»
147. ГБОУ СО ЕШИ №13
148. ГБОУ СО Полевская школа
149. ГБПОУ СО «Свердловский колледж искусств и культуры»
150. ГБУ «СРЦН г.Асбеста»
151. ГБУ СО «Ирбитский ЦППМСП»
152. ГБУ СО «ЦППМСП «Лад»
153. ГБУК СО «НСМЗДЗНИ имени И. Д. Самойлова»
154. ГБУК СО «Свердловская областная специальная библиотека для слепых»
155. ГКУ «Алапаевский ЦЗ»
156. ГКУ «Березовский ЦЗ»
157. ГКУ «Верхнепышминский ЦЗ»
158. ГКУ «Екатеринбургский ЦЗ»
159. ГКУ «Ивдельский ЦЗ»
160. ГКУ «Ирбитский ЦЗ»
161. ГКУ «Каменск-Уральский ЦЗ»
162. ГКУ «Камышловский центр занятости»
163. ГКУ «Карпинский ЦЗ»
164. ГКУ «Лесной ЦЗ»
165. ГКУ «Невьянский ЦЗ»
166. ГКУ «Нижнетагильский ЦЗ»
167. ГКУ «Новолялинский ЦЗ»
168. ГКУ «Пышминский ЦЗ»
169. ГКУ «Ревдинский ЦЗ»
170. ГКУ «СРЦН «Заводоуспенский» Тугулымского района»
171. ГКУ «СРЦН «Красногорский» города Каменска-Уральского»

172. ГКУ «СРЦН «Синарский» города Каменска-Уральского»
173. ГКУ «СРЦН № 2 города Асбеста»
174. ГКУ «СРЦН №2 города Каменска-Уральского»
175. ГКУ «СРЦН Верхотурского района»
176. ГКУ «СРЦН города Березовского»
177. ГКУ «СРЦН города Богданович»
178. ГКУ «СРЦН Каменского района»
179. ГКУ «СРЦН Нижнесергинского района»
180. ГКУ «СРЦН Туринского района»
181. ГКУ «Туринский ЦЗ»
182. ГКУ Центр занятости г. Богданович
183. ГКУ Центр занятости населения г. Верхняя Салда
184. ГКУ «Нижнетуринский ЦЗН»
185. ГКУ «Тавдинский ЦЗН»
186. Департамент по труду и занятости населения Свердловской области
187. Детский сад
188. Детский сад №4 г. Арамилы
189. Ирбитский государственный музей мотоциклов
190. Каменск-Уральский ПНИ
191. Каменск-Уральский политехнический колледж
192. Кировский район
193. Кушвинский ЦЗ
194. МАДОУ «Детский сад № 9» г. Первоуральск
195. МАДОУ «Детский сад комбинированного вида № 4 «Солнышко» г. Арамилы
196. МАДОУ «Детский сад комбинированного вида №14» г. Камышлов
197. МАДОУ №52 «Рябинка» г. Верхняя Салда
198. МАОУ СОШ № 14 г. Екатеринбург
199. МАОУ СОШ № 3 г. Сысерть
200. МАОУ СОШ Сысертский район
201. МАУ «Спортивный клуб «Темп»
202. МАУ «физкультура и спорт»
203. МАУ ГО Богданович «МФСЦ "Олимп»
204. МАУ ДО «Слободо-Туринская ДЮСШ»
205. МАУ КГО «Центр ФКСиТ «Горняк»
206. МАУ ФОЦ Сокол г. Красноуфимск
207. МБДОУ ПГО детский сад г. Полевской
208. МБОУ ДО «ДЮСШ» г. Верхняя Салда
209. МБОУ ПГО «Детский сад 69» г. Полевской
210. МБОУ СОШ № 18 г. Екатеринбург
211. МБУ «СК «Кедр» НГО
212. МБУ «Физкультурно-спортивный центр» МО Алапаевское
213. Министерство здравоохранения Свердловской области
214. Министерство культуры Свердловской области
215. Министерство физической культуры и спорта Свердловской области

216. Нижнесинячихинский музей-заповедник деревянного зодчества и народного искусства им. И.Д. Самойлова
217. Свердловская Областная библиотека для детей и молодежи им. В. П. Крапивина
218. Свердловская Государственная Академическая Филармония
219. Свердловский Государственный Областной Дворец народного творчества
220. СРЦН Каменского района
221. Управление социальной политики г. Красноуральск
222. Управление социальной политики № 11 г. Сухой Лог
223. Управление социальной политики №1 г. Алапаевск
224. Управление социальной политики №16 г. Кушва
225. Управление социальной политики №2 г. Артемовский
226. Управление социальной политики №23 г. Екатеринбург
227. Управление социальной политики №3 г. Красноуфимск
228. Управление социальной политики г. Екатеринбург
229. Управление социальной политики г. Каменск-Уральский

**3) Количественная стратегия исследования: опрос инвалидов  
(стандартизированные интервью)**

В качестве объекта исследования выступили:

1. жители Свердловской области, имеющие статус инвалида (их законные или уполномоченные представители) – 126 человек,
2. родители детей-инвалидов – 135 человек.

**Таблица 6.**

**Подгруппа респондентов по статусу инвалидности**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по массиву</b>
Взрослые, имеющие инвалидность	126	48,3
Родители детей-инвалидов	135	51,7
Итого:	261	100,0

В ходе исследования были опрошены респонденты, имеющие разные группы инвалидности:

**Таблица 7.**

**Группа инвалидности у респондентов**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по массиву в целом</b>
1	26	10,0
2	68	26,31
3	55	21,1
Ребенок-инвалид	112	42,9
Итого:	261	100,0

Для участия в социологическом исследовании привлекались люди с инвалидностью, имеющие различные ограничения жизнедеятельности, в том числе акцент делался на привлечение к опросу инвалидов с минимальной степенью активности и участия в общественной жизни, нуждающихся в реабилитационных и абилитационных мероприятиях. Опрошенные инвалиды имеют следующие ограничения жизнедеятельности:

**Таблица 8.**

**Распределение опрошенных по ограничениям жизнедеятельности**

	<b>Категория</b>		<b>По массиву в целом:</b>
	<b>Взрослые-инвалиды</b>	<b>Дети-инвалиды</b>	
Способность к трудовой деятельности	38,9	44,4	41,8
Способность к самообслуживанию	35,7	45,2	40,6
Способность к передвижению	45,2	30,4	37,5
Способность к обучению	19,0	51,9	36,0
Способность к общению	18,3	50,4	34,9
Способность к контролю за своим поведением	10,3	44,4	28,0
Способность к ориентации	15,9	33,3	24,9
			243,7*

\* Сумма больше 100%, т.к. каждый респондент мог указать несколько видов ограничений

### **3. ПОЛОВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОПРОШЕННЫХ ИНВАЛИДОВ (РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ)**

Гендерное и возрастное распределение участников опроса представляет различные социально-демографические категории граждан, имеющих инвалидность, или детей-инвалидов.

### 3.1. Социально-демографическая структура опрошенных взрослых инвалидов

Среди опрошенных представлены все половозрастные категории. Смещение в более старшие возрастные группы соответствует увеличению доли людей с инвалидностью в более старших возрастных группах.

**Таблица 9.**

**Распределение опрошенных взрослых инвалидов по половозрастным группам (абс. цифры и % от числа опрошенных взрослых инвалидов)**

	18-29	30-45	46-60	61 и ст	По подмассиву взрослых
<b>Мужской</b>	3 2,4%	10 7,9%	14 11,1 %	16 12,7%	<b>43</b> 34,1%
<b>Женский</b>	9 7,1%	23 18,3%	20 15,9%	31 24,6%	<b>83</b> 65,9%
<b>По массиву в целом</b>	12 9,5%	33 26,2%	34 27,0%	47 37,3%	<b>126</b> 100,0%

Уровень образования среди участников опроса, имеющих инвалидность.

**Таблица 10.**

**Распределение опрошенных взрослых инвалидов по уровню образования**

	Число опрошенных	% по подмассиву взрослых инвалидов
Неполное среднее или ниже	6	4,8
Среднее общее (школа)	23	18,3
Начальное профессиональное (ПТУ, лицей и т.п.)	15	11,9
Среднее специальное (ссуз, техникум, колледж, медицинское училище и т.п.)	50	39,7
Незаконченное высшее (обучение в вузе без получения диплома)	4	3,2
Высшее (диплом специалиста, бакалавра, магистра и т.п.)	26	20,6
Затруднились ответить	2	1,6
<b>Итого:</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

Уровень материальной обеспеченности участников исследования, имеющих инвалидность.

Таблица 11.

**Распределение опрошенных взрослых инвалидов по уровню  
материального положения**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по подмассиву взрослых инвалидов</b>
Могут ни в чем себя не ограничивать	4	3,2
Кроме необходимого, могут позволить себе дорогие покупки	20	15,9
Денег хватает на еду и одежду	55	43,7
Денег хватает только на еду	27	21,4
Еле сводят концы с концами, не хватает даже на еду	9	7,1
Отказ ответить	11	8,7
<b>Итого:</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

### 3.2. Социально-демографическая структура опрошенных родителей детей-инвалидов

Гендерные характеристики опрошенных родителей детей-инвалидов соответствуют степени участия матерей и отцов в решении вопросов лечения и социализации детей: следовательно, женщины более активно представлены в выборочной совокупности.

Основной возраст опрошенной категории родителей определяется наличием у большинства детей несовершеннолетнего возраста.

Таблица 12.

**Распределение опрошенных родителей по половозрастным группам  
(абс.цифры и % от числа опрошенных родителей детей-инвалидов)**

	<b>18-29</b>	<b>30-45</b>	<b>46-60</b>	<b>61 и ст</b>	<b>По подмассиву родителей</b>
<b>Мужской</b>	5 3,7%	6 4,4%	1 0,7%	0 0,0%	<b>12</b> 8,9%
<b>Женский</b>	6 4,4%	90 66,7%	24 17,8%	3 2,2%	<b>123</b> 91,1%
<b>По массиву в целом</b>	11 8,1%	96 71,1%	25 18,5%	3 2,2%	<b>135</b> 100,0%

Среди опрошенных родителей 66% имеют ребенка-инвалида мальчика, 34% девочку.

Возрастная структура детей-инвалидов представлена следующим образом:

**Таблица 13.**

**Распределение опрошенных родителей по возрасту детей  
(абс.цифры и % от числа опрошенных родителей детей-инвалидов)**

Возраст ребенка	Число опрошенных	% по подмассиву родителей
0-3	4	3,0
4-7	25	18,5
8-10	34	25,2
11-15	48	35,6
16-17	10	7,4
18 и старше	14	10,3
Итого	135	100,0

Из социально-демографических показателей также фиксировался уровень образования и материальное положение семьи.

**Таблица 14.**

**Распределение опрошенных родителей по уровню образования**

	Число опрошенных	% по подмассиву родителей
Неполное среднее или ниже	2	1,5
Среднее общее (школа)	12	8,9
Начальное профессиональное (ПТУ, лицей и т.п.)	11	8,1
Среднее специальное (ссуз, техникум, колледж, медицинское училище и т.п.)	45	33,3
Незаконченное высшее (обучение в вузе без получения диплома)	4	3,0
Высшее (диплом специалиста, бакалавра, магистра и т.п.)	91	45,2
Итого:	135	100,0

Уровень материальной обеспеченности участников исследования.

**Таблица 15.**

**Распределение опрошенных родителей по уровню материального положения**

	<b>Число опрошенных</b>	<b>% по подмассиву родителей</b>
Могут ни в чем себя не ограничивать	0	0
Кроме необходимого, могут позволить себе дорогие покупки	17	12,6
Денег хватает на еду и одежду	86	63,7
Денег хватает только на еду	16	11,9
Еле сводят концы с концами, не хватает даже на еду	5	3,7
Отказ ответить	11	8,1
Итого:	135	100,0

**Структура отчета** разработана с учетом поставленных задач и используемых блоков эмпирических индикаторов.

**Обработка данных**, полученных в результате проведения полевых работ на территории муниципальных образований Свердловской области, в программе SPSS.

Согласно Технического Задания в исследовании должны быть представлены интересы «Всероссийской организации родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями».

В процессе исследования ВОРДИ выступала одной из трех баз, где была организована и проведена дискуссионная фокус группа с общим числом участников-экспертов 10.

Кроме того, в стандартизированном опросе было задействовано 54 родителей детей инвалидов, состоящих в ВОРДИ.

Таким образом, общее число респондентов, представляющих интересы ВОРДИ составило 64 человека, что позволяет считать, что данное условие реализации проекта выполнено.

В отчете приняты следующие сокращения:

ДФГ1 – дискуссионная фокус-группа, проведенная на базе Областного центра реабилитации инвалидов.

ДФГ2 – дискуссионная-фокус-группа, проведенная на базе ГАУСО СО «КЦСОН города Полевского».

ДФГ3 – дискуссионная-фокус-группа, проведенная на базе ВОРДИ.

## Раздел 1. Оценка сформированности (эффективности) системы межведомственного взаимодействия

---

В качестве базовых концептуальных ориентиров социологического исследования при определении категории «межведомственное взаимодействие» выступают следующие нормативные и теоретико-методологические основания:

1) Согласно статье 28 Федерального закона №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в российской Федерации»<sup>2</sup> межведомственное взаимодействие при организации социального обслуживания в субъекте Российской Федерации и социального сопровождения осуществляется на основе регламента межведомственного взаимодействия, определяющего содержание и порядок действий органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации, установленных настоящим Федеральным законом. Регламент межведомственного взаимодействия определяет:

1. перечень органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих межведомственное взаимодействие;
2. виды деятельности, осуществляемой органами государственной власти субъекта Российской Федерации;
3. порядок и формы межведомственного взаимодействия;
4. требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, в том числе в электронной форме;
5. механизм реализации мероприятий по социальному сопровождению, в том числе порядок привлечения организаций к его осуществлению;
6. порядок оценки результатов межведомственного взаимодействия.

2) межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (Система) должно обеспечивать функционирование методологических, методических, правовых, финансовых и организационных компонентов (в т.ч. организаций), обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы<sup>3</sup>;

3) межведомственное взаимодействие различных субъектов может обладать определенной спецификой и направленностью. Так, межведомственное взаимодействие на уровне органов исполнительной власти предполагает выделение содержательных элементов: а) субъекты, которые представляют собой системную совокупность ОИВ (различных уровней исполнительной власти); б) строго определенный объект межведомственного взаимодействия ОИВ при осуществлении государственных функций; в)

---

<sup>2</sup> <https://docs.cntd.ru/document/499067367>

<sup>3</sup> Отчет по государственному контракту № 16-К-13-185 от 24 августа 2016 года на оказание услуг по разработке модели межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение. – Санкт-Петербург, 2016. URL: [https://ocri.ru/upload/userfile/Model\\_mezhvedomstvennoe\\_vzaimodeystvie.pdf](https://ocri.ru/upload/userfile/Model_mezhvedomstvennoe_vzaimodeystvie.pdf)

содержательный аспект, который состоит из соответствующего правового регулирования межведомственного взаимодействия ОИВ, а также реализации определенных административных процедур<sup>4</sup>. Такой подход может быть перенесен и на других субъектов МВВ;

4) понимание отдельных направлений реабилитации становится возможным только в рамках межведомственного взаимодействия. Например. «если понимать социокультурную реабилитацию именно как систему методологических, методических, правовых, финансовых и организационных компонентов (в том числе организаций), обеспечивающих реабилитационный процесс по восстановлению или наиболее полной компенсации имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности, а также вовлечение его в жизнь сообществ, общественную и гражданскую жизнь, то достигнуть высоких результатов возможно лишь на основе эффективного межведомственного взаимодействия»<sup>5</sup>.

5) межведомственное взаимодействие в качестве ключевой основы и задачи имеет обмен документами и информацией, в том числе в электронной форме, между органами исполнительной государственной власти, организациями различной ведомственной подчиненности в целях предоставления гражданам государственных и муниципальных услуг<sup>6</sup>;

б) стандартизация оценки эффективности системы реабилитации и абилитации осуществляется по нескольким направлениям, в том числе: сформированность комплексного подхода к организации системы реабилитации и абилитации, удовлетворенность инвалидов

---

4 Замолоцких Ю.Н. Межведомственное взаимодействие органов исполнительной власти Российской Федерации: теория, практика, перспективы развития. Диссертация на соискание ученой степени кандидат юридических наук. Воронеж, 2019. URL: [https://dekanat.bsu.edu.ru/f.php/1/disser/case/filedisser/filedisser/1392\\_Dissertaciya\\_Zamolockix\\_YU.N.pdf](https://dekanat.bsu.edu.ru/f.php/1/disser/case/filedisser/filedisser/1392_Dissertaciya_Zamolockix_YU.N.pdf)

5 Лошакова С.В. Межведомственная реализация культурно-просветительских и культурно-досуговых проектов в социокультурной реабилитации инвалидов: новый взгляд, инновационные решения // Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии. Материалы III научно-практической конференции с международным участием (26-27 ноября 2020 г.). Екатеринбург, 2020. С. 146-154.

6 Методические рекомендации по организации процесса межведомственного взаимодействия организаций здравоохранения, образования, занятости населения, социальной защиты, физической культуры и спорта по вопросам реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), индивидуальной программы ранней помощи в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, Свердловской области. – Екатеринбург, 2018.

реабилитационными мероприятиями, сформированность информационной базы региональной системы<sup>7</sup>;

7) целью межведомственного взаимодействия в рассматриваемой сфере является повышение эффективности реализации ИПРА для устранения (коррекции) у лица имеющих ограничения жизнедеятельности, сохранения (поддержания, повышения) уровня и качества его жизни<sup>8</sup>.

Задача по определению критериев сформированности и эффективности системы межведомственного взаимодействия была реализована через следующий ряд показателей:

1. определение критериев сформированности (эффективности) межведомственного взаимодействия;
2. выделение показателей повышения эффективности комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов;
3. оценка повышения эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области.

### **1.1. Критерии сформированности (эффективности) межведомственного взаимодействия**

Исследования 2019-20 гг. зафиксировали следующие тенденции в понимании «эффективности» системы межведомственного взаимодействия».

1. Большая часть экспертов рассматривали эффективность межведомственного взаимодействия в контексте эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации в целом. Такой подход является логическим продолжением их позиции по целям и принципам межведомственного взаимодействия. Также иерархия критериев обусловлена логикой клиентоориентированности: повышению качества и доступности услуг для инвалидов эксперты придавали существенно большее значение, чем снижению затрат организаций и ведомств, эти услуги оказывающих.

2. При определении эффективности межведомственного взаимодействия эксперты оперировали как количественными показателями (полнота, объем охвата мероприятиями и услугами), так и качественными (удовлетворенность, качество реализации ИПРА и т.д.).

---

7 ГОСТ Р 58259-2018 Реабилитация инвалидов. Оценка эффективности системы реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов. URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200161203>

8 Отчет о проделанной работе по разработке типовых нормативных правовых актов по организации межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, обеспечивающего систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, раннюю помощь, преимственность в работе с инвалидами, в том числе детьми - инвалидами, и сопровождение (по государственному контракту № 16-К-13-178 от 17 августа 2016 г.). URL: [https://ocri.ru/upload/userfile/Akty\\_mezhvedomstvennoe\\_vzaimodeystvie.pdf](https://ocri.ru/upload/userfile/Akty_mezhvedomstvennoe_vzaimodeystvie.pdf)

3. К критериям эффективности собственно межведомственного взаимодействия было отнесено использование сетевого взаимодействия и системы единого информирования.

4. Только треть представители данной экспертной группы связывали эффективность межведомственного взаимодействия с ресурсным обеспечением в целом или отдельными его элементами.

5. Значительная часть членов экспертной группы были склонны рассматривать эффективность в связке с категорией «результативность», что свидетельствовало об их отождествлении, сужении объема категории «эффективность», нивелировании связи с использованными ресурсами, в том числе экономического контекста.

Исходя из данных тенденций, в 2021 г. экспертам – респондентам стандартизированного опроса, были предложены возможные критерии для оценки собственно системы межведомственного взаимодействия, а также критерии для оценки системы комплексной реабилитации и абилитации.

Эксперты подтверждают основную идею о связанности сформированности системы МВВ и комплексной реабилитации: 60,1% полагают, что именно рост включенности инвалида в систему реабилитации свидетельствует об эффективности межведомственного взаимодействия.

Во вторую группу по значимости (41-48% выборов) были отнесены показатели сокращения времени (на получение необходимых документов и в решении вопросов инвалидов) и показатели роста информированности сотрудников реабилитационных учреждений (как по вопросам межведомственного взаимодействия, так и о самом инвалиде и его ИПРА).

В третью группу критериев (25-31%) попали факторы, связанные с удобством и эффективностью работы с информацией – создание системы Единого окна, скорость обработки информации об инвалиде и ее попадания в единую систему, стабильность работы информационной системы, рост скоординированности действий специалистов разных учреждений и расширение охвата МВВ всех субъектов реабилитационного процесса.

К наименее значимым показателям сформированности системы межведомственного взаимодействия были отнесены регулярность проведения межведомственных совещаний, снижение числа межведомственных конфликтов и рост числа межведомственных личных знакомств.

Таблица 16.

**Значимость показателей эффективности системы межведомственного взаимодействия в оценках экспертов**

Рост включенности инвалида в систему комплексной реабилитации и абилитации	60,1%
Сокращение времени, затрачиваемого на получение необходимых документов	48,7%
Рост информированности сотрудников реабилитационных учреждений по вопросам межведомственного взаимодействия	47,7%
Рост оперативности в решении проблем инвалидов, требующих межведомственной координации	43,5%
Увеличение объема информации, получаемой об инвалиде и его ИПРА	41,1%
Появление системы Единого окна, единого телефона поддержки	31,8%
Скорость обработки информации об инвалиде и ее внесения в единую информационную систему	27,6%
Рост скоординированности действий специалистов различных ведомств и учреждений	26,1%
Рост охвата межведомственным взаимодействием всех участников системы реабилитации	25,7%
Стабильность работы информационной системы	25,7%
Рост количества знакомств со специалистами из учреждений других ведомств	21,4%
Снижение числа проблем, межведомственных конфликтов в процессе оказания реабилитационных услуг	20,4%
Регулярность проведения межведомственных совещаний, рабочих групп	14,0%

Перед экспертами – участниками дискуссионных фокус групп была поставлена более сложная задача: сформулировать критерии оценки сформированности МВВ.

Рассуждая об оценке сформированности системы межведомственного взаимодействия, эксперты опираются на несколько ключевых аспектов:

1. Определение субъекта оценивания. В качестве такого могут выступать:

- Люди с инвалидностью: выступая как конечные потребители данных услуг, они устанавливают свои представления об их результативности и эффективности;
- Органы исполнительной власти, учредители: они изначально могут задать критерии оценивания, и тогда самим учреждениям также «задана» и понятна эта процедура оценивания;
- Руководители реабилитационных учреждений: система межведомственного взаимодействия, с одной стороны, входит в круг их контроля, а с другой – должна позволять им эффективнее справляться с поставленными задачами.

## 2. Определение критериев сформированности системы межведомственного взаимодействия.

В ходе дискуссий неоднократно указывалось, что утвержденного перечня данных критериев нет, и участники не оперируют данным понятием в своих повседневных профессиональных практиках. Часть экспертов уходила от ответа, в том числе мотивируя, что такой сложный вопрос требует предварительной подготовки, обсуждения с коллегами.

В этом контексте активная включенность экспертов собственно в реализацию данного процесса может мешать им предлагать объективные критерии и оценивать: *«На сегодняшний день мы на эмоциональном уровне можем это оценить, а вот именно раз нет критериев, которые изложены вот именно по межведду – это будет неэтично и некорректно» (ДФГ2, соцащита).*

Еще одним фактором, препятствующим объективности предлагаемых критериев, может выступать различие в позициях разных субъектов взаимодействия: поскольку деятельность различных учреждений определяется внутриведомственными документами и стандартами, то это будет закономерно определять и различие взглядов на критерии оценивания: *«Некорректно вообще давать эту оценку, потому что я так отработала, культура считает так. Если мы каждый будем сами себя оценивать в рамках себя, тут мы можем сказать, да, у нас есть стандарты оказания услуг, у нас есть требования определенные» (ДФГ2, соцащита).* Следовательно, и разработка этих критериев может быть реализована только в рамках межведомственного взаимодействия.

Среди критериев, которые были обозначены экспертами, необходимо обозначить следующие:

- Информированность инвалидов в двух контекстах: 1) отсутствие у него вопросов, проблем с получением информации, ответов на свои вопросы, 2) понимание им своего реабилитационного маршрута.

*«Система будет сформирована, на мой взгляд, тогда, когда у человека не возникает вопросов. Т.е. он попал в ситуацию инвалидности и всё, он ничего не спрашивает, не гуглит, не ищет, и его всё повели, его из рук в руки передают. Он путь понимает» (ДФГ1, соцащита).*

- Отсутствие у инвалида нерешенных проблем, а также необходимости самому решать свои проблемы, связанные с реабилитацией.

*«Если у человека возникла проблема, и он вынужден решать все свои проблемы сам - межведомственного взаимодействия нет. Если у человека возникла проблема, и он обращается в организацию, и у него появляется решение его проблемы за счет того, что все регламентировано через определенные программы – межведомственное взаимодействие есть» (ДФГ3, соцащита).*

*«У нас нет звонков от родителей, нет сообщений, нет показателя того, что есть какая-то проблема» (ДФГ3, соцащита).*

- Снижение затрат (временных, трудовых) на оформление и сбор документов. Обратим внимание, что пандемия усилила и значимость этого фактора, и скорость его формирования.

*«К счастью сейчас уже... полегче... помочь инвалиду собрать документы для того, чтобы он был признан нуждающимся в социальном обслуживании..., вот тут вот межвед, да» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Пандемия, как бы сказать, не совсем прошла без пользы в плане межведомственного взаимодействия, потому что есть некоторые моменты, которые стали делать в режиме онлайн, спокойно. Та же выписка рецептов, тоже жизнь облегчила в здравоохранении. Т.е. это вынужденная мера, старались сократить посещение поликлиники людьми как с социальными работниками, чтобы не было контакта с больными людьми, в результате мы сейчас проще получаем препараты для клиентов. (ДФГ1, соцзащита).*

Отметим, что этот критерий активно упоминается в контексте улучшения ситуации взаимодействия с учреждениями здравоохранения: *«Возможность достижения целей, сокращение времени к достижению цели. Т.е. я помню те времена, что с медициной боролись, чтобы они нам дали в принципе заключение, что человек нуждается в социальном обслуживании, сейчас такого нет. Сейчас спокойно все это... И мне зам глав врача, который билась со мной, она сейчас мне говорит, что мы с Вами будем общаться, запишите мой сотовый телефон и всё, можно я буду Вам звонить. Вот это вот для меня, я считаю, очень большая подвижка, и, я считаю, в этом эффективность заключается» (ДФГ1, соцзащита).*

- Возможность руководителю (специалистам) более эффективно (легко) выполнять поставленные задачи.

*«Мне как руководителю уже легче жить, что мне не надо спрашивать какие-то справки, мне не надо посылать работников, чтобы они сидели в очередях, бегали и т.д. Я все это получила, спокойно оформила документы» (ДФГ1, соцзащита).*

*«Для меня вот это важно, потому что, когда звонишь инвалиду, который вновь получил инвалидность, человеку, человек с этим не сжился, не свыкся, он еще не принял это, некоторые долго принимают. Если ты знаешь, что ему надо, что ему рекомендовано, скажем так, ты уже разговор начинаешь с конкретики какой-то, не льешь воду» (ДФГ1, соцзащита).*

- Экономия времени (специалистов), возможность за тот же временной период оказать услугу более качественно и выполнить больший объем.

*«Меньше затрачивается времени по документам, т.е. более лояльно стали системы между собой... настолько быстрее это все делается, зарегистрировать и все такое. Человек если знает уже, что сделать, т.е. ему большим объемом можно обхватить людей, меньше затрачено времени, и с пользой человеку» (ДФГ1, соцзащита).*

- Увеличение объема охвата инвалидов реабилитационными мероприятиями.

*«Если говорить про количественные, то тогда здесь количество участников, количество социальных партнеров, количество мероприятий и т.д.» (ДФГ1, культура).*

- Реализация идеи интеграционного консультанта, куратора случая.

*«Тогда (при наличии интеграционного консультанта) уже будет понятно, что действительно все сферы, которые ему (инвалиду) были предложены, он ими воспользовался. Вот это эффективность этого межведа» (ДФГ2, культура).*

- Индивидуализация подхода к инвалиду.

*«Персонализация к каждому ребенку» (ДФГ3, благ.фонд).*

- Внутреннее чувство удовлетворенности работой.

*«Как я так понимаю, да, я удовлетворена, чувство удовлетворенности» (ДФГ2, соцзащита).*

3. В качестве отдельного направления оценивания системы межведомственного взаимодействия рассматривается проблема преодоления разобщенности между медицинской (в том числе МСЭ) и немедицинской реабилитацией, формирование единства в понимании целей и задач, определение взаимоприемлемых механизмов.

*«Не должно быть разорванности между медицинской реабилитацией и социальной, и культурной, наконец» (ДФГ1, культура).*

*«МСЭ это же госслужба, они все работают по регламенту... и фактор незнания, я считаю, и нежелания узнать. Я имею в виду, что по регламенту они достигли цели: либо выдали (заключение об инвалидности), либо отказали. И на этом у них завершилось. Это нам надо, это мы бьемся, чтобы человек пошел в общество слепых, пошел в службу занятости, пошел получить социокультурную реабилитацию, пошел получать к нам социальную реабилитацию. Вообще понял, что это такое... Цель, цель у них другая, у них функционал другой» (ДФГ1, соцзащита).*

*«Здравоохранение это самое сложное. У нас есть проблемы, которые годами не решаются. Например, вопрос по онкологической помощи» (ДФГ3, соцзащита).*

Отметим, что задача интеграция медицинской реабилитации в систему межведомственного взаимодействия активно ставится и другими специалистами в данной сфере. Л.И. Мяконькая и Е.А. Сидоренко подчеркивают, что «в комплексе мер по созданию СДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами ставится задача организации порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, включающая синхронизацию информационных систем в соответствующих сферах, способы и объем передачи необходимой

информации о состоянии гражданина... Критерием качественного межведомственного взаимодействия должно стать создание межведомственной комиссии как координирующего органа, как главного механизма по осуществлению основных составляющих СДУ»<sup>9</sup>. В этом же контексте ставят задачу Е.Э. Лайковская, М.В. Лосева и К.А. Тимофеев: «Медицинская реабилитация не всегда в полной мере может полноценно интегрироваться в систему комплексной реабилитации в рамках межведомственного взаимодействия в силу несовершенства нормативно-правовой базы, недостатка квалифицированного персонала и должного финансирования данной сферы медицины»<sup>10</sup>.

## **1.2. Критерии оценки эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов**

Межведомственное взаимодействие рассматривается как инструмент и основа формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Так, оценивая результаты SWOT-анализа системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, Е.Э. Лайковская и другие эксперты<sup>11</sup> указывают, что в качестве организационной основы КРАИ сформирован порядок межведомственного взаимодействия, а в качестве методической основы – алгоритмы формирования межведомственного маршрута для граждан, впервые получивших инвалидность. Ряд авторов также рассматривает нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, регулирующие межведомственное взаимодействие в данной области, в качестве структурных элементов системы комплексной реабилитации.<sup>12</sup>

---

9 Мяконькая Л.И., Сидоренко Е.А. Опыт организации межведомственного взаимодействия органов социального обслуживания и здравоохранения в рамках внедрения элементов системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами // Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии. Материалы III научно-практической конференции с международным участием (26-27 ноября 2020 г.). Екатеринбург, 2020. С. 181-196.

10 Лайковская Е.Э., Лосева М.В., Тимофеев К.А. Роль и место медицинской реабилитации в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов // Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии. Материалы III научно-практической конференции с международным участием (26-27 ноября 2020 г.). Екатеринбург, 2020. С. 138-146.

11 Лайковская Е.Э., Владимирова О.Н., Афонина К.П., Злоказов А.В., Любушкина Т.Л. Оценка результативности формирования системы комплексной реабилитации в Свердловской области: влияние пилотного проекта // Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation. Russian journal. 2020. №23 (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-rezultativnosti-formirovaniya-sistemy-kompleksnoy-reabilitatsii-v-sverdlovskoy-oblasti-vliyanie-pilotnogo-proekta/viewer> \.

12 Бронников В.А., Григорьева М.И. Система реабилитации людей с инвалидностью: социологический анализ (на материалах Пермского края) // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-

Поскольку, как было показано, основным опорным ориентиром при оценке эффективности межведомственного взаимодействия выступает эффективность собственно системы реабилитации, экспертам, представляющим организации и органы местного самоуправления, было предложено обозначить наиболее важные критерии, по которым можно судить о росте эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов.

Два основных показателя повышения эффективности системы реабилитации – увеличение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями (48,9%) и рост удовлетворенности самих инвалидов (46,8%).

В верхнюю, более значимую часть рейтинга, в основном попали показатели, связанные с качеством предоставляемых услуг и факторами, повышающими удовлетворенность услугами – уменьшение числа проблемных ситуаций (43,2%), рост качества услуг (37,8%), наличие возможности выбирать реабилитационное учреждение (37,5%).

В середине рейтинга два показателя, основанных на росте результативности реализации ИПРА (32,3%) и результативности как повышения интеграции инвалида в общество, роста его самостоятельности и активности (37,5%).

В нижней части рейтинга оказались показатели, в основе которых лежит ресурсный подход: снижение затрат различных ресурсов (финансовых, временных, материально-технических), оптимизация соотношения затраченных ресурсов и результативности. При этом ресурсы организации воспринимаются как менее значимый фактор в оценке эффективности, чем ресурсы инвалидов.

Таблица 17.

**Значимость показателей эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации в оценках экспертов**

Повышение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями	48,9%
Рост удовлетворенности самих инвалидов системой реабилитации и абилитации	46,8%
Уменьшение количества нерешенных (нерешаемых) проблем инвалидов	43,2%
Рост информированности инвалидов по вопросам реабилитации и абилитации	41,3%
Рост качества реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	37,8%
Наличие у инвалида возможности выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий	37,5%
Рост интеграции инвалида (ребенка-инвалида) в общество	37,1%
Рост результативности реализации ИПРА	32,3%
Рост объема получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	29,2%
Снижение временных затрат инвалидов	26,4%
Рост спектра получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	23,5%
Снижение финансовых затрат инвалидов	22,6%
Снижение временных затрат сотрудников организаций	22,3%
Оптимизация соотношения результата реабилитации и затраченных на нее ресурсов	15,0%
Снижение затрат материально-технических ресурсов организаций	10,5%
Снижение финансовых затрат организаций	10,2%
Снижение кадровых затрат организаций	8,1%

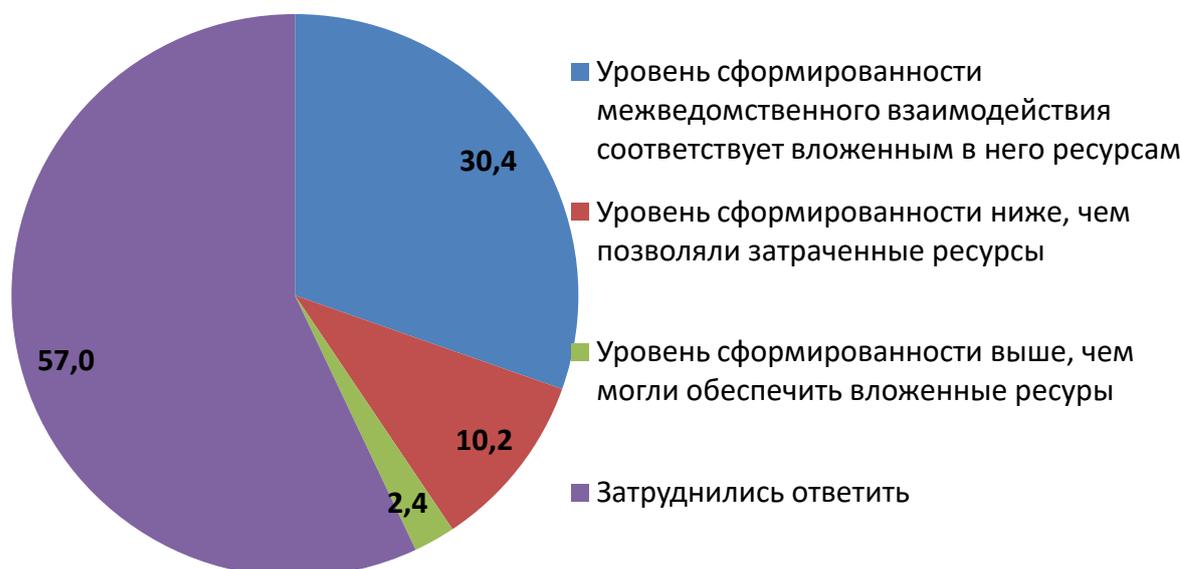
### 1.3. Эффективность как соотношение результатов и затраченных ресурсов

Для большинства экспертов ресурсный подход здесь и далее вызывает определенные затруднения. Только 43% экспертов смогли выразить свое мнение по вопросу соотношения ресурсов, затраченных на обеспечение процесса формирования и развития межведомственного взаимодействия, и его результативности. Отметим, что уровень информированности не зависит от должности, занимаемой экспертом, не отличается у руководителей и специалистов учреждений.

Среди содержательных ответов преобладает мнение о соответствии уровня сформированности системы МВВ и вложенных ресурсов. Только 2,4% экспертов полагают, что достигнутый результат выше того, что можно было ожидать при затраченных ресурсах. 10,2% уверены, что система межведомственного взаимодействия не вышла на тот уровень сформированности, который позволяли достичь вложенные ресурсы.

**График 3.**

**Соотношение достигнутого в муниципальном образовании уровня сформированности межведомственного взаимодействия и затраченных ресурсов, в %**



Сфера деятельности эксперта оказывает определенное влияние на оценивание эффективности в рамках ресурсного подхода. В сферах физической культуры и спорта, культуры, органов местного самоуправления эксперты чаще указывают на паритет результатов и затраченных ресурсов. На недостижение того уровня, который обеспечивали вложенные ресурсы, чаще указывают в здравоохранении и социальной защите населения. Ни один эксперт из органов местного самоуправления не указал на расхождение результатов и ресурсов.

Выраженного различия в ответах экспертов из разных управленческих округов не выявлено.

Таблица 18.

**Оценка соотношения уровня сформированности системы МВВ и  
затраченных ресурсов в зависимости от сферы деятельности, в % по  
столбцам**

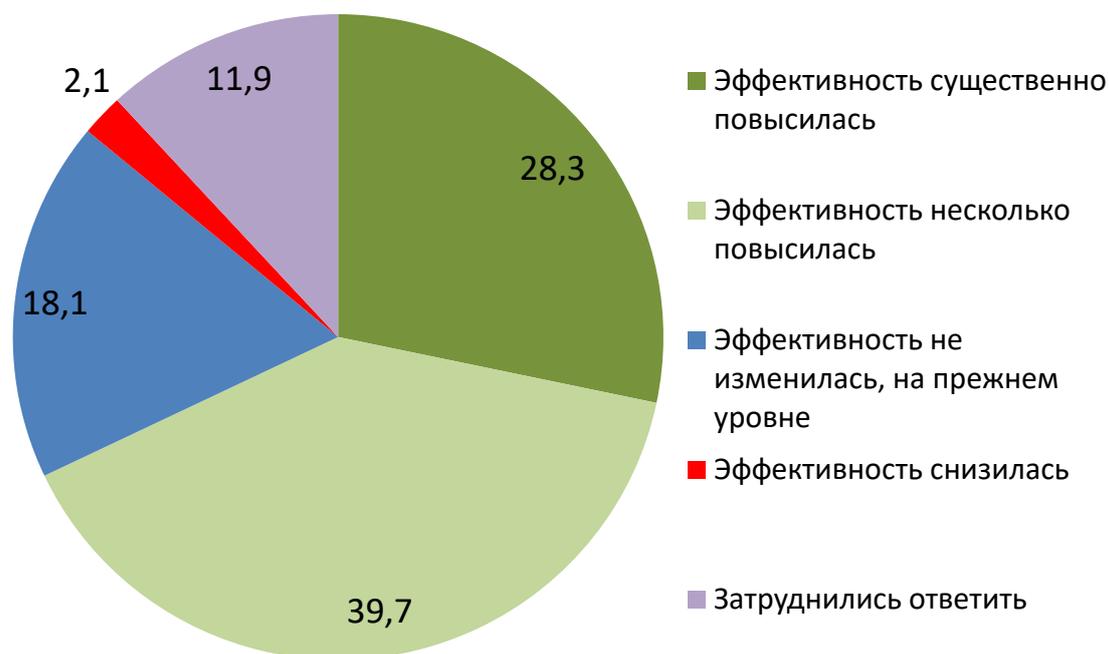
	Сфера деятельности						
	Здравоохранение	Образование	Социальная защита населения	Физкультура и спорт	Труд и занятость	Культура, искусство	Местное самоуправление
Уровень сформированности межведомственного взаимодействия соответствует вложенным в него ресурсам	20,0	27,9	27,0	55,6	27,6	47,4	45,5
Уровень сформированности ниже, чем позволяли затраченные ресурсы	20,0	8,7	12,4	3,7	10,3	5,3	0,0
Уровень сформированности выше, чем могли обеспечить вложенные ресурсы	0,0	4,8	1,3	0,0	0,0	10,5	0,0
Затруднились ответить	60,0	58,7	59,3	40,7	62,1	36,8	54,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

#### **1.4. Оценка изменения эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации**

68% экспертов полагают, что в настоящее время наблюдается повышение эффективности системы реабилитации и абилитации. 28,3% из них указывают на существенный рост эффективности. Практически отсутствует мнение о спаде эффективности (2,1%).

**График 4.**

**Оценка изменения эффективности системы реабилитации и абилитации экспертами**



Эксперты из Западного и Северного управленческих округов несколько реже указывают на рост эффективности реабилитации (за счет более высокой доли затруднившихся ответить и указывающих на стабильность ситуации). В Екатеринбурге и Горнозаводском округе нет экспертов, видящих ухудшение эффективности в сфере реабилитационных услуг.

**Таблица 19.**

**Характеристика изменения эффективности системы реабилитации и абилитации в зависимости от управленческого округа, в % по столбцам**

	Управленческий округ					
	Южный	Западный	Северный	Восточный	Горнозаводской	Екатеринбург
Эффективность существенно повысилась	31,5	28,4	27,1	23,8	28,8	31,7
Эффективность несколько повысилась	41,1	28,4	33,9	45,2	45,5	41,7
<b>ИТОГО ПОВЫСИЛАСЬ</b>	<b>72,6</b>	<b>56,8</b>	<b>61,0</b>	<b>69,0</b>	<b>74,3</b>	<b>73,4</b>
Эффективность не изменилась, на прежнем уровне	15,1	28,4	20,3	13,1	18,2	15,0
Эффективность снизилась	2,7	3,0	5,1	2,4	0,0	0,0
Затруднились ответить	9,6	11,9	13,6	15,5	7,6	11,7
<b>Итого:</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Сравнение показателей 2019 и 2021 гг. показывает, что стабильной остается доля экспертов, указывающих на существенное повышение эффективности системы комплексной реабилитации (28%). Произошло снижение доли видящих некоторые улучшения за счет их «перехода» в категорию оценивающих ситуацию на прежнем уровне.

**Таблица 20.**

**Характеристика изменения эффективности системы реабилитации и абилитации в 2019 г. и в 2021 г., в % по столбцам**

	<b>2019</b>	<b>2021</b>
Эффективность существенно повысилась	28,9	28,3
Эффективность несколько повысилась	47,9	39,7
Эффективность не изменилась, на прежнем уровне	7,9	18,1
Эффективность снизилась	0,5	2,1
Затруднились ответить	14,7	11,9

*Таким образом, большинство экспертов (68%) полагают, что в настоящее время наблюдается повышение эффективности системы реабилитации и абилитации. Основными показателями роста эффективности системы комплексной реабилитации выступают повышение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями, и рост удовлетворенности самих инвалидов системой реабилитации и абилитации.*

**1.5. Проблемные зоны в определении уровня сформированности системы межведомственного взаимодействия**

В то же время эксперты – участники фокус-групп указывают на ряд противоречий и трудностей в определении уровня сформированности (эффективности) системы межведомственного взаимодействия.

1. Различия межрегионального характера. Свердловская область, будучи участником Пилотного проекта, получила прекрасные стартовые условия, что продолжает ощущаться и в настоящее время.

*«У нас такая система... уникальная, такого нет в близлежащих территориях Уральского Федерального округа. Когда нас приглашают на конференции, показать вот этот вот опыт, то понимаем, что людям на самом деле интересно. На самом деле в бюрократической структуре очень трудно проверить, чтобы межвед был. На разных яках построено, на разных документах. Я думаю, что в Свердловской области нам это удастся делать. Сейчас этим всем Министерство соцполитики очень тесно занимается Федосеева Оксана Борисовна, она курирует это. Мы дальше двигаемся... У нас сейчас ситуация, что мы делаем программу, которая будет подцеплять к ИПРА до пяти, до трехлетнего возраста, и, в которую будут вливаться направления и структуры медицины на запрос реабилитации на детей,*

которые не имеют еще инвалидность, но у них уже есть основания быть потребителями этих вот услуг в системе ранней помощи Мы являемся лидерами, конференций у нас много проходит с Москвой, некоторые регионы заслушивают, когда спикерами выступает Свердловская область, говорят, что нужно двигаться» (ДФГ1, медицина).

2. Сложность выставления оценки уровня сформированности по фиксированной шкале «низкий, средний, высокий».

«Очень сложно оценивать (эффективность МВВ) по таким критериям: недостаточный, средний, высокий. Есть же промежуточные еще моменты. Я считаю, между средним и высоким... Т.е. есть к чему стремиться, но, тем не менее, определенное уже достигнуто. И это очень много, поверьте» (ДФГ1, соцзащита).

3. Неопределенность стартовой точки отсчета: до Пилота, после Пилота, до пандемии и т. п.

«Я работаю 17 лет руководителем. То, что было раньше и то, что было сейчас, это небо и земля» (ДФГ1, соцзащита).

4. Изменение основных механизмов взаимодействия в результате пандемии, что ставит под сомнение возможность сравнение уровня сформированности в столь разных внешних обстоятельствах.

«Пандемия очень ускорила процессы обмена информацией ... то, о чем мы мечтали. Поэтому сегодня, мне кажется, всю систему межведомственную нужно активно переводить в гибридное поле, чтобы у людей была возможность пользоваться ей как онлайн, так и офлайн. Потому что ситуация с ковидом сейчас будет постоянна... Нужно быть готовым к любому взаимодействию. Самое главное, что онлайн позволяет участвовать вот в этой системе тем людям, у которых нет возможности взять и поехать. Поэтому все-таки гибридные формы взаимодействия они очень важны. Сегодня, мне кажется, такая ситуация, что мы не имеем реального доступа к здравоохранению, центру занятости. Очень важно учесть в этой ситуации онлайн минимальные какие-то конференции на определенные темы. Самое главное, что нужно активно двигаться в этом направлении, переводить жизнь в онлайн площадку, потому что это удобно» (ДФГ1, общественные).

5. Невозможность сконструировать «теоретическую» оценку эффективности.

«Критерием истины является практика. Вот любой человек остановился с нарушением здоровья и тебе скажет: «Видим ли мы итоги? Нет, мы не видим их!» Если прошло почти четыре года и этого не произошло, то что-то не доделали!» (ДФГ3, благ.фонд).

«Система (о МВВ) создана, но она на сегодняшний день не работает так, как она должна работать, так как мы это каждый понимаем и видим» (ДФГ2, соцзащита).

## **1.6. Показатели роста эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации как следствие развития межведомственного взаимодействия**

Экспертам необходимо было обозначить те показатели изменений в системе реабилитации и абилитации в их муниципальном образовании, которые они связывают с формированием и развитием межведомственного взаимодействия.

Для людей с инвалидностью данное задание является достаточно сложным, превышающим порог их компетентности, поэтому они оценивали в целом те изменения, которые произошли в их процессе получения реабилитационных мероприятий за последний год.

Количество ответов, которые могли дать эксперты и инвалиды, не ограничивалось, можно было указать все наблюдаемые ими изменения. В среднем эксперты дали 3,4 ответа из 17 возможных. Среди людей с инвалидностью 45,9% указали, что никаких изменений за последний год в своем процессе реабилитации они не заметили. Остальные участники давали в среднем 1,4 ответа из 13 возможных. Такие невысокие показатели количества выбираемых ответов и у экспертов, и у инвалидов свидетельствуют о том, что процесс изменения реабилитационных услуг не имеет выраженного характера, проявляется лишь в некоторых аспектах, на которые и обращают внимание его участники.

В качестве основных проявлений развития межведомственного взаимодействия в реализации комплексной реабилитации эксперты указали: повышение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями (38%), рост информированности инвалидов по вопросам реабилитации (35,9%), рост удовлетворенности инвалидов (29,2%), уменьшение числа нерешенных и нерешаемых проблем инвалидов (28,7%).

Среди характеристик, которые в наименьшей степени указаны экспертами как наблюдаемые в настоящее время, можно выделить снижение кадровых, материально-технических и финансовых затрат организации (менее 10% выборов). То есть в рамках ресурсного подхода только временные затраты сотрудников снизились за последнее время (21,6%).

Таблица 21.

**Изменения в системе комплексной реабилитации и абилитации  
инвалидов в оценках экспертов, в %**

Повышение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями	38,0
Рост информированности инвалидов по вопросам реабилитации и абилитации	35,9
Рост удовлетворенности самих инвалидов системой реабилитации и абилитации	29,2
Уменьшение количества нерешенных (нерешаемых) проблем инвалидов	28,7
Наличие у инвалида возможности выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий	25,7
Рост интеграции инвалида (ребенка-инвалида) в общество	25,4
Рост результативности реализации ИПРА	22,1
Снижение временных затрат сотрудников организаций	21,6
Рост качества реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	21,6
Снижение временных затрат инвалидов	19,2
Рост объема получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	17,8
Рост спектра получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	15,7
Снижение финансовых затрат инвалидов	12,1
Оптимизация соотношения результата реабилитации и затраченных на нее ресурсов	10,5
Снижение финансовых затрат организаций	6,9
Снижение затрат материально-технических ресурсов организаций	4,8
Снижение кадровых затрат организаций	3,8

Анализ ответов людей с инвалидностью будет произведен на основании мнения тех участников исследования, которые в 2021 г. проходили реабилитационные мероприятия.

Основным проявлением изменений в системе реабилитации для инвалидов (родителей детей-инвалидов) стали два показателя: повышение социальной адаптации и активности (31,2%) и рост доступности информации о реабилитационных услугах (24,6%).

Все остальные изменения были отмечены 10-15% респондентов, что говорит об их невысокой распространенности, слабой наблюдаемости людьми с инвалидностью.

В этой подгруппе сохраняется высокая доля тех, кто не видит никаких позитивных изменений в системе реабилитации (39,7%).

Таблица 22.

**Изменения в системе комплексной реабилитации и абилитации  
инвалидов в оценках инвалидов, в %**

	Все опрошенные инвалиды	Инвалиды, проходившие реабилитацию в 2021 г.
Повысилась социальная адаптация, включенность в социум, расширился круг общения	25,9	31,2
Выросла доступность информации о реабилитационных услугах и правах инвалидов	21,6	24,6
Появилось понимание важности, значимости для реабилитации услуг учреждений немедицинской направленности	13,7	15,1
Повысился профессиональный уровень специалистов, которые оказывают реабилитационные услуги	13,3	15,1
Расширился спектр, разнообразие получаемых Вами реабилитационных услуг	12,5	14,1
Снизилась временные затраты на получение реабилитационных услуг	12,9	13,6
Увеличился объем, количество получаемых реабилитационных мероприятий	10,2	12,6
Повысилась обеспеченность техническими средствами реабилитации и абилитации	11,8	12,1
Появились новые эффективные методы и методики проведения реабилитационных мероприятий	10,6	11,1
Повысилось качество получаемых реабилитационных услуг	9,8	10,6
Появилась возможность выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий	8,2	10,1
Сократилось время, затрачиваемое на сбор всех необходимых документов	9,0	9,0
Снизилась финансовые затраты на получение реабилитационных услуг	7,1	7,0
Ничего не изменилось	45,9	39,7

При сравнении позиции экспертов и инвалидов можно отметить, что эксперты в целом выделяют больше позитивных последствий, среди экспертов нет тех, кто указал бы на полное отсутствие улучшений.

Также очевидна разница в расстановке первого приоритета, наиболее значимого показателя улучшения реальной ситуации для экспертов (рост числа охваченных инвалидов) и инвалидов (повышение социальной адаптации и участия). При этом второй по частоте проявления фактор – рост информированности – совпадает в этих категориях.

**Таблица 23.****Сравнение выбора экспертами и инвалидами показателей улучшений в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов по совпадающим критериям, в % по столбцам**

	<b>Эксперты</b>	<b>Инвалиды</b>
Снижение временных затрат инвалидов	19,2	12,9
Снижение финансовых затрат инвалидов	12,1	7,1
Рост качества реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	21,6	9,8
Рост объема получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	17,8	10,2
Рост спектра получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	15,7	12,5
Рост интеграции инвалида (ребенка-инвалида) в общество	25,4	25,9
Рост информированности инвалидов по вопросам реабилитации и абилитации	35,9	21,6
Наличие у инвалида возможности выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий	25,7	8,2

*Таким образом, понимание эффективности межведомственного взаимодействия, прежде всего, связано с представлением об эффективности и результативности процесса реабилитации в целом. Этот подход имеет устойчивое распространение и опирается на представлении о межведомственном взаимодействии как инструменте реализации комплексной реабилитации и абилитации.*

*Понятие эффективности рассматривается экспертами через количественные и качественные показатели. Часть экспертов приближают понимание эффективности межведомственного взаимодействия к идее эффективности как межведомственного информационного взаимодействия.*

## **Раздел 2. Оценка экспертами реальной практики функционирования и развития системы межведомственного взаимодействия в Свердловской области**

---

Эффективность межведомственного взаимодействия может быть оценена через два ключевых показателя: 1) через оценку самого межведомственного взаимодействия как инструмента (обмена информацией), 2) через оценку системы реабилитации в целом (основываясь на их содержательном единстве: целей, задач, принципов).

Именно последнее обстоятельство является основой понимания того, что при выявлении эффективности межведомственного взаимодействия необходимо изучить мнение:

1) специалистов (экспертов), оценивающих, во-первых, непосредственно межведомственное взаимодействие на основании своей практики включенности в это взаимодействие, во-вторых, условия и результаты своей работы по вопросам реабилитации и абилитации в целом, поскольку они достигнуты, в том числе, вследствие внедрения межведомственного взаимодействия на уровне Министерств, ведомств, органов местного самоуправления, реабилитационных организаций.

2) инвалидов, поскольку без изучения их мнения относительно изменений в получении реабилитационных мероприятий оценка эффективности межведомственного взаимодействия была бы односторонней.

Исходя из данного вывода, текущий раздел посвящен анализу мнения экспертов по актуальной ситуации формирования и развития системы межведомственного взаимодействия, а следующий раздел 3 обобщает мнение и оценки людей с инвалидностью.

### **2.1. Оценка экспертами текущего положения дел в развитии системы межведомственного взаимодействия**

27,6% экспертов полагают, что в Свердловской области достаточно высокий уровень сформированности системы межведомственного взаимодействия. Напротив, оценили уровень как низкий 18,3% экспертов.

Средняя оценка экспертов – 2,08 балла<sup>13</sup>. В целом эксперты склонны ставить средние оценки сформированности и не выбирать крайние позиции (очень высокий, очень низкий). Крайне негативную оценку реже ставят эксперты из Екатеринбурга и Западного округа, нет таких оценок среди представителей сферы здравоохранения и физической культуры и спорта. Самые высокие оценки реже ставят в Северном и Восточном округах,

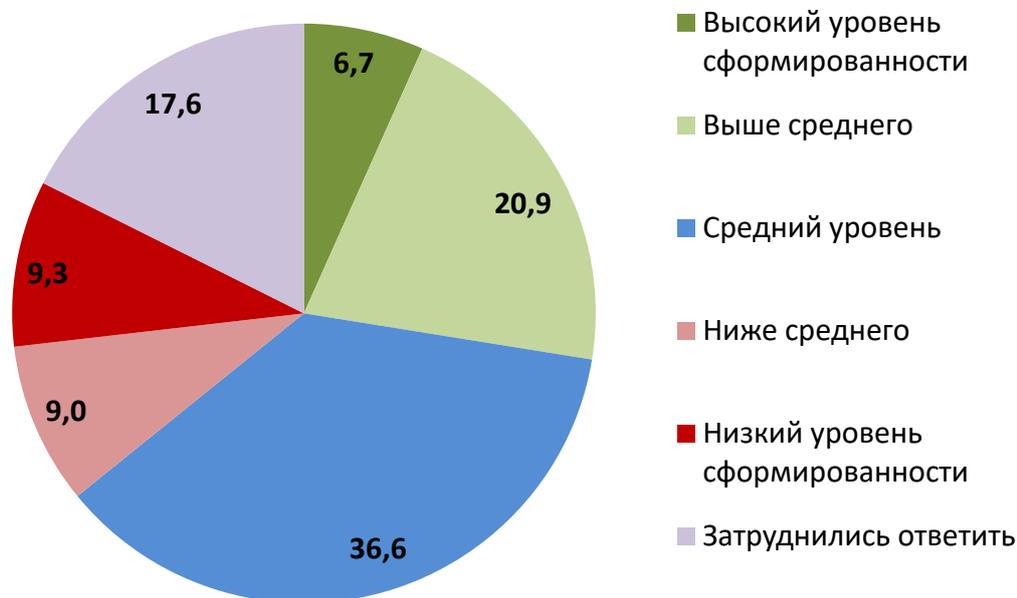
---

<sup>13</sup> Средняя оценка может принимать значение от 1 до 5, где 1 – низкий уровень, 5 – высокий уровень. Чем больше значение средней, тем выше оценивается уровень сформированности системы МВВ.

представители сферы социальной защиты, и чаще ставят в сфере культуры и физической культуры и спорта.

**График 5.**

**Оценка экспертами уровня сформированности межведомственного взаимодействия, в %**



**2.2. Реальные практики межведомственного взаимодействия: используемые формы и виды**

Определение форм и видов межведомственного взаимодействия, востребованных в практике развития системы межведомственного взаимодействия в Свердловской области, предполагает, с одной стороны, выявление наиболее распространенных, фактически применяемых форм и видов, а с другой – выход на оценку их качества, способность решать задачи и проблемы межведомственного взаимодействия.

На уровне конкретных организаций используется достаточно большой набор видов взаимодействия. Отметим, что все виды взаимодействия находят свое воплощение в практике. Самыми распространенными являются долгосрочные (52%) и регулярные (50,4%) модели взаимодействия.

При этом долгосрочные модели используются чаще, чем краткосрочные; регулярные чаще, чем разовые. За три года наблюдения выросло значение регулярных видов взаимодействий, и снизилась частота использования неформальных контактов.

Таблица 24.

**Виды межведомственного взаимодействия, которые используются в организациях, в % по годам**

	2019	2020	2021
Долгосрочное (бессрочное сотрудничество или сроком не менее 1 года)	61,1	43,4	52,0
Краткосрочное (период менее 1 года или решение определенного вопроса)	45,3	20,7	31,4
Регулярное взаимодействие	44,2	55,2	50,4
Разовое взаимодействие	31,1	44,1	26,6
Неформальное взаимодействие	43,7	45,5	14,5
Формальное взаимодействие	23,7	5,5	13,3
Другое	2,1	0,7	0,7
Никакие не используются	0,0	8,3	0,0
Затруднились ответить	2,1	0,0	9,0
Итого:	251,1	223,4	197,9

Эксперты (участники фокус-групп) следующим образом комментируют практики сложившихся межведомственных взаимодействий:

*«У нас заключено много соглашений с образовательными учреждениями» (ДФГ1, труд).*

*«Все, что происходит на уровне людей, телефонных звонков и контактов, все всегда проходит гладко, в данном случае никогда никаких запинок не возникает. В любую организацию, куда бы мы не обратились, ни на уровне звонков, ни на уровне контактов, ни на уровне взаимодействия этого вопросов не возникает» (ДФГ1, общественные).*

*«В жизни мы работаем по соглашению между организациями разных ведомств, или по договорам» (ДФГ3, соцзащита).*

*«... если есть проблема, для нас не составляет труда... организовать межведомственный круглый стол, семинар, когда мы можем собрать чиновников из разных ведомств, что вот есть такая проблема. Давайте будем ее решать, это проблема на сегодняшний день» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Вообще личные контакты часто задействуются? Всегда. Конечно, даже если есть нормативный документ. Они не мешают, но всё равно будут, не всё будет регламентировано» (ДФГ3, образование).*

*«После четырех лет... этих встреч и договоренностей, выработалось то, что нуждающимся выделили дофинансирование на улучшение. И заставили просто адресно друг с другом соглашения подписать» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Нам пришлось очень сильно познакомиться друг между другом, потому что нам реализовывать это всё надо. В ближайшем окружении уже нет людей, которые к Пилоту какое-то отношение имели. А мы-то здесь вот и пытаемся что-то сделать – реализовать, договориться» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Организованы службы ранней помощи. Как на базе учреждений образования, так на базе учреждений социальной политики. То же к этому подключился. И естественно мы работаем в одном ключе, одинаковые стараемся применять принципы работы. Тем более что все специалисты, которые работают в службах ранней помощи прошли обучение, собственно так сказать у идеологов данного направления. Ну и поэтому это позволяет создать единое пространство и преемственность определенная, она есть. То есть мы можем взять детей из образования и продолжить начатую работу. И то же самое может сделать образование. То есть процесс работы он такой непрерывный» (ДФГЗ, образование).*

*«Во-первых, во время проекта вот плюс большой – это то, что мы смогли друг друга увидеть, познакомиться ближе, я имею в виду и коммерческий центр, и общественные организации. Организации здравоохранения, образования. Ну и соответственно мы, как одно из, я имею в виду, чуть ли не из социальной политики. И познакомиться с направлениями деятельности, именно в рамках реализации по реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Какие технологии используем, какие проблемы встречаются, каким образом мы можем взаимодействовать, используя потенциал наших учреждений. И вот уже в Пилоте мы начали заключать какие-то межведомственные соглашения по взаимодействию. И соглашения с общественными организациями, ассоциациями, и именно в рамках реализации каких-то мероприятий в том числе по обмену опытом. Это хорошо. Мы приобрели опыт работы, с определенной категорией людей, узнали, что-то интересное, новинки в плане повышения компетенции специалистов. То есть были организованы совместные обучающие мероприятия» (ДФГЗ, соцзащита).*

*«Я сейчас уже вижу у наших коллег, которые были в Пилоте, вот прямо бурлит. Уже даже порадовалась за наше Министерство социальной политики о том, что как у нас все здорово и ладно» (ДФГЗ, соцзащита).*

В одной организации могут сочетаться разные варианты взаимодействий, и половина экспертов описывали ситуацию в своей организации как многовидовую, с использованием различных вариантов взаимодействия. Так, сочетание долгосрочных и регулярных видов есть в организациях у 30,2% респондентов (11,9% описывают свой опыт только через долгосрочное и регулярное взаимодействие, еще 18,3% добавляют к ним другие виды).

Однако есть и ситуации моновыбора, когда эксперт указал только один из видов взаимодействия. 40,4% экспертов выбрали один ответ:

- 13,8% указали только долгосрочные;
- 5,9% используют только краткосрочные виды;
- 1,7% – только формальные;
- 1,4% – только неформальные;
- 14,7% указали только регулярные модели;
- 2,9% – только разовое, ситуационное взаимодействие.

При описании форм взаимодействия, реально используемых в настоящее время, необходимо учитывать несколько моментов, прежде всего в контексте сравнительного сопоставления по годам<sup>14</sup>:

1. эксперты, по всей видимости, указывают опыт взаимодействия не только на текущий момент, но весь имеющийся опыт за последние годы;
2. в 2020 г. и 2021 г. значительное влияние оказала пандемическая ситуация, активизировав электронные (дистантные, онлайн) технологии коммуникации;
3. появление устойчивых, регулярных видов взаимодействия (устойчивых, отработанных механизмов, налаженных контактов) снижает значимость совещательных форм взаимодействия;
4. поскольку наблюдается достаточно сильное влияние сферы деятельности на используемые формы и вопросы, обсуждаемые в ходе межведомственного взаимодействия, то на итоговое распределение ответов в массиве влияет состав участников (соотношение среди экспертов представителей разных сфер может отличаться в разных волнах).

Обмен информацией (в том числе электронный) является лидером по используемым формам взаимодействия во всех волнах исследования. Однако следует отметить, что показатель 61,3% может быть охарактеризован как недостаточно высокий, поскольку именно информационный обмен выступает основной задачей межведомственного взаимодействия, его сутью, и следовательно, базой складывания всей системы межведомственного взаимодействия.

Личное общение специалистов (опосредованное различными техническими средствами связи) занимает второе место (51,3%). Эта форма является наименее регламентированной, а также во многих аспектах неформализованной (например, как фиксируется результат общения, в каком виде сообщается руководителю организации и т. п.), что затрудняет оценку ее эффективности.

Эту тенденцию подтверждают и участники фокус-групп: личное общение имеет повсеместное распространение:

*«Можем позвонить совершенно незнакомому специалисту по направлению, которое нам говорят. И он может даже лучше, чем знакомый, консультирует. Знакомый может сказать, мне сейчас некогда, давай потом. Специалист берет и звонит, всё, вопросов нет» (ДФГ1, соцзащита).*

---

<sup>14</sup> Следует отметить, что объем и структура выборки экспертов, опрошенных в 2019, 2020 и 2021 гг. имеет отличия, распределение экспертов по сферам занятости, опыту работы и другим характеристикам не является идентичным. Это также определяет возможные различия в распределении ответов, связанные не с динамикой показателей, а с характеристиками опрошенных экспертов. Также ситуация локдауна в 2020 г. существенным образом отразилась на используемых формах взаимодействия.

*«Телефонный звонок решает многие вопросы» (ДФГ2, образование).*

*«2017 год, помните, что у нас нет нормативно-правовых документов по поводу вот этого межведомственного взаимодействия. И вот сейчас, вот говоря вот сейчас здесь, мы делаем выводы, что там вот такого вот, что с формами, с приказами, во все структуры – этого нет. У нас работают межличностные договорные. Если я знаю номер, то я всегда могу позвонить, это самый действенный, наверно» (ДФГ2, соцзащита).*

45,4% экспертов указали, что имеют соглашения о межведомственном взаимодействии, 28,7% – что на уровне их Министерств заключены договоры о МВВ; это делает взаимодействия более планируемыми, формализованными, регламентированными.

20-25% реабилитационных организаций используют планирование мероприятий по реализации комплексной реабилитации и абилитации, участвуют в работе межведомственных совещательных органов и информационное взаимодействие посредством автоматизированной системы.

**Таблица 25.**

**Формы межведомственного взаимодействия, которые используются в организациях, по годам, в %**

	2019	2020	2021
Обмен информацией, в том числе в электронной форме	66,8	79,3	61,3
Общение специалистов (через телефон, скайп, различные мессенджеры, электронную почту по защищенным каналам связи)	65,8	81,3	51,3
Соглашения о межведомственном взаимодействии	49,5	32,7	45,4
Проведение совместных мероприятий для инвалидов (по профессиональной ориентации, правам инвалидов и т.п.)	48,4	44,0	38,2
Договоры о межведомственном взаимодействии	25,8	20,7	28,7
Планирование мероприятий по реализации комплексной реабилитации и абилитации	-	-	24,7
Участие в работе межведомственных совещательных органов	41,6	33,3	22,3
Информационное межведомственное взаимодействие через автоматизированную информационную систему	26,3	18,0	22,3
Создание рабочей группы	26,3	20,7	10,2
Создание комиссии по вопросам реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации инвалида	16,3	16,7	9,5
Межведомственная реабилитационно-диагностическая служба (бригада, консилиум)	7,4	30,0	6,9
Телеконсультации	6,3	24,0	5,0
Издание совместных локальных нормативных актов в соответствии с федеральным законодательством	10,5	14,7	4,8
Никакие не используются	1,6	0,0	0,0
Итого:	393,2	415,4	330,6

Следующая таблица 26 дает представление о различиях в используемых формах в учреждениях различной сферы деятельности. Одна и та же форма может быть активно представлена в одной сфере, и отсутствовать в другой. Так, проведение совместных мероприятий упоминают 65,5% экспертов в сфере труда и занятости, но никто из здравоохранения.

Внимания заслуживают явные провалы учреждений физической культуры и спорта (практически по всем позициям), недостаточная инициативность учреждений образования по заключению прямых Соглашений.

**Таблица 26.**

**Формы межведомственного взаимодействия, которые используются в организациях в зависимости от сферы работы учреждения, в % по столбцам**

	Здравоохранение	Образование	Социальная защита населения	Физкультура и спорт	Труд и занятость	Культура, искусство	Органы местного самоуправления
Обмен информацией, в том числе в электронной форме	20,0%	62,5%	62,4%	40,7%	65,5%	68,4%	72,7%
Общение специалистов (через телефон, скайп, различные мессенджеры, электронную почту по защищенным каналам связи)	80,0%	50,0%	51,8%	37,0%	65,5%	31,6%	72,7%
Соглашения о межведомственном взаимодействии	60,0%	32,7%	46,5%	33,3%	69,0%	78,9%	45,5%
Проведение совместных мероприятий для инвалидов (по профессиональной ориентации, правам инвалидов и т.п.)	0,0%	40,4%	31,9%	59,3%	65,5%	47,4%	27,3%
Договоры о межведомственном взаимодействии	40,0%	28,8%	30,1%	48,1%	10,3%	26,3%	0,0%
Планирование мероприятий по реализации комплексной реабилитации и абилитации	20,0%	19,2%	24,8%	33,3%	6,9%	57,9%	45,5%
Участие в работе межведомственных совещательных органов	40,0%	12,5%	20,8%	37,0%	34,5%	15,8%	81,8%
Информационное межведомственное взаимодействие через	20,0%	12,5%	24,8%	11,1%	55,2%	0,0%	54,5%

автоматизированную информационную систему							
Создание рабочей группы	40,0%	18,3%	5,3%	7,4%	13,8%	21,1%	0,0%
Создание комиссии по вопросам реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации инвалида	60,0%	10,6%	8,8%	3,7%	13,8%	0,0%	9,1%
Межведомственная реабилитационно-диагностическая служба (бригада, консилиум)	20,0%	17,3%	4,0%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Телеконсультации	60,0%	4,8%	4,9%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Издание совместных локальных нормативных актов в соответствии с федеральным законодательством	0,0%	5,8%	4,0%	7,4%	3,4%	0,0%	18,2%
Не включены в обсуждение подобных вопросов	0,0%	8,7%	6,2%	7,4%	13,8%	42,1%	0,0%

Основным вопросом для осуществления межведомственного взаимодействия выступает информирование сторон (других субъектов реабилитационного процесса) об обращении инвалида по вопросу предоставления услуг по реабилитации и абилитации. Этот повод является ведущим во всех трех волнах исследования.

Вторым по частоте вопросом является обсуждение перечня и содержания предоставленных инвалидом документов для реализации ИПРА (38%).

Спектр значимых проблем для межведомственного взаимодействия включает в себя и другие: 32,1%% согласовывают сроки и порядок предоставления реабилитационных услуг с другими учреждениями; 30,4% проводят консультирование с целью обеспечения качественных реабилитационных мероприятий; 29,7% поднимают вопрос содействия инвалиду по вопросам выполнения рекомендаций, определенных инвалиду на межреабилитационный период; 28,7% контактируют по вопросу временного обеспечения инвалидами техническими средствами реабилитации (значение этой проблемы снизилось по сравнению с 2019 г.).

Таблица 27.

**Вопросы, по которым чаще всего осуществляется межведомственное взаимодействие между организациями, по годам, в %**

	2019	2020	2021
Информирование сторон об обращении инвалида (ребенка-инвалида) по вопросу предоставления услуг по реабилитации и абилитации	61,1	60,0	59,4
Обсуждение перечня и содержания представленных инвалидом документов для реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с ИПРА	38,4	38,7	38,0
Согласование сроков и порядка предоставления реабилитационных и абилитационных услуг	36,8	26,0	32,1
Консультирование по вопросу качественного проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия	26,3	30,7	30,4
Содействие инвалиду по вопросам выполнения рекомендаций, определенных инвалидам (детям-инвалидам) на межреабилитационный период	32,1	34,7	29,7
Временное обеспечение инвалидов (детей-инвалидов) техническими средствами реабилитации и абилитации	43,2	24,7	28,7
Разработка и согласование оптимального реабилитационного маршрута	18,4	32,0	18,8
Контроль реализации инвалидом (ребенком-инвалидом) разработанного реабилитационного маршрута	11,1	18,0	12,1
Обсуждение необходимости, сроков и порядка проведения заседания межведомственной реабилитационно-диагностической службы	1,6	10,0	1,9
Организация выезда мобильной реабилитационно-диагностической службы	2,1	2,7	1,4

Различие в выделении приоритетных вопросов для осуществления межведомственного взаимодействия у представителей различных сфер также прослеживается. Содержание обсуждаемых в процессе МВВ вопросов обусловлено функционалом учреждений конкретного направления. Например, сфера культуры не вовлечена в обсуждение довольно большого числа вопросов (значение 0 по 5 пунктам и наивысший показатель по ответу «не включены в обсуждение подобных вопросов» – 42%). Сфера местного самоуправления гораздо активнее в вопросах информирования об обращении инвалидов, обсуждения перечня и содержания документов инвалида, временного обеспечения инвалидов техническими средствами.

Следовательно, сфера деятельности учреждения определяет актуальность для него тех или иных вопросов по реализации программы реабилитации и абилитации инвалидов, а вслед за этим – и актуальные вопросы для обсуждения с другими субъектами реабилитационного процесса.

Таблица 28.

**Вопросы, по которым чаще всего осуществляется межведомственное взаимодействие между организациями, в зависимости от сферы деятельности, в % по столбцам**

	<b>Здравоохранение</b>	<b>Образование</b>	<b>Социальная защита населения</b>	<b>Физкультура и спорт</b>	<b>Труд и занятость</b>	<b>Культура, искусство</b>	<b>Государственное управление</b>
Информирование сторон об обращении инвалида (ребенка-инвалида) по вопросу предоставления услуг по реабилитации и абилитации	60,0%	42,3%	66,8%	66,7%	58,6%	36,8%	<b>90,9%</b>
Обсуждение перечня и содержания представленных инвалидом документов для реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с ИПРА	40,0%	37,5%	42,0%	29,6%	34,5%	0,0%	<b>54,5%</b>
Согласование сроков и порядка предоставления реабилитационных и абилитационных услуг	<b>40,0%</b>	12,5%	39,4%	<b>44,4%</b>	27,6%	36,8%	36,4%
Консультирование по вопросу качественного проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия	20,0%	26,9%	<b>35,8%</b>	22,2%	17,2%	21,1%	27,3%
Содействие инвалиду по вопросам выполнения рекомендаций, определенных инвалидам (детям-инвалидам) на межреабилитационный период	<b>80,0%</b>	43,3%	25,7%	25,9%	24,1%	0,0%	36,4%
Временное обеспечение инвалидов (детей-инвалидов) техническими средствами реабилитации и абилитации	20,0%	10,6%	42,9%	7,4%	3,4%	21,1%	<b>45,5%</b>
Разработка и согласование оптимального реабилитационного маршрута	<b>60,0%</b>	26,0%	17,3%	25,9%	3,4%	10,5%	0,0%

Контроль реализации инвалидом (ребенком-инвалидом) разработанного реабилитационного маршрута	0,0%	<b>26,0%</b>	8,8%	11,1%	0,0%	0,0%	9,1%
Обсуждение необходимости, сроков и порядка проведения заседания межведомственной реабилитационно-диагностической службы	0,0%	1,9%	2,2%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Организация выезда мобильной реабилитационно-диагностической службы	<b>20,0%</b>	2,9%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Не включены в обсуждение подобных вопросов	0,0%	8,7%	6,2%	7,4%	13,8%	42,1%	0,0%

*Таким образом, на уровне организаций эксперты указывают на сочетание различных форм и видов взаимодействий, подчеркивают приоритетность информационного обмена, а также поддержку выполнения ИПРА и обеспечение высокого качества реабилитационных мероприятий как основных вопросов межведомственного взаимодействия.*

*Сфера деятельности оказывает значимое влияние на используемые формы и виды МВВ, а также определяет перечень наиболее актуальных вопросов для межведомственных контактов. Вполне закономерно лидирующую позицию по всем рассмотренным позициям МВВ занимают учреждения социальной защиты населения.*

### **2.3. Удовлетворенность компонентами межведомственного взаимодействия**

Для конкретизации экспертной оценки было предложено пять характеристик процесса межведомственного взаимодействия.

По всем параметрам полностью удовлетворены текущим состоянием 18-20% (в 2019 г. эта доля составляла 9-13%), полностью не удовлетворены 3-5% экспертов. Большинство экспертов избегало крайне положительных или отрицательных оценок, демонстрируя частичную удовлетворенность состоянием дел. При этом несколько чаще выбиралась позиция в положительном спектре (скорее удовлетворен – 42-46% выборов), чем в негативном (скорее не удовлетворен – 22-25%). Число затруднившихся ответить снизилось относительно 2020 г.

Таким образом, по каждой характеристике около 60-65% экспертных оценок имеют положительную удовлетворенность, 25-30% – отрицательную.

Средний показатель уровня удовлетворенности по всем составляющим процесса межведомственного взаимодействия очень близок: 2,11-2,17 балла (что соответствует позиции «скорее удовлетворен»).

**Таблица 29.**

**Удовлетворенность экспертов составляющими процесса межведомственного взаимодействия, в %**

Составляющие межведомственного взаимодействия	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены	Скорее не удовлетворены	Полностью не удовлетворены	Не смогли оценить	СРЕДНЯЯ*
Используемые формы взаимодействия	19,0	46,1	22,8	3,3	8,8	<i>2,11</i>
Своевременность получения информации и откликов от участников МВВ	18,3	45,8	21,4	4,3	10,2	<i>2,13</i>
Интенсивность взаимодействия	19,7	43,0	23,3	4,5	9,5	<i>2,14</i>
Результативность взаимодействия	20,2	42,5	22,8	5,5	9,0	<i>2,15</i>
Степень скоординированности действий участников взаимодействия	18,1	42,0	25,2	3,8	10,9	<i>2,17</i>

\* Средняя может принимать значение от 1 до 4, где 1 – полностью удовлетворен, 4 – полностью не удовлетворен. Чем меньше значение средней, тем выше удовлетворенность параметром. Средняя рассчитывается от числа давших содержательный ответ

Сравнение средних показателей за период 2019-21 гг. фиксирует повышение (стремление к «1») уровня удовлетворенности экспертов по всем пяти составляющим процесса межведомственного взаимодействия.

**График 6.**

**Удовлетворенность экспертов составляющими процесса межведомственного взаимодействия, по годам, средние показатели**



Наиболее высокий уровень удовлетворенности компонентами межведомственного взаимодействия в целом демонстрируют эксперты из Северного округа, наименьшую – из Горнозаводского.

По отдельным компонентам могут быть отмечены некоторые другие тенденции. Так, менее других удовлетворены интенсивностью взаимодействия эксперты из Екатеринбурга, а своевременностью получения информации – эксперты из Восточного и Западного округов.

**Таблица 30.**

**Удовлетворенность экспертов составляющими процесса межведомственного взаимодействия в зависимости от управленческого округа, средние показатели**

	Управленческий округ					
	Южный	Западный	Северный	Восточный	Горнозаводской	Екатеринбург
Используемые формы взаимодействия	2,09	2,15	2,02	2,20	2,35	2,04
Результативность взаимодействия	2,11	2,22	1,96	2,18	2,30	2,11
Своевременность получения информации и откликов от участников МВВ	2,06	2,18	2,02	2,19	2,11	2,11
Интенсивность взаимодействия	2,14	2,12	1,98	2,19	2,19	2,22
Степень скоординированности действий участников взаимодействия	2,12	2,22	2,00	2,22	2,29	2,17
<b>По округу в целом:</b>	<b>2,10</b>	<b>2,18</b>	<b>2,00</b>	<b>2,20</b>	<b>2,25</b>	<b>2,13</b>

Довольно сильно отличается уровень удовлетворенности состоянием компонентов межведомственного взаимодействия у представителей реабилитационных учреждений из разных сфер. Самый высокий уровень удовлетворенности выявлен у экспертов из сферы культуры (средний балл 1,63) и физической культуры и спорта (1,82). Менее всего довольны текущим положением дел эксперты из здравоохранения (2,4 балла) и социальной защиты населения (2,24). Данные показатели, на наш взгляд, опосредованно отражают степень заинтересованности экспертов во включенности их организаций в процесс МВВ. Высокая степень заинтересованности в нем руководителей и сотрудников сферы социальной защиты населения и здравоохранения обуславливает и большие требования, предъявляемые ими к реализации МВВ и, следовательно, меньшую удовлетворенность достигнутым уровнем.

Таблица 31.

**Удовлетворенность экспертов составляющими процесса  
межведомственного взаимодействия в зависимости от сферы деятельности,  
средние показатели**

	Сфера деятельности						
	Культура, искусство	Физкультура и спорт	Государственное управление	Образование	Труд и занятость	Социальная защита населения	Здравоохранение
Используемые формы взаимодействия	1,53	1,89	2,00	2,08	2,07	2,26	2,40
Результативность взаимодействия	1,65	1,81	2,00	2,13	2,17	2,24	2,40
Своевременность получения информации и откликов от участников МВВ	1,67	1,81	2,09	2,06	2,10	2,22	2,40
Интенсивность взаимодействия	1,65	1,73	2,00	2,12	2,04	2,24	2,40
Степень скоординированности действий участников взаимодействия	1,65	1,85	2,11	2,14	2,25	2,25	2,40
<b>По округу в целом:</b>	<b>1,63</b>	<b>1,82</b>	<b>2,04</b>	<b>2,11</b>	<b>2,13</b>	<b>2,24</b>	<b>2,40</b>

#### **2.4. Характеристика процесса развития межведомственного взаимодействия**

Для оценки экспертов было предложено две пары характеристик процесса межведомственного взаимодействия в Свердловской области в настоящее время:

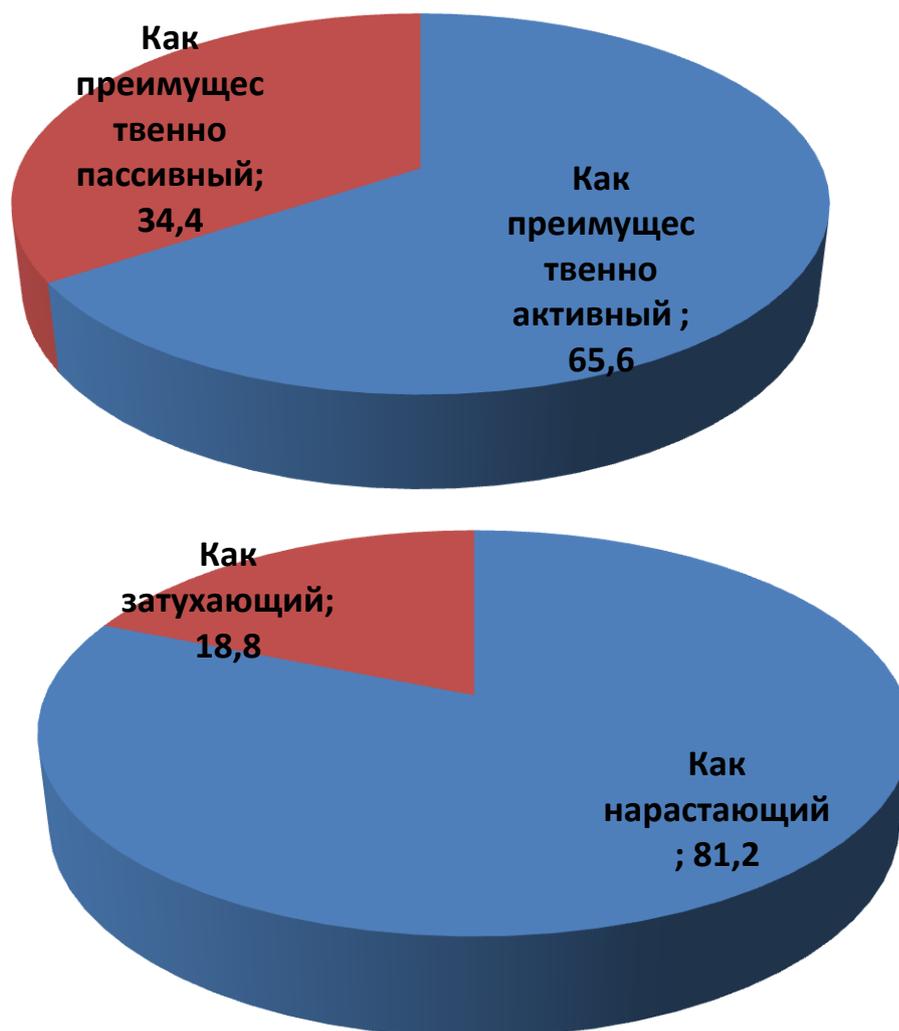
- как активного (подразумевает инициативу взаимодействующих сторон, активную позицию всех субъектов взаимодействия, интенсивность совместных усилий) или пассивного (характеризуется отсутствие инициативы, инертностью, пассивностью субъектов на местах);
- как нарастающего (набирающего темп, стабильно функционирующего с одновременным появлением новых форм, направлений, результатов) или как затухающего (с утратой остроты и актуальности, снижением интереса к его развитию со стороны всех участников).

В обеих парах альтернатив большинство экспертов выбрало позитивную направленность процесса развития межведомственного взаимодействия в Свердловской области: 65,6% расценивают его как преимущественно активный, 81,2% – как нарастающий и набирающий силу.

По первой характеристике (активность/ пассивность) показатели в предыдущих замерах составили 64,2% в 2019 г. и 68,7% в 2020 г. Следовательно, мы можем говорить об устойчивости данного соотношения.

**График 7.**

**Оценка направленности процесса развития межведомственного взаимодействия в Свердловской области**



Во всех управленческих округах есть сторонники как позитивной, так и негативной оценки происходящих процессов. Существенной разницы не выявляется.

Таблица 32.

**Характеристика процесса межведомственного взаимодействия в зависимости от управленческого округа, в % по столбцам**

	Управленческий округ					
	Южный	Западный	Северный	Восточный	Горнозаводской	Екатеринбург
Преимущественно активный	64,4%	64,2%	61,0%	67,9%	62,1%	71,7%
Преимущественно пассивный	35,6%	35,8%	39,0%	32,1%	37,9%	28,3%
Нарастающий	82,2%	79,1%	76,3%	83,3%	80,3%	83,3%
Затухающий	17,8%	20,9%	23,7%	16,7%	19,7%	16,7%

Негативную оценку процессам, происходящим в изменении систему межведомственного взаимодействия, чаще дают эксперты из сферы здравоохранения, социальной защиты, образования. Представители местного самоуправления однозначно считают процесс нарастающим, однако среди них каждый третий считает процесс пассивным (следовательно, они ощущают некое сопротивление от учреждений, оказывающих реабилитационные услуги, воспринимают себя как «подталкивающих» остальных субъектов).

Эксперты из сферы социальной защиты населения чаще выступают как исходная точка межведомственных контактов, берут на себя инициативу в реализации комплексной реабилитации и абилитации, и это, на наш взгляд, формирует их большую зависимость и заинтересованность в развитии межведомственного взаимодействия, а также заставляет более критично смотреть на происходящие процессы.

Таблица 33.

**Характеристика процесса межведомственного взаимодействия в зависимости от сферы деятельности, в % по столбцам**

	Здравоохранение	Образование	Социальная защита населения	Физкультура и спорт	Труд и занятость	Культура, искусство	Государственное управление
Преимущественно активный	20,0%	66,3%	59,7%	85,2%	79,3%	94,7%	63,6%
Преимущественно пассивный	80,0%	33,7%	40,3%	14,8%	20,7%	5,3%	36,4%
Нарастающий	60,0%	80,8%	77,0%	96,3%	89,7%	94,7%	100,0%
Затухающий	40,0%	19,2%	23,0%	3,7%	10,3%	5,3%	0,0%

Интересно, что на оценку оказывает влияние должностной статус эксперта. Эксперты на руководящих позициях более склонны характеризовать процесс развития межведомственного взаимодействия как активный и нарастающий, очевидно, косвенным образом связывая его оценку с самооценкой собственной работы в этом направлении.

**Таблица 34.**

**Характеристика процесса межведомственного взаимодействия в зависимости от должности эксперта, в % по столбцам**

	Должностной статус эксперта			
	Руководитель организации	Заместитель руководителя	Руководитель отдела	Специалист
Преимущественно активный	73,2%	63,6%	67,6%	64,3%
Преимущественно пассивный	26,8%	36,4%	32,4%	35,7%
Нарастающий	95,1%	80,7%	83,1%	78,3%
Затухающий	4,9%	19,3%	16,9%	21,7%

*Таким образом, текущее положение дел с формированием системы межведомственного взаимодействия эксперты расценивают как достаточно устойчивое развитие. Во-первых, благодаря Пилотному проекту сформирован первоначальный успешный опыт, запущены (апробированы) многие механизмы. Во-вторых, процесс не останавливается, поддерживается, имеет скорее активный характер. В-третьих, принимается идея дальнейшего совершенствования, предпринимаются шаги для решения возникших вопросов.*

*Среди экспертов преобладают те, кто дает положительные оценки элементов формирования системы межведомственного взаимодействия: по каждой характеристике около 60-65% экспертных оценок имеют положительную удовлетворенность, 25-30% – отрицательную. По сравнению с 2019 г. зафиксировано повышение уровня удовлетворенности экспертов по всем пяти составляющим процесса межведомственного взаимодействия*

*65,6% экспертов характеризуют процесс развития системы межведомственного взаимодействия как преимущественно активный, 81,2% – как нарастающий и набирающий силу. Эти оценки имеют зависимость от должностного статуса эксперта и сферы его деятельности.*

### **Раздел 3. Оценка инвалидами системы комплексной реабилитации и межведомственного взаимодействия в Свердловской области**

---

Как было показано выше, рассмотрение мнения инвалидов в контексте оценки развития системы комплексной реабилитации и межведомственного взаимодействия представляется значимой составной частью всестороннего анализа эффективности данного процесса.

#### **3.1. Оценка инвалидами уровня доступности получения реабилитационных и абилитационных мероприятий**

Уровень доступности получения комплексных реабилитационных и абилитационных мероприятий был замерен через три ключевых показателя:

- 1) Фактическое получение реабилитационных мероприятий различной направленности;
- 2) Оценка людьми с инвалидностью доступности для них мероприятий, включенных в их индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА);
- 3) Актуальный проблематив текущей реабилитационной ситуации респондентов.

78,2% опрошенных инвалидов за текущий год проходили какие-либо реабилитационные мероприятия. Такой показатель вовлеченности в реабилитационный процесс может быть охарактеризован как высокий, однако ниже, чем в 2019 г. (88%).

Участники опроса имели возможность пройти все направления реабилитации. Наибольшая доля людей с инвалидностью прошли мероприятия по социальной (45,6%) и медицинской реабилитации (45,2%). Каждый пятый участник опроса (20,7%) получил профессиональную реабилитацию, около 16-17% опрошенных прошли физкультурно-оздоровительные мероприятия и психолого-педагогическую реабилитацию ребенка-инвалида.

Таким образом, все виды реабилитационных мероприятий представлены в структуре комплекса получаемых мероприятий.

Тем не менее, можно выделить подгруппы:

- 12,3% получали мероприятия только в рамках медицинской реабилитации;
- 13,8% прошли только мероприятия по социальной реабилитации;
- 3,8% воспользовались только профессиональной реабилитацией;
- 1,5% получали только мероприятия в рамках физкультурно-оздоровительной реабилитации;
- 2,3% указали только на прохождение психолого-педагогической реабилитации для ребенка-инвалида.

Следовательно, 33,7% опрошенных людей с инвалидностью прошли реабилитацию в рамках одного направления.

Соответственно, 44,5% респондентов получили реабилитационные услуги по двум и более направлениям.

- 10% получили мероприятия двух направлений: медицинской и социальной реабилитации;
- 4,2% прошли сочетание трех видов мероприятий: медицинской, социальной, физкультурно-оздоровительной направленности;
- 3,8% прошли медицинскую и профессиональную реабилитации;
- 3,1% сочетали мероприятия медицинской, социальной направленности и рекомендации для детей до 18 лет;
- 1,1% получили реабилитационные мероприятия всех направлений.

**Таблица 35.**

**Виды реабилитации, полученные за последний год, в %**

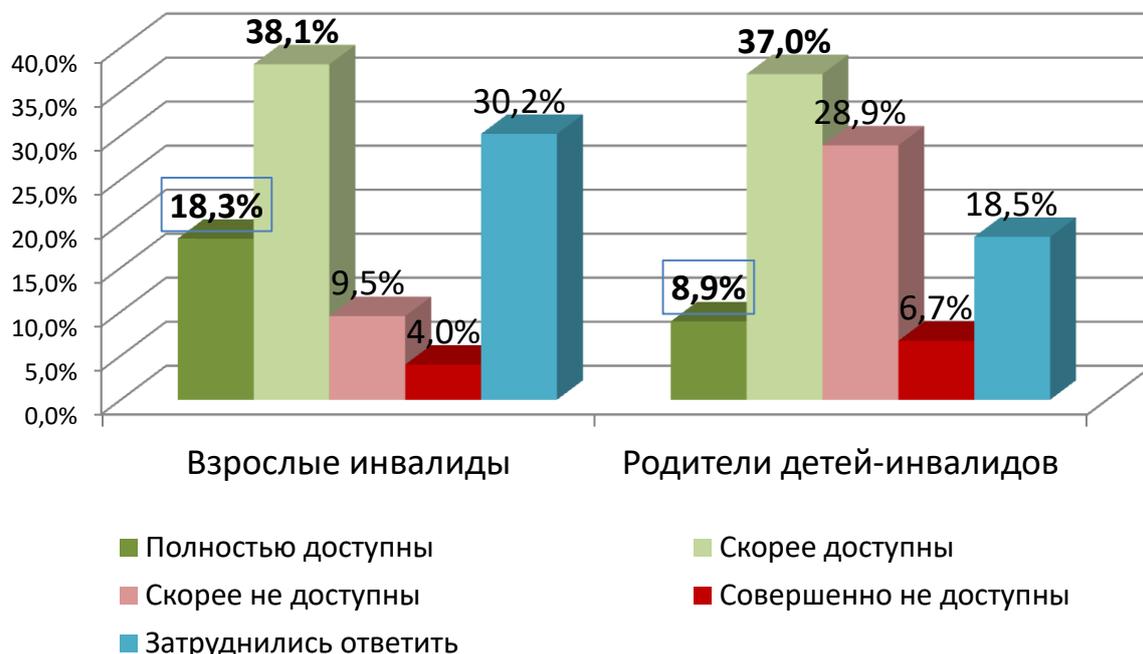
Социальная реабилитация (социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, психокоррекция, социокультурная, социально-бытовая, информационная поддержка и консультационная помощь, юридическая помощь)	45,6
Медицинская реабилитация (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение, обеспечение лекарственными средствами, динамическое наблюдение)	45,2
Профессиональная реабилитация (содействие в трудоустройстве, профессиональная ориентация, получение общего среднего образования, получение профессионального образования, профессиональное переобучение, производственная адаптация)	20,7
Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт	17,6
Для детей до 18 лет рекомендации по условиям организации обучения, психологическая помощь в образовательной организации, профессиональная ориентация в образовательной организации	15,7
Никакие	21,8

51% участников опроса среди людей с инвалидностью положительно оценивают доступность для них в настоящее время мероприятий, включенных в ИПРА или предлагаемых для прохождения. 13,4% дают максимально высокую оценку доступности (доля максимальных оценок больше среди взрослых людей с инвалидностью на 10% по сравнению с родителями детей-инвалидов).

5,4% участников проекта испытывают существенные, серьезные сложности с доступностью для них мероприятий, указывают на полную невозможность выполнить реабилитационные мероприятия в силу недоступности для них назначенных мероприятий.

**График 8.**

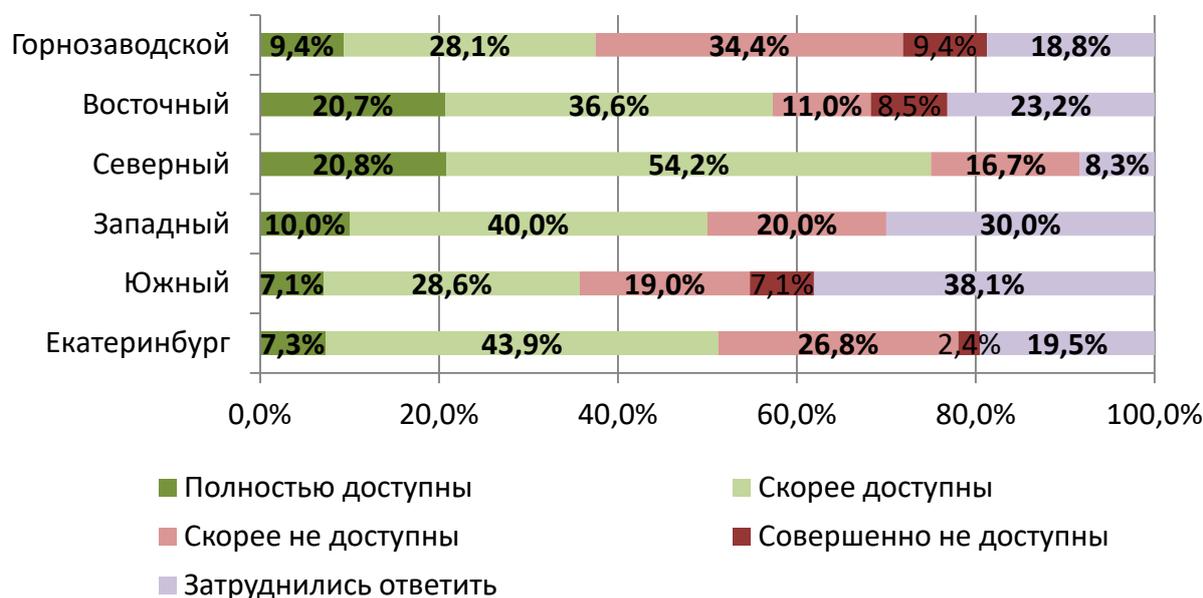
**Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПРА или предлагаемых для прохождения, в %**



Оценка доступности реабилитационных мероприятий зависит от места проживания респондента. Меньше всего затруднившихся ответить в Северном округе, за счет этого выше число выбравших положительную оценку доступности. В Западном и Северном округах нет ни одного полностью отрицательного ответа. Хуже всего оценивают доступность реабилитационных услуг в Горнозаводском округе: 43,8% дали негативный ответ.

**График 9.**

**Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПРА или предлагаемых для прохождения, в зависимости от управленческого округа проживания, в %**



Следующей подзадачей является сравнительный анализ показателей, которые респонденты расценивают как отрицательные моменты в своей реабилитационной программе, в 2021 году по сравнению с 2017, 2019 и 2020 годом.

Негативные моменты в текущей реабилитационной ситуации практически все снизили свои показатели по сравнению с 2017 и 2019 гг. В целом это свидетельствует о росте удовлетворенности граждан оказываемыми реабилитационными услугами, то, что основные «болевые точки» снижают свою остроту, инвалиды замечают происходящие перемены.

Изменилась приоритетность задач – если в предыдущих волнах на первом месте был финансовый ресурс, вынужденная доплата за услуги (в текущем году 4 место, 26,4%), то в 2021г. лидер проблематива – отсутствие индивидуального подхода (36,4%).

Ряд показателей говорит и о продуктивных сдвигах, связанных с комплексной системой реабилитации, и межведомственным взаимодействием как эффективным механизме ее реализации.

- Так, стабильно снижается доля граждан, жалующихся на необходимость многократно собирать одни и те же справки и документы. Тем не менее этот показатель входит в тройку лидеров проблематива. Значимость временных ресурсов подчеркивается и активным выбором нового варианта, предложенного в 2021 г. – 26,1% полагают, что ожидание назначений, оформление документов и другие процессы занимают много времени.
- Реже сталкиваются с отсутствием специалистов в немедицинских учреждениях, которые умеют работать с инвалидами.
- Уменьшилась доля тех, кто испытывает сложности и прикладывает большие усилия, чтобы пройти все необходимые мероприятия.
- Снижается указание на большие затраты времени на проезд для прохождения мероприятия или консультации.

Однако 5-10% участников исследований разных лет указывают на избыточность назначаемых мероприятий.

**Таблица 36.**

**Отрицательные моменты в текущей реабилитационной программе в оценках инвалидов и родителей детей-инвалидов**

	2017	2019	2020	2021
<b>СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ</b>				
Отсутствие индивидуального подхода, все делают согласно общим инструкциям	37,3	22,7	42,0	36,4
Большие усилия, которые требуются, что проходить всех специалистов и мероприятия	25,0	20,8	28,0	20,3

Низкий уровень оказываемых услуг	30,3	10,0	33,0	18,8
Неприспособленная среда, сложности добраться	23,8	14,1	14,0	18,8
Отсутствие возможности выбора учреждения для прохождения немедицинской реабилитации	-	-	-	14,9
Ограниченные возможности трудоустройства, образования	20,9	15,3	14,5	14,2
Неверная оценка реабилитационного потенциала, завышение или занижение моих возможностей по реабилитации	10,2	8,1	5,0	11,1
Много ненужных рекомендаций и мероприятий	10,2	5,5	5,5	6,1
<b>ИНФОРМАЦИОННЫЕ</b>				
Низкий уровень информированности	34,8	22,2	31,0	33,7
Отсутствие базы, перечня организаций, предоставляющих услуги инвалидам (детям-инвалидам) по реабилитации и абилитации	-	-	-	23,4
<b>ВРЕМЕННЫЕ</b>				
Много времени уходит на оформление документов, ожидание назначений и т.п.	-	-	-	26,1
Большие затраты времени на проезд к месту консультации или реабилитационного мероприятия	31,6	15,8	33,5	21,1
Необходимость многократно собирать одни и те же справки, документы	42,2	34,0	36,5	28,7
<b>КАДРОВЫЕ</b>				
Отсутствие специалистов в немедицинских учреждениях реабилитации, которые умеют работать с инвалидами, понимают их специфику	26,6	16,3	36,5	20,3
Недостаточно высокий уровень квалификации специалистов	21,3	13,4	24,0	17,6
Формальный, незаинтересованный подход со стороны специалиста при назначении ИПРА, рекомендаций	20,9	9,8	31,5	16,9
<b>ФИНАНСОВЫЕ</b>				
Необходимость дополнительно самому оплачивать определенные услуги	50,4	28,9	52,0	26,4
<b>МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ</b>				
Плохая материальная база учреждений, устаревшие средства реабилитации, отсутствие необходимых приборов, тренажеров, оборудования и т.д.	29,9	14,6	17,5	23,8
Другое	4,9	12,9	3,0	0,0
Затруднились ответить	9,8	21,3		22,6

*Таким образом, большинство участников опроса (78%) прошли за последний год какие-либо реабилитационные мероприятия, что позволяет им оценивать текущее положение дел и уровень предоставления услуг на основе собственного опыта.*

*В структуре полученных реабилитационных мероприятий представлены все направления, при этом наибольшее число мероприятий было пройдено в рамках медицинской (45%) и социальной (45%) реабилитации.*

*45% прошли реабилитационные мероприятия по двум и более направлениям, тем самым включаясь в систему комплексной реабилитации.*

*51% участников опроса положительно оценивают доступность для них мероприятий, включенных в ИПРА или предлагаемых для прохождения (13% дают максимально высокую оценку доступности).*

*По сравнению с 2017 годом снижается актуальность ряда проблем (негативных моментов), решение которых стало возможным именно за счет реализации межведомственного взаимодействия для обеспечения комплексного подхода.*

### **3.2. Уровень информированности инвалидов о правах и возможностях на получение услуг реабилитации и абилитации**

В число наиболее значимых проблем на протяжении всех замеров входят информационные, низкий уровень информированности беспокоит 33,7% инвалидов. В этом году также был введен критерий, позволяющий создать основу для повышения информированности и доступности – наличие перечня организаций, предоставляющих услуги по реабилитации; отсутствие такой единой базы 23,4% отнесли к значимым проблемам (7 место в рейтинге).

Во всех волнах преобладают респонденты, оценивающие свой уровень информированности как средний. Это создает довольно устойчивое ядро людей с инвалидностью, которые обладают необходимым минимум знаний и некоторыми знаниями более широкого свойства. Они могут достаточно эффективно перейти в разряд хорошо информированных при наличии необходимых информационных ресурсов и собственного желания.

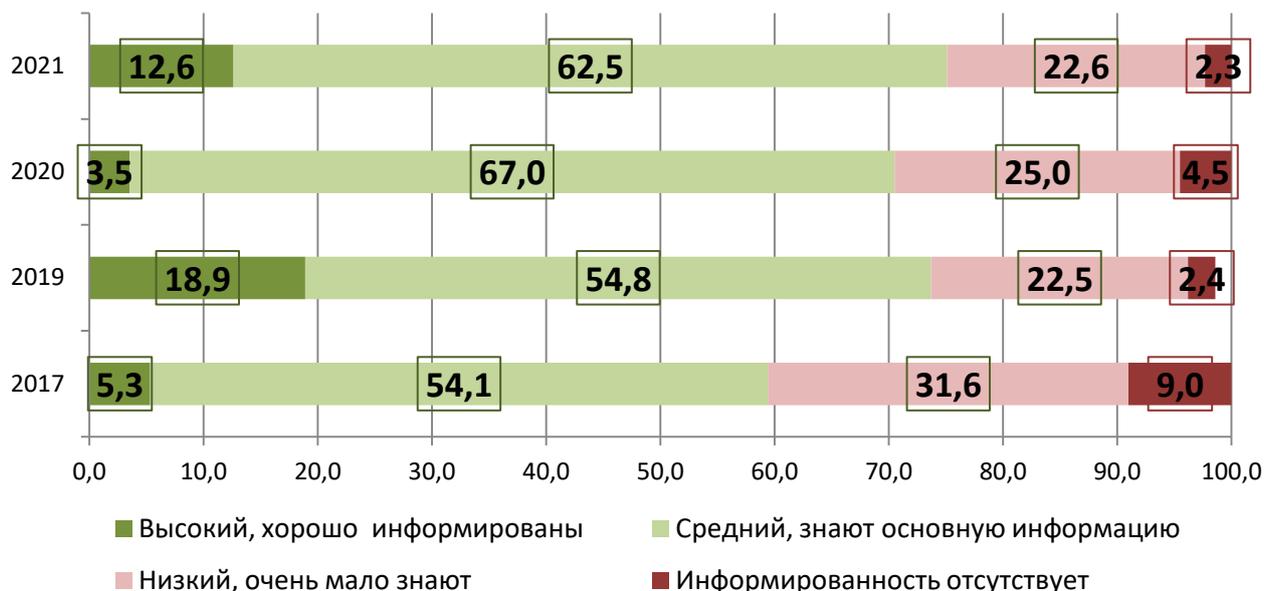
Доля оценивающих себя как высоко информированных достаточно неустойчива в разные волны исследований. Этот показатель выше среди взрослых инвалидов в сравнении с родителями детей-инвалидов (18,3 и 7,4% соответственно). Максимальных значений он достигает у респондентов молодого возраста (17,4%) и старшего (18%). Это может быть объяснено разными механизмами самооценки уровня информированности: для молодых он в большей мере может быть связан с работой с источниками, возможностями найти нужную информацию в любой момент (могу узнать всё). Для старшего поколения самооценка в большей мере определяется достаточностью имеющейся информации для решения задач реабилитации (знаю всё необходимое).

При этом суммарный показатель хорошо и средне информированных составляет 71-75% в замерах 2019-21 гг.

Отсутствие у себя каких-либо знаний по вопросам реабилитации и абилитации фиксируют только 2,3% опрошенных.

**График 10.**

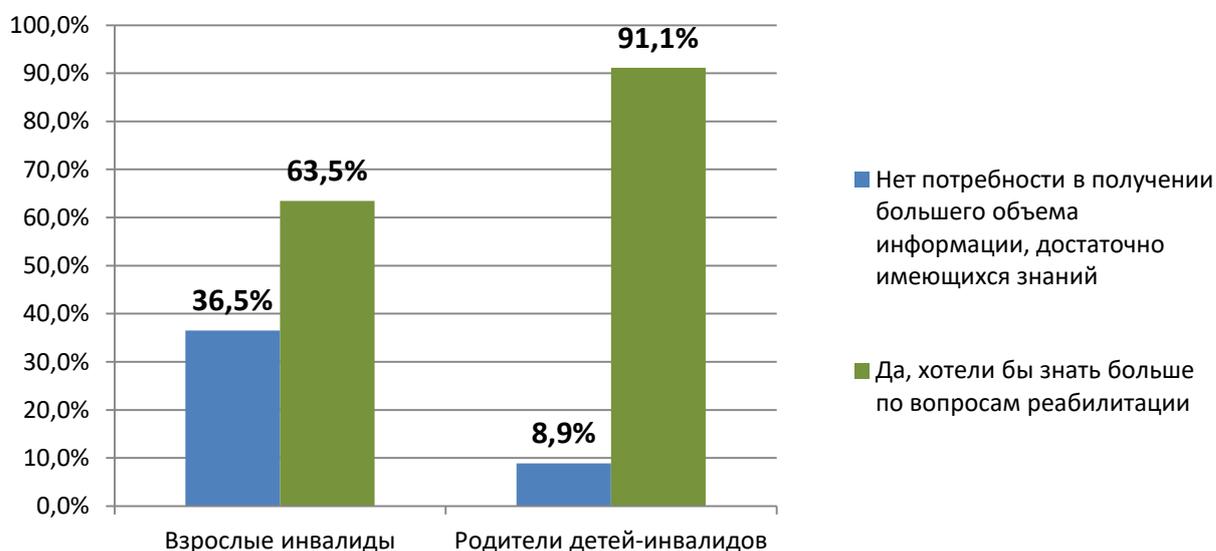
**Оценка уровня своей информированности по вопросам прав на получения услуг реабилитации, по годам, в %**



77,8% опрошенных заявили, что они хотели бы знать больше о направлениях, возможностях, услугах по реабилитации и абилитации. В категории родителей детей-инвалидов этот показатель достигает 91,1%. Он выше также в самой молодой возрастной группе (87,7%) и снижается к старшей (56%).

**График 11.**

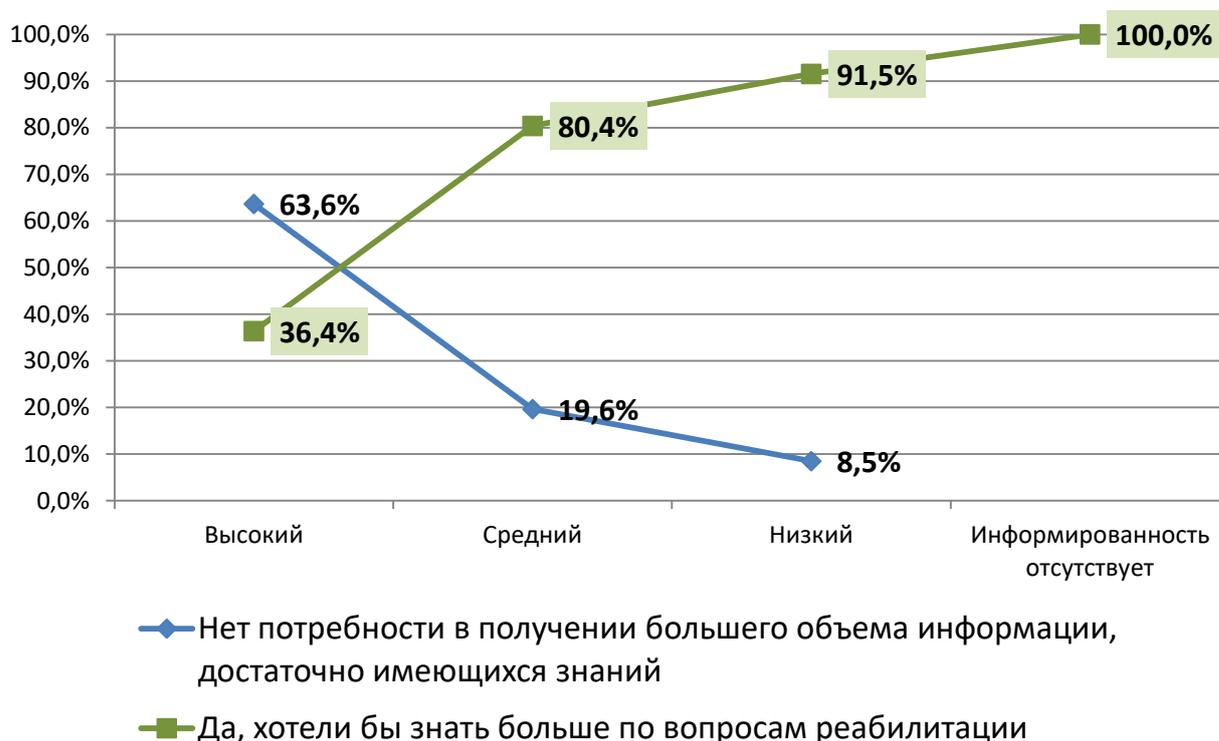
**Желание получать больше информации по вопросам реабилитации в зависимости от категории, в %**



Имеющийся уровень информированности оказывает влияние на желание его повысить: чем выше самооценка имеющихся знаний, тем ниже доля тех, кто хотел бы и дальше повышать информированность.

Важно отметить, что среди тех, кто указал на полное отсутствие информированности, все заявили о желании ее повысить. Это свидетельствует о том, что их неинформированность имеет скорее вынужденный характер, определяется их доступом к информации, а не внутренним нежеланием что-то узнавать.

**График 12.**  
**Желание получать больше информации по вопросам реабилитации в зависимости от уровня информированности, в %**



В качестве наиболее предпочтительных источников получения информации о направлениях и возможностях реабилитации указываются два канала коммуникации: межличностное общение людей с инвалидностью между собой (51,4%) и консультации специалистов в комплексном центре социального обслуживания населения (50,6%). Первый канал традиционно является эффективным в различных сообществах, объединенных общей проблемой, темой, идеей, которая не имеет широкого массового обсуждения. Второй основан на наиболее частом механизме включения в реабилитационный процесс, когда именно КЦСОны выступают наиболее доступным, понятным локомотивом реабилитационного процесса.

43,6% рассматривают консультации врача как инструмент, позволяющий информировать о комплексной реабилитации и абилитации в полном объеме. Каждый третий респондент также готов использовать возможности интернет:

форумы и группы в социальных сетях (35,5%) и специализированные интернет-ресурсы (33,6%).

Представленные информационные каналы получают разную поддержку со стороны взрослых инвалидов и родителей детей-инвалидов: хотя обе категории выбирают все варианты, но с разной интенсивностью. Общение между собой, социальные сети и специализированные сайты гораздо важнее для родителей. Взрослые инвалиды чаще выбирают консультации специалистов КЦСОН и общественных организаций. При этом консультации врача, сайты учреждений реабилитации, информирование во время МСЭК, стендовые материалы могут быть одинаково востребованы в обеих категориях.

**Таблица 37.**

**Предпочтительные источники информации в зависимости от категории, в % по столбцам**

	Категория		По массиву в целом:
	Взрослые инвалиды	Родители детей-инвалидов	
Другие люди с инвалидностью	30,4	70,9	51,4
Консультации специалиста комплексного центра социального обслуживания	70,4	32,1	50,6
Консультации врача	46,4	41,0	43,6
Форумы, социальные группы людей с инвалидностью	16,8	53,0	35,5
Специализированные интернет-ресурсы	25,6	41,0	33,6
Сайты учреждений реабилитации	25,6	23,1	24,3
Информирование во время МСЭК	18,4	22,4	20,5
Консультации специалиста в общественных организациях инвалидов	24,8	14,2	19,3
Стенды, информационные материалы в реабилитационных учреждениях	16,8	14,9	15,8

Безусловно, такие предпочтения информационных каналов также обусловлены и возрастными характеристиками двух категория респондентов. В табл. 38 хорошо видно, как падет интерес ко многим видам (их востребованность, готовность использовать) в самой старшей группе – общение с другими инвалидами, группы и форумы в интернет и другие интернет-ресурсы упоминаются 8-25% участников этого возраста. При этом им гораздо интереснее консультации в КЦСОН. Молодые категории готовы в практически равной степени использовать все информационные возможности.

Таблица 38.

**Предпочтительные источники информации в зависимости от  
возраста, в % по столбцам**

	18-29	30-45	46-60	61 и ст.
Другие люди с инвалидностью	52,2	60,6	52,5	26,0
Консультации специалиста комплексного центра социального обслуживания	39,1	34,6	59,3	86,0
Консультации врача	47,8	42,5	44,1	44,0
Форумы, социальные группы людей с инвалидностью	39,1	45,7	35,6	8,0
Специализированные интернет-ресурсы	39,1	40,9	33,9	12,0
Сайты учреждений реабилитации	43,5	26,8	20,3	14,0
Информирование во время МСЭК	30,4	19,7	22,0	16,0
Консультации специалиста в общественных организациях инвалидов	30,4	15,0	23,7	20,0
Стенды, информационные материалы в реабилитационных учреждениях	13,0	13,4	23,7	14,0

*Таким образом, большинство инвалидов оценивают себя как средне информированных и желающих узнать больше о возможностях реабилитации.*

*Основными источниками для получения информации о правах и возможностях на получение услуг реабилитации рассматриваются другие люди с инвалидностью, консультации специалиста КЦСОН и врача. Однако предпочтения по этим каналам отличаются у инвалидов разных категорий и возрастов.*

### **3.3. Уровень удовлетворенности инвалидов межведомственным взаимодействием в системе комплексной реабилитации и абилитации**

Описание любой структуры может осуществляться посредством анализа двух взаимосвязанных переменных: целей и инструментов достижения данных целей. Отсюда удовлетворенность процессом оказания услуги, в том числе реабилитационной, может быть рассмотрена в двух аспектах: удовлетворенность результатом и самим процессом.

Поскольку граждане, имеющие инвалидность, не владеют специализированным категориально-понятийным аппаратом и не включены в теоретико-методологическую проблематику формирования системы межведомственного взаимодействия, вопросы по их оценке имели косвенный характер, основанный на понятных практиках получения реабилитационных мероприятий, в том числе раскрывались через идею комплексной реабилитации и абилитации.

В двух типичных ситуациях – обращение к медицинскому специалисту и обращение к специалисту в организации социального обслуживания

(Комплексный центр социального обслуживания, Реабилитационный центр, Служба ранней помощи, Центр помощи семье и детям и т.д.) респондентам предлагалось охарактеризовать, в какой мере им было рекомендовано обратиться за другими видами реабилитационных услуг.

По обеим ситуациям обращений в 2021 г. наблюдается некоторое снижение числа ответов про полную рекомендацию, когда были указаны конкретные учреждения и специалисты. В отношении медицинских сотрудников произошло снижение с 28,2% до 15,7%, социальных – с 40% до 33,7%.

При этом количество частичных консультаций в медицинской сфере выросло на 5%, в социальной практически не изменилось.

Довольно большая доля людей с инвалидностью и родителей детей-инвалидов при посещении специалиста в медицинском или социальном реабилитационном учреждении (41,4% и 30,3% соответственно) ничего не узнали о возможности прохождения других видов реабилитации.

**Таблица 39.**

**Наличие рекомендаций от медицинских специалистов по другим видам реабилитационных услуг, по годам, в % по столбцам**

	Медицинский специалист		
	2017	2019	2020
Порекомендовали и назвали конкретные учреждения, специалистов	10,7	28,2	15,7
Порекомендовали, но не сказали куда обратиться	12,7	14,4	19,5
Никаких других видов реабилитации не рекомендовали	66,4	44,3	41,4
Затруднились ответить	10,2	13,2	23,4
Итого:	100,0	100,0	100,0

**Таблица 40.**

**Наличие рекомендаций от специалистов организации социального обслуживания по другим видам реабилитационных услуг, по годам, в % по столбцам**

	Специалист организации социального обслуживания	
	2019	2021
Порекомендовали и назвали конкретные учреждения, специалистов	40,0	33,7
Порекомендовали, но не сказали куда обратиться	10,0	11,1
Никаких других видов реабилитации не рекомендовали	28,0	30,3
Затруднились ответить	22,0	24,9
Итого:	100,0	100,0

Больше всего полных рекомендаций при посещении медицинских учреждений получают жители Северного и Восточного округов, меньше всего – в Южном округе.

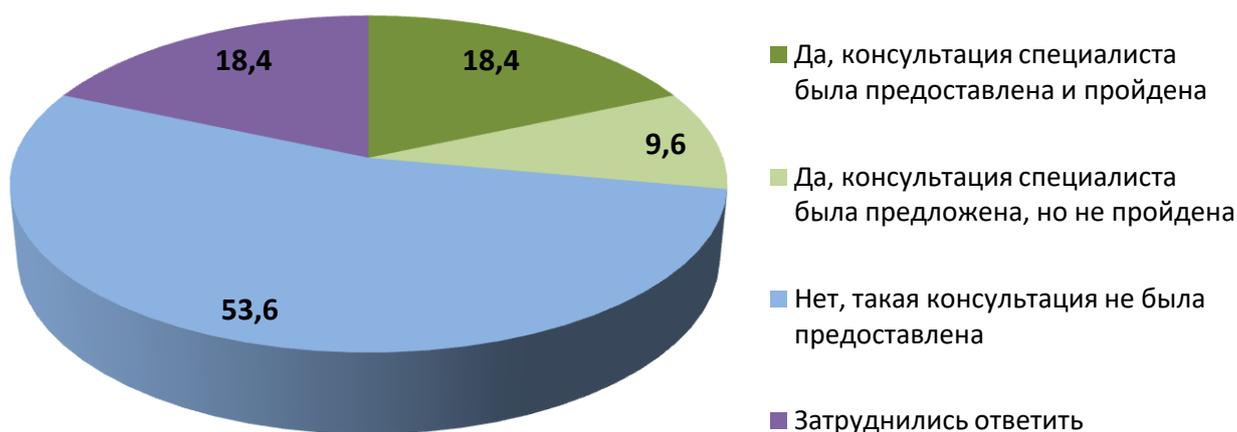
При консультациях специалистов сферы социального обслуживания населения чаще получают полную консультацию жители Западного и Северного округов, реже остальных – Южного и Горнозаводского округов.

В 2021 г. в методику был добавлен вопрос о получении консультации по комплексной реабилитации и абилитации непосредственно после прохождения МСЭЖ. Большинство опрошенных указывают, что возможность прохождения консультации сразу после МСЭЖ не была предоставлена, 18,4% не смогли точно охарактеризовать ситуацию.

Для 28% респондентов в рамках прохождения комиссии МСЭ также была предоставлена возможность сразу получить консультацию по комплексной реабилитации и абилитации, 18,4% ею воспользовались (66% от тех, кому предложили пройти консультацию).

**График 13.**

**Наличие консультации от специалистов МСЭ, в %**



Предоставили возможность получения консультации в МСЭ по комплексной реабилитации жителям следующих населенных пунктов (отметим, что в этих же поселениях есть те, кто указывал, что такую возможность ему не предоставили):

Алапаевск  
Арамиль  
Артемовский  
Ачит  
Березовский  
Верхняя Пышма  
Верхняя Салда

Екатеринбург  
Каменск-Уральский  
Качканар  
Краснотурьинск  
Нижний Тагил  
пгт Бисерть  
пгт Пышма

пгт Тугулым  
Первоуральск  
Реж  
Серов  
Среднеуральск  
Сухой Лог  
Тавда  
Талица  
Туринск

Села Артемовского района  
Села Ачитского района  
Села Байкаловского района  
Села Березовского района  
Села Нижнесергинского района  
Села Сысертского района  
Села Талицкого района  
Села Туринского района

Динамика в формировании межведомственного взаимодействия замерялась также через оценку со стороны инвалидов наличия взаимодействия между организациями различных направлений.

24,9% опрошенных людей с инвалидностью и родителей детей-инвалидов полагают, что между организациями различных направлений реабилитации существует взаимодействие.

**График 14.**

**Мнение инвалидов о наличии взаимодействия между реабилитационными организациями различных направления, по годам, в %**



Исследования 2017-2021 гг. фиксируют нестабильность результатов в оценках инвалидами наличия взаимодействия между реабилитационными организациями различных направлений. Это может быть объяснено как влиянием личного опыта и субъективного оценивания, так и объективными сложностями в обеспечении качественного реабилитационного процесса в ситуации пандемии, полного локдауна 2020 г. и продолжающихся в 2021 г. ограничений.

Например, среди тех, кто в текущем году получал реабилитационные мероприятия, 27,5% указывают на наличие межведомственного взаимодействия учреждений, а среди не получавших – 15,8%, то есть в этом контексте личный опыт сдвигает ответы в позитивную сторону.

Кроме того, повышение внимания к проблемам инвалидов, их информированности (в том числе о зарубежных практиках и возможностях реабилитации), активность общественных организаций и НКО в сфере защиты прав инвалидов приводит и к росту ожиданий, требований, пристальности внимания к обеспечению качества реабилитационных мероприятий в отдельности и всего комплекса реабилитации и абилитации.

Это влияние усиливается также, если посмотреть на структуру полученных мероприятий в контексте получения услуг одного направления или нескольких. Например, показатель наличия межведомственного взаимодействия среди получателей только медицинских мероприятия составляет 28,1%, только социальных – 19,4%, только психолого-педагогических для детей – 16,7%. А у тех, кто получал 2 и более услуг средний показатель составляет уже 29,3% (максимум 75% у получивших медицинские, социальные и психолого-педагогические мероприятия). Следовательно, опыт включения в комплексную реабилитацию позволяет большему числу инвалидов увидеть наличие взаимодействия.

Углублением этой проблематики выступает вопрос о степени взаимоувязанности тех реабилитационных мероприятий, которые предоставляются лично им.

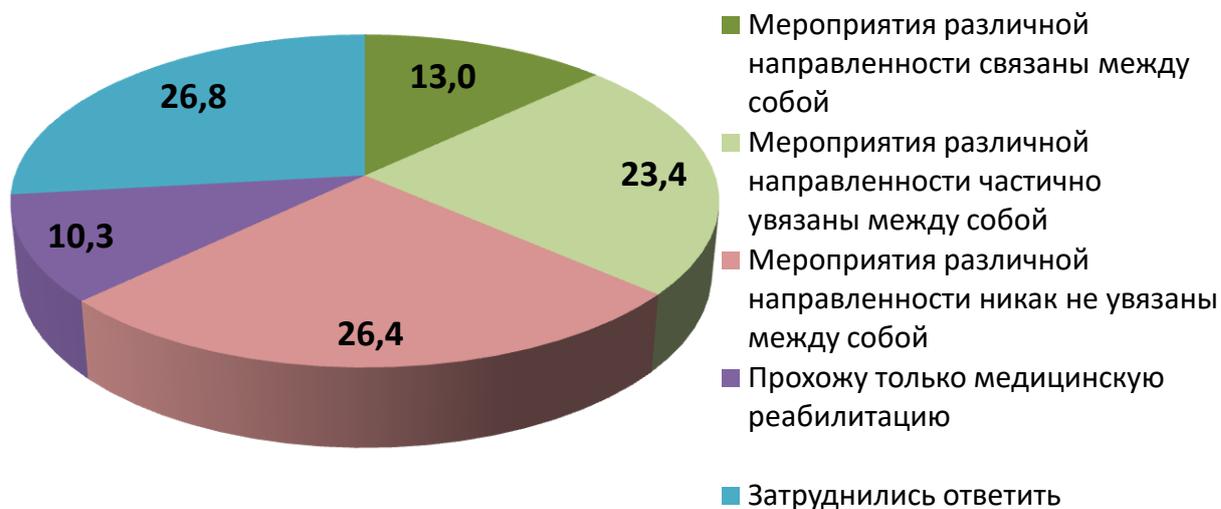
36,4% участников опроса полагают, что их реабилитационные мероприятия в той или иной мере связаны между собой. Здесь преобладает позиция частичной увязанности (23,4%), и только 13% полагают, что имеют полностью согласованную, связанную систему реабилитационных мероприятий.

Категоричное отрицание наличия какой-либо связи между реабилитационными мероприятиями различного вида характерно для 26,4%.

Значительная часть опрошенных (26,8%) не смогли применить данный критерий к своей реабилитационной программе. Среди затруднившихся ответить есть как те, кто не получал реабилитационные мероприятия в текущем году, так и те, кто проходил реабилитацию, то есть обладающие реальными практиками ее реализации. Это весьма показательно с точки зрения необходимости более развернутого информирования о сущности комплексного подхода, его критериях, основаниях и принципах для всех участников реабилитационного процесса, в том числе не специалистов, простых граждан.

**График 15.**

**Оценка инвалидами степени взаимоувязанности получаемых реабилитационных мероприятий**



Родители детей-инвалидов чаще указывают на отсутствие взаимоувязанности получаемых мероприятий (33,3%) в сравнении со взрослыми инвалидами (19%). Женщины также более критичны (28,2% не видят связанности), чем мужчины (20%). На отсутствие увязанности чаще указывают участники из Горнозаводского (46,9%) и Южного (35,7%) округов.

Для конкретизации оценки системы межведомственного взаимодействия далее участники опроса должны были оценить:

- 1) необходимость межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций лично им,
- 2) уровень своей удовлетворенности взаимодействием специалистов разной направленности, которые должны обеспечить выполнение их программы реабилитации и абилитации.

В трех волнах исследования 2019-21 гг. 86-92% опрошенных инвалидов полагают, что лично для них наличие взаимодействия между организациями различной направленностей реабилитации является необходимым. Из них 30-32% занимают крайне выраженную позицию – такое взаимодействие крайне важно для них.

Среди тех 13%, кто отметил, что такое взаимодействие лично ему не важно, больше тех участников, кто получал один вид реабилитационных услуг или совсем их не получал, людей старше 60 лет, мужчин, проживающих в Западном и Северном округах.

**Таблица 41.**

**Оценка людьми с инвалидностью необходимости лично для них межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, по годам, в % по столбцам**

	2019	2020	2021
Для меня / моего ребенка такое взаимодействие крайне необходимо	30,0	30,0	32,2
Мне хотелось бы, чтобы такое взаимодействие было	56,0	62,5	54,8
Для меня это не имеет значения	14,0	7,5	13,0

При введении более конкретного показателя – удовлетворенность взаимодействием специалистов разных организаций, 36,1% опрошенных высказывают положительную удовлетворенность (7,7% – полностью удовлетворены имеющимися взаимодействиями специалистов). Данный показатель несколько снизился относительно 2019 года и вырос относительно пандемического 2020 г.

Методический эксперимент 2020г, когда в данном вопросе была исключена позиция «затрудняюсь ответить» показывает, что увеличивается доля тех, кто выбирает вариант «скорее не удовлетворен». Соответственно, затруднившихся ответить (колеблющихся в оценке) следует трактовать скорее как недовольных получателей реабилитационных услуг.

**Таблица 42.**

**Оценка инвалидами своей удовлетворенности взаимодействием специалистов из разных организаций, по годам, в % по столбцам**

	2019	2020	2021
Полностью удовлетворен	11,7	0,0	7,7
Скорее удовлетворен	38,0	20,5	28,4
Скорее не удовлетворен	19,4	60,0	25,3
Совершенно не удовлетворен	9,8	19,5	12,6
Затруднились ответить	21,1	-	26,1
Итого:	100,0	100,0	100,0

Отметим, что среди родителей детей-инвалидов больше доля недовольных взаимодействием их специалистов (категорически недовольны 19,3% в сравнении с 5,9% среди взрослых-инвалидов, частично – 20,6% и 29,6% соответственно).

Таблица 43.

**Оценка инвалидами своей удовлетворенности взаимодействием специалистов из разных организаций, по категориям, в % по столбцам**

	Категория	
	Взрослые инвалиды	Родители детей-инвалидов
Полностью удовлетворен	10,3	5,2
Скорее удовлетворен	34,1	23,0
Скорее не удовлетворен	20,6	29,6
Совершенно не удовлетворен	5,9	19,3
Затруднились ответить	29,4	23,0
Итого:	100,0	100,0

*Таким образом, люди с инвалидностью могут оценить формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также системы межведомственного взаимодействия через оценку реальных практик предоставления реабилитационных мероприятий.*

*44,8% опрошенных инвалидов получили рекомендации по различным видам реабилитации от специалиста организации социального обслуживания, 35,2% – от медицинского специалиста.*

*Наблюдается отсутствие выраженной динамики оценок числа комплексных рекомендаций и наличия взаимодействия между реабилитационными организациями в сравнении с результатами исследований 2017-20 гг.*

*87% опрошенных людей с ограниченными возможностями полагают, что лично для них наличие взаимодействия между организациями различной направленности реабилитации является важным (32,2% говорят о полной необходимости).*

*В настоящее время 36,1% получателей реабилитационных мероприятий уже испытывают удовлетворенность взаимодействием специалистов из разных реабилитационных организаций. Родители детей-инвалидов более критичны в оценивании практик комплексной реабилитации своего ребенка. При сравнительно небольшом периоде формирования данной системы межведомственного взаимодействия, этот уровень может рассматриваться как достаточный базовый показатель, устойчивое ядро и основа для дальнейшей положительной динамики.*

## **Раздел 4. Характеристика субъектов межведомственного взаимодействия и их роли в формировании системы эффективного межведомственного взаимодействия**

---

Согласно Примерного порядка организации межведомственного взаимодействия, обеспечивающего формирование региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, реализацию принципа ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение<sup>15</sup>, в организационную модель МВВ включены органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в различных сферах деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита населения, физическая культура и спорт, труд и занятость, информация и связь), органы местного самоуправления, вовлеченные в формирование комплексного подхода к организации региональной системы.

В качестве основных показателей будут рассмотрены мнения экспертов по следующим вопросам:

1. Характеристика направлений реабилитации и абилитации в деятельности учреждений, принявших участие в исследовании;
2. Описание практик взаимодействия с другими учреждениями при проведении реабилитационных мероприятий;
3. Оценка роли своего профильного Министерства в формировании ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия;
4. Оценка роли органов местного самоуправления в формировании ресурсов для развития межведомственного взаимодействия.

### **4.1. Направления реабилитации и абилитации в деятельности учреждений**

Эксперты, принимавшие участие в исследовании, представляют учреждения их различных сфер (различной ведомственной подчиненности). При этом они указывают на то, что их организации осуществляют реабилитацию различной направленности, что изначально делает их участниками системы комплексной реабилитации не только на межорганизационном уровне, но и внутри одного учреждения.

---

<sup>15</sup> Приказ Минтруда России №705 от 29.09.2017 г. «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, и их сопровождение». URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/1286>

Таблица 44.

**Направления реабилитации в зависимости от сферы деятельности учреждения, в % по строкам**

Сфера деятельности организации эксперта	Направления реабилитации			
	Медицинская	Профессиональная	Социальная	Физкультурно-оздоровительная, спорт
Здравоохранение	100,0%	0,0%	40,0%	20,0%
Образование	2,9%	35,6%	86,5%	35,6%
Социальная защита населения	11,9%	5,3%	100,0%	19,0%
Физкультура и спорт	0,0%	0,0%	3,7%	100,0%
Труд и занятость	0,0%	96,6%	6,9%	0,0%
Культура, искусство	0,0%	5,3%	94,7%	0,0%
Местное самоуправление	0,0%	0,0%	45,5%	9,1%

#### 4.2. Практики взаимодействия с другими учреждениями при проведении реабилитационных мероприятий

При выборе организаций, с которыми чаще всего осуществляется взаимодействие при проведении реабилитационных мероприятий, выбор экспертов был ограничен 1-2 ответами (т.е. данный вопрос фиксировал не все виды контактов, а приоритетные, наиболее частые).

Для большинства опрошенных основное направление контактов определяется внутриведомственным взаимодействием (57,5%), с предприятиями других ведомств взаимодействуют 30,9% экспертов. 34,4% организаций, в которых работают опрошенные эксперты, взаимодействуют с общественными организациями инвалидов.

Контактируют с органами местного самоуправления как с основными партнерами 20% экспертов (их учреждений), с региональными органами государственной исполнительной власти – 10,9%.

Для 9-12% основными партнерами выступают благотворительные и частные организации, НКО.

Среди всех опрошенных организаций есть такие (25,1%), эксперты от которых указали одно основное направление взаимодействий при проведении реабилитационных мероприятий, например:

- 12,4% взаимодействуют только с учреждениями своего ведомства;
- 3,3% - только с учреждениями других ведомств;
- 3,6% выбирают в качестве основных партнеров только общественные организации

Тем не менее, большинство экспертов (74,9%) указали два (согласно ограничению по числу ответов) основных направления сотрудничества: 16,4% взаимодействуют со своими ведомственными организациями и учреждениями

других ведомств; 13,5% указали на взаимодействие с учреждениями своего ведомства и с общественными организациями инвалидов и т.д.

**Таблица 45.**

**Организации, с которыми наиболее часто взаимодействуют при проведении мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов**

С государственными предприятиями и учреждениями своего ведомства	57,5
С общественными организациями инвалидов, активистами	34,4
С государственными предприятиями и учреждениями других ведомств	30,9
С органами местного самоуправления (администрация, глава МО)	20,0
С благотворительными организациями, фондами	12,1
С региональными органами государственной исполнительной власти Свердловской области (Министерства, Департаменты)	10,9
С некоммерческими и частными организациями, осуществляющими мероприятия по реабилитации и абилитации	9,3

Для понимания более широкого направления контактов в процессе реабилитационных услуг экспертам также было предложено оценить активность контактов с учреждениями всех направлений реабилитации в их реальной практике.

Практически у всех учреждений, представленных экспертами, есть опыт сотрудничества с организациями социальной защиты населения (93,6%). Во вторую очередь установлены контакты с организациями из сферы здравоохранения (87,9%), в третью – органами государственной исполнительной власти Свердловской области (83,2%).

В наименьшей степени реализованы коммуникации с учреждениями труда и занятости (65,3% имеют соответствующий опыт) и физической культуры и спорта (67,3%). Тем не менее, по каждому направлению большинство экспертов (их учреждений) имеет установленные контакты.

Таблица 46.

## Активность взаимодействие с организациями различных ведомств

	Активно взаимодействуют	Взаимодействуют, но недостаточно	Совсем не взаимодействуют	Средняя оценка*
Социальная защита населения	73,2	20,4	6,4	2,67
Здравоохранение	45,1	42,8	12,1	2,33
ОГИВ Свердловской области (Министерства, Департаменты)	49,2	34,0	16,9	2,32
Образование	51,8	27,6	20,7	2,31
Органы местного самоуправления (администрация, глава МО)	41,1	40,1	18,8	2,22
Культура, искусство	40,4	34,4	25,2	2,15
Физическая культура и спорт	28,3	39,0	32,8	1,95
Труд и занятость	25,9	39,4	34,7	1,91

\* Средняя оценка может изменяться от 1 до 3, где 1 – отсутствие взаимодействия, 3 – активное взаимодействие. Чем выше значение средней, тем активнее взаимодействие.

Таблица 47 позволяет продемонстрировать пересечение деятельности организаций различных сфер, а также увидеть различия в структуре взаимодействия в зависимости от сферы деятельности организации, которую представляет эксперт.

Отметим несколько важных моментов:

- данная таблица отражает опыт конкретных организаций и не может полностью отражать всю сеть межведомственных контактов в Свердловской области;
- оценка уровня активности и достаточности имеет относительный, условный характер, и может отличаться для разных организаций и для разной направленности (одна и та же частота и интенсивность может быть достаточной для одного направления контактов и недостаточной для контактов с другой сферой);
- это объясняет несоответствие «взаимных выборов» представителей разных сфер. Например, специалисты из сферы культуры указывают более высокий опыт работы с организациями из сферы труда и занятости (1,79 балла), чем специалисты из сферы труда соответствующее направление работы с культурой (1,28 балла).

Наиболее высоко оценивают свою активность и достаточность взаимодействий с другими организациями учреждения в сфере физической культуры и спорта и органы местного самоуправления. При этом эти две сферы принципиально отличаются по ситуации обратной оценки, со стороны других учреждений.

- Kontakтам с учреждениями физкультуры и спорта эксперты из 3 других сфер поставили балл со средним значением ниже 2 при наивысшем значении 3 балла<sup>16</sup> (напомним, 32,8% совсем не взаимодействуют с этой сферой). То есть высокая самооценка экспертов из сферы физической культуры и спорта (2,43) вступает в противоречие с низкими оценками экспертов из других сфер (1,84 балла), что, на наш взгляд, свидетельствует о завышенной самооценке представителей данного направления.
- Высокая самооценка (2,37) своей активности экспертов из органов местного самоуправления (ОМС) поддерживается и экспертами из других сфер (2,24 балла): только представители здравоохранения поставили ОМС оценки со средним значением ниже 2 баллов.

Как было показано выше, наиболее активно вовлечена в процессы межведомственного взаимодействия сфера социальной защиты населения (только 6,4% экспертов указали на отсутствие взаимодействия с социальной защитой). При этом специалисты из этой сферы ставят более низкие баллы контактам с учреждениями других ведомств – их самооценка, как правило, ниже, чем встречная оценка от других. Так, эксперты из соцзащиты ставят контактам с образованием в среднем 2 балла, а эксперты из образования оценивают взаимодействие с социальной защитой в 2,32 балла. Это может свидетельствовать как о более высоких ожиданиях, требованиях со стороны специалистов из социальной сферы, так и о различном уровне достижения результатов и, следовательно, удовлетворенности взаимодействием (когда одна из сторон взаимодействия лучше оценивает достигнутые результаты в рамках своей деятельности, чем другая сторона).

Таким образом, эксперты из сфер физической культуры и спорта, культуры, труда и занятости, ОМС ставят взаимодействию с другими учреждениями (самооценка) более высокие баллы, чем встречная оценка.

Эксперты из сфер социальной защиты, образования, здравоохранения оценивают свои контакты с другими учреждениями хуже, чем их оценивают другие.

---

<sup>16</sup> Средняя оценка может изменяться от 1 до 3, где 1 – отсутствие взаимодействия, 3 – активное взаимодействие. Чем выше значение средней, тем активнее взаимодействие.

Таблица 47.

**Активность взаимодействия с организациями различных ведомств в зависимости от сферы деятельности организации эксперта, средние оценки\***

	Здравоохранение	Образование	Социальная защита	Физкультура и спорт	Труд и занятость	Культура	ОМС	ОГИВ	Средняя по данному виду учреждений (самооценка):
Физическая культура и спорт	2,11	2,70	2,15	<b>2,93</b>	2,00	2,15	2,85	2,52	<b>2,43</b>
ОМС	2,45	2,27	3,00	2,09	2,09	1,82	<b>2,45</b>	2,82	<b>2,37</b>
Образование	2,28	<b>2,79</b>	2,32	2,31	2,03	2,19	2,12	2,30	<b>2,29</b>
Культура, искусство	1,84	2,63	2,68	1,68	1,79	<b>2,89</b>	2,16	2,53	<b>2,28</b>
Социальная защита населения	2,42	2,00	<b>2,90</b>	1,80	1,75	2,22	2,19	2,24	<b>2,19</b>
Труд и занятость	2,21	2,48	2,48	1,14	<b>2,83</b>	1,28	2,34	2,55	<b>2,16</b>
Здравоохранение	<b>2,80</b>	2,20	2,40	2,00	1,20	1,20	1,80	2,40	<b>2,00</b>
Средняя оценка со стороны представителей других сфер (своя оценка не учитывается):	2,22	2,38	2,51	1,84	1,81	1,81	2,24	2,89	

\* Средняя оценка может изменяться от 1 до 3, где 1 – отсутствие взаимодействия, 3 – активное взаимодействие. Чем выше значение средней, тем активнее взаимодействие.

Ни в одной сфере эксперты не поставили максимальную оценку (3 балла) взаимодействиям внутри своего ведомства. В образовании (1,9% от числа экспертов этой сферы), социальной защите (0,9%), физической культуре и спорте (40,0%), труде и занятости (6,9%), органах местного самоуправления (18,2%) есть эксперты, которые указывают на отсутствие контактов с учреждениями своего ведомства.

Интерес представляет описание реальных практик включения учреждений различных ведомств в межведомственное взаимодействие со стороны участников фокус-групповых дискуссий:

**ВКЛЮЧЕННОСТЬ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ:**

*«Служба занятости в конце цепочки находится, т.е. к нам уже должны сюда прийти подлеченные, подученные. Поэтому, да, действительно, мы-то в*

рамках межведа в основном с МСЭ взаимодействуем. В рамках проекта Абилимпикс мы очень тесно взаимодействуем с **Министерством образования**<sup>17</sup> и образовательными учреждениями» (ДФГ1, труд).

#### ВКЛЮЧЕННОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ КУЛЬТУРЫ:

«Библиотека для слепых. Мы взаимодействуем с высшими учреждениями, дошкольными, школьными, с образовательными учреждениями уже профессионального образования» (ДФГ1, культура).

«В нашем муниципальном задании есть только офлайн услуги на проведение массовых мероприятий, онлайн услуги, к сожалению, никак (в нем) не учитываются. Договорные процессы, к сожалению, на сегодняшний день тоже не работают, потому что все наши наработки, которые до этого были, это массовые мероприятия, в (которых) проходило большое количество участников. Вот этот переход в онлайн режим, он требует все-таки некоторой перестройки и тут нужны технические моменты, которые индивидуально нужно решать. А у нас нет такой возможности, у нас массовые мероприятия, у нас нет индивидуальной работы» (ДФГ1, культура).

#### ВКЛЮЧЕННОСТЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

«Общество слепых. К нам приходят первоначальные люди, которые потеряли зрение. Мы, естественно, отправляем в центр занятости, взаимодействуем, там люди очень тесно с нами взаимодействуют. С Библиотекой мы работаем. У нас при **областном управлении** еще есть компьютерный класс. С образовательными организациями» (ДФГ1, общественные).

#### ВКЛЮЧЕННОСТЬ КЦСОНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:

«Только мы работаем через управление, потому что по последним нормативным документам с ИПРа может работать только управление по социальной политики, только **органы исполнительной власти**. У нас немножко доступ не тот. Но, тем не менее, работать нам приходится в любом случае. Я думаю, со временем можно будет заключить соглашение и с медицинскими центрами профилактики, например. Мы уже этот вопрос прорабатываем, чтобы мы уже сами могли заключить, чтобы за нами могли закрепить определенного специалиста. Со службой занятости мы тоже работаем достаточно плотно. Служба занятости – это такой вариант, с которым я очень просто, легко работаю. Ну, а в пенсионный фонд и по справке по месту жительства, мы отправляем запрос, нам приходит тут же, в течение короткого времени нам приходят справочки» (ДФГ1, соцзащита).

«Ну, конечно, если у нас есть определенный договор, предложение, где мы прописываем цели и задачи, то, собственно, нет никаких препятствий» (ДФГ3, соцзащита).

---

<sup>17</sup> В целях четкого видения упоминаемости ОГИВ сделано выделение жирным шрифтом.

«Согласно нормативным документам мы построили эту систему межведомственного взаимодействия на территории Полевского городского округа. Даже когда (Пилотный) проект закончился, мы вот это межведомственное взаимодействие мы из него и не выходили, собственно говоря. И то, что на базе нашего центра какой-то штаб создан, у нас интегральный, интеграционный консультант, который уже руководит этой работой. И очень тесно мы работаем и с Обществом инвалидов, и с Центром занятости, и работаем с нашим спортом, хотя в ИПРА рекомендации по спорту у нас за все время индивидуальных карт реабилитации было, может быть, одно. Ну, какие-то совместные мероприятия у нас проводят. Точно так же с **Управлением культуры** в прошлом году мы готовили совместный концерт в рамках уже областного празднования Дня инвалида. У нас был прекрасный концерт офлайн, который смотрела вся область. И я думаю, что мы достигли очень хорошего взаимодействия с культурой. Точно так же с образованием» (ДФГ2, соцзащита).

«В каждый субъект, который проводит свою реабилитацию, приходит информация с указаниями: у такого-то человека есть программа, с ним нужно поработать. Культура и так далее, медицина. К нам наши социальщики приходят. Но без взаимодействия нам никогда не решить проблему по реабилитации. Мы ее до конца, может быть, никогда не решим, но мы наладим те связи, которые мы выстроили сами» (ДФГ2, соцзащита).

«Работа идет, мы взаимодействуем со всеми организациями достаточно, не скажу, что прямо все хорошо, но и со структурами, и с центром занятости нашим, здравоохранением. Все равно подвижки есть. У нас идет взаимодействие на муниципальном уровне, с **администрацией**, с больницей, т.е. со всеми. Т.е. мы решаем, собираемся, организуем какое-то выездное, с нашими **главой**, со всеми решаем вопросы» (ДФГ1, соцзащита).

#### ВКЛЮЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ:

«Правильно было сказано, что у нас есть соглашения **на уровне ведомств...** и в дальнейшем мы заключили соглашение и на уровне учреждений. Т.е. у нас такие договоры есть многосторонние. Например, реабилитационный центр «Талисман», мы, областная детская больница и центры в Министерстве образования, в котором организован кабинет ранней помощи. У нас есть свой электронный документооборот. И ребенок, которому нужны эти услуги, сразу же видится в системе **Министерством социальной политики, Министерством образования**. По крайней мере, между тремя ведомствами у нас очень хорошая связка. Я уже не говорю о том, что еще в рамках Пилота мы сделали с бюро медико-социальной экспертизой, доступ ее, то есть каждое медицинское учреждение, за которым закреплено население (и дети, и взрослые) они про каждого заносят информацию в эту систему. Т.е. уже четыре структуры межведомственных. Не могу сказать, что мы очень тесно наладили связь с **Министерством спорта**, хотя у нас есть такой продвиг небольшой, но пока в процессе разработки. Потому что дети-инвалиды и

*спорт это сейчас очень важно, очень нужно в преддверии Универсиады. Вот это вот всё важно тогда, когда подключаются еще общественные родительские организации. Т.е. это несколько партнерских, очень активных родительских организаций. Нам иногда очень трудно достучаться до высоких уровней, с родителями это получается намного проще, легче. Я думаю, в теме взрослого населения, есть очень много партнерских организаций, через которые в принципе можно тоже так вот действовать и двигаться тоже, потому что общественные организации нас всех слышат, к нам прислушиваются» (ДФГ1, медицина).*

*«Психиатры не подчиняются министерству здравоохранения. И, соответственно, те вопросы, которые возникают, мы не можем решить» (ДФГ3, образование).*

*«У нас порядка 75% без попечения и сироты, поэтому учреждение выступает законным представителем. Нам нужно обеспечить комплексную реабилитацию, нам нужно обеспечить образование, нам нужно обеспечить взаимодействие с ФС, ФСС, Минздрав. Со всеми у нас тоже есть соглашения. Более или менее у нас взаимодействие налажено, кроме Минздрава. С Минздравом очень тяжело. На протяжении многих лет страшно тяжело. От них очень сложно добиться прикрепления ребенка в указанные сроки к какой-то поликлинике. Мы вот полтора года с этим бились. Вроде все законно, всё должно быть по закону. Поэтому самое сложное во взаимодействии это Минздрав. Более того, что проще договариваться через какую-то благотворительность, чтобы ребенка взяли на операцию в Москву, сопроводили туда. Большой спектр кабинетов, поиск няни. Но тем не менее это происходит быстрее, чем с нашим здравоохранением в городе» (ДФГ3, соцзащита).*

#### **ВКЛЮЧЕННОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ:**

*«Есть определенная, действительно, направленность соглашений. И в рамках этих соглашений – позиции, которые приемлемы и нужны» (ДФГ3, образование).*

### **4.3. Роль профильного министерства в формировании ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия**

Экспертам было предложено оценить деятельность своего профильного министерства в вопросах формирования ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия.

#### *Нормативно-правовые ресурсы*

Отнесены к наиболее сформированным ресурсам: 46,3% полагают, что их Министерство участвовало в разработке нормативных и правовых документов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие, 30,9% указывают на внедрение данных документов со стороны их Министерства.

### *Методические ресурсы*

Также оцениваются как хорошо сформированные: 46,3% полагают, что их Министерство регулярно проводит различные мероприятия по обмену опытом (круглые столы, методические семинары и т.п.), 29,2% имеют соответствующие методические материалы по внедрению механизма межведомственного взаимодействия.

### *Материально-технические ресурсы*

Занимают третье место в рейтинге формирования со стороны профильных министерств: 28,3% экспертов видят обеспечение материально-технической базой для работы в информационной системе, их министерство поддерживает программное обеспечение, доступ в интернет и т. п.

### *Информационные ресурсы*

23% экспертов полагают, что благодаря поддержке их Министерства создан механизм обмена информацией между реабилитационными организациями, которые являются исполнителями ИПРА и принадлежат к различным ведомствам. 15,9% указывают на роль профильного Министерства в создании и развитии информационной региональной системы, включающей информацию о потребностях инвалидов.

### *Кадровые ресурсы*

Поддержка и формирование данного ресурса со стороны профильного Министерства видится экспертам в следующих аспектах: организация и финансирование программ повышения квалификации по вопросам межведомственного взаимодействия (19,5%), обучение специалистов своего ведомства формам и видам межведомственного взаимодействия (16,6%), создание условий для установления межведомственных контактов на уровне специалистов, их личного знакомства (13,1%). В наименьшей степени видят участие своего Министерства в решении двух вопросов: выделение ставок для специалистов, обеспечивающих МВВ (4,5%), и решение задачи по деятельности куратора случая / интеграционного консультанта (3,1%).

### *Координационные ресурсы*

В качестве координатора деятельности роль Министерства видится в наименьшей степени: 10,5% экспертов полагают, что их Министерством созданы благоприятные административные условия развития системы межведомственного взаимодействия, 9,3% подчеркивают значение Министерства в координации действий специалистов различных ведомств в ходе оказания реабилитационных услуг.

**График 16.**

**Оценка ресурсов, сформированных профильными министерствами для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия**



Обратим внимание, что 8,3% экспертов полагают, что их профильное Министерство никак не участвует в формировании ресурсов для развития системы межведомственного взаимодействия – это эксперты из сфер здравоохранения, социальной защиты населения и физической культуры и спорта.

Количество ответов, которое мог выбрать эксперт в данном вопросе, не было ограничено (то есть максимально он мог выбрать все ответы из предложенных – 14). Однако в среднем эксперты давали 3 ответа, что указывает на избирательность их ответов, выбор тех позиций, где они действительно видят реальный вклад Министерства.

- 6,9% выбрали только ответ о разработке нормативно-правовых документов, для них деятельность Министерства как-бы «замерла» на этапе разработки;
- 6,2% сводят деятельность Министерства только к организации круглых столов и семинаров по обмену опытом;
- 20,4% экспертов дали 5 и более ответов, т.е. рассматривают роль Министерства как достаточно активную

Далее рассмотрены результаты по сферам деятельности экспертов (табл. 48).

### *ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*

60% экспертов видят инициаторскую роль Министерства здравоохранения в проведении круглых столов и семинаров, а также в создании условий для установления межведомственных контактов специалистов.

В данном ведомстве достаточно большое число позиций не было выбрано ни одним экспертом, однако с наибольшей вероятностью это может быть объяснено незначительным числом экспертов от данной сферы, принявшим участие в исследовании.

### *СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ*

Экспертами активно поддерживается мнение об участии Министерства социальной политики в совершенствовании механизмов межведомственного взаимодействия, все предложенные варианты были выбраны как реализуемые данным Министерством.

Основная роль Министерства видится в разработке нормативных документов (50,9%) и организации круглых столов и семинаров (41,6%).

Несколько ниже, чем в других сферах, оценивается роль Министерства в организации программ повышения квалификации и в создании благоприятных административных условий для развития механизма МВВ. 8% экспертов указывают на полное неучастие Министерства в развитии аспектов межведомственного взаимодействия.

### *ОБРАЗОВАНИЕ*

Основной вклад Министерства в формирование ресурсов межведомственного взаимодействия – организация семинаров и круглых столов (46,2%). Ниже, чем в большинстве остальных сфер (кроме здравоохранения) оценивается разработка нормативно-правовых документов (36,5%), хотя этот фактор и занимает второе место.

Снижена, относительно остальных сфер, оценка обучения специалистов формам и видам межведомственного взаимодействия. По остальным ресурсам оценка близка к средней по массиву.

### *КУЛЬТУРА, ИСКУССТВО*

В два раза выше, чем в других сферах, оценивается деятельность Министерства по организации семинаров и круглых столов (89,5%), программ повышения квалификации по вопросам МВВ (57,9%), обучения специалистов формам межведомственного взаимодействия (31,6%) и создания информационной региональной системы (26,3%). Очень высокий относительно других сфер показатель по созданию Министерством условий для установления межведомственных контактов (42,1%) и благоприятных административных условий для развития системы МВВ (31,6%).

Также выше, чем у остальных, показатели по ряду других ресурсов – разработка (57,9%) и внедрение (42,1%) нормативных документов, разработка методических материалов (42,1%), обеспечение материально-технической базы (42,1%).

При этом самый низкий показатель выбора экспертами поддержки механизма обмена информации между реабилитационными учреждениями различных ведомств (10,5%) и координации действий специалистов различных ведомств (5,3%).

### *ТРУД И ЗАНЯТОСТЬ*

Очень ровные (по 44,8-48,3%) показатели выбора 5 лидирующих ресурсов, и по 34-38% выбор еще трех позиций, что в среднем выше, чем по остальным сферам. Эксперты этой сферы дали наибольшее число ответов, что и «выравнивает» выбор позиций внутри сферы, и дает более высокие значения в сравнении с другими сферами.

Хуже, чем в других сферах, оценивается создание информационной региональной системы (6,9%), а также координация действия специалистов различных ведомств (3,4%).

### *ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ*

Сохранены лидерские позиции: организация семинаров (48,1%) и разработка нормативных актов (33,3%, что несколько ниже других сфер), что вновь отражает склонность представителей данной сферы завышать оценку своей деятельности по межведомственному взаимодействию.

По ряду позиций эксперты менее часто выбирают данное Министерство в сравнении с другими сферами: обеспечение материально-технической базой (3,7%, в остальных не менее 20%), создание региональной информационной системы (3,7%), создание условий для установления межведомственных контактов (3,7%).

Значительно выше других сфер оценивается деятельность Министерства по выделению ставок для специалистов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие (22,2%) и решению задач кураторов случаев (7,4%).

Таблица 48.

**Оценка ресурсов, сформированных профильными министерствами для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия, в зависимости от сферы деятельности эксперта, в % по столбцам**

	Здравоохранение	Образование	Социальная защита	Физкультура и спорт	Труд и занятость	Культура
Разработаны нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	0,0	36,5	50,9	33,3	44,8	57,9
Организуются и проводятся круглые столы, семинары по обмену опытом	60,0	46,2	41,6	48,1	48,3	89,5
Внедрены нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	20,0	29,8	27,4	25,9	44,8	42,1
Разработаны методические материалы по внедрению механизма МВВ	20,0	26,9	27,0	25,9	48,3	42,1
Обеспечена материально-технической база для работы в информационной системе, программное обеспечение, доступ в интернет	20,0	21,2	29,2	3,7	44,8	42,1
Создан механизм обмена информацией между реабилитационными организациями различных ведомств, исполнителей ИПРА	20,0	22,1	23,5	14,8	37,9	10,5
Организуются / финансируются программы повышения квалификации по вопросам МВВ	0,0	18,3	14,6	25,9	37,9	57,9
Обучены специалисты формам и видам МВВ	20,0	6,7	17,7	18,5	34,5	31,6
Создана и развивается информационная региональная система, учитывающая информацию о потребностях инвалидов	0,0	18,3	16,4	3,7	6,9	26,3
Созданы условия для установления межведомственных контактов, знакомства специалистов разных ведомств	60,0	15,4	9,7	3,7	13,8	42,1
Созданы благоприятные административные условия развития системы МВВ	20,0	10,6	7,5	18,5	10,3	31,6
Координируются действия специалистов различных ведомств в ходе оказания реабилитационных услуг	20,0	11,5	7,5	18,5	3,4	5,3
Выделены ставки для специалистов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие	0,0	3,8	2,7	22,2	3,4	5,3
Решается задача по деятельности куратора случая (интеграционного консультанта)	0,0	1,9	3,5	7,4	0,0	0,0
Ничего из перечисленного	0,0	14,4	8,0	7,4	0,0	0,0

#### 4.4. Роль органов местного самоуправления в формировании ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия

Далее эксперты оценивали деятельность органов местного самоуправления своего муниципального образования в вопросах формирования ресурсов для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия.

##### *Методические ресурсы*

34,2% экспертов выбрали ресурс, связанный с поведением круглых столов и семинаров по обмену опытом, как сформированный со стороны органов местного самоуправления. Второй показатель этой группы – разработка методических материалов по внедрению системы межведомственного взаимодействия, указали 15% экспертов.

##### *Нормативно-правовые ресурсы*

31,6% экспертов видят заслугу органов местного самоуправления в разработке нормативно-правовых документов, обеспечивающих МВВ, 24,7% считают, что ОМС непосредственно внедряют правовые и нормативные документы в практику.

##### *Материально-технические ресурсы*

Органы местного самоуправления формируют материально-техническую базу (программное обеспечение, компьютеры для работы в информационной системе, доступ к интернет) по мнению 14% экспертов.

##### *Информационные ресурсы*

13,5% экспертов полагают, что органы местного самоуправления участвуют в формировании механизма обмена информацией между реабилитационными учреждениями различных ведомств, а 9,5% полагают, что ОМС поддерживают создание и развитие информационной региональной системы.

##### *Кадровые ресурсы*

Из всех ресурсов данной группы приоритет, по мнению экспертов, отдается созданию условий для установления межведомственных контактов специалистов из разных ведомств (16,6%). В меньшей степени органы местного самоуправления вовлечены в различные форматы обучения специалистов, выделение ставок (3,3%) и решение задач кураторов случая (2,9%).

##### *Координационные ресурсы*

7,1% экспертов считают, что органы местного самоуправления формируют ресурс по координации действий специалистов из различных ведомств. 10,9% экспертов указывают, что благодаря деятельности ОМС созданы благоприятные административные условия по развитию межведомственного взаимодействия в их муниципальном образовании.

18,3% экспертов не видят вклада органов местного самоуправления в формирование ресурсов, необходимых для развития системы межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

**График 17.**

**Оценка ресурсов, сформированных органами местного самоуправления для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия, в %**



Сравнение вклада в формирование ресурсов совершенствования механизма межведомственного взаимодействия со стороны двух базовых субъектов – профильных министерств и органов местного самоуправления можно отметить, что показатели по министерствам выше практически по всем видам ресурсов. Однако рейтинг, общая приоритетность поддержки тех или иных ресурсов со стороны обоих субъектов очень близок.

Таблица 49.

**Оценка ресурсов, сформированных профильными министерствами и органами местного самоуправления для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия, в % по столбцам**

	<b>Органы местного самоуправле ния</b>	<b>Профильные министерства</b>
Организуются и проводятся круглые столы, семинары по обмену опытом	34,2%	46,3%
Разработаны нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	31,6%	46,3%
Внедрены нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	24,7%	30,9%
Созданы условия для установления межведомственных контактов, знакомства специалистов разных ведомств	16,6%	13,1%
Разработаны методические материалы по внедрению механизма МВВ	15,0%	29,2%
Обеспечена материально-технической база для работы в информационной системе, программное обеспечение, доступ в интернет	14,0%	28,3%
Создан механизм обмена информацией между реабилитационными организациями различных ведомств, исполнителей ИПРА	13,5%	23,0%
Созданы благоприятные административные условия развития системы МВВ	10,9%	10,5%
Создана и развивается информационная региональная система, учитывающая информацию о потребностях инвалидов	9,5%	15,9%
Обучены специалисты формам и видам МВВ	9,3%	16,6%
Организуются / финансируются программы повышения квалификации по вопросам МВВ	7,8%	19,5%
Координируются действия специалистов различных ведомств в ходе оказания реабилитационных услуг	7,1%	9,3%
Выделены ставки для специалистов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие	3,3%	4,5%
Решается задача по деятельности куратора случая (интеграционного консультанта)	2,9%	3,1%
Затруднились оценить	2,4%	
Ничего из перечисленного	18,3%	8,3%

Различия в оценки деятельности органов местного самоуправления в зависимости от управленческого округа представлены в таблице 52. При сохранении основных тенденций в оценивании, есть некоторые особые моменты, различия. Приведем некоторые примеры.

В Северном округе реже остальных указывают на проведение семинаров и круглых столов по обмену опытом, а Екатеринбург и Западный округ лидируют по этому ресурсу.

Напротив, эксперты из Екатеринбурга реже остальных полагают, что органы местного самоуправления разработали и внедрили нормативно-правовые документы, необходимые для развития межведомственного взаимодействия.

В Екатеринбурге и Горнозаводском округе выше оценивают участие органов местного самоуправления в создании условий для установления межведомственного контакта специалистов из разных ведомств; хуже всего этот аспект деятельности ОМС оценивается в Западном и Восточном округах.

Поддержкой органов местного самоуправления в материально-техническом ресурсе больше других удовлетворены эксперты Южного округа.

В Северном округе больше всего экспертов, кто указал на отсутствие участия органов местного самоуправления в формировании ресурсов развития МВВ. Меньше всего таких мнений у экспертов из Екатеринбурга, Южного и Западного округов.

В Горнозаводском округе никто из экспертов не отметил выделение ставок для специалистов по межведомственному взаимодействию. Больше всего таких упоминаний в Южном округе.

Благоприятными административными условиями для совершенствования МВВ считают 18,3% экспертов в Екатеринбурге и 4,5% в Западном округе.

**Таблица 50.**

**Оценка ресурсов, сформированных органами местного самоуправления для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия, в зависимости от управленческого округа, в % по столбцам**

	Управленческий округ					
	Екатеринбург	Южный	Западный	Северный	Восточный	Горнозаводской
Организуются и проводятся круглые столы, семинары по обмену опытом	46,7%	31,5%	43,3%	15,3%	33,3%	36,4%
Разработаны нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	21,7%	34,2%	31,3%	30,5%	33,3%	31,8%
Внедрены нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	16,7%	27,4%	22,4%	25,4%	27,4%	27,3%
Созданы условия для установления	28,3%	12,3%	10,4%	18,6%	11,9%	24,2%

межведомственных контактов, знакомства специалистов разных ведомств						
Разработаны методические материалы по внедрению механизма МВВ	13,3%	19,2%	13,4%	11,9%	15,5%	15,2%
Обеспечена материально-технической база для работы в информационной системе, программное обеспечение, доступ в интернет	13,3%	20,5%	16,4%	11,9%	10,7%	13,6%
Создан механизм обмена информацией между реабилитационными организациями различных ведомств, исполнителей ИПРА	20,0%	6,8%	13,4%	10,2%	9,5%	22,7%
Созданы благоприятные административные условия развития системы МВВ	18,3%	11,0%	4,5%	16,9%	10,7%	6,1%
Создана и развивается информационная региональная система, учитывающая информацию о потребностях инвалидов	16,7%	15,1%	10,4%	5,1%	3,6%	9,1%
Обучены специалисты формам и видам МВВ	20,0%	13,7%	3,0%	8,5%	7,1%	4,5%
Организуются / финансируются программы повышения квалификации по вопросам МВВ	18,3%	11,0%	4,5%	5,1%	6,0%	4,5%
Координируются действия специалистов различных ведомств в ходе оказания реабилитационных услуг	10,0%	4,1%	4,5%	8,5%	7,1%	9,1%
Выделены ставки для специалистов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие	5,0%	9,6%	1,5%	3,4%	1,2%	0,0%
Решается задача по	3,3%	6,8%	0,0%	1,7%	2,4%	3,0%

деятельности куратора случая (интеграционного консультанта)						
Ничего из перечисленного	15,0%	15,1%	14,9%	27,1%	22,6%	18,2%

#### 4.5. Проблемные зоны межведомственного взаимодействия субъектов реабилитации и абилитации инвалидов

В качестве основных проблемных зон, которые определяют, с одной стороны, напряженность в имеющихся межведомственных отношениях, а с другой – перспективы их развития, эксперты-участники дискуссионных фокус-групп обозначили следующие.

1. Взаимодействие с МСЭ. Эксперты постоянно подчеркивают важность с самого первого момента, этапа признания инвалидности (В рамках МСЭК) сделать установку на комплексную реабилитацию и ее реализацию в системе межведомственного подхода. Недостаточная включенность МСЭ воспринимается как значимое препятствие в реализации и результативности всей последующей реабилитации.

*«МСЭ навстречу не идет» (ДФГ1, труд).*

*«(Они) не включены в единую систему» (ДФГ1, культура).*

*«Они формально включены. Когда это все началось, встречались же все: и служба занятости, и представитель МСЭ, и все другие представители всех ведомств. И вроде там на словах благие были намерения, все формально включены в эту систему» (ДФГ1, социализация).*

*«Они не заинтересованы в результате, им неважно, как они разработают ИПРА, что они там напишут. В отношении профреабилитации инвалидов блок просто ужасно прописан. И если нашим специалистом центра занятости и в департаменте, естественно, пришлось научиться по этим непонятным словам подбирать работу, то работодатель этим заниматься не будет... Он возьмет просто здорового да и все» (ДФГ1, труд).*

Отметим, что ряд экспертов указывают, что решение проблем с МСЭ проходит у них успешно благодаря личным связям: *«С МСЭ проблем нет, наверное, только потому что в МСЭ ушли работать бывшие, не наши, там с социальными контактами. Это личные контакты» (ДФГ3, образование).*

2. Взаимодействие с учреждениями здравоохранения, достижение единого понимания механизмов взаимодействия, создания единой информационной системы.

*«Конечно, у нас существует проблема это взаимодействие с учреждениями здравоохранения. Так как у нас лично с ними соглашения нет. Единственное, у Министерств между собой у них соглашения есть. Но они ... по таким глобальным вопросам, а когда нам необходимо пригласить, например, узкого специалиста на дом к человеку..., чтобы этот специалист подсказал нам, что*

*ему можно, что нельзя, какие виды реабилитации с медицинской точки зрения ему можно, главное же не навредить. Вот здесь у нас возникает проблема, потому что узкие специалисты крайне редко выезжают на дом, крайне редко» (ДФГ1, соцзащита).*

*«Сейчас вот инвалиду облегчилось, у него нет теперь этого хождения по инстанциям, как к врачу одному, к нам пришел, уже вернее в Пенсионный фонд. То есть, уже вот мы по межведцу можем ему документы облегчить, но к врачу он все равно должен будет прийти, потому что во главе стоит медицина. И поэтому, когда даже мы работали с интеграционным да консультантом, все-таки самое разумное, что они в поликлинике уже прямо сразу же предлагали» (ДФГ2, соцзащита).*

Отметим, что со стороны учреждений медицинской сферы ситуация воспринимается как более позитивная: *«Мы очень тесно связаны, во-первых, с Областным центром реабилитации инвалидов. Это первое наше достижение, оно живет, развивается, преемственность и для пациента, и для родителей. Потом, конечно, тесное взаимодействие, более тесно стало и с медицинскими реабилитационными центрами, которые оказывают помощь структуре Министерства социполитики для детского населения» (ДФГ1, медицина).*

3. Неравномерность, неодновременность развития различных ресурсов у тех или иных субъектов.

*«Больше всего у нас кабинетов ранней помощи сделано в Министерстве образования. Соцполитика, конечно, сейчас наращивает этот ресурс, но подтормаживает. Потом как раз уже идет не медицинская, а именно образовательная и социальная реабилитация» (ДФГ1, медицина).*

4. Сложности соотнесения документов, созданных в рамках различных ведомств.

*«У нас есть и соглашение с МСЭ, но по поводу консультации с МСЭ у нас абсолютно никак. У нас это все упирается в персональные данные. Раньше хорошо было, в карте ИПРА написано – противопоказан тяжелый физический труд, и мы работали. Да, сейчас мы ничего не видим, мы видим то, что у него I степень трудовой деятельности, там I степень ориентации, либо еще что-то. И вот есть ряд документов, где прописаны, что эта степень значит, но это прописано все настолько непонятно» (ДВГ2, труд).*

5. Отсутствие договоренности, понимания, какой субъект выступает в качестве ведущего (инициатора решения всех задач формирования межведомственного взаимодействия, координатора деятельности остальных субъектов и т.п.), а также в качестве главного связующего звена, через которого преимущественно идет информирование людей с инвалидностью и перенаправление в организации не своего ведомства для других видов реабилитации и абилитации.

*«Когда еще Пилот существовал и шел, мы всегда говорили, а кто должен быть этим связующим звеном? И всегда смотрели так друг на друга и*

*говорили, а почему мы-то? Когда медицина в первую очередь, почему мы? Почему мы должны медицине говорить о том, что инвалид у вас был. Это медицина должна спрашивать нас, а у вас был этот инвалид? (ДФГ2, соцзащита).*

*«Кто это возглавит. Вот этот вопрос, который решил бы все эти проблемы, он не решен до сих пор. И в нормативных документах вы его не найдете. Мы сто раз его задавали. Так давайте мы решим, кто же будет этим заниматься» (ДФГ2, соцзащита).*

*Каждый из нас – дирижер в своей группе, общего оркестра нет, так как нет общего дирижера. (ДФГ2, соцзащита).*

*«Межведом занимается МинСоц, объединяет» (ДФГ1, труд).*

6. Непроработанность документов, незавершенный (несовершенный) характер экспертизы документов по межведомственному взаимодействию

*«Не работают документы, потому что...далее, возможно, не подключились экономисты и порядок расчета квот, денежных средств – вот это все не было просчитано. Увязать экономику, увязать ваше направление работы, увязать нормативно-правовую базу. Все это состыковать, найти проблему, сравнить с зарубежным опытом, который уже работает и прописать» (ДФГ3, благ.фонд).*

*«Если государство потратило деньги на то, чтобы этот Пилот был реализован. Руководители заточены под это. Ведомства тоже готовы. Уже шаг-то ведь сделан хороший. Теперь надо следующий шаг сделать. Нужен вот именно нормативный документ, который позволит уже. Вот есть нормативный документ и финансирование, и все наши действия будут легитимны» (ДФГ2, соцзащита).*

7. Недостаточная активность, эффективность работы Ресурсного центра, который расценивается как потенциально более мощный ресурс для включения инвалида в реабилитационный процесс и систему информационного взаимодействия.

*«Вот это соглашение, которое было реализовано Ассоциацией «Особые люди», мне вот не совсем понятно. Этот ресурсный центр, сейчас он не работает, почему его нельзя сделать на бюджетной основе?» (ДФГ1, труд).*

*«Мы хотим, чтобы была нормативная документация. Мы хотим, чтобы был единый центр. Вот это наше видение, предложение» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Идея ресурсного центра на самом деле была классная» (ДФГ3, образование).*

**Экспертами признается важная задача найти место каждого Министерства в единой системе межведомственного взаимодействия с**

*учетом эффективного решения общих задач и учета специализированных задач каждого министерства (сферы деятельности).*

*Деятельность своего профильного министерства большинство экспертов оценивают как активное участие с долей инициаторской деятельности. Министерства включены в единый процесс, создают друг для друга взаимные инициативы, стимулируют другие министерства к поддержанию процесса межведомственного взаимодействия на должном качественном уровне.*

*Эксперты видят активную поддержку со стороны своего профильного министерства, указывают на конкретные программы, концепции, проекты, инициированные отдельными министерства в рамках развития единой системы межведомственного взаимодействия.*

*Органы местного самоуправления рассматриваются как активный участник процесса формирования межведомственного взаимодействия, который в ряде случаев также берет на себя функции инициатора решения задач, а в ряде – создает условия для формирования системы межведомственного взаимодействия.* Основными направлениями работы органов муниципального самоуправления по реализации межведомственного взаимодействия и развития системы комплексной реабилитации и абилитации выступают:

- координация работы, создание для этого благоприятных организационно-административных условий;
- поддержка создания информационной системы материально-техническими и финансовыми ресурсами;
- информационно-аналитическая работа по выявлению запросов разных групп субъектов, прямо или косвенно задействованных в этом процессе (работодателей, учреждений-участников межведомственного взаимодействия, инвалидов, населения в целом);
- разъяснительно-информационная работа с населением (инвалидами в том числе) и реабилитационными учреждениями;
- формирование условий для встреч, общения, обмена опыта специалистами различных ведомств;
- решение вопросов по выделению ставок;
- поощрение повышения квалификации сотрудников различного уровня.

## **Раздел 5. Факторы, сдерживающие эффективное межведомственное взаимодействие: оценка динамики**

---

Данный аспект раскрывается через следующие показатели:

1. оценка остроты факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию;
2. оценка динамики данных факторов;
3. характеристика региональной информационной системы.

### **5.1. Актуальные факторы, сдерживающие рост эффективности межведомственного взаимодействия**

Острота каждой проблемы, препятствующей эффективному межведомственному взаимодействию, может быть зафиксирована через оценку степени негативного влияния. Оценка дается по 10-балльной шкале, где 1 означает, что фактор не препятствует межведомственному взаимодействию, а 10 – очень сильно препятствует.

Средняя оценка остроты всех проблем составляет 5-5,75 баллов, что соответствует среднему уровню, когда фактор оказывает умеренное препятствующее воздействие.

Наиболее остро в текущий момент оцениваются кадровые проблемы, наименее остро – информационные и проблемы понятийно-категориального аппарата.

8-10% экспертов каждую проблему (14,5% в кадровых проблемах) оценили как острую, сильно препятствующую эффективности межведомственного взаимодействия (поставили 9-10 баллов).

13-15% экспертов по каждой проблеме выбирают 1-2 балла, считая, что этот фактор не препятствует в настоящее время эффективности МВВ.

Таблица 51.

**Характеристика экспертами остроты факторов, препятствующих  
эффективному межведомственному взаимодействию, % по строкам и  
средние показатели**

	Оценка степени препятствующего влияния (балл)										Средняя оценка*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Кадровые проблемы	7,4	5,7	7,1	7,4	21,1	11,2	10,5	15,2	7,4	7,1	<b>5,75</b>
Нормативно-методические проблемы	5,9	8,3	8,6	8,8	24,2	12,4	10,9	10,5	5,9	4,5	<b>5,37</b>
Нормативно-правовые проблемы	5,7	7,8	10,5	8,5	22,3	15,2	11,2	8,6	4,8	5,5	<b>5,34</b>
Методологические проблемы	4,8	7,8	9,7	9,0	26,8	14,3	9,0	10,0	4,8	3,8	<b>5,29</b>
Информационные проблемы	7,1	11,4	10,7	10,9	21,4	11,4	8,1	9,3	4,5	5,2	<b>5,05</b>
Проблемы понятийно-категориального аппарата	5,5	10,0	11,9	10,2	23,0	15,4	10,0	6,9	3,1	4,0	<b>5,03</b>

\* Средняя оценка может принимать значения от 1 до 10, где 1 – фактор совершенно не препятствует, 10 – фактор очень сильно препятствует эффективности межведомственного взаимодействия. Чем ниже значение средней, тем меньше негативного влияния оказывает фактор.

## 5.2. Динамика факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию

Динамика остроты каждой проблемы, препятствующей эффективному межведомственному взаимодействию, может быть зафиксирована через оценку остроты каждой проблемы в исследованиях 2019 и 2021 гг.

Сравнение с результатами исследования в 2019 г. позволяет зафиксировать, что только по информационным проблемам немного снизилась оценка степени негативного влияния. По всем остальным средние значения фиксируют не снижение, а определенное нарастание (по сравнению с 2019 г.) значимости фактора как препятствующего эффективному межведомственному взаимодействию.

Таблица 52.

**Характеристика экспертами остроты факторов, препятствующих  
эффективному межведомственному взаимодействию, по годам, средние  
показатели**

	2016*	2019	2021
Кадровые проблемы	5,36	5,25	5,75
Нормативно-методические проблемы	4,34	4,26	5,37
Нормативно-правовые проблемы	4,35	3,83	5,34
Методологические проблемы	5,52	5,08	5,29
Информационные проблемы	5,36	5,23	5,05
Проблемы понятийно-категориального аппарата	4,14	3,84	5,03

\* Оценка давалась в исследовании 2019 года: эксперты оценивали остроту каждой проблемы три года назад (в 2016 г.) и в текущий период.

Продемонстрируем, как эксперты оценивают изменение остроты, степень решения каждой проблемы за последние 4 года.

3-5% экспертов видят ситуацию как обострение проблемы, более выраженное негативное влияние на формирование эффективной системы межведомственного взаимодействия в настоящее время, чем четыре года назад. Наиболее высокий показатель роста остроты – у кадровых проблем (12,9%).

17-27% экспертов не видят изменений, расценивают текущее состояние препятствующих факторов как не изменившееся относительно ситуации четырехлетней давности.

Большинство экспертов указывают на изменение ситуации к лучшему, положительные сдвиги в решении проблем, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию. Наиболее хорошо оценивается ситуация с решением информационных проблем (62%), меньше всего позитивных оценок в решении кадровых проблем (42,5%).

Высокая доля экспертов (около 20%) не смогли дать оценку динамики изменения проблем. Это может быть связано как со стажем работы экспертов в данной должности (35% экспертов работают 3 года и менее), так и с содержательными, критериальными сложностями оценивания динамики.

График 18.

Характеристика экспертами изменения остроты факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию, в %

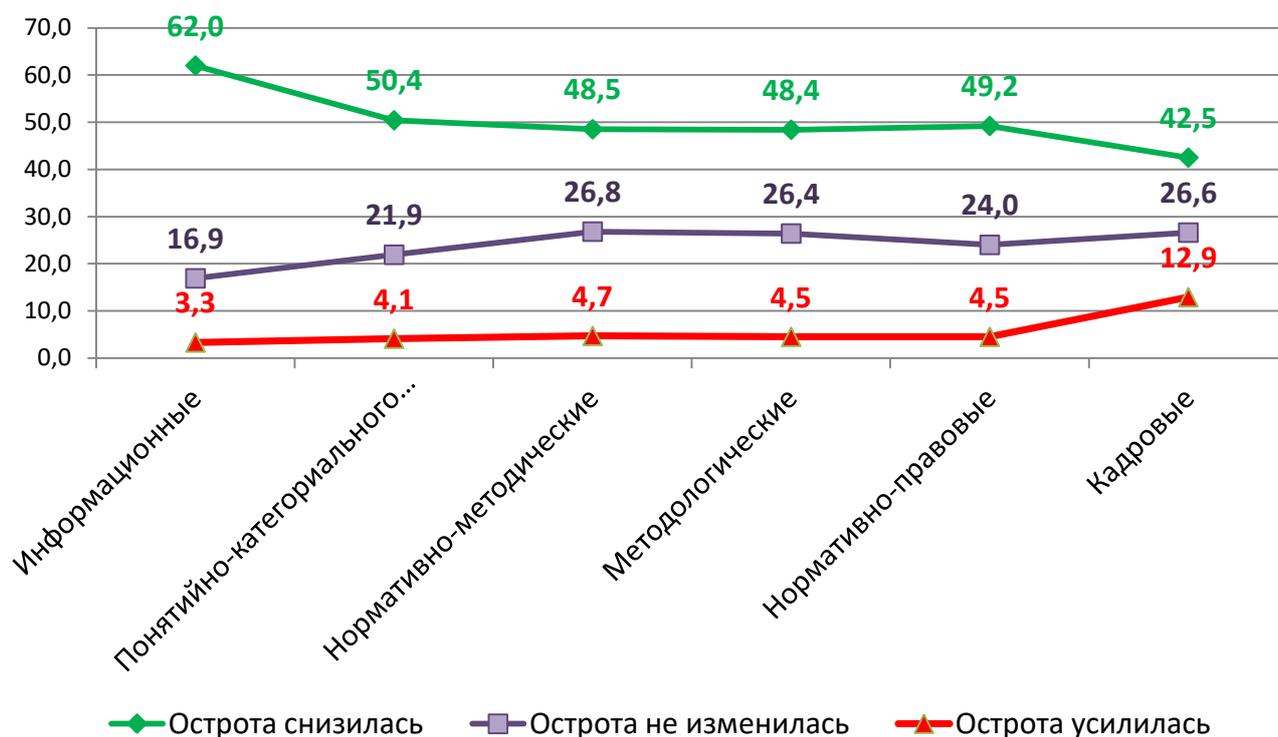


Таблица 53.

Характеристика экспертами изменения остроты факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию

	Проблемы, препятствующие эффективному межведомственному взаимодействию					
	Информационные	Понятийно-категориального аппарата	Нормативно-методические	Методологические	Нормативно-правовые	Кадровые
Проблемы практически решены	14,5	6,7	7,6	6,4	8,1	6,2
Проблемы стали менее острыми	47,5	43,7	40,9	42,0	41,1	36,3
<b>ОСТРОТА СНИЗИЛАСЬ</b>	<b>62,0</b>	<b>50,4</b>	<b>48,5</b>	<b>48,4</b>	<b>49,2</b>	<b>42,5</b>
Ситуация не изменилась	16,9	21,9	26,8	26,4	24,0	26,6
Проблемы стали более острыми	2,6	2,9	2,6	3,8	3,1	10,5
Проблемы резко обострились	0,7	1,2	2,1	0,7	1,4	2,4
<b>ОСТРОТА ВОЗРОСЛА</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>12,9</b>
Затруднились оценить	17,8	23,8	20,0	20,7	22,3	18,1
<b>Итого</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Следовательно, мы можем зафиксировать разнонаправленные тенденции. Оценивания остроту проблем в текущем году эксперты поставили более высокие оценки, чем в 2019 г., т.е. они полагают, что все факторы сейчас в большей мере препятствуют эффективности межведомственного взаимодействия. При этом, оценивания изменение ситуации с решением проблем, большинство из них видит положительную динамику, снижение степени остроты и нерешенности данных проблем.

Такая противоречивость может быть обусловлена изменением реабилитационных, коммуникативных, управленческих процессов под влиянием пандемической ситуации, когда значимость каждого фактора повысилась, но при этом также повысились и усилия, направленные на поиск новых форм, механизмов в решении задач.

Сфера деятельности эксперта также влияет на его восприятие и оценивание изменений в решении проблем, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию. Эксперты из здравоохранения хуже оценивают ситуацию в решении кадровых, методических, нормативно-правовых и информационных задач. Эксперты из сферы физической культуры спорта (как наименее, по сравнению с другими, включенные в МВВ) более положительно оценивают решение практически всех проблем. Решение методических проблем лучше оценивают эксперты из сферы культуры.

**Таблица 54.**

**Характеристика экспертами изменения остроты факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию, в зависимости от сферы деятельности, средние показатели**

	Оценка изменения остроты проблемы*					
	Кад- ровые	Методи- ческие	Методоло- гические	Нормативно- правовые	Информа- ционные	Понятийно- категориаль- ные
Здравоохранение	3,00	3,00	2,00	3,25	2,75	2,00
Образование	2,53	2,39	2,45	2,35	2,18	2,41
Социальная защита населения	2,66	2,47	2,43	2,39	2,16	2,38
Физическая культура и спорт	2,00	1,96	1,87	1,85	1,48	1,81
Труд и занятость	2,88	2,44	2,48	2,32	2,16	2,39
Культура, искусство	2,47	1,89	2,00	2,22	2,11	2,00
Органы местного самоуправления	2,43	2,38	2,50	2,17	1,86	2,17

\* Оценка дана в средних показателях, может изменяться от 1 до 5, где 1 – проблема практически решена, 5 – проблема резко обострилась. Чем выше значение средней, тем острее и менее решена проблема

*Таким образом, система факторов, препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию, выявленная по результатам социологического исследования 2017 года<sup>18</sup>, сохраняет свою актуальность в настоящее время. Средняя оценка остроты всех проблем на настоящий момент составляет 5-5,7 баллов из 10 (средний уровень).*

*Эта актуальность определяет, с одной стороны, содержательное наполнение ключевых задач, которые ставятся в рамках развития системы межведомственного взаимодействия, а с другой – критерии оценки сформированности и процесса усовершенствования механизма межведомственного взаимодействия, точки отсчета для сравнения и определения динамики.*

*Отсутствие нормативно-правовой базы сохраняет значение ведущего фактора, сдерживающего развитие межведомственного взаимодействия. В последнее время повысилась значимость кадровых проблем.*

*При этом эксперты положительно оценивают усилия по решению данных проблем, фиксируют положительную динамику в снижении остроты. Зафиксирована положительная динамика (проблемы стали менее острыми или практически решены) в оценке остроты данных факторов: снижение остроты фиксируют 42-62% экспертов (в зависимости от оцениваемой проблемы).*

*На настоящий момент большинство экспертов полагают, что ни один из сдерживающих факторов не получил полного разрешения и преодоления.*

---

18 Отчет по результатам социологического опроса с обобщением мнений целевых групп (инвалидов и родителей детей-инвалидов) «Выявление факторов (проблем), препятствующих эффективному межведомственному взаимодействию реабилитационных организаций, обеспечивающих реализацию ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение, а также выработка предложений по минимизации и (или) устранению) таких факторов (проблем), предусмотренных планом мероприятий комплексной программы Свердловской области «Доступная среда» на 2014-2020 годы по мероприятиям, реализуемым в 2017 году». Екатеринбург, 2017. Исполнитель ООО «Центр Социальных Технологий «Оптима», по заказу Министерства социальной политики Свердловской области. Выборка: 244 инвалида (в том числе 122 родителей детей-инвалидов) и 61 эксперт.

### **5.3. Региональная информационная система межведомственного обмена данными о потребностях инвалидов в реабилитационных мероприятиях и их результативности как инструмент повышения эффективности межведомственного взаимодействия**

Межведомственное информационное взаимодействие осуществляется между органами, предоставляющими государственные услуги, органами, предоставляющими муниципальные услуги, подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями, участвующими в предоставлении государственных или муниципальных услуг, иными государственными органами, органами местного самоуправления, органами государственных внебюджетных фондов, многофункциональными центрами (далее - органы и организации) в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.<sup>19</sup>

В настоящее время в РФ используются следующие виды информационного взаимодействия в процессе предоставления государственных услуг:<sup>20</sup>

1. Традиционный бумажный документооборот - осуществляется между сотрудниками организаций;

2. Обмен электронными формами традиционного бумажного документа с применением доступных электронных технологий информационного взаимодействия – системы электронного документооборота, электронная почта;

3. Унифицированное информационное взаимодействие – осуществляется между информационными системами участников межведомственного электронного взаимодействия;

4. Применение интерактивных запросных приложений, которые предоставляются некоторыми ведомствами в качестве пользовательских электронных сервисов через официальные сайты органов в сети Интернет или ведомственные электронные порталы.

Приоритетным направлением межведомственного информационного взаимодействия является взаимодействие в электронной форме. Для этих целей в РФ создана Система межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ), состоящая из федеральной государственной информационной системы и региональных сегментов. Система межведомственного электронного взаимодействия представляет собой информационную систему, включающую информационные базы данных, в том числе содержащие сведения об используемых органами и организациями программных и технических средствах, обеспечивающих возможность доступа через систему взаимодействия к их информационным системам (далее - электронные

---

19 Постановление Правительства Российской Федерации от 23.06.2021 г. № 963. URL: <http://government.ru/docs/all/135087/>

20 Струкова Н.А. Проблемы межведомственного информационного взаимодействия при предоставлении государственных услуг // Вопросы управления. 2018. №2 (51). URL: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2018/02/05/>

сервисы), сведения об истории движения в системе взаимодействия электронных сообщений при предоставлении государственных и муниципальных услуг, исполнении государственных и муниципальных функций в электронной форме, а также программные и технические средства, обеспечивающие взаимодействие информационных систем органов и организаций через СМЭВ.<sup>21</sup>

Для обеспечения стабильного функционирования модели межведомственного взаимодействия в ходе Пилотного проекта в Свердловской области создана автоматизированная информационная система с централизованной базой данных и классификатором информационных систем, подключенных к системе межведомственного взаимодействия.<sup>22</sup>

Изучение межведомственного обмена информацией и оценка его экспертами как эффективного инструмента межведомственного взаимодействия в настоящее время в данном проекте реализуется через следующие аспекты:

1) Оценка экспертами сформировавшегося процесса обмена информацией в рамках межведомственного взаимодействия и требования к его совершенствованию;

2) Оценка экспертами сформированности информационной базы по заданным показателям.

Эксперты, представляющие различные организации, обладают ограниченным уровнем информированности о сформированности информационной базы. 47% и более участников исследования не смогли дать оценку характеристикам сформированности региональной информационной системы, в том числе 44,7% не информированы о том, подключена ли их организация к данной системе. Наиболее сложным для оценки стал показатель, касающийся подключения других организаций – 62,5% затруднившихся ответить).

Эта ситуация подтверждает существование проблемного поля, связанного с уровнем информирования сотрудников, причастных к межведомственному взаимодействию, о механизмах и формах его осуществления. Дальнейшая оптимизация процедуры доступа и работы с электронной базой позволит более полно включить организации в систему межведомственного информационного взаимодействия и обеспечить корректное понимание специалистами возможностей и ограничений использования информационной системы.

---

21 Система межведомственного электронного взаимодействия. URL: <https://smev.gosuslugi.ru/portal/>

22 Лайковская Е.Э., Владимирова О.Н., Афолина К.П., Злоказов А.В., Любушкина Т.Л. Оценка результативности формирования системы комплексной реабилитации в Свердловской области: влияние пилотного проекта // Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation. Russian journal. 2020. №23 (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-rezultativnosti-formirovaniya-sistemy-kompleksnoy-reabilitatsii-v-sverdlovskoy-oblasti-vliyanie-pilotnogo-proekta/viewer>

Тем не менее, около 30% участвующих экспертов дали положительные оценки по большинству показателей.

Среди экспертов, которые смогли сформулировать свою позицию по данному вопросу, преобладает мнение о соответствии системы предложенным показателям: 70-75% от давших ответ высказывают положительную оценку.

**Таблица 55.**

**Оценка экспертами уровня сформированности составляющих информационной системы межведомственного обмена данными, в %**

	<b>Система соответствует показателю</b>	<b>В системе этого нет</b>	<b>Не смогли оценить</b>
Система содержит полные / достаточные сведения об инвалидах и об оказываемых им реабилитационных мероприятиях	39,2	12,8	48,0
Наличие системы электронного межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти, организаций, участвующих в предоставлении реабилитационных мероприятий	38,7	11,9	49,4
Система позволяет осуществить сбор, обработку, анализ информации об инвалидах	37,5	14,7	47,7
Ваша организация подключена к данной системе	36,3	19,0	44,7
В систему внесена информация о всех инвалидах (ИЛИ большинстве)	30,6	13,5	55,8
Предоставлен доступ к информационной системе в полном объеме, ко всем необходимым разделам	29,5	19,2	51,3
Все другие организации, включенные в межведомственное взаимодействие, подключены к данной системе	25,2	12,4	62,5

Сравнение данных, полученных в 2021 г., с результатами оценивания в 2019 г. позволяет увидеть рост числа позитивного мнения экспертов по всем критериям. В наибольшей степени вырос показатель, связанный с соответствием системы охвату всех организаций, включенных в межведомственное взаимодействие.

Таблица 56.

**Доля экспертов, указавших на соответствие информационной системы межведомственного обмена данными предложенным характеристикам, в 2019 и 2021 гг., в %**

	Система соответствует показателю	
	2019 г.	2021
Наличие системы электронного межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти, организаций, участвующих в предоставлении реабилитационных мероприятий	32,6	38,7
Система содержит полные / достаточные сведения об инвалидах и об оказываемых им реабилитационных мероприятиях	31,6	39,2
Система позволяет осуществить сбор, обработку, анализ информации об инвалидах	29,5	37,5
Ваша организация подключена к данной системе	27,9	36,3
В систему внесена информация о всех инвалидах (ИЛИ большинстве)	26,8	30,6
Все другие организации, включенные в межведомственное взаимодействие, подключены к данной системе	13,7	25,2

*Таким образом, эксперты рассматривают сложившийся процесс обмена информацией как приемлемый на текущий момент, позволяющий решать большинство текущих информационных задач, но требующий совершенствования по критерию доступности информации для всех участников межведомственного взаимодействия, включая инвалидов и непосредственных исполнителей реабилитационных мероприятий.*

*При этом оценка системы по конкретным характеристикам у половины экспертов вызывает затруднения. Среди экспертов, давших содержательный ответ, преобладает мнение о соответствии системы предложенным показателям.*

*Зафиксирована положительная динамика в оценивании соответствия системы ожидаемым характеристикам по сравнению с 2019 г.*

*Тем не менее, информационная система требует ряд усовершенствований, связанных с расширением возможностей доступа в систему и работы с ней. Подчеркивается необходимость соблюдения баланса в эффективности работы информационной электронной системы и финансовых затрат на ее разработку и содержание.*

## **Раздел 6. Меры, способствующие повышению эффективности межведомственного взаимодействия: практический опыт и рекомендации экспертов**

---

Данный аспект проводимого исследования раскрывается через комплекс следующих показателей:

1. Оценка достаточности ресурсов, необходимых для развития системы эффективного межведомственного взаимодействия;
2. Анализ факторов, которые оказали влияние на повышение / снижение эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области;
3. Рекомендации о мерах /приоритетных задачах, решение которых будет способствовать повышению эффективности межведомственного взаимодействия.

### **6.1. Оценка достаточности ресурсов, необходимых для развития системы эффективного межведомственного взаимодействия**

При оценке ресурсов с точки зрения их достаточности для развития эффективного межведомственного взаимодействия, можно выделить три ресурса, где рассмотрение ресурса как достаточного преобладает над негативной оценкой: управленческие ресурсы, информационные и нормативно-правовые. Последние имеют практически равное соотношение позитивных и негативных оценок.

К числу ресурсов, обладающих максимально низкой оценкой достаточности, эксперты отнесли финансовые и материально-технические ресурсы. Признавая, что в узком смысле слова они выступают в качестве базы для реализации и развития остальных ресурсов, эксперты выделяют их низкий уровень обеспеченности.

Таблица 57.

**Оценка достаточности ресурсов для развития эффективного  
межведомственного взаимодействия, в %**

	Достаточно данного вида ресурсов	Не достаточно данного вида ресурсов	Затруднились оценить	Средняя оценка*
Управленческие ресурсы	37,8	29,2	33,0	1,44
Информационные ресурсы	43,7	36,3	20,0	1,45
Нормативно-правовые ресурсы	37,8	34,9	27,3	1,48
Нормативно-методические ресурсы	35,2	38,7	26,1	1,52
Технологические ресурсы	24,0	48,7	27,3	1,67
Кадровые ресурсы	23,8	55,6	20,7	1,70
Материально-технические ресурсы	20,4	56,1	23,5	1,73
Финансовые ресурсы	15,2	55,3	29,5	1,78

\* Средняя оценка может принимать значение от 1 до 2, где 1 - данного ресурса достаточно, 2 – не достаточно. Чем выше значение средней, тем более недостаточным расценивается ресурс. Средняя рассчитана от числа экспертов, давших содержательный ответ.

Эксперты из разных сфер достаточно близко оценивают достаточность ресурсов – средняя оценка всех ресурсов у экспертов из разных направлений деятельности очень близки. В таблице 58 по каждому ресурсу зеленым маркером выделено наилучшее значение, красным – самое низкое.

- Оптимистичней всех оценивают ресурсы МВВ эксперты из сферы физической культуры и спорта, наименее включенные в него.
- В сфере труда и занятости лучше, чем эксперты других сфер, оценивают достаточность методических, нормативно-правовых и информационных ресурсов, но при этом хуже остальных – кадровые и управленческие ресурсы.
- Органы местного самоуправления дают самую низкую оценку достаточности финансовых ресурсов, а в здравоохранении этот параметр оценивают лучше всех.
- В сфере образования три самых низких показателя – по достаточности технологических, материально-технических и управленческих ресурсов.

В целом во всех сферах эксперты ощущают нехватку всех видов ресурсов для развития МВВ. Но финансовая обеспеченность в каждой отрасли стоит на последнем / предпоследнем месте.

Таблица 58.

**Оценка достаточности ресурсов для развития эффективного  
межведомственного взаимодействия ав зависимости от сферы  
деятельности, средние показатели\***

	Кадровые	Методические	Финансовые	Нормативно-правовые	Информационные	Технологические	Материально-технические	Управленческие	Средняя по сфере
Физическая культура и спорт	1,36	1,55	1,64	1,50	1,36	1,57	1,64	1,33	1,49
Труд и занятость	1,82	1,41	1,74	1,41	1,33	1,59	1,75	1,47	1,57
Культура, искусство	1,69	1,47	1,76	1,50	1,56	1,71	1,63	1,33	1,58
Органы местного самоуправления	1,70	1,50	1,86	1,50	1,38	1,67	1,71	1,43	1,59
Социальная защита населения	1,72	1,57	1,79	1,48	1,46	1,65	1,71	1,45	1,60
Образование	1,71	1,46	1,82	1,47	1,47	1,76	1,83	1,47	1,62
Здравоохранение	1,75	1,75	1,67	1,75	1,75	1,50	1,67	1,25	1,63

\* Средняя оценка может принимать значение от 1 до 2, где 1 - данного ресурса достаточно, 2 – не достаточно. Чем выше значение средней, тем более недостаточным расценивается ресурс. Средняя рассчитана от числа экспертов, давших содержательный ответ.

Расширить понимание соотношения имеющихся и необходимых ресурсов развития МВВ позволяет анализ высказываний участников фокус-групп. Практически все охарактеризованные ресурсы одновременно обладают признаками наличия и недостаточности, частичной сформированности и потенциала развития.

### **ИМЕЮЩИЕСЯ РЕСУРСЫ**

#### **ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:**

*«Что касается взаимодействия межведомственного, мы не приложили сюда никаких финансовых средств» (ДФГ1, культура).*

*«Услуги у нас достаточно широкий спектр мы предоставляем. Благодаря ремонту у нас появились достаточно серьезные вещи. Т.е. очень хорошая база и помощь» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ, ОБУЧЕНИЕ КАДРОВ:**

*«Про обучение. Огромная работа проводилась, проводится центром реабилитации. (ОЦРИ) У нас очень много сотрудников, почти все с проходили обучение несколько дней, очень интересно, очень много информации, работали с Питером сотрудники, т.е. Областной центр провел огромную работу. Здесь информации новой получили огромное количество. В рамках Пилотного это вообще очень шикарно. Специалисты социальных услуг стали более качественно объяснять что можно получить в нашем учреждении» (ДФГ1, соцзащита).*

*«В рамках нового проекта точно так же обучают специалистов, и штат, ну скажем так, наполнили немножко специалистами, обученными. Те, кто работают у нас сейчас, они все квалифицированные» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Нас проучили, причем хорошо проучили (в ходе Пилотного проекта)» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Мы специалистов обучали уже конкретно» (ДФГ3, образование).*

*«Учили в Областном Центре Реабилитации. У меня очень много специалистов прошло здесь обучение по разным моментам, в том числе и по межведду и т. д. В этом центре работали очень интенсивно, у нас специалисты сидели буквально постоянно» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ:**

*«Мы постоянно получаем информацию, либо нас информируют наши ведомства, либо это Областной Центр Реабилитации, либо мы звоним в ведомства, где мы можем получить ответы на свои вопросы. Пенсионный фонд, тут есть нормативные акты и т.д. Скажем так, они выезжают информировать граждан, а заодно и сотрудников информируют. Управление по социальной политике – оно постоянно информирует, когда какие-то изменения пособия, выплаты и т.д. Приглашают из разных ведомств: из здравоохранения, из службы занятости, приглашают людей, если новые изменения в нормативных документах, они просто проводят такую видеоконференцию, куда подключается вся область, абсолютно все руководители учреждений, управления и т.д.» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ:**

*«Наше Министерство нас наконец услышало на протяжении уже последних, не буду врать скольких лет, периодически разрабатывает стандарты. Причем не просто разрабатывает и нам спускает, они разрабатывают, дают нам это посмотреть, наши предложения, что туда внести, какие дополнительно. Т.е. согласовывают с учреждениями, после этого они их утверждают на разных уровнях» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **ДОКУМЕНТООБОРОТ:**

*«Это вообще не проблема, какой-то рамочный (документ) разработать и всем раздать. Мы все время это делаем. Делается законопроект, можно*

*Министерствам разослать, по регионам, сейчас у нас есть СЭД, электронный документооборот, т.е. раскидывается всем Министерствам» (ДФГ1, труд).*

#### **ЛИЧНЫЕ ДОГОВОРЕННОСТИ, СВЯЗИ:**

*«В рамках своей нормативки мы выполняем всё. Мы хорошенькие. Мы проценты выполняем, чтобы нам не прилетело. Межвед у нас вот на личностных договоренностях» (ДФГ2, соцзащита).*

#### **МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

*«А вот есть разница вообще между теми организациями, которые попали в Пилот и не попали в Пилот? Прежде всего, в оснащении. Мы уже были готовы. Теперь мы готовы. У нас есть оборудование, у нас есть технология, у нас есть понимание. Мы работаем, мы как-то уже эти услуги оказываем» (ДФГ3, соцзащита).*

#### **НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:**

*«Мы оказываем услуги по реабилитации, прямо полноценно, по стандартам, по проектам. Ну все равно это уже документ, который регламентирован. Все написали, и мы по ним работаем или те, кто совсем еще не приступал. Потому что это разные учреждения (кто попал в Пилот и нет)» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Мы у себя в учреждении используем. То, что было наработано, дало результат» (ДФГ3, образование).*

*«Что оно есть – это нормативные документы межведомственные, соглашения между ведомствами или приказы. Что оно эффективное – это уже другой вопрос» (ДФГ3, соцзащита).*

#### **РЕСУРСЫ НЕОБХОДИМЫЕ**

##### **ФИНАНСОВОЕ, МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:**

*«Это вот сотрудничество, оно ведь в принципе всегда у нас взаимное. Но чтобы оно возникло, обычно нужны финансы, чтобы оно вообще реализовалось это сотрудничество. Поэтому поиск финансов всегда достаточно сложный, потому что чаще всего это не бюджет, это благотворительность, пожертвования» (ДФГ1, общественные).*

*«Если мы говорим об организованных вещах (мероприятиях), мы упираемся в финансы, прежде всего» (ДФГ2, спорт).*

*«В межведе, если касательно денег, то только техника. Если мы, действительно, говорим об онлайн, больше это развивать, то у нас ужасная компьютерная техника в центре занятости» (ДФГ1, труд).*

*«Имеющиеся медицинские учреждения, те, которые реабилитацией занимаются, они загружены так, что 15-минутный массаж ребенку вообще непонятно зачем. Мы опять столкнемся с тем, что у нас есть обязанность, которую нам негде реализовать» (ДФГ3, образование).*

*«У нас проблема с ТСЖ, их нет в общей базе. В ТСЖ приходится писать письма, идти специалистам к ним» (ДФГ1, соцзащита).*

*«С точки зрения информационной, чтобы получать информационное обеспечение в полном объеме так, чтобы в любом учреждении ведомства получать информацию о человеке, который получил инвалидность, об уровне реабилитации, в котором он нуждается. Для этого нужно иметь сертифицированное рабочее место, которое сертифицировано с точки зрения информационной безопасности, учета персональных и прочее, с тем, чтобы он мог эту информацию получать, работать с ней» (ДФГ1, общественные).*

*«Если бы было всё рассчитано, посчитано, и я знала, что ко мне в центр приходит допустим несколько детей с расстройством аутистического спектра и я лично знаю, что... Все, проблем нет. На каждую ставку выделяется финансирование, и я обеспечиваю весь педагогический состав для того, чтобы у него была качественно оказана услуга. А у меня нет такой возможности». (ДФГ3, образование).*

*«Более того, как здорово, если бы была возможность узнать, сколько таких детей придут через год, два, три. Вот здесь как раз запланировано по дорожной карте, которая должна составляться и реализовываться с момента рождения ребенка. Ребенок родился и государство уже знает, видит и понимает, какие необходимо здесь приложить усилия. Помощь родителям со стороны государства, что вот этому ребенку понадобятся вот такие вот дополнительные медицинские услуги. Такие дополнительные услуги дошкольного образования» (ДФГ3, образование).*

*«Когда готовили как раз проект в рамках Пилота, мы как раз и прописывали, что должна быть система единая. Сейчас нет никакой. Только в рамках исполнения. Но это несколько другое. Смотрит только министерство. Это можно посмотреть просто уже конкретно, если есть обращение. Мы имеем все данные на ребенка. При наличии данных и согласии. Только тогда мы можем зайти и посмотреть, какие мероприятия» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Система образования вообще не может работать. Всю Свердловскую область обрабатывает специальный ресурс. По защищенным каналам из учреждения из управления образования поступает информация. Если мы говорим про реализацию...либо раннюю помощь, то же самое. Мы эту информацию видим» (ДФГ3, образование).*

*«Никто зайти не может. Это видит только ресурс. По запросу мы предоставляем информацию, и это не нормально. Если в соц политике хотя бы каждое управление политики это видит, то у нас управление образования этого не видят. Видим только мы. По запросу им даем информацию. А мы обсуждали в рамках Пилота, чтобы это была единая информация. То есть, и соцзащита информацию, которая необходима, туда вносила, и образование по*

*какой программе обучается, какие там нее есть сопровождения, и медицина. Медицина вообще всеми частями тела упирается, чтобы никакую единую систему не делали. Отговариваются всё время своими какими-то базами, которые специальные. Уже последний раз разбирались, что никакие они не специальные. Просто надо этим заняться. А если бы такая система была бы, ко мне пришел ребенок и у меня есть необходимость посмотреть, какие ему услуги можно оказывать, а какие нельзя. Потому что родители, бывает, хотят больше, чем есть возможность учреждения, чем есть возможности в допуске. Я бы хотела посмотреть, а где он, что он еще получает, какие услуги. Родители же еще какую-то информацию скрывают. Бывает, это хорошо, а бывает, это плохо. Три года нам уже обещают. Сейчас уже не обещают» (ДФГЗ, образование).*

*«Когда мы начинали работать, нас затюкали тем, что нет информации от системы образования. Мы стали разбираться, как в нее войти. Сначала мы разобрались, соц. политика объяснила их базу, как этим пользоваться. Мы поднимаемся в МСЭ, они говорят, что нет информации. Я им говорю: «Как нет информации, если я вашу базу сейчас открывала?!» У меня открытие: оказывается, у них другая база, которая аккумулирует информацию из системы МСЭ. Потом мы с МСЭ стали отслеживать в телефонном формате, когда и через сколько дней в эту систему через все эти ходы дошла информация. Месяц!!!! Месяц!!!!» (ДФГЗ, образование).*

#### **ДОСТУП ИНВАЛИДОВ К ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ (ИМЕЮЩЕЙСЯ ИЛИ НОВОМУ РЕСУРСУ):**

*«Нужен какой-то информационный ресурс единый. Нужен, наверное, отдельный сайт, может быть, даже возможность установки приложений на смартфоны для инвалидов, что можно было вот так посмотреть» (ДФГ1, культура).*

*«И самая главная цель была – чтобы потребитель видел всю программу, что куда ему сейчас и всё он сам выбирает. И это было передано управленцам, которые всё это состыкуют. Так всё и осталось» (ДФГЗ, соцзащита).*

#### **РАЗРАБОТКА НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ:**

*«Ни один документ, значит, разработанный тогда в тот период, он принят не был и не используется. То, что мы разрабатывали сами, конечно, тоже были спущены, это помощь и нашим специалистам, конечно, эти наработки мы будем и дальше продолжать. И внутриведомственные формы, там какие согласованы, мы их используем. Но то, что мы хотели сделать, чтобы на каждого ребенка была межведомственная программа – ее нет» (ДФГЗ, соцзащита).*

*«Тот большой пакет документов, там и приказы, шаблонные программы. Ничего этого нет и пока не предвидится. Сейчас мы вступаем снова в очередной пилотный проект, каждый год конкретно детской реабилитации,*

*комплексные приказы детей инвалидов. Пока еще непонятно, что там сверху нам, какие формы документов» (ДФГЗ, соцзащита).*

*«Поэтому опять же мы возвращаемся к тем нормативным документам, которые необходимы бы были, чтобы там не только направление деятельности прописывалось, но и за счет каких ресурсов организовывалось. Люди ведь не против это делать. Но как у специалистов, так и у детей есть свои определенные права и обязанности» (ДФГЗ, благ.фонд).*

*«Нужны нормативные документы по межведду, тогда будет эффективность» (ДФГ2, соцзащита).*

#### **ВНЕДРЕНИЕ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ, РАЗРАБОТАННОЙ В ХОДЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА:**

*«Вся эта работа строится на энтузиазме тех, кто это делает. И если приходят на эти места другие, то не факт, что они окажутся такими энтузиастами, поэтому это должно быть как-то законодательно, т.е. у нас закон разработан Областным Центром Реабилитации Инвалидов, в рамках Пилота он же так и не нашел ни своего часа. Там естественно за этим законом пойдут финансы, которые финансируют все эти услуги на законодательном уровне, хотя бы из областного бюджета. Мы же все с Вами понятно энтузиасты, благотворительностью занимаемся, но мы же не можем это с подчиненных требовать. Подчиненные должны понимать, за что они получают деньги, если у нас перечень услуг дополнительный в каждом учреждении будет по межведду, тогда мы будем честно платить за эту работу, и, самое главное, когда повысим оклад. Поэтому на законодательном уровне это однозначно надо» (ДФГ1, соцзащита).*

*«Если государство потратило деньги на то, чтобы этот Пилот был реализован. Руководители заточены под это. Ведомства тоже готовы. Уже шаг-то ведь сделан хороший. Теперь надо следующий шаг сделать. Но это не наш уровень. Мы этого не можем сделать. Нужен вот именно нормативный документ, который позволит уже... Вот есть нормативный документ и финансирование, и все наши действия будут легитимны. Если я по штатному расписанию могу интеграционного консультанта, все, у меня уже человек проучен, мне нужно организовать рабочее место. Мы даже знаем, какое должно быть это рабочее место в рамках этого Пилота, понимаете?» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Мы каждый раз сталкиваемся с системными проблемами, которые надо начинать решать на уровне государства. И это даже не часть проблем и даже не половина, потому что даже принятые нормативно-правовые акты не реализуются на местах» (ДФГЗ, соцзащита).*

*«Штатное расписание учреждений, которые реализуют реабилитационные мероприятия. Вот сейчас положен тьютор, а он по стандарту должен иметь высшее образование, а заработная плата у него как у воспитателя в детском саду, даже меньше, а компетенций у него должно быть раз в десять больше. В*

*центре непрерывного образования ежегодно выпускают тьюторов, эта переподготовка идёт, но народ не идёт, потому то это сложная категория, люди просто не готовы. Даже если приходят, быстро сдаются» (ДФГЗ, образование).*

*«Если мы говорим хотя бы не про принятие нового закона, давайте делаем так, чтобы хотя бы старые работали. Обеспеченность, налогообложение – это ежедневные звонки родителей из регионов. Ирбит, Североуральск. Это же бесконечные разговоры о том, что медицина не обеспечивает, что школа отказывается, соц. Защита не работает» (ДФГЗ, благ.фонд).*

#### **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ:**

*«Всё-таки было бы неплохо, если был бы разработан стандарт специалиста по социокультурной реабилитации. Потому что нашим работникам, нашим специалистам не хватает определенных знаний. Т.е. наличие специалиста, наличие финансирования, штатного расписания должно быть и т.д. Ну и, наверное, изменение муниципального задания, потому что в наших услугах и работах нет такой услуги, она до сих пор не прописана. И всё, что мы делаем в рамках межведа, это за пределами рабочего времени. Т.е. муниципальное задание – это рабочее время, выходные дни, как понимаете» (ДФГ1, культура).*

*«Я прекрасно понимаю медиков с одной стороны, что у них сейчас есть и другие заботы, потом, мы все с вами знаем определенные стандарты, как и у нас с вами, стандарты оказания услуг. И, конечно, в этот стандарт не входит куда-то ехать и давать какие-то рекомендации социальному реабилитологу и т.д. Это понятно. Поэтому, конечно, мы сейчас пытаемся наладить внутри ведомства, мы будем об этом договариваться, разговаривать, чтобы мы могли консультировать» (ДФГ1, соцзащита).*

*«Как может быть стандарт специалиста по социокультурной реабилитации, если само понятие социокультурная реабилитация в нормативке не закреплено» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МВВ:**

*«У нас такая зрелая очень понятийная работа. У нас очень много методических материалов, все это было. Вообще здесь очень много разработано» (ДФГ1, соцзащита).*

*«К большому сожалению, многие регионы уже это внедряют, не то, что пользуются, они внедряют на нормативном уровне, они работают по ним. К сожалению, у нас нет» (ДФГ1, соцзащита).*

#### **ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕГРАЦИОННОГО ЦЕНТРА, ДОЛЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИОННОГО КОНСУЛЬТАНТА:**

*«Если бы у нас согласно нормативным документам был выбран вот этот центр интеграционный, вот к нему бы гражданин должен был бы приходить с картой ИПРА, где было прописано все. И вот человек, который там был, он бы видел, что должны мы, что должны Центр занятости, спорт, культура,*

*медицина – и вот тогда была бы полная картина реабилитации вот этого инвалида. Вот это мы хотели всегда, но мы это, к сожалению, не получили» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Самое логичное: если бы вот этот интеграционный консультант был при МСЭ. Хотя у нас опыт отрицательный, но мы же были там как пришлые» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Вот у нас теперь при поликлинике есть колл-центр. Вы посадите туда специалистов, которые будут заниматься только инвалидами. Вы привлечете страховые компании, которые у вас там тоже сидят, в этом колл-центре. Пусть будет кто-то: либо они, либо вы – так же заинтересованы в услугах. Они будут интеграционным консультантом для инвалида. И они будут его интегрировать во весь наш межвед. И тогда мы уже будем знать это все» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Мы-то говорили, давайте все-таки по принципу одного окна. Вот он пришел в кабинет МСЭ и здесь ему что-то сказали, что-то в информационных листах дали. Потому что он не в состоянии огромный объем информации сразу принять. Вот они получили, а дальше у них есть период принятия этой информации. У них на руках есть информационные листы, в которых есть контакты. Пусть это будет образование, социальная сфера. Их кто-то подхватил, без разницы в какую сферу он обратился, и повел по разным точкам. И мы обучали. Наши специалисты по технологии интеграционный консультант. Это как раз человек, который пойдет сквозь все наши ведомства, договариваясь, организуя приемы» (ДФГ3, соцзащита).*

#### **КАДРЫ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ, КУРАТОР СЛУЧАЯ:**

*«Курсы повышения квалификации для специалистов – общение с различными категориями граждан с ОВЗ» (ДФГ2, соцзащита).*

*«Здесь, наверное, еще стоит сказать о кадровой политике. Если город Екатеринбург, как Вы уже сказали, это наличие специалистов, то если мы с вами отъедем за сто километров от Екатеринбурга...» (ДФГ3, соцзащита).*

*«Там же педагоги после 40. Они не владеют технологиями они не знают, как с ним(особым ребенком) работать. Руководители боятся, что педагоги уйдут, берегут педагогов. Тут вот замкнутый круг. С одной стороны, я педагога понимаю, если бы он хотел работать с особыми детьми, он бы пошел на диффак. Он не хотел, он хотел вундеркиндов воспитывать. А у нас, получается, система государственная поменялась, но без подготовки. Кто это будет реализовать, не подготовлен и не научен» (ДФГ3, образование).*

*«Мы сейчас говорим, например, об инклюзивном образовании. Сейчас каждый родитель ребенка с инвалидностью может приводить ребенка в любую школу, абсолютно в любую, и сказать, что я хочу, чтобы ребенок учился здесь. Школа должна предоставить доступную среду, программу, тьютора, ассистента, особенности по питанию, если есть такое. Но школы к этому не готовы. Потому что сразу возникает такой вопрос – где брать специалистов? Вот*

*оно межведомственное взаимодействие. Школы и не умеют этого делать, не знают, как это делать. Поэтому мы и организовываем круглые столы, семинары. Когда мы родители, которые знают, что надо нашим детям, мы готовы пойти навстречу и подсказать директорам, что это на самом деле не так сложно. Всё начинается с директора школы. Когда ему рассказывают, что надо сделать вот это, вот это, вот это. Надо попросить такие-то такие-то квоты. Надо попросить дополнительное финансирование. Вы все можете это сделать на основании таких-то нормативных актов» (ДФГЗ, образование).*

#### ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ РЕСУРС ВЫБОРА ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ:

*«Это максимальная приближенность к получателю услуг. Максимальная! Речь идет о том, что организации, которые уже есть, которые работают как коммерческие и входят в реестр поставщиков, доказывают свое право работать за счет государственных денег. Подтверждают квалификации своих специалистов, подтверждают свою оснащенность – заявляют свое желание работать в реестре поставщиков социальных услуг. Входят в этот реестр. А дальше начинают работать с людьми, которые уже намного более приближены. Оказывают им регулярную помощь за счет государственных средств. На сегодняшний день есть ситуация, когда ребенок инвалид получает индивидуальную программу по предоставлению услуг по месту жительства, а дальше ему некуда идти, потому что у него маленький выбор поставщиков. И в случае если даже мы построим несколько крупных центров, и мы создадим принудительно в каких-то местах – это ни каким образом не решит проблемы и не удовлетворит запросы всех жителей Свердловской области. За границей в реестре поставщиков только социальных услуг, не медицинских, будет порядка 800 организаций. По большей части это мелкий бизнес, Общество с Ограниченной Ответственностью и ИП. Даже отдельно люди, имеющие лицензию, некоммерческие организации. Они специализированы, осуществляют свою деятельность по месту своего нахождения, борются за клиентов. Таким образом, повышая качество услуг, они заинтересованы в количестве людей, которые приведут к ним своего ребенка или пожилого человека» (ДФГЗ, благ.фонд).*

*«Да, в шаговой доступности очень удобно» (ДФГЗ, соцзащита).*

*«Но человек должен иметь право выбрать. И в 442 федеральном законе, по которому мы работаем, как поставщики социальных услуг прямо написано «принцип выбора поставщика должен быть у получателя, принцип приближенности к месту жительства» (ДФГЗ, благ.фонд).*

#### ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РЕСУРС:

*«Это должны были сделать специалисты в сфере управления. Увязать экономику, увязать ваше направление работы, увязать нормативно-правовую базу. Всё это состыковать, найти проблему, сравнить с зарубежным опытом, который уже работает и прописать. Поэтому это вопрос не столько методический, сколько организационный, который вы не можете реализовать.*

*Специалистов в сфере управления, которые увяжут всё, что есть на сегодняшний день. Сделают аудит. Что уже создано, что работает и не работает» (ДФГЗ, благ.фонд).*

## **6.2. Факторы изменения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области**

Эксперты, которые указали на изменение эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, имели возможность указать факторы, которые, по их мнению, способствовали снижению или повышению этой эффективности.

Согласно базовому подходу, система комплексной реабилитации обеспечивает реабилитационные и абилитационные процессы на основе эффективного межведомственного взаимодействия (ГОСТ 58259-2018. Реабилитационные и абилитационные услуги предоставляют комплексно, что подразумевает проведение этих мероприятий специалистами разных профессий и на разных уровнях – внутриведомственном и межведомственном (ГОСТ Р 53874-2017).

Следовательно, рост эффективности межведомственного взаимодействия выступает как предпосылка и условие роста эффективности реабилитационного процесса, а факторы изменения эффективности реабилитационного процесса являются одновременно связанными с эффективностью МВВ.

При оценке факторов, повлиявших на повышение эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, эксперты поставили показатель формирования механизма межведомственного взаимодействия только на второе место (в 2019 г. он был на третьем месте). То есть фактор развития межведомственного взаимодействия устойчиво попадает в тройку лидирующих причин улучшений в системе реабилитации инвалидов.

Самым значимым фактором (с небольшим отрывом) признается изменение подходов к реализации ИПРА. Остальные факторы также признаются значимыми, их выбирают 22-34% экспертов.

При этом увеличение численности специалистов, работающих в сфере реабилитации и абилитации в настоящее время рассматривается как чуть более значимый фактор роста эффективности, чем прохождение специалистами программ повышения квалификации (33,9% и 29,4 соответственно). Последний фактор очень активно указывался экспертами в первом замере (52,7%), и постепенно снизил свою значимость.

Также несколько снизилась экспертная оценка влияния факторов изменения настроений и отношения со стороны граждан и роста качества подготовки (профессиональной и специальной) специалистов, работающих с инвалидами. Можно предположить, что активная реализация программ повышения квалификации переобучения, на которые эксперты указывали

выше, «сняла» остроту этого фактора как в негативном, так и в положительном контексте.

Хорошую поддержку получил и фактор, впервые введенный в перечень в текущем исследовании – повышение заинтересованности самих инвалидов (родителей детей-инвалидов) в результатах комплексной реабилитации и абилитации: как значимый его указали 29,4% экспертов.

**Таблица 59.**

**Факторы, повлиявшие на повышение эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов, в оценке экспертов по годам, в %**

	2019	2020	2021
Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов	52,0	28,4	47,2
<b>Формирование механизма межведомственного взаимодействия</b>	<b>48,6</b>	<b>42,2</b>	<b>44,1</b>
Увеличение численности специалистов, работающих в этой сфере	25,0	4,9	33,9
Увеличение объемов финансирования	29,1	10,8	30,8
Рост числа специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки	52,7	40,2	29,4
Повышение заинтересованности самих инвалидов (родителей детей-инвалидов) в результатах комплексной реабилитации и абилитации	-	-	29,4
Рост качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами	40,5	23,5	24,5
Повышение активности общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов	25,0	29,4	24,5
Повышение внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов	-	-	23,4
Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам	30,4	29,4	22,4

\* От числа экспертов, фиксирующих рост эффективности

Большую значимость (57%) механизму межведомственного взаимодействия придают те эксперты, кто не видит в настоящее время роста эффективности реабилитации – во всех замерах данных фактор является лидером в объяснении снижения эффективности.

При этом всегда есть выраженный разрыв по количеству выборов со вторым по значимости фактором негативного влияния – недостаточностью финансового обеспечения (40,7%). Следовательно, и на уровне недостаточно ресурсов для формирования эффективного межведомственного взаимодействия и в факторах снижения эффективности реабилитации финансовое обеспечение стоит на лидирующих позициях

На третье место вышел фактор, предложенный в этом году, и характеризующий отношение самих инвалидов, их активность в прохождении реабилитации. 36,3% экспертов полагают, что инвалиды скорее проявляют

пассивность, слабый интерес, что сказывается на результативности и, следовательно, эффективности процесса реабилитации.

**Таблица 60.**

**Факторы, определяющие отсутствие роста эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов, в оценке экспертов по годам, в %**

	2019	2020	2021
<b>Отсутствие механизма межведомственного взаимодействия</b>	<b>56,5</b>	<b>43,8</b>	<b>57,0</b>
Недостаточность объемов финансирования	38,7	39,6	40,7
Пассивность, отсутствие интереса у самих инвалидов к процессу комплексной реабилитации и абилитации, сведение реабилитации к услугам медучреждений.	-	-	36,3
Снижение численности специалистов, работающих в этой сфере	21,0	6,3	33,3
Недостаточное число специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и переподготовки	29,0	27,1	27,4
Снижение качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами	17,7	2,1	24,4
Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов	21,0	16,7	22,2
Недостаточная активность общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов	12,9	20,8	21,5
Ослабление внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов	-	-	16,3
Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам	17,7	2,1	7,4

\* От числа экспертов, не наблюдающих рост эффективности

В сравнительной таблице факторов снижения и повышения эффективности системы комплексной реабилитации и абилитации видно, что одни и те же факторы (в их положительном и отрицательном развитии) являются лидерами и аутсайдерами в обоих рейтингах. Единственное исключение – изменение подходов реализации ИПРА: этот фактор стоит на первом месте в рейтинге улучшающих, и на 7 месте – ухудшающих факторов. Это означает, что происходящие процессы в изменении системы ИПРА расцениваются экспертами преимущественно положительно.

Таблица 61.

**Рейтинг факторов, определяющих рост или снижение эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов**

Факторы повышения эффективности реабилитации			Факторы снижения эффективности реабилитации		
	%	Ранг	Ранг	%	
Формирование механизма межведомственного взаимодействия	44,1	2	1	57,0	Отсутствие механизма межведомственного взаимодействия
Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов	47,2	1	7	22,2	Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов
Увеличение численности специалистов, работающих в этой сфере	33,9	3	4	33,3	Снижение численности специалистов, работающих в этой сфере
Увеличение объемов финансирования	30,8	4	2	40,7	Недостаточность объемов финансирования
Рост числа специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки	29,4	5	5	27,4	Недостаточное число специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и переподготовки
Повышение заинтересованности самих инвалидов (родителей детей-инвалидов) в результатах комплексной реабилитации и абилитации	29,4	6	3	36,3	Пассивность, отсутствие интереса у самих инвалидов к процессу комплексной реабилитации и абилитации, сведение реабилитации к услугам медучреждений.
Рост качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами	24,5	7	6	24,4	Снижение качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами
Повышение активности общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов	24,5	8	8	21,5	Недостаточная активность общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов
Повышение внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов	23,4	9	9	16,3	Ослабление внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов
Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам	22,4	10	10	7,4	Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам

### **6.3. Меры /приоритетные задачи для повышения эффективности межведомственного взаимодействия.**

При оценке мер, которые могли бы способствовать повышению эффективности межведомственного взаимодействия, можно выделить 7 задач, которые нашли поддержку 40 и более процентов экспертного сообщества.

1. Повышение заинтересованности инвалидов в прохождении комплексной реабилитации и абилитации и ее результативности. Данный фактор попал в тройку лидеров причин снижения эффективности реабилитации, и был значимым в рейтинге позитивных факторов. Данная задача может быть решена специалистами, информирующими инвалида о возможностях организаций здравоохранения, социального обслуживания, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации (реализующих мероприятия ИПРА) инвалидов. Чем больше будет знать инвалид о том каким оборудованием оснащена организация, каким уровнем компетентности обладают специалисты, там работающие, какие результаты может принести реализация ИПРА, тем большей заинтересованности в получении услуг по комплексной реабилитации и абилитации можно будет ожидать от инвалидов.

2. Внедрение алгоритмов формирования межведомственного реабилитационного маршрута для граждан, впервые получивших инвалидность. Данная задача работает как на стандартизацию процедуры, одинакового ее понимания со стороны всех субъектов реабилитационного процесса, так и позволяет снова учесть заинтересованность инвалидов, повысить их уверенность в достижении намеченного результата. Данными алгоритмами должны владеть специалисты, отвечающие в реабилитационных организациях за организацию межведомственного взаимодействия (интеграционные консультанты и кураторы случая, положения о которых представлены в методических рекомендациях, разработанных ООО «Центр социальных технологий «ОПТИМА» в 2018 году по заказу Министерства социальной политики Свердловской области).

3. Расширение возможностей единой автоматизированной информационной системы (ЕАИС), обеспечивающей субъектов реализации ИПРА электронными сервисами и информацией, обеспечение доступа к ней реабилитационных организаций и инвалидов (родителей детей-инвалидов). Решение информационных задач в текущее время оценивается достаточно хорошо, однако данный ресурс всегда рассматривался как приоритетный, отражающий основную цель межведомственного взаимодействия. В настоящее время приоритетом в развитии ЕАИС должно стать обеспечение обмена информацией, содержащей персональные данные инвалидов, по защищенным каналам связи между специалистами организаций всех ведомств, непосредственно осуществляющими межведомственное взаимодействие по вопросам реализации мероприятий ИПРА.

4. Принятие / внедрение региональных нормативных правовых актов, регулирующих процесс межведомственного взаимодействия. Данный проблематив имеет сложное внутреннее наполнение. С одной стороны, эксперты постоянно подчеркивают, что без решения нормативных задач все остальные не могут быть реализованы. С другой – в настоящее время происходит определенное затишье, напряженное ожидание появления изменений в федеральных нормативных правовых актах, без которых не принимаются нормативные правовые акты Свердловской области. В ходе исследования всеми участниками фокус - групп и экспертами подчёркивалось, что решение этой задачи ожидается в неопределенном ближайшем будущем, что означает необходимость поиска механизмов регулирования региональными ОИГВ порядка (алгоритмов) межведомственного взаимодействия, в рамках имеющейся нормативно-правовой системы.

5. Повышение заинтересованности работников МСЭ в решении задач комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и участия в межведомственном взаимодействии. Данный субъект, как было показано выше, воспринимается как отстраненный, изолированный, невключенный в общие практики межведомственного взаимодействия, но при этом выступающий в роли начального определяющего звена. Эта мера может быть реализована при изменении функций и полномочий органов МСЭ в части наделения их правами по оценке результативности исполнения реабилитационных мероприятий, определенных в ИПРА.

6. Всестороннее информирование инвалидов о ведомственных перечнях организаций, предоставляющих услуги инвалидам (детям-инвалидам) по реабилитации и абилитации (через ЕАИС, в иных интернет-ресурсах, в справочниках, которые может получить в органах МСЭ каждый инвалид вместе с ИПРА и пр.). Наличие у инвалида (родителей ребенка-инвалида) такого перечня связано с другими актуальными задачами комплексной реабилитации: 1) расширение возможностей информационной системы, 2) реализацией права инвалидов на выбор реабилитационного учреждения, 3) актуализация вопроса о включении негосударственных учреждений в перечень поставщиков услуг, 4) реализация межведомственного взаимодействия учреждений, включенных в перечень от разных ведомств.

7. Разработка федеральных нормативных правовых актов регулирующих процесс межведомственного взаимодействия. Несмотря на более низкую позицию в рейтинге, экспертами признается необходимость федеральных актов, которые будут выступать основой региональной нормативно-правовой системы. Более низкая позиция в выборе может определяться пониманием меньшей возможности оказывать влияние, участвовать в разработке и принятии актов данного уровня.

Более 23,5% экспертов предложили расширить спектр субъектов межведомственного взаимодействия, включив в него благотворительные организации и фонды, органы социального страхования, МЧС, МВД и др. Это

предложение нельзя считать действенным, так как ни один из предложенных субъектов не имеет отношения к реализации ИПРА инвалидов, а значит к системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а соответственно и к межведомственному взаимодействию ее субъектов.

Отметим, что другие меры также были поддержаны значимым числом экспертов.

В число наименее часто выбираемых проблем попала задача утверждения перечня платных услуг, оказываемых инвалидам государственными учреждениями социального обслуживания. С одной стороны, эксперты в фокус-группах поднимают эту проблему как одну из значимо препятствующих комплексности и непрерывности процесса реабилитации: *«На мой взгляд, самой главной проблемой реабилитации, вот коллеги, наверно, наши не сталкиваются с этим, а мы сталкиваемся – наш инвалид может обслуживаться платно, за частичную плату и бесплатно. Вот у вас, наверно, у всех бесплатно? А у нас платно, и инвалид может не захотеть платить. Даже это вообще вот очень небольшие суммы, но тем не менее, есть консультации, рублей 68-70 стоит – может не захотеть человек заплатить. И вот вся реабилитация она вот тут и остановилась»* (ДФГ2, соцзащита). С другой стороны, в контексте других мер повышения эффективности именно межведомственного взаимодействия она оценивается как менее значимая, работающая на реализацию комплексной реабилитации, а не МВВ.

Показатель выбора необходимости принятия положения об интеграционном консультанте, на наш взгляд, также обладает внутренней противоречивостью. На уровне участников фокус-групп (руководителей учреждений, включенных в процесс реабилитации) этот ресурс, как было показано выше, позиционировался как один из наиболее остро необходимых; а для экспертов формализованной части исследования (в число которых вошли специалисты различных уровней, в том числе имеющие не руководящие должности), эта мера представляется гораздо менее значимой.

Таблица 62.

**Меры повышения эффективности межведомственного взаимодействия, в %**

Повысить заинтересованность инвалидов в прохождении комплексной реабилитации и абилитации и ее результативности	50,8
Внедрить алгоритмы формирования межведомственного реабилитационного маршрута для граждан, впервые получивших инвалидность	47,0
Расширить возможности и доступ к автоматизированной информационной системе, обеспечивающей реабилитационные организации различных ведомств электронными сервисами и информацией	46,3
Принять / внедрить региональные нормативные правовые акты, регулирующие процесс межведомственного взаимодействия	44,7
Повысить заинтересованность работников МСЭ в решении задач комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и участия в МВВ	43,2
Сформировать ведомственные перечни организаций, предоставляющих услуги инвалидам (детям-инвалидам) по реабилитации и абилитации	40,9
Разработать федеральные нормативные правовые акты, регулирующие процесс межведомственного взаимодействия	40,0
Разработать профессиональные стандарты для сотрудников, включенных в реабилитационные мероприятия и межведомственное взаимодействие	35,9
Внедрить формы документов для осуществления внутриведомственного взаимодействия реабилитационных организаций в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов	33,3
Поддержать развитие Ресурсного центра для инвалидов, предоставляющего агрегированную информацию о возможностях их реабилитации	23,8
Расширить спектр субъектов МВВ, включить в него благотворительные организации и фонды, органы социального страхования, МЧС, МВД и др.	23,5
Утвердить перечень платных услуг, оказываемых инвалидам государственными учреждениями социального обслуживания	13,3
Принять положение об интеграционном консультанте	13,3

Представленные в таблице 62 факторы, которые эксперты рассматривают как препятствующие развитию эффективного межведомственного взаимодействия, можно разделить на две категории: непосредственно влияющие на отсутствие роста эффективности межведомственного взаимодействия и опосредованно (косвенно) влияющие на его эффективность.

К первой категории можно отнести две группы факторов:

1. недостаточность объемов финансирования;
2. проблемы обеспеченности и профессиональной компетентности специалистов, занимающихся вопросами межведомственного взаимодействия при реализации ИПРА инвалида: снижение численности специалистов, работающих в этой сфере, недостаточное число специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и переподготовки,

снижение качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами.

Под недостаточностью объемов финансирования, эксперты, скорее всего, имеют ввиду нехватку средств на создание ресурсного центра по вопросам консультирования и информирования граждан, впервые получивших инвалидность, мониторингу исполнения ИПРА (проблема часто упоминалась в ходе проведения фокус-групп), введение штатных единиц специалистов, выполняющих функции интеграционного консультанта (в организациях социального обслуживания) и кураторов случая (в организациях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации инвалидов, в иных ведомствах, реализующих ИПРА). В качестве меры, устраняющее данное препятствие в сфере социального обслуживания, можно рекомендовать создание в окружных реабилитационных центрах отделения социального мониторинга, положение о котором представлено в методических рекомендациях, разработанных ООО «Центр социальных технологий «Оптима»» в 2018 году. Данное отделение, состоящее из специалистов, выполняющих функции интеграционных консультантов, может решать вопросы информирования, консультирования инвалидов о возможностях реабилитации и абилитации в организациях, приближенных к месту жительства инвалидов (на территориальном уровне), в окружных и региональных реабилитационных центрах расширенной или комплексной модели. Специалисты этих отделений могли бы осуществлять мониторинг исполнения ИПРА, мониторинг социально-экономического положения инвалидов, мониторинг актуального состояния функционирования и ограничений жизнедеятельности инвалида в реабилитационный период.

Одними из самых значимых факторов, препятствующих росту эффективности межведомственного взаимодействия, являются факторы, связанные с обеспеченностью и профессиональной компетентностью специалистов, занимающихся вопросами межведомственного взаимодействия по вопросам реализации ИПРА инвалида.

Почти четверть экспертов отмечают, что специалистов, отвечающих за организацию межведомственного взаимодействия, не обучают практическим навыкам его реализации. В то же время эксперты сферы социального обслуживания отмечают, что этим вопросам за период с 2017 года уделялось много внимания на обучающих мероприятиях, организованных Областным центром реабилитации инвалидов. Следовательно, потребность в повышении квалификации специалистов по вопросам межведомственного взаимодействия, в большей степени сложилась у иных ведомств, реализующих ИПРА.

Для устранения данного фактора рекомендуется организовывать межведомственные информационно-методические совещания, семинары, на которых будут рассматриваться практические вопросы организации деятельности специалистов, исполняющих обязанности интеграционных консультантов и кураторов случая по:

- направлениям, видам, формам межведомственного взаимодействия;
- алгоритмизации деятельности кураторов случая и интеграционных консультантов;
- формированию межведомственных реабилитационных маршрутов инвалидов в соответствии с их ИПРА;
- ведению документации, отражающей деятельность данных специалистов по межведомственному взаимодействию.

Пассивность, отсутствие интереса у самих инвалидов к процессу комплексной реабилитации и абилитации, сведение реабилитации к услугам медучреждений является скорее фактором, влияющим на количественные показатели по реализации ИПРА инвалидов в каждом ведомстве, хотя, по мнению экспертов, это фактор указан третьим по значимости.

Остальные факторы, указанные экспертами, косвенно влияют на снижение эффективности межведомственного взаимодействия, а значит, не требуют принятия мер по их устранению.

*Все участники экспертного опроса отметили позитивные изменения в своей работе, связанные с внедрением механизмов межведомственного взаимодействия. Важно, что основная часть высказываний отражает изменения мировоззренческих установок представителей разных профессиональных сообществ, работающих в социальной сфере относительно важности, значимости объединения ресурсов, опыта, усилий для реализации общей цели – создание условий для полноценной реабилитации и абилитации инвалидов. Основой повышения эффективности межведомственного взаимодействия становится изменение установок представителей разных профессиональных сообществ на достижение общей цели – эффективности и результативности реабилитации и абилитации инвалидов.*

*Проведенное исследование позволяет зафиксировать, что формирование эффективной системы межведомственного взаимодействия не требует существенных финансовых и организационных затрат. Прежде всего, она определяется созданием современной информационной системы, удобной и информативной для работы каждого специалиста, включенного в межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (через систему личных кабинетов, СЭД и т. п.). Такая ЕАИС приведет к существенному снижению затрат других ресурсов участников МВВ (временных, трудовых, организационных и пр.), что в итоге определит рост эффективности системы межведомственного взаимодействия в целом.*

*Объективные факторы, определяющие эффективность формирования системы межведомственного взаимодействия, активно поддерживаются и дополняются желанием и готовностью развивать данное направление со стороны руководителей и коллективов организаций.*

## Гайд дискуссионных фокус-групп с экспертами

	<p align="center"><b>ГАУ «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»</b>          620089, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 173а          тел/факс (343) 270-88-19, 270-88-20, 270-88-09          e-mail: <a href="mailto:rbl-so@gov66.ru">rbl-so@gov66.ru</a>      <a href="http://ocri.ru">http://ocri.ru</a></p>
	<p align="center"><b>ООО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ «ОПТИМА»</b>          620075, г. Екатеринбург, ул. Луначарского, 77          тел/факс (343) 388-15-00, 388-15-01          e-mail: <a href="mailto:optima@optima-ekb.ru">optima@optima-ekb.ru</a>      <a href="http://www.optima-ekb.ru">www.optima-ekb.ru</a></p>

### ГАЙД ДИСКУССИОННЫХ ФОКУС-ГРУПП

#### ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Расскажите, каким образом, в какой мере вы (ваша организация) вовлечены в процессы межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов?

2. Расскажите, что изменилось за истекшие 4 года в организации системы межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов? Как Вы это ощущаете в деятельности своей организации?

#### СФОРМИРОВАННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МВВ

3. Какие результаты должны быть показателями, свидетельствовать о том, что межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации инвалидов есть, сформировалось в той или иной мер? А еще?

4. По каким критериям, на ваш взгляд, следует оценивать сформированность и эффективность межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов? А еще по каким? Какие показатели важны для реабилитационных организаций, а какие – для инвалидов, получающих реабилитационные мероприятия?

5. Как бы вы оценили состояние, уровень сформированности системы межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов в вашем муниципальном образовании на сегодняшний день? Почему Вы так считаете? Этот уровень сформированности Вы бы охарактеризовали как высокий, достаточный, или недостаточный, низкий для эффективного МВВ?

6. Какие результаты межведомственного взаимодействия у вас (в вашем МО) уже фактически достигнуты, уже свидетельствуют о том, что межведомственное взаимодействие в системе комплексной реабилитации инвалидов есть, сформировалось в той или иной мер?

#### РЕСУРСЫ

7. Какие ресурсы реально используют органы исполнительной власти вашего города для организации межведомственного взаимодействия? Какие еще? В какой мере достаточными являются эти ресурсы?

8. Что еще могли бы сделать органы исполнительной власти города для организации (повышения эффективности) межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов?

9. Какие ресурсы реально используют органы исполнительной власти областного уровня для организации межведомственного взаимодействия? Какие еще? В какой мере достаточными, на ваш взгляд, являются эти ресурсы?

10. Что еще могли бы сделать органы исполнительной власти области для организации (повышения эффективности) межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов?

11. Какие ресурсы используют сами реабилитационные организации различной ведомственной принадлежности вашего города для организации межведомственного взаимодействия? Какие еще? В какой мере достаточными являются эти ресурсы?

12. Что еще могли бы сделать реабилитационные организации различной ведомственной принадлежности города для организации (повышения эффективности) межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов?

13. Как бы вы оценили соотношение результатов, достигнутых у вас (в вашем МО) межведомственного взаимодействия, и ресурсов, обеспечивающих этот процесс которые были для этого задействованы? Почему вы так считаете?

#### ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ МВВ

1. Какие проблемы есть в развитии МВВ?

*(Модератор! Здесь нужно выявить конкретику, выявить 3-5 реальных проблем. Далее идем по списку названных проблем. Каждую из них обсуждаем отдельно).*

2. Откуда Вы знаете, что эта проблема есть? Вы сами с нею сталкивались? Откуда Вы знаете, что она является значимой, что дает Вам основание относить ее к значимым?

3. Менялась ли ситуация с этой проблемой за последние 1-2 года? Если менялась, то как: ухудшалась или улучшалась? В чем именно это ухудшение/улучшение проявлялось? Чем были вызваны эти изменения

4. Может ли эта проблема быть решена в ближайшее время? Кто и как может ее решить, через какие меры? Достаточно ли для этого ресурсов или каких-то не хватает?

5. Давайте расставим это проблемы по степени значимости для нашего региона на данный момент: какая из названных проблем является самой серьезной, важной, какая стоит на 2 месте и т.д.

6. Эти факторы являются специфическими для вашего МО, общими для нашего региона, или они действуют повсеместно?

## ПРЕОДОЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

1. Что необходимо предпринять для повышения эффективности МВВ в первую очередь? Почему? Во вторую очередь? Почему? В третью очередь? Почему?

2. Что необходимо сделать, чтобы устранить или минимизировать влияние выявленных факторов, препятствующих развитию межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов Свердловской области? Что еще? А еще?

## Анкета для опроса экспертов

	<p align="center"><b>ГАУ «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»</b></p> <p align="center">620089, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 173а          тел/факс (343) 270-88-19, 270-88-20, 270-88-09          e-mail: <a href="mailto:rbl-so@gov66.ru">rbl-so@gov66.ru</a>      <a href="http://ocri.ru">http://ocri.ru</a></p>
	<p align="center"><b>ООО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ «ОПТИМА»</b></p> <p align="center">620075, г. Екатеринбург, ул. Луначарского, 77          тел/факс (343) 388-15-00, 388-15-01          e-mail: <a href="mailto:optima@optima-ekb.ru">optima@optima-ekb.ru</a>      <a href="http://www.optima-ekb.ru">www.optima-ekb.ru</a></p>

### АНКЕТА ДЛЯ ОПРОСА РУКОВОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНИЗАЦИЙ РАЗЛИЧНОЙ ВЕДОМСТВЕННОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

*Областной Центр реабилитации инвалидов совместно с Центром Социальных Технологий «Оптима» проводит исследование эффективности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов.*

*В каждом вопросе выберите те варианты ответа, которые наиболее полно отражают Ваше мнение. В некоторых вопросах можно сформулировать свой ответ.*

**1. Какие направления реабилитации и абилитации инвалидов осуществляет Ваша организация? Выберите все реализуемые направления:**

1. Медицинская реабилитация (в т.ч. реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение)
2. Профессиональная реабилитация (в т.ч. общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация)
3. Социальная реабилитация (в т.ч. социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная и социально-бытовая адаптация)
4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт
5. Будучи органом местного самоуправления /исполнительной власти, курируем деятельность всех этих организаций

**2. С какими организациями Вы лично или Ваша организация чаще всего контактируете при проведении мероприятий по реабилитации и абилитации инвалидов? (Выберите 1-2 варианта ответа)**

1. С государственными предприятиями и учреждениями своего ведомства
2. С государственными предприятиями и учреждениями других ведомств
3. С некоммерческими и частными организациями, осуществляющими мероприятия по реабилитации и абилитации
4. С общественными организациями инвалидов, активистами
5. С органами местного самоуправления (администрация, глава МО)
6. С региональными органами государственной исполнительной власти Свердловской области (Министерства, Департаменты)
7. С благотворительными организациями, фондами

**3. Насколько активно Вы на практике взаимодействуете с другими организациями (как своего ведомства, так и иной ведомственной принадлежности) при проведении реабилитационных и абилитационных мероприятий**

*Дайте один ответ по каждой строке.*

	<b>Активно взаимодействуем</b>	<b>Взаимодействуем, но недостаточно</b>	<b>Совсем не взаимодействуем</b>
1. Здравоохранение	3	2	1
2. Образование	3	2	1
3. Социальная защита населения	3	2	1
4. Физическая культура и спорт	3	2	1
5. Труд и занятость	3	2	1
6. Культура, искусство	3	2	1
7. Органы местного самоуправления (администрация, глава МО)	3	2	1
8. Органы государственной исполнительной власти Свердловской области (Министерства, Департаменты)	3	2	1

**4. Какие виды межведомственных взаимодействий используются в Вашей организации в непосредственной практике: (отметьте все используемые виды)**

1. Долгосрочное (бессрочное сотрудничество или сроком не менее одного года)
2. Краткосрочное (период менее 1 года или решение определенного вопроса)
3. Формальное взаимодействие
4. Неформальное взаимодействие
5. Регулярное взаимодействие
6. Разовое, ситуационное взаимодействие
7. Никакие не используются
8. Затрудняюсь ответить
9. Другое \_\_\_\_\_

**5. Отметьте все формы межведомственного взаимодействия, которые использует Ваша организация в настоящее время в реальной практике: (отметьте все используемые формы)**

1. Прямые договоры о межведомственном взаимодействии с другими организациями
2. Соглашения о межведомственном взаимодействии
3. Создание рабочей группы
4. Создание комиссии по вопросам реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации инвалида
5. Информационное межведомственное взаимодействие через автоматизированную информационную систему
6. Межведомственная реабилитационно-диагностическая служба (бригада, консилиум)
7. Телеконсультации
8. Общение специалистов (через телефон, скайп, различные мессенджеры, электронную почту по защищенным каналам связи)
9. Обмен информацией, в том числе в электронной форме
10. Издание совместных локальных нормативных актов в соответствии с федеральным законодательством
11. Участие в работе межведомственных совещательных органов
12. Проведение совместных мероприятий для инвалидов (по профессиональной ориентации, правам инвалидов и т.п.)
13. Планирование мероприятий по реализации системы комплексной реабилитации и абилитации и ее развитию в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе
14. Другое (укажите) \_\_\_\_\_
15. Никакие не используются

**6. По каким вопросам Ваша организация чаще всего осуществляет межведомственное взаимодействие в системе реабилитации и абилитации инвалидов (укажите 3-4 наиболее часто решаемых вопроса)**

1. Информирование сторон об обращении инвалида (ребенка-инвалида) по вопросу предоставления услуг по реабилитации и абилитации
2. Согласование сроков и порядка предоставления реабилитационных и абилитационных услуг
3. Разработка и согласование оптимального реабилитационного маршрута
4. Обсуждение перечня и содержания представленных инвалидом документов для реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с ИПРА
5. Обсуждение необходимости, сроков и порядка проведения заседания межведомственной реабилитационно-диагностической службы
6. Временное обеспечение инвалидов (детей-инвалидов) техническими средствами реабилитации и абилитации
7. Контроль реализации инвалидом (ребенком-инвалидом) разработанного реабилитационного маршрута
8. Содействие инвалиду (родителям детей-инвалидов) по вопросам выполнения рекомендаций, определенных инвалидам (детям-инвалидам) на межреабилитационный период
9. Организация выезда мобильной реабилитационно-диагностической службы
10. Консультирование по вопросу качественного проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия
11. Не включены в обсуждение подобных вопросов
12. Еще какие? \_\_\_\_\_

**7. Какие ресурсы сформированы вашим профильным Министерством для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия?**

**8. Какие ресурсы сформированы органами местного самоуправления Вашего муниципального образования для совершенствования механизма межведомственного взаимодействия?**

*Можно дать любое количество ответов в каждом столбце*

	<b>7. Министерство</b>	<b>8. Органы управления МО</b>
Разработаны нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	1	1
Внедрены нормативные, правовые документы, обеспечивающие МВВ	2	2
Разработаны методические материалы по	3	3

внедрению механизма МВВ		
Организируются и проводятся круглые столы, семинары по обмену опытом	4	4
Создана и развивается информационная региональная система, учитывающая информацию о потребностях инвалидов	5	5
Решается задача по деятельности куратора случая (интеграционного консультанта)	6	6
Обеспечена материально-технической база для работы в информационной системе, программное обеспечение, доступ в интернет	7	7
Организируются / финансируются программы повышения квалификации по вопросам МВВ	8	8
Выделены ставки для специалистов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие	9	9
Созданы условия для установления межведомственных контактов, знакомства специалистов разных ведомств	10	10
Координируются действия специалистов различных ведомств в ходе оказания реабилитационных услуг	11	11
Созданы благоприятные административные условия развития системы МВВ	12	12
Обучены специалисты формам и видам МВВ	13	13
Создан механизм обмена информацией между реабилитационными организациями различных ведомств, исполнителей ИПРА	14	14
Что еще? Укажите.	15	15
Никакие	16	16

**9. Оцените уровень сформированности межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации вашего муниципального образования:**

1. Низкий уровень сформированности
2. Ниже среднего
3. Средний уровень
4. Выше среднего
5. Высокий уровень сформированности
6. Затрудняюсь оценить

**10. Как бы вы оценили соотношение достигнутого у вас (в вашем муниципальном образовании) уровня сформированности межведомственного взаимодействия и ресурсов, затраченных на обеспечение этого процесса?**

1. Уровень сформированности межведомственного взаимодействия соответствует вложенным в него ресурсам
2. Уровень сформированности ниже, чем позволяли затраченные ресурсы
3. Уровень сформированности выше, чем могли обеспечить вложенные ресурсы
4. Затрудняюсь ответить

**11. По каким критериям, на Ваш взгляд, следует оценивать сформированность и эффективность СИСТЕМЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ?**

1. Рост включенности инвалида в систему комплексной реабилитации и абилитации
2. Рост информированности сотрудников реабилитационных учреждений по вопросам межведомственного взаимодействия
3. Сокращение времени, затрачиваемого на получение необходимых документов
4. Увеличение объема информации, получаемой об инвалиде и его ИПРА
5. Рост скоординированности действий специалистов различных ведомств и учреждений
6. Рост количества знакомств со специалистами из учреждений других ведомств
7. Рост оперативности в решении проблем инвалидов, требующих межведомственной координации
8. Регулярность проведения межведомственных совещаний, рабочих групп
9. Снижение числа проблем, межведомственных конфликтов в процессе оказания реабилитационных услуг
10. Появление системы Единого окна, единого телефона поддержки
11. Стабильность работы информационной системы
12. Скорость обработки информации об инвалиде и ее внесения в единую информационную систему
13. Рост охвата межведомственным взаимодействием всех участников системы реабилитации
14. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**12. В какой степени Вы удовлетворены следующими составляющими межведомственного взаимодействия, сформированного на настоящий момент в Вашем муниципальном образовании: (выберите один ответ по каждой строке)**

	Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Полностью не удовлетворен
Интенсивностью взаимодействия	1	2	3	4
Результативностью взаимодействия	1	2	3	4
Используемыми формами взаимодействия	1	2	3	4
Своевременностью получения информации и откликов от участников МВВ	1	2	3	4
Степенью скоординированнос ти действий участников взаимодействия	1	2	3	4

**13. Оцените уровень сформированности региональной информационной системы межведомственного обмена данными по следующим характеристикам:**

*Дайте один ответ по каждой строке.*

	<b>Да, система соответствует этому показателю</b>	<b>Нет, в системе этого нет</b>	<b>Не могу оценить</b>
Наличие системы электронного межведомственного обмена данными органов исполнительной власти и организаций, участвующих в предоставлении реабилитационных мероприятий	1	2	3
Система содержит полные / достаточные сведения об инвалидах и об оказываемых им реабилитационных мероприятиях	1	2	3
Система позволяет осуществить сбор, обработку, анализ информации об инвалидах	1	2	3
Ваша организация подключена к данной системе	1	2	3
Предоставлен доступ к информационной системе в полном объеме, ко всем необходимым разделам	1	2	3
Все другие организации, включенные в межведомственное взаимодействие, подключены к данной системе	1	2	3
В систему внесена информация обо всех инвалидах (ИЛИ большинстве)	1	2	3

**14. Как бы Вы охарактеризовали процесс развития межведомственного взаимодействия в Свердловской области в настоящее время:**

**14.1.**

1. Как преимущественно активный – подразумевает инициативу взаимодействующих сторон, интенсивность совместных действий
2. Как преимущественно пассивный – характеризуется отсутствием инициативы, бездейтельностью, инертностью в решении вопросов

## 14.2.

1. Как нарастающий, набирающий темп, стабильно и продуктивно функционирующий, с появлением новых форм, направления, результатов
2. Как затухающий, утрачивающий остроту и актуальность, со снижающимся интересом со стороны всех участников и органов власти

## **ДАВАЙТЕ ПОГОВОРИМ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТАХ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

### **15. Видите ли Вы повышение эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области?**

1. Да, эффективность существенно повысилась
2. Да, эффективность несколько повысилась
3. Нет, эффективность не изменилась, на прежнем уровне → переходите к вопросу 17
4. Нет, эффективность даже снизилась → переходите к вопросу 17
5. Затрудняюсь ответить → переходите к вопросу 17

### **16. Какие факторы, на Ваш взгляд, повлияли на повышение эффективности системы реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области? (выберите 3-4 наиболее значимых фактора)**

1. Увеличение численности специалистов, работающих в этой сфере
2. Формирование механизма эффективного межведомственного взаимодействия
3. Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов
4. Увеличение объемов финансирования сферы реабилитации и абилитации
5. Повышение активности общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов
6. Рост качества профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами
7. Рост числа специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, в том числе по применению методик по реабилитации и абилитации инвалидов)
8. Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам.
9. Повышение заинтересованности самих инвалидов (родителей детей-инвалидов) в результатах комплексной реабилитации и абилитации
10. Повышение внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов.
11. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**17. Почему, на Ваш взгляд, не происходит повышения эффективности системы реабилитации инвалидов в Свердловской области? (выберите 3-4 наиболее значимых фактора)**

1. Снижение численности специалистов, работающих в этой сфере
2. Отсутствие механизма эффективного межведомственного взаимодействия
3. Изменение подходов к процессу реализации ИПРА инвалидов
4. Недостаточность объемов финансирования
5. Недостаточная активность общественных и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами инвалидов
6. Невысокое качество профессиональной и специальной подготовки специалистов, работающих с инвалидами
7. Недостаточное число специалистов, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, в том числе по применению методик по реабилитации и абилитации инвалидов)
8. Изменение настроений и позиции гражданского общества по отношению к инвалидам
9. Пассивность, отсутствие интереса у самих инвалидов к процессу комплексной реабилитации и абилитации, сведение реабилитации к услугам медучреждений.
10. Ослабление внимания органов государственной власти к проблемам инвалидов
11. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**18. Укажите наиболее важные, на Ваш взгляд, показатели повышения эффективности системы реабилитации и абилитации? (выберите 7 наиболее важных критериев в столбце 18)**

**19. Какие изменения в системе реабилитации и абилитации в Вашем муниципальном образовании являются результатом формирования и развития межведомственного взаимодействия? (укажите все наблюдаемые изменения в столбце 19)**

	18. Наиболее важные показатели	19. Наблюдаемые в настоящее время результаты
Снижение временных затрат сотрудников организаций	1	1
Снижение временных затрат инвалидов	2	2
Уменьшение количества нерешенных (нерешаемых) проблем инвалидов	3	3
Снижение финансовых затрат организаций	4	4

Снижение финансовых затрат инвалидов	5	5
Снижение затрат материально-технических ресурсов организаций	6	6
Снижение кадровых затрат организаций	7	7
Рост качества реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	8	8
Рост объема получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	9	9
Рост спектра получаемых инвалидом реабилитационных услуг при прежних / более низких финансовых затратах	10	10
Повышение числа инвалидов, охваченных реабилитационными мероприятиями	11	11
Рост удовлетворенности самих инвалидов системой реабилитации и абилитации	12	12
Рост интеграции инвалида (ребенка-инвалида) в общество	13	13
Рост информированности инвалидов по вопросам реабилитации и абилитации	14	14
Наличие у инвалида возможности выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий	15	15
Рост результативности реализации ИПРА	16	16
Оптимизация соотношения результата реабилитации и затраченных на нее ресурсов	17	17

**ДАВАЙТЕ ПОГОВОРИМ О ФАКТОРАХ (ПРОБЛЕМАХ), ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОМУ МЕЖВЕДОМСТВЕННОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ**

**20. Оцените остроту каждого фактора в настоящее время – насколько он препятствует осуществлению межведомственного взаимодействия. Оценку дайте по шкале от 1 до 10, где 1 – фактор не препятствует, а 10 – фактор очень сильно препятствует эффективности межведомственного взаимодействия.**

*Поставьте оценку в баллах от 1 до 10 в каждой ячейке таблицы.*

	<b>Оценка от 1 до 10</b>
Кадровые проблемы	
Нормативно-методические проблемы	
Методологические проблемы	
Нормативно-правовые проблемы	
Информационные проблемы	
Проблемы понятийно-категориального аппарата	

**21. На Ваш взгляд, как изменилась острота каждой из проблем, препятствующих эффективно межведомственному взаимодействию в сфере реабилитации и абилитации инвалидов в Вашем муниципальном образовании, за последние четыре года.**

<b>Проблемы</b>	<b>Проблемы практически решены</b>	<b>Проблемы стали менее острыми</b>	<b>Ситуация не изменилась</b>	<b>Проблемы стали более острыми</b>	<b>Проблемы резко обострились</b>	<b>Затруд. оценить</b>
Кадровые проблемы	1	2	3	4	5	6
Нормативно-методические проблемы	1	2	3	4	5	6
Методологические проблемы	1	2	3	4	5	6
Нормативно-правовые проблемы	1	2	3	4	5	6
Информационные проблемы	1	2	3	4	5	6
Проблемы понятийно-категориального аппарата	1	2	3	4	5	6

**22. Каких ресурсов, необходимых для развития эффективного межведомственного взаимодействия, достаточно, а каких – нет? Дайте ответ по каждому виду ресурсов**

	<b>Достаточно данного вида ресурсов</b>	<b>Не достаточно данного вида ресурсов</b>	<b>Затрудняюсь оценить</b>
Кадровые ресурсы	1	2	3
Нормативно-методические ресурсы	1	2	3
Финансовые ресурсы	1	2	3
Нормативно-правовые ресурсы	1	2	3
Информационные ресурсы	1	2	3
Технологические ресурсы	1	2	3
Материально-технические ресурсы	1	2	3
Управленческие ресурсы	1	2	3

**23. Какие меры необходимо предпринять в целях повышения эффективности межведомственного взаимодействия? Выберите 5-7 наиболее приоритетных задач:**

1. Разработать федеральные нормативные правовые акты, регулирующие процесс межведомственного взаимодействия
2. Принять / внедрить региональные нормативные правовые акты, регулирующие процесс межведомственного взаимодействия
3. Сформировать ведомственные перечни организаций, предоставляющих услуги инвалидам (детям-инвалидам) по реабилитации и абилитации
4. Расширить возможности и доступ к автоматизированной информационной системе, обеспечивающей реабилитационные организации различных ведомств электронными сервисами и информацией
5. Внедрить формы документов для осуществления внутриведомственного взаимодействия реабилитационных организаций в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов
6. Внедрить алгоритмы формирования межведомственного реабилитационного маршрута для граждан, впервые получивших инвалидность
7. Разработать профессиональные стандарты для сотрудников, включенных в реабилитационные мероприятия и межведомственное взаимодействие
8. Принять положение об интеграционном консультанте
9. Поддержать развитие Ресурсного центра для инвалидов, предоставляющего агрегированную информацию о возможностях их реабилитации
10. Утвердить перечень платных услуг, оказываемых инвалидам государственными учреждениями социального обслуживания
11. Повысить заинтересованность работников МСЭ в решении задач комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и участия в межведомственном взаимодействии
12. Повысить заинтересованность инвалидов в прохождении комплексной реабилитации и абилитации и ее результативности
13. Расширить спектр субъектов МВВ, включить в него благотворительные организации и фонды, органы социального страхования, МЧС, МВД и др.
14. Другое \_\_\_\_\_

**24. Участвовала ли Ваша организация в ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ по формированию в России комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов (если Вы эксперт от органов местного самоуправления – отвечайте про участие организаций на территории Вашего муниципального образования)**

1. Да, организация принимала участие в Пилотном проекте
2. Нет, не принимала участие

Укажите, пожалуйста, некоторые сведения о себе и вашей организации:

**25. Сфера деятельности Вашей организации**

1. Здравоохранение
2. Образование
3. Социальная защита населения
4. Физкультура и спорт
5. Труд и занятость
6. Культура, искусство
7. Государственное управление
8. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**26. Форма собственности Вашего учреждения:**

1. Государственное, муниципальное учреждение
2. Коммерческая организация
3. НКО
4. Общественная организация
5. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

**27. Ваша должность:**

1. Руководитель организации
2. Заместитель руководителя
3. Руководитель отдела
4. Специалист

**28. Стаж работы по проблемам реабилитации и абилитации инвалидов (укажите число лет): \_\_\_\_\_ (лет)**

**29. Какой населенный пункт Вы представляете?**

\_\_\_\_\_

**30. Укажите, пожалуйста, название Вашей организации. Это нужно только для контроля, поскольку нам необходимо понимать, что Вы уже приняли участие в исследовании. Все данные будут анализироваться только в обобщенном виде. Информация строго конфиденциальна.**

\_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за участие и поддержку проекта!**

## Анкета для опроса инвалидов (родителей детей-инвалидов)

	<p><b>ГАУ «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»</b>          620089, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 173а          тел/факс (343) 270-88-19, 270-88-20, 270-88-09          e-mail: <a href="mailto:rbl-so@gov66.ru">rbl-so@gov66.ru</a>      <a href="http://ocri.ru">http://ocri.ru</a></p>
	<p><b>ООО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ «ОПТИМА»</b>          620075, г. Екатеринбург, ул. Луначарского, 77          тел/факс (343) 388-15-00, 388-15-01          e-mail: <a href="mailto:optima@optima-ekb.ru">optima@optima-ekb.ru</a>      <a href="http://www.optima-ekb.ru">www.optima-ekb.ru</a></p>

Населенный пункт проживания \_\_\_\_\_

Управленческий округ

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| 1. Южный    | 4. Восточный      |
| 2. Западный | 5. Горнозаводской |
| 3. Северный | 6. Екатеринбург   |

Областной центр реабилитации инвалидов совместно с Центром Социальных Технологий «Оптима» проводят опрос для изучения отношения людей с ограниченными возможностями здоровья к вопросам реабилитации и абилитации. Мы просим Вас принять участие в нашем опросе. В каждом вопросе выберите те варианты ответа, которые наиболее полно отражают Ваше мнение. Опрос анонимный, фамилию называть не нужно.

**1. Лично у Вас или Вашего ребенка есть инвалидность?**

1. Да, я инвалид → переходите к вопросу 2
2. У меня есть ребенок-инвалид
  - 1.1. Сколько лет Вашему ребенку? \_\_\_\_\_
  - 1.2. Пол ребенка                      1. мужской                      2. женский

**Карточка А**

**2. Уточните, пожалуйста, какие ограничения жизнедеятельности есть у Вас / Вашего ребенка? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. Способность к самообслуживанию
2. Способность к передвижению
3. Способность к ориентации
4. Способность к общению
5. Способность к обучению
6. Способность к трудовой деятельности
7. Способность к контролю за своим поведением

**3. Уточните, пожалуйста, Вы (Ваш ребенок) получили инвалидность:**

1. Впервые
2. Повторно
3. Бессрочно (для граждан старше 18 лет)

**4. Уточните группу инвалидности, если Вы старше 18 лет? \_\_\_\_\_**

**Карточка 5**

**5. Какие виды реабилитации Вы (Ваш ребёнок) получали в течение последнего года? (отметьте все направления реабилитации, которые получали)**

1. Медицинская реабилитация (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение, обеспечение лекарственными средствами, динамическое наблюдение)
2. Социальная реабилитация (социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, психокоррекция, социокультурная, социально-бытовая, информационная поддержка и консультационная помощь, юридическая помощь)
3. Профессиональная реабилитация (содействие в трудоустройстве, профессиональная ориентация, получение общего среднего образования, получение профессионального образования, профессиональное переобучение, производственная адаптация)
4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт
5. Для детей до 18 лет рекомендации по условиям организации обучения, психологическая помощь в образовательной организации, профессиональная ориентация в образовательной организации

**Карточка 6**

**6. Когда Вы обращались к медицинскому специалисту, рекомендовал ли он Вам обратиться за другими видами реабилитационных услуг – социальной, профессиональной, физкультурно-оздоровительной и т.д.?**

1. Да, порекомендовал и назвал конкретные учреждения, специалистов
2. Да, порекомендовал, но не сказал куда обратиться
3. Нет, никаких других видов реабилитации не рекомендовал
4. Другое \_\_\_\_\_
5. Затрудняюсь ответить

**Карточка 7**

**7. Когда Вы обращались к специалисту в организации социального обслуживания (Комплексный центр социального обслуживания, Реабилитационный центр, Центр помощи семье и детям и т.д.), рекомендовал ли он Вам обратиться за другими видами реабилитационных услуг – профессиональной, образовательной, медицинской, социокультурной, физкультурно-оздоровительной?**

1. Да, порекомендовал и назвал конкретные учреждения, специалистов
2. Да, порекомендовал, но не сказал куда обратиться
3. Нет, никаких других видов реабилитации не рекомендовал
4. Другое \_\_\_\_\_
5. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 8**

**8. После прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ) и установления инвалидности, была ли у Вас возможность прямо в здании МСЭ получить консультацию специалиста по комплексной реабилитации и абилитации?**

1. Да, консультация специалиста была предоставлена и я ее прошел
2. Да, консультация специалиста была предложена, но я ей не воспользовался
3. Нет, такая консультация не была предоставлена
4. Затрудняюсь ответить

**9. Как Вам кажется, существует ли взаимодействие между организациями различных направлений, отвечающими за реабилитацию инвалидов, или каждое направление реабилитации существует само по себе?**

1. Скорее взаимодействие есть
2. Скорее взаимодействия нет
3. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 10**

**10. Насколько лично Вам важно присутствие такого взаимодействия между организациями разных направлений, проводящих реабилитационные мероприятия?**

1. Для меня (моего ребенка) такое взаимодействие крайне необходимо
2. Мне хотелось бы, чтобы такое взаимодействие было
3. Для меня это не имеет значения

### **Карточка 11**

**11. Оцените степень взаимоувязанности/ преемственности мероприятий, которые предоставляют Вам медицинские, социальные, образовательные, физкультурно-оздоровительные, культурно-досуговые и прочие учреждения в рамках Вашей реабилитации.**

1. Мероприятия различной направленности увязаны между собой, есть последовательность, цельность, преемственность
2. Мероприятия различной направленности частично увязаны между собой, есть некоторая преемственность
3. Мероприятия различной направленности никак не увязаны между собой
4. Прохожу/проходим только медицинскую реабилитацию
5. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 12**

**12. Насколько Вы удовлетворены взаимодействием специалистов разных организаций: медицинских, социальных, образовательных, физкультурно-оздоровительных, культурно-досуговых, призванных обеспечить программу Вашей комплексной реабилитации и абилитации?**

1. Полностью удовлетворен
2. Скорее удовлетворен
3. Скорее не удовлетворен
4. Совершенно не удовлетворен
5. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 13**

**13. Что изменилось в процессе получения лично Вами / Вашим ребенком реабилитационных услуг за последние 2-3 года?**

1. Снизились временные затраты на получение реабилитационных услуг
2. Снизились финансовые затраты на получение реабилитационных услуг
3. Повысилась социальная адаптация, включенность в социум, расширился круг общения
4. Повысилось качество получаемых Вами реабилитационных услуг
5. Расширился спектр, разнообразие получаемых Вами реабилитационных услуг
6. Увеличился объем, количество получаемых реабилитационных мероприятий
7. Повысился профессиональный уровень специалистов, которые оказывают реабилитационные услуги
8. Выросла доступность информации о реабилитационных услугах и правах инвалидов
9. Повысилась обеспеченность техническими средствами реабилитации и абилитации
10. Появились новые эффективные методы и методики проведения реабилитационных мероприятий
11. Появилась возможность выбирать учреждение для получения реабилитационных мероприятий
12. У меня появилось понимание важности, значимости для реабилитации услуг учреждений немедицинской направленности (социального обслуживания, образования, культуры, спорта)
13. Сократилось время, затрачиваемое на сбор всех необходимых документов
14. Другое \_\_\_\_\_
15. Ничего не изменилось

## Карточка 14

### 14. С какими проблемами Вы сталкиваетесь в процессе реабилитации?

#### Выберите все подходящие ответы

1. Низкий уровень информированности
2. Отсутствие индивидуального подхода, все делают согласно общим инструкциям
3. Ограниченные возможности трудоустройства, образования
4. Неверная оценка реабилитационного потенциала, завышение или занижение моих возможностей по реабилитации
5. Низкий уровень оказываемых услуг (проводимых мероприятий)
6. Недостаточно высокий уровень квалификации специалистов
7. Большие усилия, которые я затрачиваю, чтобы проходить всех специалистов и мероприятия
8. Плохая материальная база учреждений, устаревшие средства реабилитации, отсутствие необходимых приборов, тренажеров, оборудования и т.д.
9. Необходимость дополнительно самому оплачивать определенные услуги
10. Непригодная среда, сложности добраться
11. Большие затраты времени на проезд к месту консультации или реабилитационного мероприятия
12. Много ненужных рекомендаций и мероприятий
13. Формальный, незаинтересованный подход со стороны специалиста при назначении ИПРА, назначении рекомендаций
14. Отсутствие специалистов в немедицинских учреждениях реабилитации, которые умеют работать с инвалидами, понимают их специфику
15. Необходимость многократно собирать одни и те же справки, документы
16. Отсутствие возможности выбора учреждения для прохождения медицинской реабилитации
17. Отсутствие возможности выбора учреждения для прохождения Немедицинской реабилитации (социальной, образовательной, культурной, профессиональной, физкультурно-спортивной)
18. Много времени уходит на оформление документов, ожидание назначений и т.п.
19. Отсутствие базы, перечня организаций, предоставляющих услуги инвалидам (детям-инвалидам) по реабилитации и абилитации
20. Другое \_\_\_\_\_
21. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 15**

**15. Оцените, насколько на сегодняшний день для Вас ДОСТУПНЫ мероприятия, процедуры, включенные в Вашу индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА), или предлагаемые Вам для прохождения.**

1. Полностью доступны
2. Скорее доступны
3. Скорее не доступны
4. Совершенно не доступны
5. Затрудняюсь ответить

### **Карточка 16**

**16. Как Вы можете оценить уровень своей информированности о Ваших правах и возможностях на получение услуг реабилитации и абилитации?**

1. Высокий, я очень хорошо информирован о том, что и где я могу получить
2. Средний, я знаю основную информацию, но не всю
3. Низкий, я очень мало знаю о своих правах по реабилитации
4. Информированность отсутствует, ничего не знаю

**17. Вы хотели бы получать больше информации о направлениях, возможностях, услугах по реабилитации и абилитации?**

1. Нет, у меня нет потребности в получении большего объема информации, мне достаточно имеющихся знаний => переходите к вопросу 19
2. Да, мне хотелось бы знать больше по вопросам реабилитации

### **Карточка 18**

**18. Какие источники информации были бы для Вас наиболее удобными, предпочтительными? Выберите 2-3 основных источника**

1. Консультации врача
2. Консультации специалиста комплексного центра социального обслуживания
3. Консультации специалиста в общественных организациях инвалидов
4. Специализированные интернет-ресурсы
5. Сайты учреждений реабилитации
6. Информирование во время МСЭК
7. Форумы, социальные группы людей с инвалидностью
8. Стенды, информационные материалы в реабилитационных учреждениях
9. Другие люди с инвалидностью
10. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

## НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАС:

**19. Пол** (*Интервьюер! Закодируйте, не задавая вопроса.*)

1. Мужской
2. Женский

**20. Сколько лет Вам исполнилось?**

(Напишите число полных лет респондента) \_\_\_\_\_ лет

### Карточка 21

**21. Ваше образование**

1. Неполное среднее или ниже
2. Среднее общее (школа)
3. Начальное профессиональное (ПТУ, лицей и т.п.)
4. Среднее специальное (ссуз, техникум, колледж, медицинское училище и т.п.)
5. Незаконченное высшее (обучение в вузе без получения диплома)
6. Высшее (диплом специалиста, бакалавра, магистра и т.п.)
7. Аспирантура, учёная степень, звание
8. Затрудняюсь ответить

### Карточка 22

**22. Как Вы можете оценить свое материальное положение?**

1. Могу ни в чем себя не ограничивать
2. Кроме необходимого, могу позволить себе дорогие покупки
3. Денег хватает на еду и одежду
4. Денег хватает только на еду
5. Еле свожу концы с концами, не хватает даже на еду
6. Затрудняюсь ответить

Имя или Имя и Отчество респондента (фамилия не нужна)	
Номер телефона	