

Концепция государственного управления на местном уровне «Город, дружелюбный к ребёнку»

«...мы строим социально ориентированное общество, в котором окружены заботой и вниманием люди старшего поколения, материнство и детство, молодежь, общество, которое обеспечивает высокое качество и передовые социальные стандарты жизни всех слоев населения страны»

*Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана.
Март 2006 г.*

Концепция управления «Город, дружелюбный к ребёнку» опирается на основополагающие идеи и принципы Всеобщей Декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка, материалах Второй конференции ООН по населенным пунктам (Хабитат II), Конституции Республики Казахстан, Закона «О правах ребенка в Республике Казахстан», Закона РК «Об образовании», Послания Президента страны народу Казахстана "Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев", Декларации и Плана действий «Мир, пригодный для жизни детей», принятых на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по положению детей (Нью-Йорк, 8-10 мая 2002 года).

I. Введение

- 1.1. В Республике Казахстан проживает более 5 миллионов детей от 0 до 18 лет. Это более трети всего населения страны. В качестве будущих взрослых жителей, дети Казахстана играют жизненно важную роль в социальном, экономическом и физическом развитии своей страны. Благосостояние детей и качество их жизни являются ключевыми индикаторами здоровой окружающей среды, эффективного управления и устойчивого развития государства.
- 1.2. Дети являются самой уязвимой категорией граждан и постоянно нуждаются в специальных юридических и социальных механизмах, создающих наиболее благоприятные условия для их полноценного развития. Благополучие детей Казахстана должно быть одним из главных приоритетов в ходе составления стратегических планов развития страны.
- 1.3. С момента ратификации в 1994 г. Конвенции ООН «О правах ребенка» Республикой Казахстан проделана большая работа по реализации широкого комплекса мер, направленных на улучшение положения детей:
 - 1.3.1. в период с 2002 по 2004 гг. были приняты Законы РК:
 - ✓ «О правах ребенка в Республике Казахстан»,
 - ✓ «О государственной молодежной политике»,
 - ✓ «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»,
 - ✓ «О государственных пособиях семьям, имеющим детей»,
 - ✓ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией», «О профилактике и ограничении табакокурения»,
 - ✓ О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности,
 - ✓ «О детских деревнях семейного типа и домах юношества»,
 - ✓ «О системе здравоохранения»,
 - ✓ «О профилактике йододефицитных заболеваний»,

✓ «О воинской обязанности и воинской службе»;

- 1.3.2. дальнейшее развитие получило национальное законодательство по обеспечению прав и интересов детей в соответствии с положениями Конвенции. Средства и способы защиты прав ребенка значительно расширились в связи с принятием новых кодексов Республики Казахстан: Гражданского кодекса (1994 и 1999 года), Уголовного кодекса (1997 года), Уголовно-процессуального кодекса (1997 года), Уголовно-исполнительного кодекса (1997 года), Кодекса об административных правонарушениях (2001 года), Законов Республики Казахстан «О браке и семье» (1998 года), «Об образовании» (1999 года), «О детских деревнях семейного типа и Домах юношества» (2000 года) и других;
- 1.3.3. прогрессивное значение для обеспечения прав ребенка с учетом положений Конвенции имело принятие Закона Республики Казахстан «О браке и семье». Закон устанавливает, согласно требованиям Конвенции, право ребенка жить и воспитываться в семье, право ребенка на защиту, выражение своего мнения, охрану имущественных прав, восстановление содержания, защиту интересов ребенка в случае ненадлежащего с ним обращения, а также на защиту прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 1.3.4. в целях обеспечения наилучших интересов детей Казахстан присоединился к таким значимым Конвенциям ООН, как Конвенция о взыскании за границей алиментов, Конвенция о минимальном возрасте для приема на работу, Факультативный протокол, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии, Факультативный протокол, касающийся участия детей в вооруженных конфликтах, Конвенция МОТ о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда, Конвенция о борьбе с торговлей людьми и с эксплуатацией проституции третьими лицами и Заключительный протокол к ней;
- 1.3.5. в определенной мере на реализацию национальной политики в отношении соблюдения законных прав и интересов детей направлены государственные отраслевые программы по вопросам соблюдения прав детей в области образования, здравоохранения, снижения бедности, миграционной политики, демографического развития, реабилитации инвалидов и другие;¹
- 1.3.6. в структуре Национальной Комиссии по делам семьи и гендерной политике при Президенте Республики Казахстан создана секция «Проблемы семьи». Секция занимается вопросами защиты прав и законных интересов детей в рамках решения проблем семьи;
- 1.3.7. в 2000 году создан Совет по делам молодёжи как консультативно-совещательный орган при Правительстве РК, в который вошли представители детских и молодёжных общественных объединений страны;
- 1.3.8. в аппарате Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан действует специальный сектор по правам детей; в 2006 г. началась реализация пилотного проекта «Защита прав ребенка и создание механизмов мониторинга и прав ребенка», рассчитанного на создание специальной структуры омбудсмена по правам ребенка в каждом регионе Казахстана;²
- 1.3.9. в январе 2006 г. Постановлением Правительства РК создан специальный уполномоченный орган – Комитет по охране прав детей Министерства образования и науки РК. Основной задачей Комитета является реализация государственной политики по обеспечению охраны прав и законных интересов детей. Комитет наряду с реализацией концепций, программ и проектов, направленных на обеспечение социальных и правовых

гарантий детей, профилактики социального сиротства, предупреждения беспризорности наделен функциями государственного контроля за соблюдением законодательства Республики Казахстан по охране прав детей;

1.4. Государственная социальная политика в предшествующий период была направлена на обеспечение базовых гарантий в жизнедеятельности и развитии детей:

- ✓ сохранение доступа к системам образования и здравоохранения,
- ✓ развитие различных форм материальной поддержки семей с детьми;
- ✓ гуманизацию обращения с детьми на основе уважения прав ребенка;
- ✓ создание механизмов профилактики и социальной реабилитации детей в условиях возникновения новых социальных рисков;

1.5. Вместе с тем, недостаточная развитость системы социальных услуг привела к низкой эффективности и результативности здравоохранения, образования и ограничению возможностей для защиты детей: ³

1.5.1. Бедность семей с детьми затрудняет многим детям доступ к базовым социальным услугам и развитию ⁴;

1.5.2. Показатели младенческой, детской и материнской смертности остаются пока намного выше уровня соответствующих показателей в развитых странах ⁵;

1.5.3. Ухудшается здоровье детей, растет заболеваемость детей социально обусловленными заболеваниями, прежде всего туберкулезом и ВИЧ/СПИДом ⁶;

1.5.4. Несовершенство социальной политики и системы социальной защиты привел к повышенному спросу на содержание детей в государственных учреждениях. Не прекращается рост социального сиротства ⁷;

1.5.5. Угрозу национальной безопасности и будущему Казахстана представляют наркомания, токсикомания и алкоголизм среди детей и подростков ⁸;

1.5.6. Острой социальной проблемой стали насилие по отношению к детям, различные формы эксплуатации детей, детская беспризорность и безнадзорность ⁹.

1.6. Несмотря на экономический рост, выделение ресурсов на социальный сектор остается низким. Области распоряжаются 80% ресурсов, выделенных на социальный сектор, но их распределение не является «дружелюбным к ребенку» и в основном сконцентрировано на услугах восстановительного характера ¹⁰.

1.7. Ныне действующие государственные институты, призванные заниматься решением социальных проблем, работают преимущественно в пределах устаревших стандартов и не ориентированы на реальное содействие защите прав и интересов детей. ¹¹

Основными причинами низкой эффективности деятельности государственных учреждений, работающих в сфере детства являются:

1.7.1. отсутствие единой социальной политики в отношении ребенка и семьи, ведомственная ограниченность и межведомственная разобщенность;

1.7.2. реактивность (постоянное запаздывание действий) при работе с детским населением и семьей: приоритет работы с последствиями (коррекция, реабилитация и т.п.) перед профилактикой – медицинской, воспитательной, социальной и т.д. В результате растет число дезадаптированных детей, увеличивается количество интернатов, вспомогательных школ, специальных воспитательных учреждений, реабилитационных центров, и, следовательно, финансовых расходов из государственного бюджета;

- 1.7.3. паллиативный (ориентированный на устранение симптомов) характер реально действующей реабилитационной системы, в которой многие учреждения, декларирующие свою реабилитационную направленность, в лучшем случае являются лишь учреждениями, где концентрируются и бездеятельно содержатся дети, выброшенные из естественной жизни;
- 1.7.4. неразвитость сферы социальных услуг, ориентированных на ребенка и семью;
- 1.8. Необходим концептуально выстроенный комплекс действий, нацеленный на организацию усилий всего общества для защиты детства и помощи семье как базовому общественному институту. Приоритетом должны стать профилактика всех форм неблагополучия ребенка и курс на развитие его потенциала независимо от места жительства, уровня доходов и типа семьи.

II. Основные теоретические подходы к Концепции управления на местном уровне «Город, дружественный к ребёнку»

- 2.1. В качестве базовой ценности для настоящей Концепции признаются дети, которым предстоит жить в Республике Казахстан, и семья, как основной институт общества.
- 2.2. Основополагающими положениями Концепции являются:
 - 2.2.1 Все дети имеют право на здоровое начало в жизни, воспитание в заботливой среде, позволяющей им быть физически здоровыми, умственно развитыми, эмоционально уравновешенными, подготовленными к жизни в обществе и способными к познанию.
 - 2.2.2 Инвестирование в детство – это один из наилучших способов оказать воздействие на широкий круг социальных вопросов.
 - 2.2.3 Сочетание социальной солидарности, социальной справедливости и социальных нововведений является ключом к обновленным перспективам человеческого развития и новой моделью социального благосостояния.
 - 2.2.4 Бюджет для детей должен рассматриваться как часть национального плана действий для того, чтобы выделять больше ресурсов для детей и их семей¹².
 - 2.2.5 Соблюдение прав и свобод детей, а также проведение регулярного мониторинга по их соблюдению является приоритетом социальной и правовой политики государства.
- 2.3. Наиболее эффективными принципами осуществления политики в отношении детей являются:
 - 2.3.1. приоритет более ранних профилактических действий в отношении негативных социальных тенденций и явлений в сфере семьи и детства;
 - 2.3.2. признание семьи в качестве базового социального института, наиболее приемлемого для выживания, защиты и развития ребенка;
 - 2.3.3. сосредоточенность действий, осуществляемых совместно государственными и негосударственными структурами, на развитие способности семьи к воссозданию и укреплению, а детей – к формированию полноценной личности и самореализации;

- 2.4. Реализация настоящей Концепции должна основываться на трех взаимосвязанных подходах:
- 2.4.1. Подход, основанный на жизненном цикле, предусматривающий необходимость уменьшения рисков на каждом этапе жизни детей и молодых людей;
 - 2.4.2. Антидискриминационный подход: ликвидация всех форм дискриминации и нетерпимости;
 - 2.4.3. Подход системного вмешательства, предусматривающий:
 - 1) борьбу с нищетой, неравенством и социальной изоляцией,
 - 2) новые и более качественные методы ухода за детьми,
 - 3) защиту ребенка и оказание услуг семье по воспитанию детей с тем, чтобы уменьшить зависимость от специальных детских учреждений;
 - 4) укрепление потенциала семьи и общества;
 - 5) усовершенствование системы социальной защиты;
 - 6) развитие социальной политики, ориентированной на ребенка и семью;
- 2.5. Реализация настоящей Концепции предполагает систематизацию необходимых действий на:
- 1) Организационно-институциональные;
 - 2) Нормативно-правовые;
 - 3) Программно-проектные;
 - 4) Кадрово-образовательные.

III. Понятие Концепции «Город, дружелюбный к ребенку»

3.1. Концепция «Город, дружелюбный к ребенку» - это система местного государственного управления, способствующая реализации прав детей.

В рамках данной системы реализуются права каждого ребенка – гражданина города, на:

- 1) возможность участвовать в процессе принятия решений относительно города, в котором проживает ребенок;
- 2) возможность выражать мнение о том, каким он/она хочет видеть свой город;
- 3) возможность равноправного участия в семейной и общественной жизни, возможность участвовать в культурных и социальных мероприятиях своего города;
- 4) возможность встречаться с друзьями и играть;
- 5) возможность безопасно самостоятельно перемещаться по улицам своего города;
- 6) гарантированное обеспечение услугами в области здравоохранения, образования и социального обеспечения;
- 7) гарантированное обеспечение детей жильем, приемлемыми условиями для игры;
- 8) гарантированное обеспечение качественной питьевой водой;
- 9) возможность проживания в экологически чистой окружающей среде;
- 10) доступ к озеленным площадкам, где можно играть с домашними животными;
- 11) гарантированную защиту от эксплуатации, насилия и плохого обращения;
- 12) возможность быть равноправным гражданином своего города с доступом ко всем видам услуг, независимо от этнического происхождения, религии, дохода, пола или физического состояния

3.2. Инициатива «Города, дружелюбного к ребенку» была провозглашена в 1996 г. на Второй Конференции ООН по населенным пунктам (Хабитат II). На сегодняшний день уже 857 городов в разных странах мира присоединились к данной инициативе, которая представляет собой город или любую систему местного самоуправления, где мнения, потребности, приоритеты и права ребенка составляют неотъемлемую часть государственной политики, программ, решений. Это город является дружелюбным для всех его жителей.

3.3. Концепция «Город, дружелюбный к ребенку» не базируется на идеальном государстве или стандартной модели. Это рабочая модель для помощи любому городу стать более дружелюбным ребенку во всех аспектах его окружения, в управлении и социальных службах.

IV. Основные направления реализации Концепции «Город, дружелюбный к ребенку»

5.1. Здравоохранение

5.1.1. Ключевыми задачами в области охраны здоровья детей являются:

- 1) всеобщая доступность первичной медико-санитарной помощи;
- 2) максимальное сокращение уровня младенческой, детской и материнской смертности ¹³
- 3) предупреждение и снижение детской заболеваемости и инвалидности;
- 4) снижение частоты врожденных пороков развития;
- 5) улучшение качественных показателей здоровья детей;
- 6) улучшение качества услуг в системе здравоохранения и внедрение стандартов услуг, дружелюбных к детям;
- 7) содействие здоровому образу жизни, внедрение во всех школах образовательных программ по формированию жизненных навыков в области здоровья для подростков, предупреждению ВИЧ/СПИДа и потребления наркотиков;

5.1.2. Для этого необходимо:

- 1) Разработка и реализация Государственной программы качественного перевооружения педиатрической службы страны, восстановления ее кадрового потенциала, включающую также развитие сети интегрированных стационарных лечебно-профилактических и поликлинических лечебных учреждений;
- 2) Разработка и реализация Государственной программы репродуктивного здоровья. Программа должна включать:
 - ✓ развитие системы своевременного выявления и лечения ИППП у мужчин и женщин репродуктивного возраста;
 - ✓ выявление, поддержка и отслеживание семей групп высокого риска;
 - ✓ повсеместную организацию так называемых кабинетов по планированию семьи: консультации и доступ к методам контрацепции;
 - ✓ развитие программ обогащения продуктов питания железом, фолиевой кислотой, йодом;
 - ✓ информационные кампании по ЗОЖ и пропаганде позитивного родительства;
- 3) Совершенствование системы мер по профилактике преждевременных родов, замедления внутриутробного роста плода и врожденных аномалий; обеспечению адекватного питания беременных и кормящих матерей;
- 4) Совершенствование системы услуг, обеспечивающих оказание акушерской и неонатальной помощи с учетом современных научно-обоснованных методов;
- 5) Внедрение служб отслеживания и поддержки матерей и семей, нуждающихся в помощи и раннего вмешательства и последующего сопровождения ребенка;
- 6) Всесторонний и интегрированный подход к болезням детского возраста, ранняя диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний у новорожденных, иммунизация, введение питательных микроэлементов и грудное вскармливание;

- 7) Переход от сметного финансирования лечебных учреждений к финансированию за объем и качество выполненной работы, за количество пролеченных пациентов;
 - 8) Контроль за исполнением обязательных нормативов и стандартов оказания медицинских услуг (включая нормы кадрового обеспечения и финансирования педиатрии и родовспоможения), нормативов оказания реабилитационных услуг (включая социальную и психолого-педагогическую реабилитацию ребенка-инвалида, государственных стандартов (мероприятий, технических средств реабилитации и услуг) для различных видов реабилитации;
 - 9) Разработка механизмов ответственности медицинской организации, медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов и возмещения вреда, причиненного их здоровью.
 - 10) Разработка и реализация государственной программы борьбы с социальными болезнями (алкоголизм, наркомания, СПИД, туберкулез, венерические заболевания):
 - ✓ развертывание системы профилактических и реабилитационных центров;
 - ✓ значительное увеличение финансирования научных разработок в области диагностики заболеваний и создания лекарственных препаратов;
 - ✓ рост оплаты труда медицинских и социальных работников, занятых в системе учреждений по борьбе с социальными болезнями;
 - ✓ резкое ужесточение ответственности за распространение этих болезней.
 - 11) Обеспечение чистоты окружающей среды, высокого качества питьевой воды и продуктов питания как важнейшее направление охраны здоровья населения. Развитие комплекса экономических и административных мер, обеспечивающих соблюдение необходимых экологических стандартов при использовании источников загрязнения окружающей среды.
 - 13) Обеспечение гарантированной безопасности потребления всех продаваемых населению товаров и услуг, посредством утверждения соответствующих стандартов и контроля за их соблюдением.
 - 14) Проведение реформы в здравоохранении, предусматривающей:
 - ✓ сочетание эффективности и равенства;
 - ✓ внедрение в практику подхода, ориентированного на группы населения;
 - ✓ участие семьи;
 - ✓ обучение медицинских работников новым подходам;
 - ✓ особое внимание здоровью детей раннего возраста уязвимых групп населения и неблагоприятных регионов.
- 5.1.3. Все эти меры требуют увеличения инвестиций в охрану здоровья, используя для этого как государственные средства, внешнюю помощь, частный сектор, так и добровольную помощь и инициативы гражданского общества.
- 5.1.4. Большую роль необходимо уделять участию организаций гражданского общества, особенно в сфере профилактических услуг, новых форм обеспечения, а также в мониторинге доступности здоровья для всех.

5.2. Раннее развитие детей и дошкольное воспитание

- 5.2.1. Ключевыми задачами в области раннего развития детей и дошкольного воспитания

являются:

- 1) усиление потенциала семьи в оказании качественного ухода и эффективного стимулирования физического и психосоциального развития ребенка;
- 2) внедрение системы ранней диагностики нарушений/отклонений в развитии ребенка и систему оказания поддержки/услуг семье в случае выявления таких нарушений;
- 3) доступность всех семей, независимо от дохода и места проживания, к различного рода дошкольным образовательным возможностям¹⁴;

5.2.2. Для этого необходимо:

- 1) Разработка и принятие национальной программы развития детей раннего возраста с финансированием на местном и центральном уровнях, включающей в себя:
 - ✓ раннюю диагностику и выявление отклонений в психосоциальном и физическом развитии детей;
 - ✓ создание служб раннего вмешательства и последующего сопровождения ребенка;
 - ✓ поддержка и развитие программ, стимулирующих познавательное и психосоциальное развитие детей;
 - ✓ организация посещений на дому всех матерей с новорожденными детьми, и организация комплексного наблюдения за теми из них, кто испытывает особые потребности или относится к группам риска;
 - ✓ обеспечение подготовки всех медицинских (включая семейных врачей, врачей общей практики и врачей экстренной медицинской помощи) и социальных работников, по вопросам выявления и принятия мер в случаях выявления внутрисемейного насилия, а также жестокого обращения и невнимательного обращения с детьми;
 - ✓ развитие программ по просвещению родителей, семей, лиц, оказывающих уход за детьми по вопросам создания безопасной окружающей среды, профилактики и оказания соответствующей помощи при детских травмах;
 - ✓ создание социальных служб поддержки семьи;
 - ✓ развитие программ, направленных на профилактику семейного неблагополучия и поддержку института семьи и детей.
- 2) Развитие системы дошкольного воспитания и образования:
 - ✓ увеличение объемов государственного финансирования на развитие сети дошкольных учреждений в стране, улучшение материально-технического обеспечения дошкольных учреждений и совершенствование системы подготовки кадров;
 - ✓ решение вопроса на уровне государственного и местных бюджетов о реализации Постановления Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2004 года N 1353 «Об утверждении Типовых правил деятельности дошкольных организаций образования» в части финансирования содержания помещений дошкольных организаций образования и оплаты коммунальных услуг за счет бюджета;
 - ✓ обеспечение права детей с ограниченными возможностями на получение дошкольного образования с одного года, как и здоровыми детьми, что повлияет на обеспечение прав как детей с ограниченными возможностями, так и их родителей;
 - ✓ совершенствование методик и подходов работы дошкольных учреждений и расширение возможности внедрения новаторских дошкольных программ;
 - ✓ широкое обсуждение и адаптация международного опыта организации альтернативного дошкольного воспитания и обучения;

5.3. Образование

5.3.1. Ключевыми задачами в области образования являются:

- 1) полная реализация прав детей на гарантированное качественное образование разных уровней вне зависимости от места жительства и уровня доходов их семей;
- 2) создание условий для успешной реализации творческого потенциала детей в учреждениях образования и адаптации молодого поколения в обществе и на рынке труда;
- 4) расширение возможностей для отдыха, досуга и оздоровления детей, в том числе в семейном окружении;
- 5) сохранение и укрепление здоровья детей в процессе обучения, формирование у них навыков здорового образа жизни;
- 6) расширение участия детей в решении проблем, касающихся их благополучия и развития.

5.3.2. Для этого необходимо:

- 1) увеличение государственных расходов на образование, особенно в сельской местности, где доступность образования ниже.¹⁵
- 2) реализация специальных программ по выявлению и вовлечению в школу не обучающихся детей в возрасте от 6 -8 до 15 лет, и принятие особых мер для предупреждения и сокращения случаев непосещения детьми школы;
- 3) развитие программ целевой помощи определенным группам населения в критические моменты их школьного обучения;
- 4) развитие программы реформирования учебных планов с акцентом на интерактивные методы обучения и новые технологии, развитию у детей жизненных навыков, неконфликтного поведения и толерантности. Реализация и мониторинг программы должны проводиться при широком участии учащихся, семей и общественности;
- 5) внедрение Концепции школы, «доброжелательной к ребенку», которая направлена на установление здорового, безопасного и поддерживающего школьного климата, свободного от практики телесных наказаний, насилия и дискриминации;
- 6) повышение социального статуса учителя, престижа профессии учителя в глазах общества, обеспечение адекватного материального положения;
- 7) усиление психолого-педагогической и правовой подготовки учителей, направленной на познание личности ребенка, уважение его прав и свобод, исключая авторитарный стиль педагогической деятельности;
- 8) развитие социальной и психологической службы в системе образования;
- 9) развитие психолого-педагогической и информационно-просветительской работы с родителями учащихся, оказание им помощи в воспитании детей;
- 10) восстановление и развитие инфраструктуры для внешкольной деятельности и досуга, таких как ДЮСШ, школы продленного дня и т.д., которые будут способствовать всестороннему развитию ребенка, а также развитие системы учреждений дополнительного образования в партнерстве с общественными организациями;

- 11) поддержка деятельности детских и молодежных организаций как одной из наиболее эффективных форм социализации детей;

5.4. Социально-экономические условия жизнедеятельности детей

5.4.1. Ключевыми задачами в области улучшения социально-экономических условий жизнедеятельности детей являются:

- 1) повышение уровня благосостояния и улучшение качества жизни семей с детьми;
- 2) гарантированное обеспечение детей, молодежи и семей качественными услугами и средствами обслуживания;
- 3) внесение конструктивных улучшений и усовершенствований для детей и молодежи в ряд ключевых сфер:
 - ✓ более дружелюбные к детям жилые помещения и районы проживания;
 - ✓ более дешевый и безопасный общественный транспорт;
 - ✓ приемлемые условия для ходьбы пешком и езды на велосипеде;
 - ✓ доступ к местам и площадкам для игр и более безопасным паркам и др.

5.4.2. Для этого необходимо:

- 1) провести квалифицированную экспертизу всех законопроектов с точки зрения их последствий для жизнедеятельности семьи и ребенка;
- 2) ввести практику обязательного учета всех изменений в социальной сфере, в том числе здравоохранении, образовании, социальном обеспечении, политике занятости, жилищной политике с точки зрения обеспечения их положительного влияния на семью;
- 3) совершенствование механизмов материальной поддержки семьи при рождении и воспитании детей в целях создания наиболее благоприятных условий для жизнедеятельности семьи с детьми;
- 4) выработка и повсеместное внедрение механизмов и процедур, позволяющих обеспечить необходимое содержание ребенка родителями при разводе родителей или рождении ребенка вне брака;
- 5) больше внимания уделять профилактической работе с семьей, которая всегда предполагает информационно-аналитическую деятельность, то есть семейный мониторинг с целью:
 - ✓ исследования всех социально-значимых показателей статуса семьи и предоставления необходимых данных для ежегодных докладов о положении семьи (детей);
 - ✓ прогнозирования позитивных и негативных тенденций в развитии семьи;
 - ✓ разработки статистических карт, наиболее эффективно отражающих состояние семьи;
 - ✓ создания информационного банка данных об учреждениях всех форм собственности, занимающихся семьей;
 - ✓ научного изучения различных аспектов жизнедеятельности семьи;
- 6) исходя из данных семейного мониторинга, разработать стратегию развития системы социального обслуживания семьи, включающей все аспекты социальной поддержки, реабилитации, адаптации, защиты, а также активизацию потенциала ее собственных возможностей выживания в условиях дестабилизации общества;
- 7) разработать и обеспечить целевое финансирование республиканских и региональных программ, предусматривающих развитие социального обслуживания семьи и детей;
- 8) создать исследовательский научно-практический институт в целях разработки современных, социальных технологий, новейших форм и методов социальной работы с различными категориями семьи и детей;
- 9) повсеместное открытие центров социальной помощи семье и детям, деятельность которых будет направлена на:

- ✓ оказание содействия в получении пособий, компенсаций, денежной и натуральной помощи, кредитов;
 - ✓ организация выставок-продаж поношенных вещей, благотворительных аукционов;
 - ✓ осуществление социального патронажа многодетных, неполных, малообеспеченных семей, социальной поддержки выпускников детских домов и школ-интернатов;
 - ✓ осуществление контактов со службой занятости в решении вопросов трудоустройства, переквалификации;
 - ✓ консультирование по вопросам жилищного, семейно-брачного, трудового, гражданского, пенсионного законодательства, прав детей, женщин, инвалидов;
 - ✓ оказание помощи беременным и кормящим матерям, детям с ограниченными возможностями;
- 10) реализация программ, направленных на улучшение экологической ситуации, качества воздуха, снижения уровня зашумленности города;
- 11) реализация программ и проектов в рамках деятельности по развитию и благоустройству территорий и мест общего пользования: тротуаров, улиц, озелененных территорий, парков, игровых площадок, городских площадей, дворов, участков земли, непосредственно примыкающих к жилым домам и других открытых общественных мест, которые должны отвечать потребностям и пожеланиям детей и молодежи;
- 12) разработка и реализация программ по приведению так называемых территорий «Домашней Зоны» в соответствии с интересами пешеходов и велосипедистов, чем водителей, со следующими ключевыми характеристиками:
- ✓ скорость движения транспорта снижена до 40 км в час, с возможным снижением скорости до 20 км в час в самом центре района;
 - ✓ более чистые улицы;
 - ✓ более освещенные улицы;
 - ✓ хорошо освещенные перекрестки;
 - ✓ больше уличного пространства для игр детей;
 - ✓ снижение степени использования дорог, которые не предназначены для автомобилей и используются водителями в качестве объездных путей для выезда на основные магистрали;
 - ✓ благоустройство улиц и пешеходных мест в интересах детей и молодежи с различными видами физических недостатков и родителей, которые возят их на инвалидных колясках;
- 13) разработка и реализация городских программ «Безопасные маршруты и дороги в школу», которые направлены на то, чтобы повысить безопасность детей на дорогах.

5.5. Дети и молодые люди с ограниченными возможностями

5.5.1. Ключевыми задачами в области поддержки детей и молодых людей с ограниченными возможностями являются:

- 1) реальное обеспечение права детей с ограниченными возможностями на особую заботу государства, создание для них условий нормальной жизнедеятельности, развития индивидуальных возможностей, успешной социальной интеграции;
- 2) смещение акцента внимания от медицинской модели «неполноценность» к социальной модели «неполноценная среда», которая подразумевает, что политика должна быть направлена не на акцентирование проблем человека с ограниченными возможностями, а на устранение барьеров на пути к его полноценному участию в жизни общества;

5.5.2. Для этого необходимо:

- 1) провести срочный, глубокий анализ положения детей и молодых людей с ограниченными возможностями с учетом точки зрения самих детей и их семей;
- 2) проведение различия между функциональными нарушениями, заболеваниями и инвалидностью;

- 3) введение строительных кодексов, способствующих созданию «универсальных проектов», сокращающих препятствия для доступа в помещение и его использования людьми с ограниченными возможностями;
- 4) обеспечение доступности качественного обучения в рамках бесплатной государственной системы образования;
- 5) внедрение системы образования, позволяющей в большей степени интегрировать в нее детей с ограниченными возможностями;
- 6) развитие услуг для детей с ограниченными возможностями;
- 7) обеспечение адекватного уровня пособий;
- 8) обеспечение стимула для молодых людей с ограниченными возможностями к получению высшего образования и профессионального обучения, а также стимула для работодателей к предоставлению таким людям значимой для них работы;
- 9) актуализация вопросов, касающихся инвалидности в общественном сознании - в рамках прав человека, в средствах массовой информации, в сфере профессионального обучения, а также среди тех людей, определяющих политику;
- 10) разработка и реализация стратегии деинституционализации или возвращения детей с ограниченными возможностями из специализированных детских учреждений и школ интернатов в семьи:
 - ✓ внедрение института приемных семей для детей с ограниченными возможностями, действующих как на постоянной, так и временной основе;
 - ✓ внедрение института детских учреждений дневного типа, способных эффективно оказывать услуги детям с функциональными ограничениями и членам их семей;
 - ✓ создание механизмов и процессов, препятствующих определению детей в государственные интернатные учреждения;
 - ✓ реорганизация государственных услуг, ориентированных на ребенка и семью с точки зрения их доступности по стоимости, месторасположения и близости к дому потребителя.
- 11) оказание поддержки организациям гражданского общества, связанным с защитой прав детей с ограниченными возможностями и специальными потребностями.

5.6. Дети – сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей

5.6.1. Ключевыми задачами в области поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей являются:

- 1) укрепление семьи, повышение ответственности родителей за воспитание детей и их способностей выполнять родительские обязанности;
- 2) внедрение механизмов комплексной профилактики семейного неблагополучия и детской безнадзорности, сокращение уровня социального сиротства;
- 3) развитие и государственная поддержка различных форм семейного жизнеустройства детей, лишившихся родительского попечения, обеспечение воспитания в семейной среде максимального количества таких детей;

5.6.2. Для этого необходимо:

- 1) внедрение стратегии раннего выявления семейного неблагополучия на основе критериев и показателей неблагополучия. Приоритетом должно стать сохранение ребенка в кровной семье;
- 2) разработка и реализация мер по усилению ответственности родителей за воспитание ребенка;

- 3) обеспечение социальной поддержки наиболее уязвимых групп семей, также как и общее повышение качества и уровня жизни семей, с акцентом не на прямую материальную поддержку семей в кризисной ситуации, а на социальную работу с семьей на индивидуальной основе с тем, чтобы вывести ее на уровень самообеспечения. Для этого необходимо создавать и развивать центры помощи семье и детям, развивать институт социальных педагогов и социальных работников;
- 4) развитие рынка различных социальных услуг с учетом обеспечения их доступности для уязвимых групп семей детей и создание равных конкурентных возможностей для их поставщиков;
- 5) развитие системы профилактических мер по предотвращению попадания детей-инвалидов в дома-интернаты; оказанию не только социальной, но и психолого-педагогической помощи семье, имеющей детей-инвалидов;
- 6) разработка и реализация государственной программы деинституционализации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, результатом которой должно стать существенное сокращение численности детей, находящихся в учреждениях интернатного типа, вплоть до закрытия учреждений:
 - ✓ разработка механизмов, позволяющих уберечь социально уязвимых детей от первичного попадания в систему государственных детских учреждений;
 - ✓ развитие альтернативных семейных форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей;
 - ✓ создание и развитие профессиональной службы сопровождения развития семейных форм, основными функциями которой являются поиск и работа с приемными (патронатными) родителями, их подготовка к воспитанию данной категории детей, подготовка детей к жизни в семье, оказание помощи замещающей семье.
 - ✓ плановое перепрофилирование детских домов и школ-интернатов, в частности, в службы, или центры помощи и сопровождения семей с опережающей переподготовкой персонала;
 - ✓ создание адекватных условий проживания, воспитания, образования для детей, которые не могут быть по разным причинам переданы на воспитание в семьи, и обеспечение их замещающей заботой высокого уровня с учетом индивидуальных потребностей.
- 7) Реформирование органов опеки и попечительства, введение новой нормы штатности специалистов, создание условий для их профессионального роста.

5.7. Молодежная политика

5.7.1. Ключевыми задачами в области молодежной политики являются:

- 1) формирование социально активного типа личности способной к творческой самореализации в профессиональной деятельности, сфере досуга, семейных отношениях;
- 2) изменение политики, ориентированной на «молодежь групп риска» на политику, акцент в которой делается на «услуги, доброжелательные к молодежи», оказываемые более адекватным образом, без оскорбления, с учетом потребностей самих молодых людей;
- 3) развитие и внедрение системы ювенальной юстиции в соответствии с наилучшей практикой и международными стандартами;
- 4) вовлечение молодежи в социально полезную и ответственную деятельность и местное самоуправление;

5.7.2. Для этого необходимо:

- 1) восстановление и развитие системы социальной инфраструктуры для молодежи;
- ✓ производственной, досуговой, добровольческой и др.;

- ✓ практики молодых людей - общественных организаций, клубов, молодежных акций, творческих бюро, конференций и т.п.;
 - ✓ укрепление существующих и создание новых молодежных организаций, и стимулирование их на новые, инновационные и разнообразные формы выражения;
- 2) в целях обеспечения занятости молодежи в сфере общественно полезного труда:
- ✓ интенсифицировать работу по созданию для молодежи новых рабочих мест;
 - ✓ проектировать новые формы занятости в системе непрерывного образования и досуга;
 - ✓ создание возможностей для развития увлечений, хобби, системы самореализации через профессиональное и учебное продюсирование, менеджмент и т.п.;
 - ✓ развитие программ по совершенствованию жизненных навыков, увеличению «доброжелательности» работодателей к молодежи, молодым служащим, как в частном, так и в государственном секторе.
- 3) развитие системы адресной социальной помощи тем категориям молодежи, которые оказались в экстремальных жизненных ситуациях;
- 4) в целях снижения стрессовых состояний, депрессии и суицида среди молодежи развивать превентивные, дружелюбные к детям службы, которые будут предоставлять молодым людям услуги по эмоциональной поддержке, консультированию, и возможности поговорить конфиденциально о тех вопросах, которые их волнуют;
- 5) в целях эффективного развития и внедрения системы ювенальной юстиции:
- ✓ провести работу по установлению правового статуса системы ювенальной юстиции, а также органов и учреждений, входящих в эту систему, и, прежде всего, Комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав;
 - ✓ сместить акценты в работе с несовершеннолетними, находящимися в конфликте с законом с карательного и репрессивного, на превентивный, воспитательный и реабилитационный;
 - ✓ изменение правоприменительной практики всех органов и служб по работе с несовершеннолетними как в вопросах предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, так и в вопросах защиты их прав, в том числе, судебной защиты прав несовершеннолетних;
 - ✓ повсеместно реализовывать пилотные проекты по внедрению ювенальных технологий в работу органов и учреждений государственной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также отрабатывать модели специализированного правосудия по делам несовершеннолетних, учитывающие международные стандарты в этой сфере;
 - ✓ обучать общественность, социальных работников, судей, работников правоохранительных органов и пеницитарной системы ювенальным технологиям;
 - ✓ системно работать с населением над профилактикой подростковой преступности, над изменением общественного отношения к малолетним, находящимся в конфликте с законом;
 - ✓ развить систему социальной службы, направленной на социализацию и адаптацию несовершеннолетних, вернувшихся из мест лишения свободы и условно-осужденных несовершеннолетних;
 - ✓ развить систему специализированной квалифицированной юридической помощи несовершеннолетним, находящимся в конфликте с законом, в сотрудничестве с адвокатурой Республики Казахстан;
 - ✓ проводить совместные встречи общественных объединений и правоохранительных органов с участием молодежи по вопросам профилактики, а также социальной службы для несовершеннолетних в конфликте с законом;

- ✓ сотрудничество со средствами массовой информации по освещению вопросов, имеющих отношение к несовершеннолетним, находящимся в конфликте с законом;

VI. Система первоочередных мер для успешной реализации Концепции

6.1. Организационно - институциональные

- 1) создание при Президенте Республики Казахстан Общественного Совета по проблемам детства и семьи, а также региональных (областных и городских) общественных советов по проблемам детства и семьи со следующими основными функциями:
 - ✓ экспертиза законопроектов, государственных целевых социальных программ, экспертиза общественных инициатив и программ, направленных на решение задач защиты прав и законных интересов детей;
 - ✓ инициирование и разработка законодательных и нормативных предложений по осуществлению эффективной политики в сфере защиты интересов ребенка и семьи;
 - ✓ содействие разработке целевых и комплексных программ в области детства и семьи и контроль за их исполнением;
 - ✓ проведение мониторинга ситуации детства и семьи в стране;
 - ✓ формирование общественного мнения и информационного пространства по актуальным вопросам от власти к обществу и, наоборот, от общества к органам власти.
- 2) учреждение института Уполномоченного по правам ребенка с региональными представительствами в целях обеспечения гарантий государственной защиты прав, свобод и законных интересов ребенка, признания их органами государственной власти, должностными лицами и организациями;
- 3) создание Межведомственной рабочей группы с участием НПО, государственных органов и международных организаций и привлечением научно-теоретического потенциала по координации работы по внедрению системы ювенальной юстиции;
- 4) повышение уровня информированности общества о проблемах детей с ограниченными возможностями, наихудших форм детского труда, об альтернативных формах воспитания детей, по вопросам де-институционализации (включая семинары для журналистов);
- 5) создание горячей линии и телефонов доверия для детей и подростков;

6.2. Нормативно-правовые

- 1) содействие реализации норм национального законодательства (в частности Закона РК «О правах ребенка», включающего практически все нормы Конвенции о правах ребенка);
- 2) разработка и принятие нормативно-правового акта и положения «Об уполномоченном по правам ребенка в Республике Казахстан»;
- 3) разработка и принятие Концепции ювенальной юстиции, а также пакета из трех законопроектов:
 - ✓ «О внесении дополнений в судебную систему Республики Казахстан» в части введения ювенальных судов;
 - ✓ «О ювенальных судах в Республике Казахстан»;
 - ✓ «Об основах системы ювенальной юстиции»;

- 4) совершенствование нормативно-правовых документов в отношении работы Комиссий по охране прав несовершеннолетних с пересмотром и укреплением их роли;
- 5) разработка и принятие Закона РК «О государственной поддержке многодетных семей»;
- 6) разработка и принятие Закона РК «О минимальных стандартах социального обслуживания» и Закона РК «О социальных услугах», содержащих, в том числе, правовое регулирование стандартов социального обслуживания семьи и детей;
- 7) совершенствование действующего законодательства в целях запрещения всех форм насилия против детей в любой обстановке;
- 8) совершенствование государственной политики и законодательства в области детского труда (четкое определение и разработка списка наихудших форм детского труда для РК);
- 9) отработка единой нормативно-правовой базы и стандартов социальных служб;

6.3. Программно-проектные

- 1) разработка программы «город, дружелюбный к ребенку» и плана действий к ней на уровне города;
- 2) развитие профилактической работы с семьями в целях сокращения риска передачи детей на государственное попечение и воспитание:
 - ✓ разработка и внедрение механизмов раннего выявления семейного неблагополучия на основе критериев и показателей неблагополучия;
 - ✓ организация и развитие интегрированной сети посреднических услуг, центров консультирования, семейных центров, центров оказания помощи родителям в воспитании детей;
 - ✓ поддержка и финансирование неправительственных организаций, выступающих в качестве инициаторов новых подходов и технологий в этой области;
- 3) разработка и реализация межведомственной программы профилактики насилия в семье и детских учреждениях, включающей проведение разъяснительной работы и широкое распространение среди населения международных и национальных базовых документов по защите прав и законных интересов детей, методических пособий, разъясняющих признаки и формы жестокого обращения с детьми и пренебрежения к ним;
- 4) развитие рынка различных социальных услуг с учетом обеспечения их доступности для уязвимых групп семей детей и создание равных конкурентных возможностей для их поставщиков, шире привлекать НПО;
- 5) разработка государственной программы оказания помощи уязвимым детям и детям, оставшимся без попечения родителей, с использованием семейных форм воспитания;
- 6) развитие сети региональных государственных и негосударственных специализированных центров для оказания экстренной помощи детям, оказавшимся в кризисной ситуации, пережившим насилие;
- 7) разработка Концепции информационной политики, где должна быть сформулирована значимость позитивной социальной роли СМИ, в том числе, в вопросах, относящихся к

защите интересов детства и института семьи.

6.4. Кадрово-образовательные

- 1) разработка и реализация комплексной программы подготовки кадров в области работы с семьей и детьми, в частности, на кафедрах социальной работы открыть специальность «Дети, молодежь и семья», которая будет охватывать все сферы работы с детьми:
 - ✓ социальная работа в школе;
 - ✓ социальная работа в системе органов опеки и попечительства и их уполномоченных службах, других государственных учреждениях;
 - ✓ уличная социальная работа;
 - ✓ социальная работа с семьей;
 - ✓ социальная работа в судах;
 - ✓ социальная работа в различных реабилитационных программах.
- 2) разработка и реализация комплексной программы подготовки педагогических, психолого-педагогических кадров и кадров для работы:
 - ✓ в семьях, в школах, на улице;
 - ✓ в органах опеки и попечительства и их службах;
 - ✓ в отделах по делам несовершеннолетних МВД РК, в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав, ЦВИАРН;
 - ✓ в ювенальных судах;
 - ✓ в государственных и негосударственных реабилитационных программах;
- 3) разработка системы учебно-образовательных курсов для всей системы государственных органов, как местного, так и республиканского значения, действующих в интересах детей, в качестве программы повышения квалификации по тематическим направлениям:
 - ✓ «Основы ювенологии и социальной работы с детьми и молодежью»;
 - ✓ «Основы ювенальной юстиции. Ювенальные технологии»,
- 4) разработка и реализация комплексной программы по подготовке и выпуску, на конкурсной основе, учебников и учебных пособий, информационных материалов для специалистов, работающих с детьми и подростками для использования в учебной деятельности в высших и средних специальных образовательных учреждениях.
- 5) развитие системы переподготовки кадров учреждений всех типов для детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с целью их квалифицированной работы по устройству детей на воспитание в семью, осуществления комплексного профессионального сопровождения семей, взявших детей на воспитание, а также для проведения социального патронажа семей группы риска.
- 6) разработка и внедрение в практику образовательной деятельности модели общественно активной школы, как социальной технологии, обеспечивающей:
 - ✓ включение наиболее ранних форм профилактики в деятельность общеобразовательных учреждений;
 - ✓ развитие социальной ответственности детей за организацию собственной жизни в стенах школы, заинтересованности в процессе собственного обучения и формирования социально позитивных устремлений в жизни;
 - ✓ повышение способности ребенка к успешной адаптации к жизни и деятельности во «взрослом» мире;

- б) разработка и реализация программы подготовки специалистов для экспертной деятельности в части государственной и общественной экспертизы целевых программ, а также инициатив организаций гражданского общества в области защиты интересов семьи и детства.

Примечания:

¹ Среди таких программ можно назвать:

- Государственную программу развития образования в республике Казахстан на 2005-2010 годы;
- Государственную программу реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2020 годы;
- Программу усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004-2006 годы;
- Программу по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы;
- Программу реабилитации инвалидов на 2002-2005 годы;
- Программу реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы;
- Программу занятости населения Республики Казахстан на 2005-2007 годы;
- Программу по снижению бедности в Республике Казахстан на 2003-2005 годы;
- Программу дальнейшего углубления социальных реформ в Республике Казахстан на 2005-2007 годы;
- Программу «Ауыл мектебі» на 2003-2005 годы;

² Проект будет осуществляться совместно с правительством Казахстана как части программы сотрудничества на 2005-2009 годы. Ключевыми партнерами данного проекта будут 90 представителей Министерства образования и науки, офиса Омбудсмана, местных исполнительных органов, неправительственных общественных организаций, средств массовой информации и 3 тысячи детей в возрасте от 10 до 17 лет (Источник: «Второй и третий сводный периодический Доклад «О реализации Республикой Казахстан Конвенции о правах ребенка»).

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) приступил к реализации на региональном уровне пилотного проекта по созданию при институте Омбудсмана Казахстана структуры уполномоченного по правам ребенка. Офис Уполномоченного по правам человека в Казахстане совместно со своими испанскими коллегами осуществляет реализацию проекта «Усиление учреждения Омбудсмана в Казахстане», целью которого является совершенствование работы и выбор модели омбудсмана в Казахстане, а также создание специальных структур омбудсмана по правам ребенка как на республиканском, так и на региональном уровне.

³ Ряд исследований выявил недостаточный доступ к качественным базовым услугам, особенно среди бедных семей сельских регионов. Согласно недавно проведенному исследованию, знания и практика семей в области воспитания детей остаются на низком уровне. В большинстве домов ощущается недостаток в материалах, способствующих раннему развитию детей, и родители, как правило, не имеют привычки играть с детьми или читать им. Участие отцов в уходе за детьми минимально. В то время как 86% семей заявили, что основным источником информации по вопросам воспитания детей являются работники здравоохранения, только 5% получили консультацию о потребностях детей в развитии. Доступ к основным услугам все более затрудняется их стоимостью, отсутствием услуг, удобных для пользователя, особенно молодежи, и соответствующей инфраструктуры, а также расстоянием до ближайшей поликлиники или школы. Политика в области защиты и благосостояния детей не всегда достаточно интегрирована. (Источник: «План действий страновой программы 2005-2009», - Правительство Республики Казахстан, Детский фонд ООН).

С ростом экономики показатель уровня бедности в Казахстане снижается. Так, в 2004 году в Казахстане доля населения с доходами (на потребление) ниже прожиточного минимума снизилась до 16,1% по сравнению с 34,6% в 1996 г. Вместе с тем, уровень бедности имеет существенные региональные различия.

⁴ В Казахстане в 2002-2003 гг. процент лиц, живущих с доходом ниже черты бедности в 2,15 долларов США по ППС (паритет покупательной способности), составлял 21%, а детей в возрасте 0-15 лет – 28%. Эти данные рассчитаны на основе материалов обследований семейных бюджетов и обследований по определению уровня жизни. (Источник: «Анализ детской бедности в Юго-Восточной Европе и содружестве Независимых Государств», - Социальный мониторинг «Инноченти», ЮНИСЕФ, 2006 г.)

Процент бедного населения в сельской местности значительно превышает этот показатель в городах и областных центрах. Причем растет дифференциация масштабов бедности между селом и городом с двукратного различия в 2001 г. (38,5% и 20%) до почти трехкратного в 2004 г. (24,8% и 9,2%).

Это положение особенно усугубилось в отдаленных районах, где пришла в негодность материальная инфраструктура, стали труднодоступными бесплатная квалифицированная медицинская помощь, образование и чистая безопасная питьевая вода, и ограничены возможности получения земли и кредитов. Согласно Общей оценки страны ООН (ООС) в настоящее время женщин, проживающих в условиях бедности (45 %) больше, чем мужчин (33 %). (Источник: «Цели Развития на пороге Тысячелетия в Казахстане», Казахстан, 2005)

Дети в сельских регионах, как правило, живут хуже, чем дети в городских районах, о чем свидетельствуют показатели доходов и большинство других показателей. Это особенно касается доступа к воде и экологически чистому источнику тепла, а также доступа к образованию и стандартам учебных заведений, улучшению состояния здоровья и стандартам медицинских учреждений. Вероятность быть затронутыми разными видами депривации гораздо выше среди детей в больших семьях, которые также чаще распространены в сельских регионах. («Анализ детской бедности в Юго-Восточной Европе и содружестве Независимых Государств», - Социальный мониторинг «Инноченти», ЮНИСЕФ, 2006 г.)

⁵ **5/1** Коэффициент младенческой смертности оценивается как 33,5 случаев на тысячу живорожденных, а коэффициент вероятности смерти детей в возрасте до пяти лет – как 38,3 случая на тысячу. Смертность мальчиков значительно превышает смертность девочек и составляет 37,7 и 28,7 случая на тысячу соответственно, а детей в возрасте до 5 лет – 43,2 и 33 случая на тысячу соответственно. В сельской местности коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет в более чем 1,4 раза выше, чем в городской. Кроме того, имеются значительные различия в уровнях смертности в зависимости от уровня образования, благосостояния и этнической принадлежности групп населения. В частности, в наиболее богатых домохозяйствах коэффициенты вероятности смерти младенцев и детей в возрасте до пяти лет почти вдвое ниже, чем в среднем по стране. (Мульти-индикаторное кластерное обследование, Казахстан, 2006).

Официальная статистика указывает на постоянное снижение ПМС с высокого уровня – 28 младенцев на 1000 родившихся живыми в 1993 г. до 14,5 на 1000 – в 2004 г. Исследование детской смертности показывает следующее:

- На ранний неонатальный период приходится 62% всех смертей младенцев;
- Инфекции являются основной причиной смерти в позднем неонатальном и постнеонатальном периодах;
- Позднее поступление и направление в частности, в сельской местности, поднимают проблему доступности медицинских услуг.

Исследование также показало неполную регистрацию смертей младенцев, малодоступность качественного перинатального ухода, высокий уровень инфекций, сопровождающих беременность, что приводит к проблемам во время родов и в период новорожденности, общее низкое качество ведения родов. Было показано, что примерно 50% смертей младенцев можно было предотвратить.

5/2 Материнская смертность остается серьезной проблемой для Казахстана. По данным статистической отчетности Министерства здравоохранения РК показатель материнской смертности в 1990 г. составил 75,8 на 100 000 живорожденных младенцев, в 2004 г. – 36,9.

Данные экспертного анализа медицинской документации умерших женщин показали, что среди умерших преобладали жительницы села и составили 51,6% в целом по республике, превалируя в 11 областях из 14. Две трети (72,3%) случаев материнской смертности приходится на наиболее активный репродуктивный возраст – от 19 до 34 лет. Кроме того, основная часть летальных исходов (66%) наступает а послеродовом периоде, в основном в первые 10 дней.

По данным Мульти-индикаторного кластерного обследования, Казахстан, 2006, в Казахстане в первой половине 90-х годов при суммарном коэффициенте рождаемости 2,72 материнская смертность составила 80 случаев на 100 000 живорожденных.

⁶ **6/1** По информации Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК по состоянию на 1 октября 2006 года в Казахстане зарегистрировано 6943 ВИЧ-инфицированных человека, из них 426 больных СПИДом. Умерло 369. По числу случаев ВИЧ-инфекций на первом месте Карагандинская область, где зарегистрировано 1722 случая, затем город Алматы – 1337 случаев, Павлодарская область – 1055 случаев и Южно-казахстанская область – 847 случаев. В 2006 году по сравнению с прошлым годом в этой области количество ВИЧ-инфицированных увеличилось в 2,3 раза и составило 186 случаев.

Наиболее пораженной возрастной группой – являются лица в возрасте 20–29 лет, удельный вес которых составляет 50,7%. По социальному составу 72,3% приходится на неработающих, 74,8% ВИЧ-инфицированных составляют

потребители инъекционных наркотиков, в 16,4% заражение произошло половым путем. В целом по республике в 2006 году по сравнению с 2005 годом количество выявленных случаев ВИЧ/СПИДа увеличилось в 1,9 раза и составило 1286 случаев. По показателям заболеваемости ВИЧ/СПИДа Казахстан находится на пятом месте среди стран СНГ, после России (362 202), Украины (103 572), Узбекистана (7801) и Белоруссии (7309) случаев.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, Республика Казахстан находится на концентрированной стадии эпидемии и входит в группу стран с низким уровнем распространенности ВИЧ/СПИДа, который составляет 0,2 %, при среднемировом показателе 1,1 % и 0,8% в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. (Источник: Официальный сайт Министерства Здравоохранения РК).

Одним из основных показателей, используемых для оценки принимаемых в странах ответных мер на эпидемию ВИЧ, является доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, которым известны два способа профилактики ВИЧ, которые не разделяют двух заблуждений в отношении ВИЧ и которые знают, что человек, внешне выглядящий здоровым, может быть заражен ВИЧ. Правильные и всесторонние знания о ВИЧ имеют менее 40 процентов женщин. Знания о ВИЧ в значительной мере зависят от уровня образования и места проживания. Женщины с начальным образованием знают о ВИЧ значительно меньше, чем более образованные женщины. В городских районах знания о ВИЧ более глубокие, чем в сельских. (Мульти-индикаторное кластерное обследование, Казахстан, 2006)

6/2 По данным исследования в связи с массовым заражением ВИЧ младенцев Южно-Казахстанской области (ЮКО), проведенным Министерством здравоохранения РК совместно с «Центром по контролю и профилактике заболеваний Департамента здравоохранения США» (CDC) возникновение вспышки ВИЧ среди младенцев ЮКО обусловлено несколькими факторами: «чрезмерное небезопасное использование крови и ее препаратов, нарушение техники безопасности при проведении медицинских манипуляций, использование медицинского инструментария многократного пользования».

подавляющему большинству зараженных детей (90%) делали переливание крови, при том, что у шести младенцев данные факты не были зарегистрированы в медицинских учреждениях. Частота переливания крови одного ребенка варьируется от 2 до 24 раз.

Исследованием установлено, что в некоторых случаях кровь одного донора использовалась для переливания нескольким детям, хотя медицинские нормы это запрещают.

По данным СПИД-центра, по состоянию на конец ноября 2006 г. число ВИЧ-зараженных детей в ЮКО составило 81, восемь умерло, один усыновлен в США. (Источник: Официальный сайт Министерства Здравоохранения РК).

6/3 По данным Национального центра проблем туберкулеза Минздрава РК, в 2005 году в Казахстане отмечается некоторое снижение заболеваемости туберкулезом: за восемь месяцев 2005 года в республике зарегистрировано 15 тыс. 930 человек заболевших туберкулезом. За аналогичный период прошлого года в стране было выявлено 16 тыс. 956 заболевших. В целом же в 2004 году в Казахстане было зарегистрировано 23 тыс. 163 новых случаев заболевания туберкулезом. Всего в регистре больных и контактировавших с ними людей состоит 309 тыс. казахстанцев, в том числе 70746 больных с активной формой туберкулеза, 35054 человека - с неактивной, 90259 - контактных лиц.

Полная мощность противотуберкулезных медицинских заведений республики составляет 14 тыс. 169 коек. В настоящее время в них получают лечение 5749 больных, в том числе 1206 впервые выявленных.

С 1999 года в республике отмечается снижение смертности от туберкулеза. Однако в 2005 г. смертность от туберкулеза увеличилась на 6,7%. 55,7% умерших составляют больные с хронической формой туберкулеза, 8,9% - впервые заболевшие, 16,5% приходится на случаи рецидивов, 16,5% умерших - люди, освобожденные из мест заключения, 1,3% - заключенные.

Показатель смертности от туберкулеза выше среднереспубликанского в западных регионах Казахстана, прежде всего в Актюбинской области, где он составляет 242,6 человек на 100 тыс. населения при среднереспубликанском показателе 154,3 человека на 100 тыс. населения. (Источник: «Цели Развития на пороге Тысячелетия в Казахстане», Казахстан, 2005)

⁷ **7/1** К сожалению, с каждым годом детей, оставшихся без попечения родителей, в нашей стране становится все меньше. По данным на 1 января 2006 года выявлено около 47 тысяч детей такой категории. Из выявленных и учтенных детей, оставшихся без попечения родителей, около 30 тысяч переданы на опеку, попечительство и патронат, около 17 тысяч детей определены в государственные учреждения системы образования, здравоохранения, социальной защиты

населения. В основном это дети-сироты, подкидыши, отказные и дети, чьи родители лишены родительских прав, находятся в местах лишения свободы, на длительном лечении.

Всего сирот	3254(19,4%)
Оставшиеся без попечения родителей:	13589 (80,6,%)
Из них: отказные,	1922(14,1%)
подкидыши,	1019(7,4%)
дети, чьи родители лишены прав,	5857 (43,2%)
дети, чьи родители в местах заключения,	1146(8,4%)
дети, чьи родители в розыске,	2726(20,1%)
дети, чьи родители на длительном лечении,	919(6,7%)

В целях создания этим детям надлежащих условий для обучения и воспитания сегодня в системе образования республики действуют 110 организаций образования:

- 75 детских дома и интерната,
- " 29 детских дома семейного типа,
- 6 деревень семейного типа.

Дополнительно к этому открыты 18 частных детских домов, три «SOS - Детские деревни Казахстана» и 23 дома юношества. (Источник: «Второй и третий сводный периодический Доклад «О реализации Республикой Казахстан Конвенции о правах ребенка»)

7/2 Анализ показывает, что социальное сиротство имеет разные причины:

1. падение престижа семьи, ее материальные и жилищные трудности, состояние здоровья детей и родителей, рост внебрачной рождаемости, увеличение числа семей, ведущих асоциальный образ жизни, отсутствие действенных мер по привлечению таких родителей к ответственности, а также интенсивными миграционными процессами;
2. сложившаяся в Республике Казахстан структура управления защитой детства характеризуется фрагментарностью и ведомственной разобщенностью, отсутствием эффективной координации работы, ориентированностью на управление учреждениями, а не результатами, слабостью мониторинга, и индивидуальной работы с детьми;
3. Отсутствие целостной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и реабилитации социально дезадаптированных детей приводит к постоянному увеличению числа детей, попадающих в систему институционализации;
4. В основе роста институционализации детей, оставшихся без попечения родителей, лежит комплекс причин, охватывающий правовые, организационные, методические и кадровые аспекты проблемы;
5. Законодательно закреплена смешанная система устройства ребенка, оставшегося без попечения родителей, что открывает возможности для нестрогого выполнения закона и ведет к нарушению основного права ребенка – жить и воспитываться в семье;
6. Малая численность специалистов и уровень квалификации не позволяет органам опеки и попечительства осуществлять индивидуальное сопровождение детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (По состоянию на март 2006 г. в республике на 5 миллионов детского населения всего лишь 178 специалистов, что составляет в среднем 28 тысяч детей. Например, в городе Астане на одного специалиста приходится 60 тысяч детей с рождения и до совершеннолетия, а в Южно-Казахстанской области один специалист по опеке несет ответственность за судьбы 90 тысяч детей, в г. Алматы более 40);
7. Отсутствие минимальных государственных стандартов по опеке и попечительству над детьми приводит к дискриминации, к тому, что дети в разной степени защищены государством.
8. Финансирование системы социальной защиты детства является многоотраслевым, разноуровневым. Фактически отсутствует сводная финансовая статистика на республиканском уровне, она труднодоступна для общества и НПО.

(Источник: Г.В. Семья, «Концепция де-институализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Республике Казахстан»)

⁸ По официальным данным, к концу 2005 г. в наркологических диспансерах Казахстана состояло на учете 52 137 наркозависимых лиц, что на 9,5% больше, чем в 2004 году. При этом количество употребляющих наркотики детей в возрасте до 14 лет возросло с 221 в 2004 году до 1055 в текущем. Число наркозависимых в возрасте от 15 до 17 лет увеличилось за год с 1068 до 3201. Самому юному наркоману, являющемуся потребителем инъекционных наркотиков, семь лет.

Согласно данным Отчета «Цели развития на пороге тысячелетия» (ЦРТ) 2005 г., выполненного по заказу Системы ООН в Казахстане и Правительства РК, в Казахстане число людей с устойчивой склонностью к наркопотреблению оценено в 254 000 человек, или 1,7% населения. Общая численность постоянных наркопотребителей в стране

определена в 200 000 человек, 70% из которых вводят наркотики инъекционным путем. Самая высокая доля ПИН среди населения 15-49 лет отмечена в городе Алматы, Жамбылской и Мангыстауской областях, самая низкая доля зафиксирована в Акмолинской, Алматинской и Атырауской областях.

⁹ По данным МВД в республике более 12 тысяч неблагополучных семей. В половине таких семей среда девиантная, в каждой четвертой - конфликтная. Из таких семей дети, по сути дела, "выталкиваются" на улицу, в круг таких же отчужденных от семьи сверстников, а порой и в девиантные группы. В результате, это может привести к криминализации несовершеннолетних.

За последние 8 лет в Центры временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних были помещены более 70 тысяч детей. Только в 2005 году подростками совершено около 6 тысяч преступлений, в том числе в состоянии алкогольного опьянения - около 500. В городе Алматы, несмотря на снижение в целом преступности среди несовершеннолетних на 13%, наблюдается рост грабежей на 19%, мошенничества на 17%.

¹⁰ По программе социальной помощи и социального обеспечения прослеживается уменьшение расходов из местных бюджетов на душу населения (максимальный спад произошел в 2005 году) по многим областям за исключением городов Астана и Алматы, Северо-Казахстанской, Костанайской и Западно-Казахстанской областей. Наибольшее снижение расходов приходится на такие области, как Кызылординская (5,08%), Южно-Казахстанская (5,21%), Алматинская (3,85%), Жамбылская (3,31%) и Мангыстауская (2,74%). В то же время среднее снижение расходов местных бюджетов на социальное обеспечение и помощь составило 2,32%.

Анализируя полученные данные, можно констатировать, что наблюдается уменьшение выделения из местных бюджетов финансовых средств, направляемых на социальную помощь и социальное обеспечение по всем областям, кроме столицы республики. Причиной сложившейся ситуации является то, что социальный налог, который предназначен для реализации прав граждан на государственное пенсионное, социальное обеспечение и медицинскую помощь, остается в местном бюджете. А основная часть расходов на эти цели, выплаты по социальному обеспечению и социальной помощи, приходится на республиканский бюджет. Социальный налог, предназначенный для социальных нужд населения в соответствии с бюджетным кодексом РК, не направляется собственно на социальную сферу. Данный налог предназначен для социальных программ, однако данный налог используется местными властями для финансирования всех бюджетных программ.

В результате анализа выявлен резкий рост расходов республиканского бюджета и в то же время низкие темпы роста расходов местных бюджетов на социальную сферу. В условиях проведенных в стране 2-х этапов по децентрализации, когда многие функции центральных органов государственного управления передаются на местные уровни, возникает необходимость пересмотра межбюджетных отношений и перераспределения источников доходов между республиканским и местными бюджетами. (Источник: «Динамика изменений расходов республиканского и местных бюджетов в 2003-2005 годах», - Международный Институт Современной Политики, март 2006 г.).

Анализ государственных расходов на здравоохранение и образование (в странах СНГ и Юго-Восточной Европы) свидетельствует о том, что правительства не способны решить проблему неравенства в доступе к государственным услугам, между тем как объем неформальных выплат говорит о все возрастающем давлении на домохозяйства в связи с необходимостью компенсировать нехватку государственных инвестиций, что в свою очередь сказывается на малоимущих домохозяйствах и ведет к усилению неравенства.

В целом, страны региона не расходуют ресурсы в объеме, достаточном для развития детей или преодоления неравенства в том смысле, что расходующие ресурсы не направляются, как должно, целевым назначением на улучшение положения малоимущих детей или в регионы, не имеющие адекватной ресурсной базы. («Анализ детской бедности в Юго-Восточной Европе и содружестве Независимых Государств», - Социальный мониторинг «Инноченти», ЮНИСЕФ, 2006 г.)

¹¹ Благополучие детей зависит не только от наличия большего объема ресурсов, связанных с доходами, но также от принимаемых родителями и правительствами решений в отношении распределения ресурсов. Даже в тех случаях, когда родители хотят инвестировать в развитие детей, отсутствие эффективно функционирующих служб здравоохранения или образования либо инфраструктуры жилищного хозяйства может означать отсутствие возможности для инвестирования. («Анализ детской бедности в Юго-Восточной Европе и содружестве Независимых Государств», - Социальный мониторинг «Инноченти», ЮНИСЕФ, 2006 г.)

¹² Во всех пост советских странах в переходный период доля государственных расходов на семью и поддержку детей в той или иной форме сильно уменьшилась. Столкнувшись с трудностью ограниченных ресурсов, страны сделали неверный компромисс как с точки зрения баланса социальных расходов, так и баланса между социальными и другими расходами, в особенности расходами на оборону, законность, правопорядок и внутреннюю безопасность.

Социальные последствия реформ оказались катастрофическими, и особенно сильно сказались на детях и семьях. Число детей, живущих в нищете, увеличилось. Без укрепления системы социальной защиты и усиления приоритетности

социальных прав, негативные последствия всего этого будут ощущаться в течение многих предстоящих десятилетий. Необходимо разрабатывать новую социальную политику, которая бы объединила обновленные обязательства в отношении всеобщего государственного социального обеспечения и новаторские программы мобилизации местных общин и новых участников социального сектора.

В настоящее время значительная часть ресурсов, выделяемых на оборону и охрану законности и правопорядка, должна направляться на социальное обеспечение.

(Источник: «Регион, созданный для детей: видение движения в интересах детей организациями гражданского общества региона стран ЦВЕ/СНГ и Балтии.», Итоговый документ региональной рабочей группы организаций гражданского общества, разработанный в рамках подготовки к Специальной Сессии ООН в интересах детей (2001): <http://www.7ya.ru/partners/pamfilova/baby.asp>)

Исследование, проведенное Центром политических исследований США, в котором изучались взаимосвязи между общественными тратами и положением детей и несовершеннолетних с использованием широкого ряда индикаторов, включая показатели детской смертности, контрольные показатели начальных школ и поведенческие показатели подростков, показало, что общественные траты на детей напрямую связаны с улучшением положения детей. Результаты исследования показали также, что расходы на образование имеют особенно сильный положительный эффект на положение детей, особенно, на контрольные показатели и поведение подростков.

(Источник: «Улучшают ли общественные траты положение детей в США? Сравнение между 50 штатами», Центр Политических Исследований, Нью-Йорк, март 2003 г.)

¹³ То, что показатель материнской смертности в Казахстане остается высоким, притом, что в настоящее время почти 100% родов происходит в присутствии и под наблюдением медработника, в первую очередь означает, что основная проблема заключается в качестве оказания медицинской помощи при родовспоможении. Причинами более половины смертей являются кровотечения, аборт и другие осложнения беременности и родов. Общий рост заболеваемости женщин репродуктивного возраста во многом определяет увеличение числа осложнений во время беременности и родов. В результате этого очень низок процент нормальных родов – всего 22%, что, естественно, отражается на состоянии здоровья новорожденных детей. Каждый 3-й новорожденный ребенок имеет отклонения в состоянии здоровья, отмечается высокий процент рождения недоношенных и незрелых детей, сохраняется высокий уровень младенческой смертности.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – основное звено здравоохранения в достижении удовлетворительного состояния здоровья людей и обеспечения доступности. Однако в период с 1991 по 2002 годы число учреждений ПМСП сократилось почти вдвое (с 1805 до 1005). Многофункциональных, полноценных женских консультаций в Казахстане в 1990 году насчитывалось 641, а к 2003 году они сохранились только в Алматы. Число больничных коек для беременных сократилось с 53,4 (1991 г.) до 37,0 (2003 г.) на 1000 родившихся.

Аналогичная ситуация наблюдается и с численностью врачей и среднего медицинского персонала. Из-за низкой оплаты труда квалифицированные медицинские работники ушли в частные структуры либо вообще поменяли профессию. Те же, кто работают в здравоохранении, получают низкую заработную плату, что вынуждает их работать на 2 ставки с очень большой нагрузкой, что, естественно, сказывается на качестве медицинского обслуживания, как в женских консультациях, так и в роддомах. (Отчет «Цели развития на пороге тысячелетия» (ЦРТ) 2005 г., выполненного по заказу Системы ООН в Казахстане и Правительства РК).

¹⁴ Сегодня в условиях перехода к рынку происходит разрушение уникальных систем социальной инфраструктуры детства, прежде всего, по причине уменьшения возможностей их финансирования. Коммерциализация делает эти учреждения недоступными для большинства детей. Часть из них, не справляясь с финансовыми трудностями, закрывается. Другие переформируются, становятся элитарными. Теряется высококвалифицированный кадровый потенциал, сформировавшийся десятилетиями.

По причине увеличения оплаты и сокращения числа мест из года в год все меньше детей посещают дошкольные учреждения. По этой же причине сокращается число детей, занимающихся в платных спортивных секциях и художественных студиях.

Проведенная в 1995-1998 гг. пресловутая «оптимизация» сети организаций образования привела к закрытию многих школ и дошкольных учреждений, особенно в сельской местности, и способствовала тому, что для определенной части детей образование стало недоступным, а качество предоставляемых образовательных услуг значительно снизилось.

По состоянию на начало 2005 г. охват дошкольным образованием детей в возрасте от 1 до 7 лет составил 9,8%, а в сельских районах – 2,4%, в то время как в развитых странах, таких как США и Япония, данный показатель составляет 60,8% и 96,8% соответственно. В России охват дошкольным обучением и воспитанием достигает 87,2%.

¹⁵ в 2006г. увеличение затрат на образование по сравнению с 2005 г. произошло на 60,16%. Доля затрат по администратору Министерство образования в общих затратах на образование увеличилась на 3,3% и составляет 83,16%, в суммовом значении – 84 907 222 тыс.тг.

Основная сумма затрат приходится на две категории: программа 020 Подготовка специалистов с высшим и послевузовским профессиональным образованием – 48,54% и программы 011, 012, 048, 031 на строительство и реконструкцию объектов образования, и сейсмоусиление объектов образования в г. Алматы - в совокупности 26,4%.

Незначительно, от 3 до 17% - в среднем 7%, по сравнению с 2005г. увеличились расходы на:

- обеспечение учебного процесса: разработку, издание и доставку учебников и учебной литературы;
- на обучение и воспитание одаренных детей;
- на проведение школьных олимпиад, конкурсов и т.п.;
- подготовку специалистов со средним профессиональным образованием;
- прикладные научные исследования;
- на выплату компенсаций на проезд для обучающихся в средних профессиональных учебных заведениях;
- приобретение и доставку учебников и учебно-методических комплексов для обновления библиотечных фондов;
- обеспечение непрерывного обучения в области культуры;
- на переподготовку и повышение квалификации педагогических работников в областных (городских) институтах повышения квалификации педагогических кадров;
- создание единой национальной системы тестирования. Увеличение расходов связано в основном с увеличением заработной платы и открытием новых пунктов тестирования.

На прежнем уровне остались расходы по обеспечению Интернетом и расходы на укрепление материально-технической базы государственных учреждений начального профессионального образования, областных (городов)институтов повышения квалификации педагогических кадров. Однако доля каждого из перечисленных расходов в общих расходах на образование уменьшилась по сравнению с 2005 г.

Существенно уменьшились по сравнению с 2005 г. расходы на программы: повышение квалификации и переподготовку кадров государственных организаций образования, методологическое обеспечение системы образования и анализ качества образовательных услуг, на создание лингафонных и мультимедийных кабинетов для государственных учреждений среднего общего образования, на борьбу с наркоманией и наркобизнесом.

Вообще не предусмотрены расходы, имеющие место в 2005г. на информатизацию системы образования и организацию государственного кредитования подготовки специалистов с высшим профессиональным образованием.

(Отчет «СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАТРАТ БЮДЖЕТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН на здравоохранение; образование; социальное обеспечение и социальную помощь; жилищно-коммунальное хозяйство; сельское, водное, лесное, рыбное хозяйство, особо охраняемые природные территории, охрана окружающей среды и животного мира, земельные отношения (2005 \ 2006 гг.). (ОО «Формирование налоговой культуры», Программа Kazakhstan Revenue Watch Фонда «Сорос Казахстан»; Программа по правам человека и управлению Института Открытого Общества, г. Алматы, январь, 2006 г.).