UK Government

UNFPA

Алматы, 2019

КАБИНЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Оценка потребностей по социальным и гендерным вопросам людей с инвалидностью в Казахстане с акцентом на особые нужды женщин с инвалидностью, подвергшихся насилию

Калтаева Ляззат Молдабековна
Председатель ОО «Ассоциация женщин с инвалидностью «Шырак», председатель объединения юридических лиц «Ассоциация организаций инвалидов города Алматы», Депутат маслихата г. Алматы, член Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан (с 2006)

Данная публикация (отчет) подготовлена при технической поддержке Посольства Великобритании в Казахстане. Материалы публикации (отчета) не отражают официальную точку зрения Посольства и ЮНФПА.

КАБИНЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Оценка потребностей по социальным и гендерным вопросам людей с инвалидностью в Казахстане с акцентом на особые нужды женщин с инвалидностью, подвергшихся насилию

Калтаева Ляззат Молдабековна

Председатель ОО «Ассоциация женщин с инвалидностью «Шырак», председатель объединения юридических лиц «Ассоциация организаций инвалидов города Алматы», Депутат маслихата г. Алматы, член Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан (с 2006)

Алматы 2019

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение	3
2. Анализ статуса людей с инвалидностью с особым акцентом на потребности женщин с инвалидностью	4
2.1. Классификация и статистические данные	5
2.2. Государственная политика в отношении прав лиц с инвалидностью	10
2.3. Государственная политика в области гендерного равенства	12
3. Анализ законодательства в Казахстане с особым акцентом на обеспечении репродуктивных прав и доступа к услугам охраны репродуктивного здоровья и предотвращения гендерного насилия в отношении лиц с инвалидностью	16
3.1. Законодательство в области обеспечения прав лиц с инвалидностью в Казахстане	16
3.2. Социальное обеспечение лиц с инвалидностью	20
3.3. Услуги здравоохранения в отношении лиц с инвалидностью	25
3.4. Услуги здравоохранения в области сексуального и репродуктивного здоровья	28
3.5. Государственные меры по предотвращению и реагированию на гендерное насилие	33
4. Рекомендации	37

1. ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение прав и социальная защита лиц с инвалидностью являются одними из важных направлений социальной политики Республики Казахстан.

Казахстан в 2015 году ратифицировал Конвенцию ООН о правах инвалидов, тем самым приняв на себя обязательства по имплементации международных стандартов по реализации экономических, гражданских, социальных и культурных прав лиц с инвалидностью без дискриминации и наравне с другими.

В целях реализации норм Конвенции 3 декабря 2015 года был принят Закон РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам защиты прав инвалидов», которым внесены поправки в 24 законодательных акта, в том числе 3 Кодекса.

Этот закон направлен на предоставление инвалидам, равно как и другим гражданам, возможностей осуществлять гражданские, политические, социальные, экономические, культурные и иные права и свободы, закрепленные в Конституции Республики Казахстан, а также в обязательствах Казахстана в соответствии с международными договорами.

В Казахстане проживают более 690 тыс. лиц с особыми потребностями, из них 61,5% трудоспособного возраста, 25,7% лица пенсионного возраста, 12,8% дети до 18 лет.

Удельный вес лиц с особыми потребностями относительно стабилен и среди всего населения составляет в течение последних трех лет – 3,7%. 44% из них женщины.

За последние пять лет число людей с ограниченными возможностями в Казахстане увеличилось на 7,5%. 88,5% из них старше 16 лет. Однако, уровень инвалидности населения в регионах сегодня превышает среднереспубликанский уровень и колеблется от 3,9 до 4,7%. Регионы с самыми высокими показателями инвалидности - это Карагандинская область (4,7%), Туркестанская область (4,15%) и Восточный Казахстан (4,1%). 18,4% всех людей с ограниченными возможностями проживают в Туркестанской области.

Социальная интеграция людей с ограниченными возможностями является одним из приоритетов государственных программ в Казахстане. Социальная защита людей с ограниченными возможностями регулируется законом «О социальной защите людей с ограниченными возможностями в Республике Казахстан», принятым в 2005 году. В январе 2009 года вошел в силу закон «О специальных социальных услугах», обеспечивающий оказание услуг лицам с ограниченными возможностями. В 2018 году завершилась реализация III этап долгосрочного Национального плана действий по обеспечению прав и улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями на период с 2012 по 2018 годы. В мае 2019 года принят Национальный план по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года.

Современная глобальная парадигма заключена в переходе от традиционного понимания ограниченных возможностей здоровья к более сложному синтезу индивидуальных отличий и универсальных прав в аспекте качества жизни. Национальный план направлен на имплементацию международных стандартов с учетом мировых тенденций развития системы социальной защиты лиц с инвалидностью.

Тем не менее, не регулируются должным образом механизмы реализации основных положений, которые гарантируют репродуктивные права людей с ограниченными возможностями, доступ к качественным медицинским услугам, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, планирование семьи и доступ лиц, подвергшихся гендерному насилию, к услугам по охране здоровья, психосоциальной поддержке, правоохранительных услуг секторов полиции и юстиции для всестороннего реагирования и предотвращения гендерного насилия.

Девочки и женщины с инвалидностью чаще подвергаются насилию, чем их сверстники-мужчины или девочки и женщины без инвалидности. Исследования во всем мире показали, что девочки- и женщины-инвалиды, вынужденные обращаться в правоохранительные органы для предъявления исков о сексуальных домогательствах и других противоправных действиях, сталкиваются с барьерами, усугубляющимися дискриминационным отношением к инвалидности. При отсутствии значительной государственной и общественной поддержки они редко добиваются справедливости за нарушение своих прав.

В соответствии со статьей 16 Конвенции о правах инвалидов: свобода от эксплуатации, насилия и надругательств - государства-участники принимают все соответствующие меры для предотвращения всех форм эксплуатации, насилия и надругательств через обеспечение поддержки для людей с ограниченными возможностями, их семей и опекунов с учетом возрастных и гендерных особенностей.

С 2016 года ЮНФПА оказывает техническую поддержку правительству Казахстана в разработке механизмов меж-ведомственного реагирования на гендерное насилие, отраженных в Концепции семейной и гендерной политики до 2030 года под руководством Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике и программе «Казахстан без насилия в семье», инициированной Генеральной прокуратурой Республики Казахстан. В 2019 году ЮНФПА поддерживает интеграцию конкретных мер по удовлетворению особых нужд инвалидов, подвергающихся насилию, в рамках меж-ведомственного реагирования на гендерное насилие.

ЮНФПА оказал техническую поддержку Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан по проведению аналитического обзора и оценки потребностей людей с ограниченными возможностями для интеграции их в механизмы межведомственного реагирования на гендерное насилие.

На основании результатов оценки, особые потребности инвалидов, подвергшихся насилию, будут интегрированы в Стандартные оперативные процедуры предоставления услуг жертвам гендерного насилия секторами здравоохранения, психо-социальной помощи и полиции/правосудия.

2. АНАЛИЗ СТАТУСА ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КАЗАХСТАНЕ С ОСОБЫМ АКЦЕНТОМ НА ПОТРЕБНОСТИ ЖЕНЩИН С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

«...признавая, что инвалидность — это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими...
…к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими...
...государства-участники обязуются производить сбор надлежащей информации, включая статистические и исследовательские данные, позволяющей им разрабатывать и осуществлять стратегии в целях выполнения настоящей Конвенции»
(Статьи 1, 31 Конвенции ООН о правах инвалидов)

2.1. КЛАССИФИКАЦИЯ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

В настоящее время в Казахстане проживают более 690 тыс. лиц с инвалидностью, из них 61,5% трудоспособного возраста, 25,7% лица пенсионного возраста, 12,8% дети до 18 лет. Удельный вес лиц с особыми потребностями относительно стабилен и среди всего населения составляет в течение последних трех лет – 3,7%.

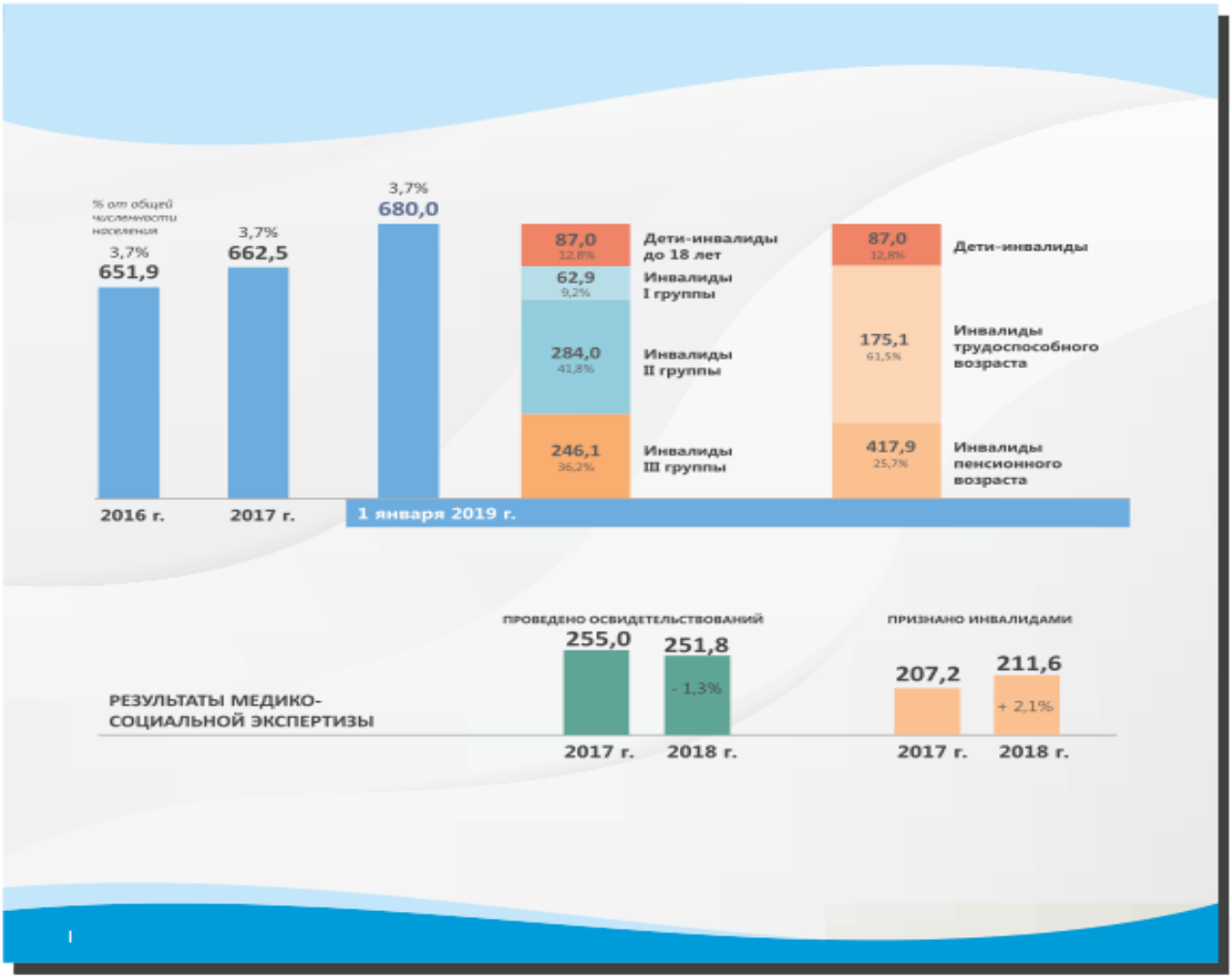
Закон РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», который содержит следующие определения:

• инвалидность - степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма;

• ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой˘деятельностью;

• инвалид - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной˘защиты;

• ребенок-инвалид - лицо в возрасте до восемнадцати лет, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной˘защиты.



Согласно Закону Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», инвалид – это лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями (ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Порядок установления инвалидности, ее причин и сроков, степени утраты трудоспособности регламентирован Правилами проведения медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30 января 2015 г. № 44.

Причины инвалидности/год	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Всего инвалидов, чел.	**651 924**	**662 544**	**680 025**
- общее заболевание, трудовые увечья и профессиональные заболевания	430 763	437 547	448 138
- инвалиды с детства	200 351	205 353	212 447
в т.ч. дети-инвалиды с 16 до 18 лет	7 513	8 084	8 430
в т.ч. дети-инвалиды до 16 лет	72 149	75 378	78 526
- ликвидации аварий на ядерных объектах, ЧАЭС, воздействия ионизирующего излучения, их последствий	13 486	12 762	12 442
- ранения, контузии, травмы, увечья	7 056	6 765	6 758
- при чрезвычайных экологических ситуациях	268	253	240

Установление инвалидности и степени утраты трудоспособности лица осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы территориальными подразделениями уполномоченного органа в области социальной защиты населения.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социальных, профессиональных и психологических данных освидетельствуемого лица в порядке, установленном уполномоченным органом в области социальной защиты населения.

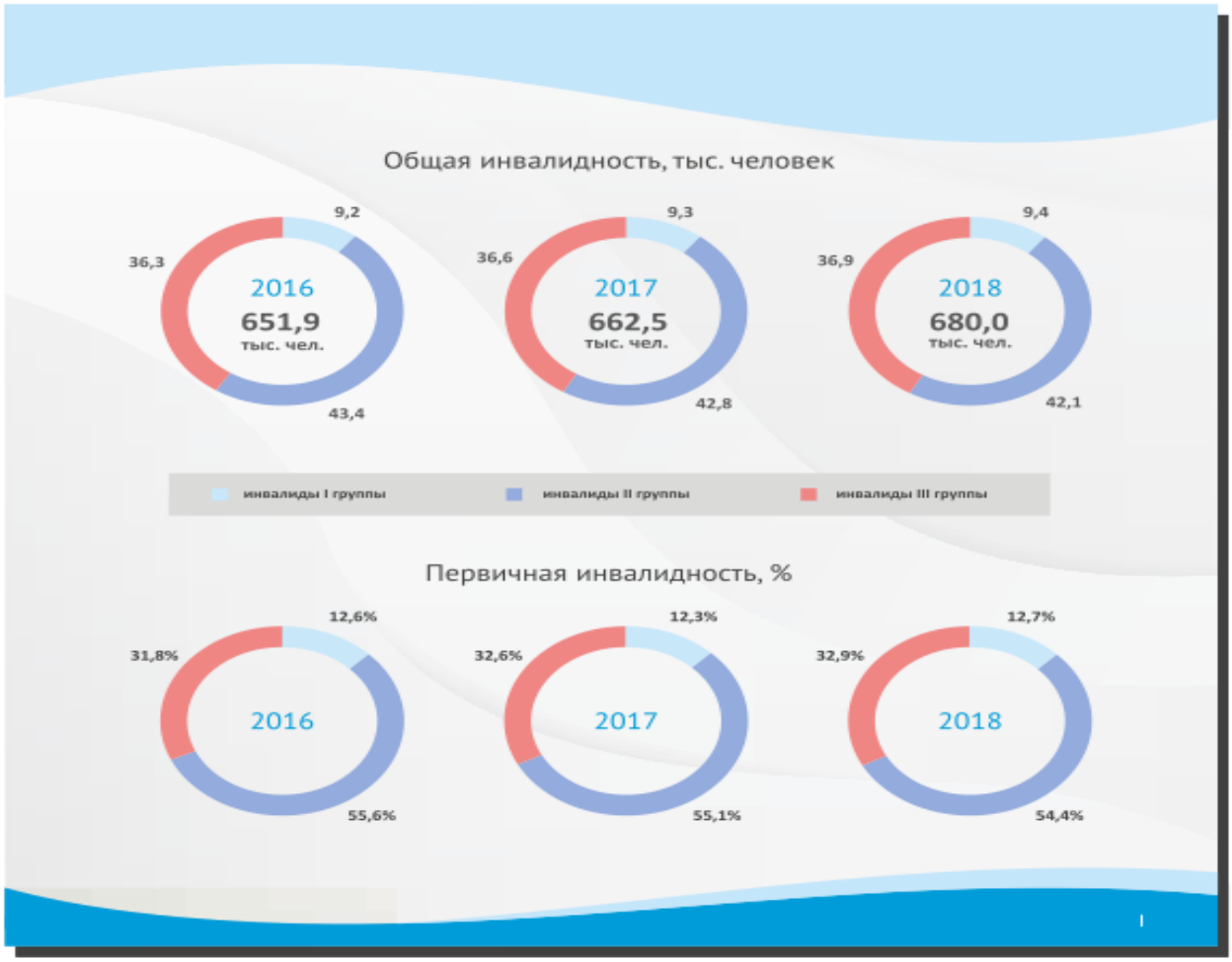
По итогам проведения медико-социальной экспертизы инвалидность и (или) степень утраты трудоспособности не устанавливаются в случаях отсутствия стойких нарушений функций организма, которые приводят к ограничению одной из категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности (трудоспособности), обучению, ориентации, общению, контролю за своим поведением, игровой и познавательной деятельности, двигательной активности).

При признании лица инвалидом и (или) установлении степени утраты трудоспособности определяются причины, сроки, потребности в мерах социальной защиты, а также разрабатываются социальная и профессиональная части индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Группа инвалидности устанавливается с шестнадцатилетнего возраста. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности, лицу, признанному инвалидом, устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности: лицу до 16-летнего возраста - категория «ребенок-инвалид», а лицу с шестнадцати до восемнадцати лет - категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей группы.

Основанием для признания гражданина инвалидом являются:

1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма;
2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
3) необходимость осуществления мер социальной защиты.



Критерием для установления первой группы инвалидности является стойкое значительно или резко выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для установления второй группы инвалидности является стойкое выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для установления третьей группы инвалидности является стойкое умеренно выраженное нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию (постановление правительства РК № 750 от 20 июля 2005 года «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы»).

В зависимости от результатов проведенной реабилитационно-экспертной диагностики и от потребности инвалида в проведении реабилитационных мероприятий разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее – ИПР) – документ, определяющий конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитации инвалида. Данные медицинской части ИПР вносятся в информационную систему "Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность" (далее – ЦБДИ).

Согласно данным ЦБДИ, структура инвалидности по регионам, возрасту, полу и соотношению город-село выглядит следующим образом (см. таб. 1).

Число инвалидов (на дату)

На дату: 01.07.2019

Регион (МСЭ): По всем регионам

Регион (МСЭ)	Всего	Взрослые				Дети					город/село		пол	
		всего	в том числе			всего	в том числе				город	село	муж	жен
			I гр	II гр	III гр		РИ	РИ I гр	РИ II гр	РИ III гр				
Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Акмолинская область	29446	26583	2846	11282	12455	2863	2568	33	99	163	15124	14322	16757	12689
Актюбинская область	26500	22620	2533	9897	10190	3880	3522	44	124	190	18255	8245	15123	11377
Алматинская область	69056	60404	6149	29780	24475	8652	7856	125	216	455	18968	50088	39629	29427
Атырауская область	22377	18895	1823	9494	7578	3482	3147	42	101	192	13843	8534	12063	10314
ВКО	56741	51430	5382	24145	21903	5311	4783	66	159	303	31501	25240	31707	25034
Жамбылская область	45302	39021	4163	18527	16331	6281	5708	60	126	387	16483	28819	26733	18569
ЗКО	24323	21625	2827	9699	9099	2698	2407	52	93	146	11085	13238	13937	10386
Карагандинская область	67549	62312	7372	29248	25692	5237	4624	108	151	354	50083	17466	37473	30076
Кызылординская область	30075	25072	2970	11076	11026	5003	4516	56	105	326	11867	18208	17325	12750
Костанайская область	28173	25334	2727	11599	11008	2839	2520	50	115	154	15741	12432	16617	11556
Мангистауская область	26662	21171	2185	12093	6893	5491	5071	61	133	226	13752	12910	14155	12507
Павлодарская область	28070	25245	3559	11889	9797	2825	2502	59	98	166	18367	9703	15577	12493
СКО	27283	25157	2322	10996	11839	2126	1857	31	73	165	10596	16687	15575	11708

Туркестанская область	93014	78486	6937	35619	35930	14528	12924	213	496	895	23198	69816	52726	40288
г. Алматы	53022	46293	5319	25400	15574	6729	6137	148	133	311	53022	0	28850	24172
г. Нур-Султан	26714	21144	2823	9379	8942	5570	5192	71	107	200	26714	0	14309	12405
г. Шымкент	36297	30414	2986	15746	11682	5883	5291	110	203	279	36297	0	19531	16766
Всего	690604	601206	64923	285869	250414	89398	80625	1329	2532	4912	384896	305708	388087	302517

ВЫВОДЫ

1. Понятие "инвалид" в законодательстве РК не приведено в соответствие с Конвенцией о правах инвалидов и до сих пор имеет медицинский, а не социальный подход:
   a. Во-первых, действующий термин "инвалид" имеет фокус не на барьерах, ограничивающих возможности человека с инвалидностью для полного и эффективного участия в жизни общества наравне с другими, а на физических нарушениях организма человека. Такая трактовка способствует распространению медицинского подхода в государственной политике в целом в отношении лиц с инвалидностью;
   b. Во-вторых, использование медицинских терминов с негативным оттенком (увечье, дефекты) унижает достоинство лиц с инвалидностью и формирует к ним отношение, основанное скорее на благотворительном подходе, а не на подходе прав человека;
   c. В-третьих, в связи с устоявшейся негативной коннотацией использование термина «инвалид» продолжает формировать уничижительное отношение к лицам с инвалидностью, в том числе к женщинам с инвалидностью.
2. В Казахстане до сих пор действует система классификации инвалидности по степени выраженности нарушений (1, 2 и 3 группы инвалидности), а не по ограничениям функций жизнедеятельности (принципы Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) ВОЗ, где функционирование и инвалидность понимается, как динамическое взаимодействие между состояниями здоровья и контекстовыми факторами - как личностными, так и окружающими).
3. Статистика инвалидности в Казахстане ведется в разрезе вышеуказанных групп, категорий инвалидности, возраста (дети-инвалиды до 16 лет, инвалиды с детства, дети инвалиды с 16 до 18 и инвалиды от 18 лет), пола (мужчины и женщины) и проживания (город и село). Центральная база данных инвалидов (ЦБДИ) не содержит данных в разрезе нозологий, причин возникновения инвалидности, социального статуса, социального окружения и индивидуальных потребностей, например, в области планирования семьи, профилактики бытового насилия и т.д.
4. Данная система не позволяет вести полноценный учет потребностей инвалидов и осуществлять эффективное планирование мер по социальной поддержке, в том числе в области сексуальных и репродуктивных прав и профилактики насилия.

2.2. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ПРАВ ИНВАЛИДОВ

«Принципами настоящей Конвенции являются:

a) уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;

b) недискриминация;

c) полное и эффективное вовлечение и включение в общество;

d) уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;

e) равенство возможностей;

f) доступность;

g) равенство мужчин и женщин;

h) уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность»

(Статья 4 Конвенции ООН о правах инвалидов)

В Республике Казахстан государством гарантируется всем гражданам страны, в том числе и инвалидам, независимо от обстоятельств, равенство прав и свобод человека и гражданина. Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам (пункт 2 статьи 14 Конституции Республики Казахстан). Достоинство человека неприкосновенно (пункт 1 статьи 17 Конституции Республики Казахстан).

Цель государственной политики в области социальной защиты инвалидов сформулирована в преамбуле Закона о социальной защите инвалидов и направлена на профилактику инвалидности, социальную защиту, реабилитацию инвалидов, а также на создание правовых, экономических и организационных условий для обеспечения инвалидам равных с другими гражданами возможностей для жизнедеятельности и интеграцию инвалидов в общество.

Как отмечается в первоначальном докладе о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах инвалидов, «высшими ценностями Республики Казахстан являются человек, его жизнь, права и свободы. Конституцией гарантируются права и свободы человека. Права и свободы человека принадлежат каждому от рождения, признаются абсолютными и неотчуждаемыми. Достоинство человека неприкосновенно. Не допускаются пытки, насилие, другое жестокое или унижающее человеческое достоинство обращение или наказание. Каждый имеет право на признание его правосубъектности и вправе защищать свои права и свободы всеми не противоречащими закону способами, включая необходимую оборону (статьи 1, 12, 13, 14 Конституции Республики Казахстан).

Принципами Республики Казахстан в области социальной защиты инвалидов являются: законность, гуманность, соблюдение прав человека; гарантированность социальной защиты, обеспечения доступности медицинской, социальной и профессиональной реабилитации; доступность и равные права инвалидов, наряду с другими гражданами, на охрану здоровья, образование и свободный выбор рода деятельности, в том числе трудовой; взаимодействие государственных органов с общественными объединениями и иными организациями, осуществляющими функции по защите прав и законных интересов инвалидов; запрещение дискриминации по признаку инвалидности (статья 5 Закона о социальной защите инвалидов).

Инвалиды в Казахстане обладают всей полнотой социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией, другими национальными законодательными актами, включая права на: социальную защиту, в том числе реабилитацию, интеграцию в общество; обеспечение доступа к объектам социальной инфраструктуры; обеспечение доступа к информации; образование, свободный выбор рода деятельности, в том числе трудовой; гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в порядке, определяемом законодательством; профессиональную подготовку и переподготовку, восстановление трудоспособности и трудоустройство; жилище в соответствии с жилищным законодательством; первоочередное обслуживание в государственных и иных организациях, в т. ч. в организациях здравоохранения, культуры, связи, транспорта, сфере услуг; поддержку творческих способностей инвалидов (статья 14 Закона о социальной защите инвалидов).

Принцип "недискриминации" (пункт b) статьи 3 Конвенции) является одним из основных принципов законодательства Республики Казахстан в области защиты прав человека. В соответствии с пунктом 2 статьи 14 Конституции "никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам".

Дискриминация по признаку инвалидности запрещена статьей 5 Закона о социальной защите инвалидов.

Принцип "вовлечения и включения в жизнь общества" (пункт c) статьи 3) реализуется на практике системой гарантированных государством экономических и правовых мер, которые направлены на создание инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (преамбула Закона о социальной защите инвалидов). Интеграция инвалидов в общество определена в качестве одного из направлений государственной политики Республики Казахстан в сфере социальной защиты инвалидов (пункт 3 статьи 4 Закона о социальной защите инвалидов). В целях обеспечения полного и эффективного участия инвалидов в жизни общества предусмотрены конкретные законодательно закрепленные нормы, (статьи 14 и 15 Закона о социальной защите инвалидов), а также ряд практических и нормативных мер по устранению любых физических, информационно-коммуникационных барьеров, которые могут или препятствуют их интеграции в общество.

Принцип "уважения особенностей инвалидов" (пункт d) статьи 3 Конвенции) отражен в законодательстве Казахстана, в соответствии с которым инвалиды признаются как компонент людского многообразия и часть человечества, а также признаются особенности каждого инвалида при определении и обеспечении гарантированных ему государством мер социальной защиты, включая медицинские, социальные и профессиональные мероприятия, реабилитацию и социальную поддержку.

Принцип "равенства возможностей" (пункт e) статьи 3 Конвенции) закреплен в качестве правовой нормы в национальном законодательстве. Целью государственной политики в области социальной защиты инвалидов является создание им равных возможностей для жизнедеятельности и интеграции в общество (преамбула Закона о социальной защите инвалидов). Возможность реализовать свои способности наравне с другими гражданами в самых разнообразных сферах жизни общества (здравоохранение, образование, занятость, культура, физическая культура и спорт, транспорт, связь, потребительский рынок, сфера юстиции и судебная система и т.д.) инвалидам гарантируется регулирующими данные сферы законодательными актами.

Принцип "доступности" (пункт f) статьи 3 Конвенции) является ключевым в законодательстве Казахстана по отношению к инвалидам. Доступность является основополагающим принципом социальной защиты инвалидов (пункты 2, 3 статьи 5 Закона о социальной защите инвалидов).

К обеспечению доступности Казахстан относит меры по выявлению и устранению препятствий (барьеров), мешающих или которые в будущем могут помешать (несоблюдение установленных норм при строительстве новых социальных объектов и жилья и т.п.) беспрепятственному доступу инвалидов к физическому окружению, транспорту, информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам наравне с другими лицами.

Принцип "уважения развивающихся способностей и детей-инвалидов и уважения права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность" (пункт h) статьи 3 Конвенции) отражен в национальном законодательстве». Государственная политика Республики Казахстан направлена на обеспечение полноценного физического, интеллектуального, духовного, нравственного и социального развития ребенка в соответствии с нормами Конституции и международными обязательствами.

Целями государственной политики в интересах детей являются: обеспечение прав и законных интересов детей, недопущение их дискриминации; упрочение основных гарантий прав и законных интересов детей, а также восстановление их прав в случаях нарушений; формирование правовых основ гарантий прав ребенка, создание соответствующих органов и организаций по защите прав и законных интересов ребенка; содействие физическому, интеллектуальному, духовному и нравственному развитию детей, воспитанию в них патриотизма, гражданственности и миролюбия, а также реализации личности ребенка в интересах общества, традиций народов государства, достижений национальной и мировой культуры; обеспечение целенаправленной работы по формированию у несовершеннолетнего правосознания и правовой культуры (пункт 1 статьи 6 Закона от 8 августа 2002 года "О правах ребенка в Республике Казахстан").

Дети-инвалиды имеют равные права: на помощь государства в реабилитации (абилитации), разработку и реализацию ИПР, социализацию, социальную адаптацию и социальную интеграцию в обычные условия жизни, на социальное обслуживание (статьи 24, 29 Закона о социальной защите инвалидов); на воспитание и обучение в обычных и специальных образовательных учреждениях (статьи 26, 28, 47 Закона "Об образовании" от 27 июля 2007 года), на охрану здоровья (статья 15 Закона "О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями от 11 июля 2002 года).

2.3. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА

«...признавая, что женщины-инвалиды и девочки-инвалиды как дома, так и вне его нередко подвергаются большему риску насилия, травмирования или надругательства, небрежного или пренебрежительного отношения, плохого обращения или эксплуатации,..

государства-участники признают, что женщины-инвалиды и девочки-инвалиды подвергаются множественной дискриминации, и в этой связи принимают меры для обеспечения полного и равного осуществления ими всех прав человека и основных свобод.

Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения всестороннего развития, улучшения положения и расширения прав и возможностей женщин, чтобы гарантировать им осуществление и реализацию прав человека и основных свобод, закрепленных в настоящей Конвенции»

Принцип "равенства мужчин и женщин" рассматривается как равенство всех граждан вне зависимости от пола и закреплен в Конституции Республики Казахстан (статья 14).

В соответствии с принципами и нормами международного права и международными договорами Республики Казахстан мужчины и женщины имеют равные права и свободы, равные возможности для их реализации.

За годы независимости в Казахстане проведена большая работа по интеграции Казахстана в мировое сообщество. В 1998 году Казахстан присоединился к Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Ратифицирован факультативный протокол к данной конвенции, и в 2001 году Республикой Казахстан был представлен отчет в ООН о выполнении конвенции, получивший положительную оценку. Ратифицированы конвенции ООН «О политических правах женщин», «О гражданстве замужней женщины», шесть конвенций Международной организации труда, в том числе «О равном вознаграждении мужчин и женщин за труд равной ценности».

Для решения проблем семьи, женщин и детей в 1995 году Главой государства был создан Совет по проблемам семьи, женщин и демографической политике при Президенте Республики Казахстан. Советом была разработана и распоряжением Президента Республики Казахстан от 5 марта 1997 года № 3395 одобрена Концепция государственной политики улучшения положения женщин в Республике Казахстан. В 1998 году Совет был преобразован в Национальную комиссию по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан. Национальной комиссией в 1999 году впервые был разработан Национальный план действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан, утвержденный постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 июля 1999 года, № 999. Указом Президента Республики Казахстан от 19 сентября 2002 года № 947 учреждена должность Уполномоченного по правам человека, в аппарате которого работает специалист по гендерным вопросам.

Также были приняты и реализованы Концепция гендерной политики до 2006 года и Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006–2016 годы, которые позволили сделать дальнейшие шаги по созданию и совершенствованию национального законодательства в интересах гендерного равенства. На данный момент реализуется Концепция семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года, утверждённая в 2016 году.

Концепция гендерной политики в Республике Казахстан определяет основные принципы, приоритеты и задачи гендерной политики в Казахстане. Основные принципы гендерной политики устанавливают гарантированные Конституцией Республики Казахстан равные права и свободы для женщин и мужчин.

К задачам гендерной политики в Казахстане относятся: достижение сбалансированного участия женщин и мужчин во властных структурах; обеспечение равных возможностей для экономической независимости, развития своего бизнеса и продвижения по службе; создание условий для равного осуществления прав и обязанностей в семье; свобода от насилия по признаку пола.

Концепция разработана на основе Конституции Республики Казахстан, Стратегии развития Казахстана до 2030 года, Национального плана действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан, Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, рекомендаций ООН по ее выполнению в Казахстане, других ратифицированных международных договоров и соглашений. Концепция гендерной политики в Республике Казахстан рассчитана на современный период стабилизации социально-экономического положения населения и устойчивого роста экономики страны, а также на долгосрочную перспективу.

Основные принципы и нормы, касающиеся создания условий для гендерного равенства во всех сферах государственной и общественной жизни, закреплены в Законе Республики

Казахстан "О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин".

Согласно первоначальному докладу о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах инвалидов, «в стране поощряются меры, направленные на улучшение положения и расширение прав и возможностей девочек-инвалидов и женщин-инвалидов в сфере образования, труда, получения медицинской, социальной и правовой помощи. Государством также применяются меры по искоренению насилия, по ликвидации всех форм дискриминации в отношении девочек-инвалидов и женщин-инвалидов. В Казахстане отсутствуют гендерные различия при предоставлении государственных мер социальной, медицинской, реабилитационной, информационной и иной поддержки женщинам-инвалидам и девочкам-инвалидам».

В Казахстане в соответствии со статьей 27 Конституции материнство и детство находятся под защитой государства, забота о детях и их воспитание являются естественным правом и обязанностью родителей, совершеннолетние трудоспособные дети обязаны заботиться о нетрудоспособных родителях. Материнство так же обеспечивается государственной поддержкой.

Одним из практических примеров учета нужд и потребностей женщин-инвалидов в гендерной политике является включение в 2011 году представителя организации женщин с инвалидностью в Национальную комиссию по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте РК. Именно данная комиссия начала работу по включению аспектов проблемы инвалидности в гендерную политику Казахстана, предложив в 2012 году ряд гендерных индикаторов по инвалидам для включения в механизм реализации Закона «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин».

В 2010-2011 годах Национальной комиссией по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте РК при технической поддержке странового офиса ЮНФПА в Казахстане были проведены исследования по изучению положения, проблем и нужд людей с ограниченными возможностями и проведению национального социологического обследования положения инвалидов по зрению и слуху, с нарушениями опорно-двигательного аппарата и с ментальными нарушениями.

В то же время стоит отметить, что несмотря на ратификацию Республикой Казахстан Конвенции ООН о правах инвалидов, где в статье 6 отдельно отмечается факт о том, что женщины-инвалиды и девочки-инвалиды подвергаются множественной дискриминации, и в этой связи государства-участники принимают меры для обеспечения полного и равного осуществления ими всех прав человека и основных свобод, в Законе Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов» отсутствует такой термин как женщина с инвалидностью или аналог его заменяющий.

В Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года отмечаются аспекты социальной поддержки семей с детьми с инвалидностью, поддержки занятости женщин и девушек с инвалидностью. Однако ни в самом документе, ни в Плане мероприятий по его реализации на 2017 – 2019 годы (первый этап) не предусмотрено конкретных мер по защите женщин и девочек с инвалидностью от дискриминации и жестокого обращения.

В Законе Республики Казахстан от 08.12.2009 N 223-IV "О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин" и в Законе Республики Казахстан от 04.12.2009 N 214-IV ЗРК "О профилактике бытового насилия" нет ни одного отдельного упоминания о женщинах с инвалидностью.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на гарантию равенства мужчин и женщин, закрепленную в Конституции РК, а также проводимую в государстве политику гендерного равенства, в системе законодательства, касающегося социальной защиты инвалидов, гендерного равенства и профилактики бытового насилия не закреплены гендерный подход к вопросам инвалидности и такие понятия, как женщина и девочка с инвалидностью.
2. Согласно информации, предоставленной в Первоначальном докладе о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах инвалидов, «в Казахстане отсутствуют гендерные различия при предоставлении государственных мер социальной, медицинской, реабилитационной, информационной и иной поддержки женщинам-инвалидам и девочкам-инвалидам». Такой подход с одной стороны демонстрирует отсутствие дискриминирующих и исключающих норм в отношении отдельных категорий граждан, таких, как женщины с инвалидностью, однако приводит к тому, что при формировании программных документов, планов мероприятий и их финансировании не происходит учета особых потребностей данной категорий.
3. В Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года и Плане мероприятий по ее осуществлению не указано, что женщины с инвалидностью и девочки с инвалидностью подвергаются множественной дискриминации, а также как дома, так и вне его нередко подвергаются большему риску насилия, травмирования или надругательства, небрежного или пренебрежительного отношения, плохого обращения или эксплуатации. Без такого отдельного указания меры по предупреждению дискриминации и насилия против женщин могут не учитывать особые потребности женщин и девочек с инвалидностью.

3. АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В КАЗАХСТАНЕ С ОСОБЫМ АКЦЕНТОМ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ И ДОСТУПА К УСЛУГАМ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

«Государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности. С этой целью государства-участники обязуются:

a) принимать все надлежащие законодательные, административные и иные меры для осуществления прав, признаваемых в настоящей Конвенции;

b) принимать все надлежащие меры, в том числе законодательные, для изменения или отмены существующих законов, постановлений, обычаев и устоев, которые являются по отношению к инвалидам дискриминационными;

c) учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека инвалидов»

3.1. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В КАЗАХСТАНЕ

Национальная политика в отношении инвалидов в Казахстане нашла свое отражение в нормативных правовых актах и концептуальных документах. В настоящее время вопросы социального положения и защиты прав инвалидов в Казахстане регулируются рядом нормативно-правовых актов.

Основополагающим нормативным правовым актом (НПА) в сфере защиты прав и законных интересов людей с инвалидностью в Казахстане является Закон РК от 13 апреля 2005 года No39 «О социальной защите инвалидов». Данный закон определяет основные направления государственной политики в сфере социальной защиты инвалидов в Казахстане, которыми являются: профилактика инвалидности; социальная защита, в том числе реабилитация инвалидов; интеграция инвалидов в общество.

Данный Закон определяет, что государственная политика Республики Казахстан в области социальной защиты инвалидов направлена на 1) профилактику инвалидности; 2) социальную защиту, в том числе реабилитацию инвалидов; 3) интеграцию инвалидов в общество.

В законе большое внимание уделяется реабилитации инвалидов, которая включает «комплекс медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности», а также гарантируются права на социальную защиту, обеспечение доступа к объектам социальной инфраструктуры и информации, образование, свободный выбор рода деятельности, в том числе трудовой, жилище и т.д.

В 2015 году с целью приведения законодательство РК в соответствие с принципами Конвенции ООН о правах инвалидов был принят Закон Республики Казахстан от 3 декабря 2015 года № 433-V «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам защиты прав инвалидов». Изменения и дополнения коснулись двадцати четырех законодательных акта, в том числе, касающихся социального

обеспечения, здравоохранения, репродуктивных прав и доступа к услугам репродуктивного здоровья и предотвращения гендерного насилия:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части, например, права на получение информации о своих правах и обязанностях, об оказываемых услугах, стоимости платных услуг, порядке их предоставления с учетом доступности для лиц с нарушениями зрения и (или) слуха; мероприятий по профилактике, предупреждению, диагностике и лечению заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, а также профессиональных заболеваний; санаторно-курортное лечение - вид восстановительного лечения и (или) медицинской реабилитации, проводимых в условиях временного пребывания лиц в санаторно-курортной организации и др.
2. Кодекс Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года «О браке (супружестве) и семье» в части обеспечения равных возможностей при подаче заявления о заключении брака (супружества) обоих лиц, вступающих в брак (супружество) в случае наличия тяжелого заболевания, инвалидности, связанной с затруднениями в передвижении и др.
3. Уголовно-исполнительный кодекс Республики Казахстан от 5 июля 2014 года в части обеспечения права на предоставление технических вспомогательных (компенсаторных) средств и специальных средств передвижения осужденным, имеющим инвалидность и отбывающим наказание в учреждениях, и находящимся под стражей и др.
4. Закон Республики Казахстан от 21 сентября 1994 года «О транспорте в Республике Казахстан» в части обеспечения права на использование новых технологий, включая информационно-коммуникационные технологии, средств, облегчающих мобильность устройств и технологий, адаптированных для инвалидов, при осуществлении пассажирских перевозок; обучение работников транспорта, осуществляющих пассажирские перевозки, навыкам общения и предоставления услуг инвалидам, в том числе обучение жестовому языку и др.
5. Закон Республики Казахстан от 16 апреля 1997 года «О жилищных отношениях» в части предоставления инвалидам, престарелым, больным сердечно-сосудистыми и другими тяжелыми заболеваниями жилище из государственного жилищного фонда или жилище, арендованное местным исполнительным органом в частном жилищном фонде с учетом их желания на нижних этажах или в жилых домах, имеющих лифты, а инвалидам, имеющим нарушение опорно-двигательного аппарата, не выше второго этажа.
6. Закон Республики Казахстан от 16 июня 1997 года «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан» в части выплаты государственных социальных пособий по инвалидности лицам, в том числе, детям-инвалидам с нарушением опорно-двигательного аппарата, проживающим в медико-социальных учреждениях (организациях) общего типа в условиях стационара и находящимся на полном государственном обеспечении.
7. Закон Республики Казахстан от 5 декабря 1997 года «Об адвокатской деятельности» в части обеспечения равных возможностей при правовом консультировании на месте пребывания заявителя, если он вследствие тяжелого заболевания, инвалидности, связанных с затруднениями в передвижении, не в состоянии явиться в назначенное адвокатом место приема.
8. Закон Республики Казахстан от 16 июля 2001 года «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан» в части определения понятий доступной среды (безбарьерной), как свойство здания, места обслуживания, места проживания, позволяющее беспрепятственно достичь места и воспользоваться услугой, а также имеющих параметры, обеспечивающие возможность воспользоваться услугой, дотянуться до предмета; а также маломобильные группы населения, как лиц, испытывающих затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуг,

информации или ориентировании в пространстве, в том числе пожилого возраста, инвалиды и др.

9. Закон Республики Казахстан от 8 декабря 2001 года «О железнодорожном транспорте» и в Закон Республики Казахстан от 6 июля 2004 года «О внутреннем водном транспорте» в части обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере железнодорожного транспорта на железнодорожных вокзалах и железнодорожных станциях, и внутреннего водного транспорта в том числе: выделение мест с установкой специальных дорожных знаков для парковки автотранспортных средств инвалидов; приспособление зданий, подъезда к зданиям (входа в здание, лестниц), путей движения внутри здания для маломобильных групп населения; оборудование информационными сигнальными устройствами и средствами связи, доступными для инвалидов с нарушениями зрения и (или) слуха и др.
10. Закон Республики Казахстан от 4 июля 2003 года «Об автомобильном транспорте» в части установление специализированных таксофонов для лиц, перемещающихся на инвалидных кресло-колясках; выделения бесплатных стояночных мест для парковки специальных автотранспортных средств инвалидов, которые не должны занимать иные автотранспортные средства в аэропортах, на вокзалах, объектах образования, здравоохранения, социального обеспечения, культуры, спорта, досуга и отдыха, а также на площадях, проспектах, улицах, в кварталах.
11. Закон Республики Казахстан от 15 июля 2010 года «Об использовании воздушного пространства Республики Казахстан и деятельности авиации»
12. Закон Республики Казахстан от 8 февраля 2003 года «О почте» в части организации обслуживания пользователей, в том числе по беспрепятственному доступу инвалидов к услугам почтовой связи;
13. Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» в том числе в части: определения понятия «инвалид», как лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями (ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты; определение компетенции местных исполнительных органов области, города республиканского значения и столицы в предоставлении дополнительных мер социальной поддержки инвалидам, предусмотренные законодательством Республики Казахстан. Социальную реабилитацию инвалидов осуществляют медико-социальные учреждения (организации), отделения социальной помощи на дому, специальные организации образования (психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции), организации здравоохранения и другие специализированные организации». Закреплено также предоставление специальных социальных услуг на дому и в территориальных центрах социального обслуживания престарелых и инвалидов за счет бюджетных средств. Необеспечение должностными лицами, а также физическими лицами, осуществляющими предпринимательскую деятельность, и юридическими лицами условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам социальной и транспортной инфраструктуры, влечет привлечение к административной ответственности в соответствии с Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях».
14. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года «Об образовании» дополнен нормой об осуществлении учебно-воспитательного процесса на основе взаимного уважения человеческого достоинства обучающихся, воспитанников, педагогических работников и на всех уровнях системы образования с уважительным отношением к правам инвалидов.
15. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах» в части предоставления гарантированного и дополнительного объемов

специальных социальных услуг, предоставляемых сверх гарантированного объема, на основании решения местных исполнительных органов районов, городов областного, республиканского значения, столицы, в случае оказания их за счет бюджетных средств, за исключением лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации вследствие жестокого обращения, приведшего к социальной дезадаптации и социальной депривации, связанных с торговлей людьми и бездомностью.

16. Закон Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года «О государственных услугах» в части обеспечения равных возможностей получать в доступной форме от услугодателя полную и достоверную информацию о порядке предоставления государственной услуги; обязанности услугодателей повышать квалификацию работников в сфере оказания государственных услуг, а также обучать навыкам общения с инвалидами.
17. Закон Республики Казахстан от 21 июня 2013 года «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан» в части объемов пенсионных выплат лицам, проживающим в медико-социальных учреждениях (организациях) в условиях стационара и находящимся на полном государственном обеспечении и др.

ВЫВОДЫ

1. Конвенция относит к инвалидам «лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Различие определений «инвалид» и «инвалидность» в Конвенции и основополагающем законе РК по защите прав инвалидов демонстрирует вышеупомянутое концептуальное различие подходов к восприятию инвалидов и отношению к инвалидности.
2. Необходимо отметить, что на формировании принципов, лежащих в основе Конвенции, сказалось понимание вопроса инвалидности как правозащитной проблемы. Ключевым принципом обоих правовых полей является принцип недискриминации или запрещения дискриминации, в том числе двойной дискриминации женщин с инвалидностью. Равенству и недискриминации в Конвенции посвящена отдельная статья - статья 5. Важно отметить, что данная статья говорит не только о запрете на дискриминацию по признаку инвалидности, но и гарантирует инвалидам равную и эффективную правовую защиту от дискриминации на любой почве. В то же время, в Законе РК он закреплен в более узком понимании - как принцип запрещения дискриминации по признаку инвалидности.
3. Принцип запрещения дискриминации по признаку инвалидности в Законе «О социальной защите инвалидов» не поясняется. Общий запрет дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам закреплен в статье 14 Конституции РК. В то же время, Конвенция определяет дискриминацию по признаку инвалидности как «любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью или результатом которого является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области. Согласно Конвенции, это включает в себя все формы дискриминации, в том числе отказ в разумном приспособлении.

18.

3.2. СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

«Государства-участники признают право инвалидов на социальную защиту и на пользование этим правом без дискриминации по признаку инвалидности и принимают надлежащие меры к обеспечению и поощрению реализации этого права, включая меры:

b) по обеспечению инвалидам, в частности женщинам, девочкам и пожилым лицам с инвалидностью, доступа к программам социальной защиты и программам сокращения масштабов нищеты;

e) по обеспечению инвалидам доступа к пенсионным пособиям и программам»

Республика Казахстан на конституционном уровне утверждает себя социальным государством (статья 1). Гражданину Казахстана гарантируется минимальный размер заработной платы и пенсии, социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца и по иным законным основаниям (статья 28).

Право инвалидов на достаточный жизненный уровень социальной защиты закреплено в статье 14 Закона о социальной защите инвалидов, которым определены меры обеспечения их социальной защищенности по всем направлениям, предусмотренным Конвенцией.

Социальная помощь инвалидам включает выплаты в виде государственных пособий, компенсаций и иных выплат, в том числе и за счет благотворительности, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

В республике все инвалиды ежемесячно получают государственное социальное пособие по инвалидности (ГСП) или при достижении пенсионного возраста - пенсию. Величина ГСП по инвалидности зависит от группы и причины инвалидности и ежегодно индексируется, исходя из изменения размера прожиточного минимума. При этом размер получаемого пособия/пенсии установлен не ниже прожиточного минимума).

Прожиточный минимум - минимальный денежный доход на одного человека, равный по величине стоимости минимальной потребительской корзины. Минимальная потребительская корзина представляет собой минимальный набор продуктов питания, товаров и услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности человека, в натуральном и стоимостном выражении и состоит из продовольственной корзины и фиксированной доли расходов на непродовольственные товары и услуги.

Дополнительно к получаемому ГСП или пенсии выплачивается специальное государственное пособие (СГП) взамен ранее предоставляемых натуральных льгот.

Государством гарантируется право семей с детьми-инвалидами на получение всех мер социальной поддержки, установленных законодательством в целях защиты материнства и детства. Законом Республики Казахстан от 28 июня 2005 года "О государственных пособиях семьям, имеющим детей" предусмотрена выплата единовременного пособия в связи с рождением ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком по достижении им возраста одного года, ежемесячного пособия на детей до восемнадцати лет; ежемесячного государственного пособия, назначаемого и выплачиваемого матери или отцу, усыновителю (удочерителю), опекуну (попечителю), воспитывающему ребенка-инвалида (детей-

инвалидов). При этом размер последнего пособия выплачивается в размере минимальной заработной платы.

Согласно информации, предоставленной в Первоначальном докладе о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах инвалидов, «малообеспеченным семьям из средств местных бюджетов выплачиваются государственная адресная социальная помощь (ГАСП) и жилищная помощь. Начиная с 2012 года, количество инвалидов, являющихся получателями ГАСП, снизилось вдвое (2012 г. - 1088 чел., 2016 г. - 446 чел.). Жилищную помощь получают 9084 семьи инвалидов. Таким образом, в Казахстане практически ликвидирована бедность среди инвалидов, в том числе женщин, девочек и пожилых лиц».

Местные исполнительные органы, работодатель и иные организации вправе оказывать дополнительные виды социальной помощи.

Проект Закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2019-2021 годы» сформирован на основе базового прогноза макроэкономических показателей на 2019 - 2023 годы, одобренного на заседании Правительства РК и в настоящее время находится в Парламенте РК. Согласно проекту, с 1 января 2019 года установлены следующие показатели:

- Прожиточный минимум (ПМ) - 29698 тенге.
- Минимальная заработная плата (МЗП) - 42500 тенге.
- Месячный расчетный показатель (МРП) - 2525 тенге.
- Минимальная пенсия по возрасту при полном стаже работы (для назначаемых в 2019 г.) - 36108 тенге.

Увеличение пенсионных выплат с 1 января 2019 года производится на 7 %.

Ограничение дохода для исчисления пенсионных выплат по возрасту составляет 46 МРП. Таким образом, максимальный доход, учитываемый для исчисления пенсий с 1 января 2019 года, составит 116150 тенге.

Размеры государственной базовой пенсионной выплаты с 1 января 2019 года увеличиваются в связи с ростом величины прожиточного минимума.

Социальные выплаты из Государственного фонда социального страхования на случаи утраты трудоспособности и потери кормильца подлежит увеличению на 5%. Социальная помощь в виде ежемесячных выплат гражданам Республики Казахстан после завершения периода капитализации платежей по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью работников юридическими лицами, ликвидированными вследствие банкротства, повышаются также на 5%.

Также с 1 января 2019 года увеличиваются размеры социальных выплат, исчисляемых исходя из прожиточного минимума и месячного расчетного показателя: государственные базовые социальные пособия по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту, государственные специальные пособия по Спискам № 1 и № 2, специальные государственные пособия, государственные пособия семьям, имеющим детей.

Государственные базовые социальные пособия по инвалидности в 2019 году:

Категория инвалидности	Группа инвалид-ности	Размер пособия от ПМ с 1.01.2018	Размер пособия с 01.01.2018 (от ПМ 28284 тенге)	Размер пособия с 01.01.2019 (от ПМ 29698 тенге)	Разница
Инвалиды общего заболевания, а также служащие и сотрудники ОВД при несчастных случаях	группа 1	1.92	54306	57021	2715
	группа 2	1.53	43275	45438	2163
	группа 3	1.04	29416	30886	1470

Дети-инвалиды до 16 лет		1.40	39598	41578	1980
Инвалиды с детст-ва, дети – инвали-ды с 16 до 18 лет	группа 1	1.92	54306	57021	2715
	группа 2	1.59	44972	47220	2248
	группа 3	1.20	33941	35638	1697

Специальные государственные пособия (взамен натуральных льгот):

Наименование категорий пособия	Размер пособия от МРП	Размер с 1.01.2018, при МРП -2405	Размер с 1.01.2019, при МРП -2525	Разница
инвалиды ВОВ	16	38460	40400	1940
лица, приравненные к инвалидам ВОВ*	7,55	18158	19064	906
жены (мужья) умерших инвалидов ВОВ…	2,56	6157	6464	307
инвалиды 1 и 2 групп*	1,49	3584	3763	179
инвалиды 3 группы*	0,64	1540	1616	76

В соответствии с нормами Закона о социальной защите инвалидов инвалидам предоставляются: социальные услуги в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР); специальные социальные услуги в медико-социальных учреждениях (организациях); оказание правовой помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Гарантированные государством специальные социальные услуги предоставляются гражданам бесплатно, а сверх гарантированный объем специальных социальных услуг – на условиях оплаты. При этом создана возможность выбора формы социального обслуживания – в условиях стационара, полустационара (дневные отделения), ухода на дому, временного пребывания.

Гарантированный объем специальных социальных услуг является единым перечнем специальных социальных услуг, предоставляемых за счет бюджетных средств. Перечень гарантированного объема специальных социальных услуг включает:

- социально-бытовые;
- социально-медицинские;
- социально-психологические;
- социально-педагогические;
- социально-трудовые;
- социально-культурные;
- социально-экономические;
- социально-правовые услуги.

В целях соблюдения одного из главных принципов социального обслуживания – сохранения человека в семье, налажена работа по расширению сети дневных отделений для детей–инвалидов путем передачи их через аутсорсинг в неправительственные организации (далее – НПО); преобразованию медико–социальных учреждений стационарного типа в центры социального обслуживания.

За период с 2015 по 2018 годы:

- возросло число получателей услуг на 24,5% (121 тыс. чел.), из которых наибольшее число приходится на обслуживание в условиях ухода на дому – 46,1 %, в стационарных организациях – 19,9%;

- увеличено количество организаций, оказывающих специальные социальные услуги до 893 единиц (в 2015 г. – 797), из которых преобладающие позиции продолжают сохранять организации надомного обслуживания – 53 %, организации стационарного типа – 12,4 % и динамика роста отмечена у организациях неправительственного сектора – 19,1 %.

В целях деинституцализации действующей сети интернатных организаций, повышения качества оказываемых услуг и социальной адаптации граждан в социуме начато развитие домов малой вместимости. Дома малой вместимости отсутствуют в 8 регионах: в Актюбинской, Алматинской, Атырауской, Кызылординской, Мангистауской, Туркестанской, в городах Шымкент и Нур–Султан.

С 2016 года медико–социальные учреждения преобразованы в центры социального обслуживания в целях исключения дискриминационных дефиниций в системе специальных социальных услуг.

Увеличено участие неправительственного сектора на рынке оказания специальных социальных услуг в рамках государственного социального заказа с 4 НПО в 2009 году до 177 в 2018 году.

Созданные условия для выхода из трудной жизненной ситуации позволили вернуть из детских домов–интернатов в семью 748 детей, имеющих инвалидность; трудоустроить 867 родителей, воспитывающих ребенка с инвалидностью.

Дальнейшая модернизация системы социального обслуживания предполагает новое качество социальной работы с учетом потребностей каждого обратившегося лица на всех уровнях предоставления социальных услуг – в стационаре, полустационаре, организациях временного пребывания, надомном уходе.

В целях повышения уровня социализации лиц с инвалидностью, они обеспечиваются техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами (протезно–ортопедическая помощь, сурдо–, тифло– средства, специальные средства передвижения, санаторно–курортное лечение, обязательные гигиенические средства, услуги индивидуального помощника и специалиста жестового языка).

Ежегодно более 200 тысяч лиц с инвалидностью обеспечиваются техническими средствами и услугами реабилитации (далее – ТСР). Доля обеспечения ТСР в 2018 году составила 57,8 % от общего числа нуждающихся (2013 г. – 88 %, 2015 г. – 67 %, 2016 г. – 67 %, 2017 г. – 67,5 %).

Перечень ТСР за последние 3 года с учетом потребностей лиц с инвалидностью расширен с 32 до 55 видов наименований (в 1,7 раза), включая современные сурдотехнические и тифлотехнические средства.

Лицам с инвалидностью, находящимся под стражей и отбывающим наказание в исправительных учреждениях, предоставляются технические средства и специальные средства передвижения в соответствии с Правилами предоставления технических вспомогательных (компенсаторных) средств и специальных средств передвижения осужденным, имеющим инвалидность и отбывающим наказание в учреждениях, и находящимся под стражей, утвержденными приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1088.

Согласно данным Итогового доклада по результатам проведения выборочного обследования «Качество жизни лиц, имеющих инвалидность, с учетом гендерной специфики» (2015), об имеющихся правах и льготах очень хорошо или достаточно знают более половины респондентов (54,9%), в то время как остальные 26,4% слабо осведомлены, а 18,7% не знают вообще или затруднились с определенным ответом. В гендерном аспекте немного больше мужчин-респондентов, хорошо или достаточно осведомленных о своих правах и льготах (56,5%), чем женщин (53%). В разрезе групп инвалидности наиболее осведомленными являются респонденты с 3 группой инвалидности, их более 60%.

Это же обследование показало, что «без помощи посторонних лиц в своей повседневной жизни обходятся более половины респондентов (58,5%), в то время как оставшиеся 41,5% респондентов отмечают необходимость оказания им помощи в повседневных делах, причем почти половина из них (49%) нуждается в помощи абсолютно везде.

Наиболее нуждаются в помощи посторонних лиц респонденты с 1 группой инвалидности, среди них почти 80% отметили данную необходимость.

В разбивке по полу заметно, что среди женщин чуть больше респондентов, отметивших необходимость оказания помощи – 44,2% по сравнению с 39,4% среди мужчин.

Между городскими и сельскими респондентами наблюдается следующие различия в потребности оказания помощи посторонними лицами: жители городов немного больше нуждаются в помощи (43%), чем сельские жители (40%), причем если горожане больше нуждаются в ней при выходе на улицу (31,8% против 26% у сельчан), то сельским жителям помощь больше необходима дома (35% против 29% у горожан).

Оказанием данной помощи занимаются в основном родственники респондентов (86,2%), 13,2% опрошенных респондентов отметили помощь от медицинских работников, 9,9% - от посторонних лиц (соседи, случайные прохожие), 8% - от социальных работников, 4,2% - от сурдопереводчиков, 2,9% - от индивидуальных помощников. Вместе с тем, 1,8% респондентов необходимую помощь вообще не получают.

Практически все респонденты (более 90%) имеют возможность самостоятельно умываться, одеваться и раздеваться, а также принимать пищу. Самостоятельность респондентов при выполнении остальных видов деятельности значительно снижается: самостоятельно принимать душ могут только две трети респондентов, половина из них может писать письма (заполнять документы) или читать книги (газеты, журналы), приготовить обед, сделать уборку или сходить в магазин способны только треть респондентов. Вместе с тем, наличие определенных удобств, возможно, значительно повысило бы самостоятельность опрошенных респондентов».

ВЫВОДЫ

1. Система социальной защиты инвалидов в Казахстане носит системный характер и отличается разнообразием подходов и методов. В то же время очевидно, что ресурсы семьи, как финансовые, так и временные и физические в немалой степени идут на помощь своему члену, имеющему инвалидность. Таким образом, семьи с инвалидностью семьи, в которых проживают инвалиды, находятся в более социально- и экономически уязвимом положении, чем семьи без инвалидов.
2. Результаты выборочного исследования показывают, что женщины в большей степени нуждаются социальном сопровождении, в том числе помощи по уходу за собой, домом и детьми. К сожалению, в системе социальной защиты лиц с инвалидностью отсутствуют отдельные меры по поддержке женщин с инвалидностью, в том числе социальная помощь и сопровождение женщинам с инвалидностью, имеющим на иждивении детей.
3. Отсутствуют данные и информация о поддержке женщин с инвалидностью, ставших жертвами гендерного насилия, а также о мерах по их защите и профилактике такого насилия.
4. Кроме того, необходимо отметить низкую правовую грамотность и осведомленность о своих правах и существующих видах государственной социальной помощи и поддержки, особенно среди женщин с инвалидностью.

3.3. УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

«Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья. В частности, государства-участники: обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и по линии предлагаемых населению государственных программ здравоохранения»

Основные направления работы по медицинской реабилитации и охране здоровья инвалидов в Республике Казахстан содержатся в Кодексе о здоровье народа и системе здравоохранения, который после ратификации Конвенции был дополнен отдельной статьей 136-1 "Оказание медицинской помощи инвалидам".

Государственная политика в области здравоохранения реализуется на принципах обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи; обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; доступности медицинской помощи; социальной ориентированности здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни (статья 4 Кодекса).

Любое медицинское вмешательство осуществляется на основании информированного добровольного согласия гражданина. Что касается лица, признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством, то правом дачи информированного добровольного согласия в отношении него наделен его законный представитель лишь в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

В сфере здравоохранения проводится ранняя диагностика врожденной патологии, развивается неонатальная хирургия, медицинская помощь больным с онкологическими заболеваниями, осуществляются раннее выявление и лечение туберкулеза, проводятся обследование с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита С, вакцинация детского и взрослого населения, внедрены стационарозамещающие формы (дневные стационары) оказания медицинской помощи.

В соответствии с нормой статьи 34 Кодекса о здоровье народа инвалид наравне с другими имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме за счет бюджетных средств, который включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) при наличии показаний инвалид имеет право на дорогостоящие виды диагностических исследований (полимеразная цепная реакция; иммунофенотипирование; медико-генетические исследования беременных (ультразвуковой скрининг оценка анатомии плода, инвазивные пренатальные процедуры, биохимический скрининг цитогенетическое исследование) в объеме и сроках,

установленных уполномоченным органом в области здравоохранения; компьютерная томография, магниторезонансная томография; позитронно-эмиссионная томография; однофотонная эмиссионная компьютерная томография; ангиография).

Лекарственное обеспечение при оказании амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется в соответствии с утвержденным перечнем лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями и специализированными лечебными продуктами. Сегодня в перечень входит более 400 наименований лекарственных средств по 49 нозологиям.

Бесплатные лекарственные препараты в рамках ГОБМП отпускаются по назначению врача по рецепту всем лицам, состоящим на диспансерном учете по месту жительства, в том числе инвалидам.

Доступность медицинской помощи обеспечивается, в том числе путем оснащения медицинских организаций оборудованием и вспомогательными приспособлениями с учетом особых потребностей лиц с ограниченными возможностями. Реализация данного положения позволит решить актуальную (особенно для инвалидов с поражениями функции опорно-двигательного аппарата) проблему комфортного прохождения диагностических и лечебных процедур, физическая доступность которых в настоящее время для инвалидов затруднена.

В целях адресного предоставления тех услуг в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине инвалидности, предусмотрено, что такие меры включаются в ИПР.

Медицинская реабилитация инвалидов включает: восстановительную терапию (медикаментозное, физическое, санаторно-курортное и другие методы лечения, направленные на восстановление нарушенных или утраченных функций организма и здоровья); реконструктивную хирургию; протезно-ортопедическую помощь.

Восстановительное лечение и медицинская реабилитация проводятся в организациях здравоохранения, а также в санаторно-курортных организациях. В составе больничных организаций действуют реабилитационные отделения, в которых ежегодно проходят лечение около 70 тысяч человек.

В системе здравоохранения для лиц, больных туберкулезом, с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, нервной системы и ДЦП функционируют 26 санаторно-курортных организаций, которые ежегодно оказывают услуги 22 тысячам человек.

Кроме того, ежегодно свыше 26 тысяч инвалидов на основании ИПР направляются в частные санаторно-курортные организации через местные органы социальной защиты населения.

Правительством принимаются меры по развитию профилактической медицины. В стране внедрена национальная скрининговая программа, которой ежегодно охватывается около 2 млн. человек.

В Казахстане с 2018 года вводится обязательное социальное медицинское страхование. Инвалиды освобождены от уплаты взносов в Фонд социального медицинского страхования, но при этом они обладают всеми правами потребителя медицинских услуг (статьи 15, 28 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года "Об обязательном социальном медицинском страховании).

В целях повышения качества предоставляемых инвалидам медицинских услуг проводится интеграция регистра диспансерных больных Единой информационной системы здравоохранения и ЦБДИ.

В программы высших медицинских учебных заведений, как на уровне подготовки бакалавров, магистров, докторов, так и в программы дополнительного образования включены

тематические лекции по вопросам классификации и критериев положений МКФ. На лекциях освещаются как общие вопросы МКФ, так и по отдельным нозологическим формам.

Согласно данным Итогового доклада по результатам проведения выборочного обследования «Качество жизни лиц, имеющих инвалидность, с учетом гендерной специфики» (2015), респонденты мужчины более позитивно относятся к оценке состояния своего здоровья, нежели женщины. Среди них отметившие «хорошее» и «удовлетворительное» составили 84,4%, тогда как таких женщин всего 81%.

Исходя из полученных результатов, можно отметить, что мужчины менее охотно (67% против 72,3% среди женщин) обращаются за медицинской помощью и считают, что в ней нет необходимости (69,9% против 65,5% среди женщин).

Такая же ситуация и по типу местности, где проживают респонденты: в городе обращаемость за медицинской помощью (72,4%) немного выше, чем в сельской (66,1%). Несмотря на то, что 72% необращавшихся за медицинской помощью сельчан назвали основной причиной необращения – отсутствие необходимости, полагаем, что на их мнение влияет также и отсутствие необходимых специалистов в месте проживания.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на меры по предоставлению безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи, люди с инвалидностью сталкиваютс с проблемами получения данной помощи вследствие физических барьеров, различий в доступе для городских и сельских жителей.
2. Некоторые виды диагностических услуг и оборудования (флюорография, маммография, гинекологические кресла и т.п.) недоступны для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
3. Получение медицинских услуг для лиц с нарушениями зрения, слуха и речи также затруднено из-за отсутствия достаточно развитой системы сурдоперевод и информации в доступных форматах.

3.4. УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

«К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах»

(Цель 3 Целей в области устойчивого развития ООН)

«Государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры для устранения дискриминации в отношении инвалидов во всех вопросах, касающихся брака, семьи, отцовства, материнства и личных отношений, наравне с другими, стремясь при этом обеспечить, чтобы:

a) признавалось право всех инвалидов, достигших брачного возраста, вступать в брак и создавать семью на основе свободного и полного согласия брачующихся;

b) признавались права инвалидов на свободное и ответственное принятие решений о числе детей и интервалах между их рождением и на доступ к соответствующей возрасту информации и к просвещению в вопросах репродуктивного поведения и планирования семьи, а также предоставлялись средства, позволяющие им осуществлять эти права;

c) инвалиды, включая детей, наравне с другими сохраняли свою фертильность»

(Статья 23 Конвенции ООН о правах инвалидов)

«Государства-участники обеспечивают на основе равенства мужчин и женщин… одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями и иметь доступ к информации, образованию, а также к средствам, которые позволяют им осуществлять это право»

(Статья 16 Конвенции ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин»)

«Государства-участники …обеспечивают, чтобы ребенок имел доступ к таким информации и материалам, которые направлены на содействие социальному, духовному и моральному благополучию, а также здоровому физическому и психическому развитию ребенка»

(Статья 17 Конвенции о правах ребенка) системы сурдоперевод и информации в доступных форматах.

Казахстан, как и другие страны, закрепил понимание репродуктивных прав на законодательном уровне. В 2004 году был принят Закон «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления»6, который утратил силу в 2009 году в связи с принятием Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»7, который вобрал в себя большинство законов, регулирующих правоотношения в сфере здравоохранения. Кодексом закреплены следующие репродуктивные права:

1. свободный репродуктивный выбор;
2. получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;
3. получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
4. лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;

5. донорство половых клеток, ткани репродуктивных органов;
6. использование и свободный выбор методов контрацепции;
7. хирургическая стерилизация;
8. искусственное прерывание беременности;
9. защита своих репродуктивных прав;
10. свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
11. хранение половых клеток, ткани репродуктивных органов, эмбрионов.

Согласно Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, репродуктивное право – это право принимать свободные и само- стоятельные решения о своем репродуктивном здоровье, в том числе о рож- дении детей, времени их рождения и интервалах между родами, а также право на получение информации по этим вопросам. «Свободные и самостоятельные» означает, что решения принимаются без дискриминации, угроз и насилия.

Совершенно очевидно, что вопросы репродуктивного здоровья граждан выходят из сферы бытовых, отраслевых медицинских, обычных гражданских отношений. Это – особая сфера человеческой жизни, которая, особенно сейчас, в условиях неблагоприятных демографических прогнозов, становится одним из основных направлений любого государства, тем более социального, каковым является наш Казахстан. Именно поэтому вопросы государственного регулирования, совершенствования, модернизации законодательного обеспечения репродуктивного здоровья населения носят системный комплексный характер, требуют серьезного анализа тенденций, изучения и внедрения новых технологий, требуют формирования благоприятной правовой среды для создания цивилизованного гуманитарного мировоззрения.

Правоотношения в области охраны здоровья, регулируются Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения». Аспекты в области семейного права регулируются Кодексом «О браке (супружестве) и семье». Трудовым Кодексом регулируются все отношения, возникающие в процессе производства – ограничение привлечения беременных женщин к сверхурочной работе, запрет на использование труда работающих беременных женщин, и несовершеннолетних на вредных производствах, право на неполный рабочий день и представление оплачиваемого отпуска по беременности и родам.

Что касается собственно законодательного обеспечения репродуктивного здоровья, в национальном законодательстве заложены:

- государственные гарантии осуществления репродуктивных прав граждан (свобода репродуктивного выбора; охрана репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав);
- доступность, преемственность, бесплатность медицинской помощи в пределах гарантированного объема;
- невмешательство в вопросах осуществления репродуктивных прав;
- принятие решения о деторождении без дискриминации, угроз и насилия; неприкосновенность частной жизни, личная семейная тайна, сохранение сведений, составляющих врачебную тайну и государственное регулирование в области репродуктивных прав граждан (развитие системы охраны репродуктивного здоровья граждан);
- обеспечение просвещения граждан по вопросам половой жизни и деторождения, отрицательного влияния психоактивных веществ, неблагоприятных экологических факторов на состояние их репродуктивного здоровья;

- формирование сознательного отношения граждан к рождению детей;
- обеспечение доступности услуг по консультированию, просвещению, планированию семьи, оказанию медицинской помощи, включая медицинские услуги по искусственному оплодотворению и иным возможностям родить ребенка;
- поддержка научных исследований в области охраны репродуктивного здоровья граждан);
- право на свободный репродуктивный выбор, согласно которому граждане имеют право на свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения, в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка.

Казахстан достиг значительного прогресса в достижении Цели развития тысячелетия (ЦРТ 5А) по снижению показателя материнской смертности. Однако, также как во многих странах мира, стране не удалось достигнуть взятых обязательств (ЦРТ 5В) по обеспечению всеобщего доступа населения к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи. В этой связи, мировое сообщество оставило данную цель в рамках новой Цели устойчивого развития (ЦУР 3) по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех лиц и всех возрастов. Данная цель устойчивого развития, наряду с доступом к услугам и информации, предусматривает интеграцию репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы развития.

Для выполнения поставленной новой цели требуется проведение дальнейших согласованных и комплексных мер по улучшению услуг планирования семьи и гарантированного обеспечения населения средствами контрацепции с особым акцентом на наиболее уязвимые группы населения - подростки и молодежь, сельское население, люди с ограниченными возможностями, мигранты и других социально уязвимые группы.

В связи с вышеизложенным, Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан инициировала процесс стратегического планирования с целью активизации работы центральных и местных органов власти для определения приоритетных направлений деятельности и привлечения всех заинтересованных сторон в их выполнении, а также мобилизации ресурсов в рамках единой национальной стратегии по усилению службы планирования семьи.

Данная рамочная программа по усилению службы планирования семьи разрабатывается в рамках реализации новой Государственной программы развития системы здравоохранения "Денсаулык" и плана мероприятий новой Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года. Данная Рамочная программа является стратегическим видением Министерства здравоохранения и социального развития по дальнейшему совершенствованию службы планирования семьи, которая будет использована в качестве руководства для определения деятельности в области охраны и репродуктивного здоровья и прав населения страны на предстоящий пятилетний период – 2017- 2021 годы.

В то же время в Рамочной программе отмечается проблема доступа к выбору методов контрацепции. Данная проблема является еще более актуальной для уязвимых групп, среди которых в числе подростков, молодых люде (до 25 лет) из неблагополучных семей, трудовых мигрантов, группы с поведенческим риском передачи ВИЧ, сельских жителей, отмечаются инвалиды.

(Исследование «Право женщин с инвалидностью в Казахстане на репродуктивную автономию в свободном выборе контроля деторождения», Ирра Бобкова)

Результаты исследований, проведенных Национальной комиссией по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте РК при технической поддержке странового офиса ЮНФПА в Казахстане по изучению положения, проблем и нужд людей с ограниченными возможностями и проведению национального социологического обследования положения инвалидов по зрению и слуху, с нарушениями опорно-двигательного аппарата и с ментальными нарушениями показали низкую правовую грамотность, а также низкий уровень знаний данных категорий инвалидов в области сексуального и репродуктивного здоровья.

В исследовании «Право женщин с инвалидностью в Казахстане на репродуктивную автономию в свободном выборе контроля деторождения» автор И.Бобкова отмечает, что «в Казахстане наблюдаются факты нарушения законодательства в сфере вмешательства в законное право женщин с инвалидностью на рождение ребенка, о чем свидетельствуют публикации в СМИ.

(Исследование «Право женщин с инвалидностью в Казахстане на репродуктивную автономию в свободном выборе контроля деторождения», Ирра Бобкова)

Принуждая женщин к абортам, стерилизации, контрацепции, медицинские работники попирают не только право на здоровье и планирование семьи, но и право на свободу и неприкосновенность, личную жизнь, свободу от дискриминации, право на свободу от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, к которым относится стерилизация без согласия женщины.

Среди причин, влияющих на такие низкие показатели рождаемости детей женщинами с инвалидностью, автор исследования указывает:

- нормативно-правовые акты дискриминационного характера, выделяющие женщин с инвалидностью в отдельную группу и регулирующие тактику контроля деторождения;
- обязательства государства по сокращению материнской смертности и вытекающие из этого индикаторы медицинских учреждений по снижению количества беременных с инвалидностью и их полным охватом контрацепцией;
- евгенические настроения врачей и отсутствующие инструменты защиты женщин с инвалидностью от подобного отношения.

(Исследование «Право женщин с инвалидностью в Казахстане на репродуктивную автономию в свободном выборе контроля деторождения», Ирра Бобкова)

В данном исследовании также дана информация о том, что из 93 пунктов в списке медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности 74 пункта соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность, а 2 пункта соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность на 2 стадии заболевания. В списке медицинских показаний к проведению стерилизации из 69 пунктов 59 соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность.

Специальный докладчик ООН по правам людей с инвалидностью Каталина Девандес отметила наличие фактов принудительной стерилизации женщин с инвалидностью по итогам своего визита в Казахстан в 2017 году. На данный момент в Кодексе Республики Казахстан «О здоровьенарода и системе здравоохранения» указано, что «искусственное прерывание беременности проводится (…) при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной и (или) плода (при наличии моногенных генетических заболеваний, не корригируемых врожденных пороков развития и состояния плода, несовместимых с жизнью), – независимо от срока беременности». Отсюда можно сделать вывод, что медицинские работники воспринимают наличие инвалидности у самой женщины исключительно как угрозу для ее жизни во время беременности. Но по факту достаточно наличия диагноза для проведения аборта, а не наличия действитель- ной угрозы жизни женщины».

Стоит отметить, что в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы и Стратегическом плане Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2017-2021 годы отсутствуют индикаторы, связанные с репродуктивными правами женщин с инвалидностью.

ВЫВОДЫ

1. Меры по поддержке сексуального и репродуктивного здоровья в Казахстане не достаточно учитывают особые потребности лиц с инвалидностью. Информирование в области сексуального и репродуктивного здоровья слабо охватывает лиц с нарушениями слуха, зрения и речи, а также не адаптирована для лиц с нарушениями интеллекта.
2. Государственные программы по развитию здравоохранения не учитывают интересы и особые потребности женщин с инвалидностью, связанных с репродуктивными правами и здоровьем. Нормативно-правовые акты содержат дискриминационные нормы, ограничивающие права и возможности женщин с инвалидностью самостоятельно приминать решения в отношении их репродуктивных прав.
3. Права лиц с ментальными и интеллектуальными нарушениями, признанных недееспособными находятся в уязвимом положении перед прямой дискриминацией и нарушениями прав человека в связи с полной передачей принятия решений законными представителям этих лиц.

3.5. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ МЕРЫ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И РЕАГИРОВАНИЮ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ

«Государства-участники принимают все надлежащие законодательные, административные, социальные, просветительные и иные меры для защиты инвалидов как дома, так и вне его от всех форм эксплуатации, насилия и надругательства, в т. ч. от тех их аспектов, которые имеют гендерную подоплеку.

Государства-участники принимают также все надлежащие меры для предотвращения всех форм эксплуатации, насилия и надругательства, обеспечивая, в частности, подходящие формы оказания учитывающей возрастно-половую специфику помощи и поддержки инвалидам, их семьям и лицам, осуществляющим уход за инвалидами, в том числе путем ознакомления и просвещения в вопросе о том, как избегать проявлений эксплуатации, насилия и надругательства, определять их и сообщать о них. Государства-участники обеспечивают, чтобы услуги по предоставлению защиты оказывались с учетом возрастно-половой специфики и фактора инвалидности

Государства-участники принимают все надлежащие меры для содействия физическому, когнитивному и психологическому восстановлению, реабилитации и социальной реинтеграции инвалидов, ставших жертвами любой формы эксплуатации, насилия или надругательства, в том числе путем оказания услуг по предоставлению защиты. Такие восстановление и реинтеграция происходят в обстановке, способствующей укреплению здоровья, благополучия, самоуважения, достоинства и самостоятельности соответствующего лица, и осуществляются с учетом нужд, обусловленных возрастно-половой спецификой».

(Статья 16 Конвенции ООН о правах инвалидов)

В Конституции Республики Казахстан заложены принципиальные положения по обеспечению защиты человека от насилия, унижающего его достоинство. Так, в статье 17 закреплено, что "никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию". Таким образом, проявление любой формы насилия, в том числе в сфере семейно-бытовых отношений, запрещено законом.

Насилие в семье представляет собой одну из наиболее распространенных и социально опасных форм агрессии, поэтому в законодательствах большинства стран действует специальный закон о предотвращении домашнего насилия. Насилие лишает женщин возможности полноценного участия в жизни общества и оказывает долгосрочное негативное влияние на семьи женщин, сообщества и страны. Высокий уровень гендерного бытового насилия, а также традиционные патриархальные нормы и стереотипы препятствуют обеспечению гендерного равенства в Казахстане.

Успех предупреждения семейно-бытовых преступлений во многом зависит от эффективности применяемых специальных мер профилактики. В этой связи в 2009-2010 годах были приняты законы "О профилактике бытового насилия", "О профилактике правонарушений", направленные на дальнейшее совершенствование методов профилактики правонарушений.

С их принятием в распоряжении полиции появились реальные рычаги воздействия на семейных дебоширов, позволяющие проводить с ними предметную индивидуально-профилактическую работу. Так, сотрудники полиции получили возможность выписывать защитные предписания, ограничивающие контакт правонарушителя с жертвой на срок до одного месяца. Кроме того, при установлении особых требований к поведению правонарушителей суды по ходатайству полиции могут также устанавливать ограничения в виде запрета на употребление алкогольных напитков, наркотических средств и психотропных веществ, а также на использование и хранение любого вида оружия.

В результате совершенствования законодательной базы и проводимой организационно-практической работы в республике отмечено ежегодное снижение количества бытовых правонарушений в среднем на 6-7%. Для информирования о случаях насилия в собственной семье, у соседей или среди посторонних людей, существует возможность обращения в правоохранительные органы по номеру "102" либо анонимно на горячую линию "150".

При этом, согласно данным одного из кризисных центров города Алматы, примерно 70% – это молодые люди, около трети звонков поступает от пожилых людей и инвалидов.https://rus.azattyq.org/a/bytovoye-nasilie-goryachaya-liniya/25267294.html

Важным аспектом общей профилактики является борьба с алкоголизмом, поскольку зачастую пьяные ссоры и скандалы являются причинами совершения бытовых правонарушений. В целях пресечения "пьяных" бытовых преступлений, лица в состоянии опьянения помещаются в центры временной адаптации и детоксикации системы здравоохранения. В текущем году в данные центры сотрудниками полиции было доставлено свыше 44 тысяч лиц.

К сожалению, зачастую противоправные действия в сфере семейно-бытовых отношений носят латентный характер. Как правило, женщины терпят насилие в семье из-за материальной зависимости от насильника, отсутствия средств и жилья, страха осуждения обществом, стремления сохранить семью для детей.

В этой связи, большая роль отводится разъяснительной работе среди населения о ненасильственном поведении, с целью воздействия на правосознание и поведение граждан. Для профилактики и пресечения всех форм насилия в отношении женщин в системе органов внутренних дел уже более 20 лет действуют подразделения по защите женщин от насилия.

Также важно отметить, что профилактика бытовой преступности малоэффективна без использования потенциала общественности и неправительственных организаций.

В целях оказания помощи жертвам домашнего насилия сотрудники полиции взаимодействуют с неправительственными организациями, занимающимися проблемами бытового насилия и торговлей людьми. В настоящее время в стране действуют 36 кризисных центров, деятельность которых направлена на социальную адаптацию и психологическую реабилитацию потерпевших женщин и детей. По направлению сотрудников полиции специалистами кризисных центров в текущем году оказана консультация более 8 тыс. пострадавшим женщинам.

Кроме того, позитивное влияние на предупреждение насилия в семье оказывает проведение различных информационно-пропагандистских мероприятий, направленных на формирование практики ненасильственного поведения, а также укрепление института семьи и воспитание молодежи. Так, ежегодно по инициативе МВД совместно с государственными органами и неправительственными организациями проводится республиканская акция "16 дней без насилия в отношении женщин", в рамках которой проводится праворазъяснительная работа среди населения и информирование граждан об организациях, оказывающих помощь жертвам насилия. Необходимость информационной помощи обусловлена тем, что пострадавшие часто не знают о существовании служб, готовых оказать помощь в ситуациях бытового насилия.

В целом, за годы независимости Казахстан достиг определенного прогресса в области профилактики бытовой преступности и защиты прав и законных интересов женщин.

Вместе с тем важно понимать, что данную проблему невозможно решить только законодательными мерами и сегодня большое внимание должно уделяться воспитанию в семье, где должно пропагандироваться сохранение семейных традиций, уважительное отношение друг к другу и культура поведения.

Агентства ООН совместно с правительством Казахстана осуществляет ряд инициатив по ликвидации дискриминации и насилия в отношении женщин и девочек. Среди них, к примеру, сбор и анализ данных из официальных источников о гендерном насилии в Казахстане. Достоверные и подтвержденные фактами данные о насилии в отношении женщин и девочек являются критически важными для разработки эффективной целенаправленной и учитывающей гендерные аспекты политики, которая поможет правительству Казахстана в реализации глобальных норм и стандартов, закрепленных в международных соглашениях.

ЮНФПА, «ООН-женщины» и ВОЗ оказали техническую поддержку в проведении Выборочного исследования распространённости насилия в отношении женщин в Казахстане. Результаты исследования, проведенного впервые в Центральной Азии, говорят о высоком уровне бытового насилия в стране. 17% женщин в возрасте 18-75 лет, когда-либо состоявших в отношениях, подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны интимного партнера и 21% – психологическому насилию.

В 2017 году Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ и ЮНФПА оказала экспертную и техническую поддержку в реализации мер дорожной карты Генеральной прокуратуры РК «Казахстан без насилия в семье». Пилотный проект, реализованный в Южно-Казахстанской области, позволил на практике проанализировать и оценить существующую систему мер профилактики и реагирования на бытовое насилие, по итогам которого выявлена острая необходимость формирования комплексного подхода к решению проблемы бытового насилия через:

- внедрение системы эффективной профилактики,
- быструю и результативную межведомственную координацию,
- национальный механизм перенаправления жертв насилия,
- оказание доступных и качественных услуг жертвам бытового насилия,
- улучшение работы кризисных центров,
- реализация реабилитационных программ для нарушителей (агрессорами).

Согласно данным Итогового доклада по результатам проведения выборочного обследования «Качество жизни лиц, имеющих инвалидность, с учетом гендерной специфики» (2015), «При опросе выявлено, что подавляющее большинство респондентов (94,8%) чувствуют себя в полной или достаточной безопасности, чувствуют небезопасно (испытывают тревогу, обеспокоенность) – 4,4%, находятся в постоянном напряжении, в ожидании нападения или угрозы для жизни 0,8% от общего числа опрошенных лиц.

Больше всего испытывают тревогу или обеспокоенность респонденты, опрошенные в Павлодарской области (7,5%), а в опасности себя ощущают больше всего в городе Алматы – 2,3% от общего числа опрошенных респондентов. Респонденты с первой группой инвалидности выразили наибольшую обеспокоенность и тревогу, а также чувство опасности – 7,7% опрошенных в данной подгруппе.

Из общего числа опрошенных респондентов 4% отметили, что в течение последних 12 месяцев либо сами, либо члены их домохозяйств, стали жертвами различных преступлений, таких как кражи (2%), мошенничество (0,6%), нападение (0,4%), физическое насилие (0,3%) или других видов (0,7%). От краж больше всего пострадали респонденты или члены их домохозяйств в Акмолинской (5,9%) и Алматинской (4,6%) областях, а также городе Алматы (3,8%), где еще распространено и мошенничество (3%).

Вместе с тем выявлено, что часть респондентов подвергалась различным видам насилия: психологическому – 2,3%, физическому – 1%, экономическому и сексуальному насилию 0,8% и 0,1% соответственно. Респондентами было отмечено, что в основном, насилие было проявлено в общественных местах (34,2%), на улице со стороны соседей (30,5%) и дома, со стороны родственников (14,3%).

Из общего числа лиц, когда-либо подвергшихся насилию или притеснению, только 32,4% обращались за помощью. Основными причинами не обращения за помощью респонденты назвали следующие: отсутствие необходимости – 37,6%, не имеет смысла (боятся обращаться, считают, что все равно не помогут) – 35,7%, не знают к кому обратиться – 11,7%, отсутствие возможности (финансовой, физической) обратиться за помощью отметили 5,9% опрошенных».

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на гарантированную Конституцией РК защиту человека от насилия, унижающего его достоинство, инвалиды, в том числе женщины подвергаются разным видам насилия, в том числе как со стороны общества, так и дома, со стороны родственников. Как любое бытовое насилие, насилие в отношении инвалидов носит такой же, а может быть и более латентный характер в связи с существующими негативными социальными установками в отношении возможностей лиц с инвалидностью, их изоляцией, отсутствием или недостатком физического доступа инфраструктуры, низкой правовой грамотностью и низкой активностью.
2. Меры по предотвращению насилия в Казахстане фокусируются больше на физическом и сексуальном насилии, нежели на вербальном и психологическом насилии, с которым инвалиды сталкиваются регулярно в силу низкой осведомленности общества об их правах. Вопросы же сексуального насилия в отношении инвалидов либо практически не рассматриваются, либо рассматриваются, как не актуальные и не присущие лицам с инвалидностьюв связи с распространенным бесполым подходом к инвалидности в принципе.
3. Существующие меры по профилактике насилия и оказанию поддержки жертвам насилия, такие, как горячая линия «150», зачастую недоступны для таких категорий инвалидов, как лица с нарушениями слуха и речи, а кризисные центры и приюты для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Подходы и принципы в законодательстве РК в отношении прав женщин и мужчин с инвалидностью

1. Привести понятие "инвалид" в законодательстве РК в соответствие с Конвенцией ООН о правах инвалидов, основываясь на социальном подходе, а не на медицинском.
2. Ввести в законодательные акты понятия «женщины и мужчины с инвалидностью», «девочки и мальчики с инвалидностью».
3. Обеспечить сбор дезагрегированных данных, в том числе по полу, семейному положению, особым потребностям лиц с инвалидностью в сфере получения медицинских услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью и в сфере предупреждения и реагирования против гендерного насилия.
4. Внести изменения в нормативно-правовые акты, ограничивающие права женщин с инвалидностью на материнство.
5. В Законе "О социальной защите инвалидов" дать определение понятию "дискриминация по признаку инвалидности" с включением в него признаков прямой и косвенной дискриминации.

Меры по социальной поддержке женщин с инвалидностью

6. Ввести в меры по социальной защите лиц с инвалидностью меры по поддержке семьи, имеющей членов семьи с инвалидностью.
7. Ввести в меры по социальной поддержке лиц с инвалидностью меры по социальному сопровождению/специальных социальных услуг женщин с инвалидностью, имеющих на иждивении детей.
8. Обеспечить индивидуальный подход к обеспечению техническими средствами реабилитации с целью обеспечения максимально возможной самостоятельности и средовой адаптации женщин с инвалидностью.

Повышение потенциала и статуса женщин и девочек с инвалидностью

9. Проводить информационную работу по повышению осведомленности и правовой грамотности женщин с инвалидностью в доступных форматах.
10. Размещать государственные социальные заказы среди НПО по правовому обучению женщин и девочек с инвалидностью, лидерству и повышению самооценки, навыкам предупреждения и реагирования на гендерное насилие.
11. Разработать и внедрить меры по повышению потенциала и экономической автономности женщин с инвалидностью, в том числе через развитие предпринимательских навыков.
12. Размещать государственные социальные заказы среди НПО по преодолению негативных стереотипов по отношению к женщинам с инвалидностью и повышению их статуса в семье и в обществе.

Оказание помощи жертвам насилия из числа лиц с инвалидностью

13. Разработать методические материалы/протоколы по обращению с жертвами бытового насилия из числа лиц с инвалидностью, в том числе с нарушениями слуха, речи, зрения, опорно-двигательного аппарата, с ментальными и интеллектуальными нарушениями.

14. Проводить обучение социальных (в т.ч. личных помощников, переводчиков жестового языка), медицинских работников и служащих правоохранительных органов особенностям по работе с лицами с инвалидностью с целью профилактики насилия, а также в случаях реагирования на факты гендерного насилия.
15. Включить в Стандартные оперативные процедуры меры по оказанию помощи жертвам насилия из числа лиц с инвалидностью.
16. Обеспечить доступ к услугам кризисных центров для жертв гендерного насилия, имеющих различные виды инвалидности.
17. Обеспечить доступными способами экстренного информирования о риске насилия и вызова помощи при факте насилия жертвам насилия из числа лиц с инвалидностью, в том числе посредством СМС сообщения, различных мессенджеров экстренной помощи.
18. Размещать государственные социальные заказы среди НПО по преодолению негативных стереотипов по отношению к женщинам с инвалидностью и повышению их статуса в семье и в обществе.