

## АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Введение.....	3
1. Компоненты динамики численности населения Казахстана .....	5
1.1. Рост численности населения .....	5
1.2. Влияние естественного и миграционного прироста на изменение численности населения.....	6
2. Территориальное распределение населения.....	8
2.1. Изменение распределения населения в результате региональных различий в динамике его численности .....	8
2.2. Увеличение доли городского населения .....	9
3. Структура населения.....	11
3.1. Половозрастная структура населения: динамика и региональные различия.....	11
3.2. Влияние половозрастной структуры населения на демографическую динамику .....	16
3.3. Демографическая нагрузка .....	17
3.4. Этническая структура населения .....	19
4. Тенденции и дифференциация рождаемости .....	20
4.1. Динамика и региональные различия рождаемости.....	20
4.2. Показатели рождаемости по очередности рождения.....	23
4.3. Возрастная модель рождаемости и ее изменения .....	25
4.4. Рождаемость в реальных поколениях .....	27
4.5. Брачная и внебрачная рождаемость .....	28
4.6. Этнические различия в рождаемости .....	29
4.7. Дифференциация уровня рождаемости в зависимости от образования .....	29
4.8. Репродуктивные планы.....	30
5. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права .....	30
5.1. Репродуктивное здоровье и медицинская помощь .....	32
5.2. Соблюдение репродуктивных прав граждан .....	35
Репродуктивное здоровье и репродуктивные права подростков и молодых людей.....	37
Репродуктивное здоровье и репродуктивные права людей с инвалидностью.....	40
6. Смартность и продолжительность жизни .....	43
6.1. Динамика и региональные различия смертности.....	43
6.2. Младенческая смертность .....	45
6.3. Материнская смертность .....	47
6.4. Половозрастная дифференциация динамики смертности.....	48
6.5. Изменения нозологической структуры смертности.....	50
6.6. Динамика продолжительности жизни; региональная, гендерная и возрастная дифференциация.....	53
6.7. Декомпозиция динамики потерь продолжительности жизни по возрасту и причинам смерти .....	56
6.8. Резервы снижения смертности и повышения продолжительности жизни на основе анализа показателей потерянных лет потенциальной жизни.....	59
7. Естественный прирост и воспроизводство населения Казахстана.....	60
7.1. Динамика и региональные различия естественного прироста населения .....	60
7.2. Компоненты динамики естественного прироста населения .....	62
7.3. Воспроизводство населения .....	63
8. Браки и разводы.....	64
8.1. Динамика брачности .....	64
8.2. Возраст вступления в брак .....	66
8.3. Межэтнические браки.....	67
8.4. Динамика разводимости .....	68

9. Домохозяйства .....	72
9.1. Динамика числа и размера домохозяйств .....	72
9.2. Типы домохозяйств .....	75
10. Миграция населения .....	77
11. Демографические перспективы Казахстана: вероятная динамика, возможности и ограничения влияний, социально-экономические последствия .....	83
11.1. Прогнозные сценарии рождаемости, смертности и продолжительности жизни, миграции на период до 2050 г. ....	83
11.2. Прогноз динамики численности населения на период до 2050 г. ....	89
11.3. Прогноз изменения половозрастной структуры населения на период до 2050 г. ....	93
11.4. Демографический дивиденд. ....	97
11.5. Старение населения. ....	99
12. Уровень жизни населения Казахстана .....	102
12.1. Доходы, расходы и потребление домохозяйств .....	102
12.2. Неравномерность распределения доходов и уровень бедности .....	105
13. Гендерное равенство и искоренение гендерного насилия .....	111
Насилие в отношении женщин. ....	113
Гендерное насилие в отношении людей с инвалидностью. ....	117
Ранние (детские) браки. ....	120
14. Особые нужды людей с инвалидностью. ....	123
15. Политика в области народонаселения. ....	125
14.1. Демографическая, семейная и гендерная политика. ....	125
14.2. Рекомендации по учету результатов АПН в социально-экономическом планировании и мониторинге программ развития, включая вопросы совершенствования демографической и семейной политики .....	130
Основные выводы и рекомендации .....	132

## Введение

Наиболее важным капиталом, которым располагает общество, является человеческий капитал. Оценка количества и качества этого капитала на региональном и национальном уровнях является одним из важнейших элементов современного государственного управления. Числовые значения профиля нации, с определением численности населения, его структуры по возрасту, полу, образованию, профессии, экономической деятельности и другим важнейшим характеристикам, являются обязательным условием для доказательного принятия государственных решений и играют незаменимую роль в мониторинге прогресса в достижении принятых на международном уровне Целей Устойчивого Развития.

С 2016 года мир официально приступил к реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года - плана активных преобразований, в основе которого лежат 17 целей в области устойчивого развития, - для решения в течение следующих пятнадцати лет неотложных глобальных проблем. Казахстан также поддержал Цели устойчивого развития (ЦУР). Говоря о новой Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, Президент Казахстана – Н.А. Назарбаев на 70-й Генеральной Ассамблее ООН отметил, что цели и ориентиры новой повестки развития полностью совпадают с приоритетами и задачами Казахстана. руководствуясь тем, что ориентиры документа ООН полностью совпадают с приоритетами и задачами страны, обозначенных в Стратегии «Казахстан - 2050»,

Приоритеты страны созвучные с современными вызовами нашли отражение в Стратегии «Казахстан-2050», нацеленной на то, чтобы обеспечить вхождение государства в число 30 самых развитых стран мира и в реализации Плана нации «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ», Пяти социальных инициативах и Программе «Рухани жаңғыру».

Устойчивое развитие не может быть достигнуто без обеспечения того, чтобы все женщины и мужчины, а также девочки и мальчики в полной мере использовали права человека для расширения своих возможностей, включая обеспечение их репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья, а также обеспечения достойного труда и содействия экономическому росту.

Изменения пропорций молодежи и пожилых групп, а также показателей рождаемости, заболеваемости и смертности, роста населения, урбанизации и внутренней миграции взаимосвязаны с неравенством в доходах и возможностях в регионах страны. Кроме национальных средних показателей, особую роль играют субнациональные данные, отражающие региональные различия в экономических возможностях и доступе к основным социальным и медицинским услугам, включая услуги в области репродуктивного здоровья. Динамика народонаселения, особенно в контексте постоянного неравенства, имеет большое влияние на процессы развития, определяя возможности достижения целей развития. Молодые люди являясь потенциалом будущего развития, способствуют технологическим инновациям и социальным преобразованиям, если они обеспечены качественным здравоохранением, образованием и возможностями достойного трудоустройства.

Качественные дезагрегированные демографические данные, являются одним из ключевых условий для эффективного планирования и мониторинга национальных и региональных программ развития. Ключевую

Повестка 2030 во многом совпадает с приоритетами Стратегии развития «Казахстан-2050». Уже 79,9% задач Целей Устойчивого Развития локализованы в стратегических и программных документах системы государственного планирования. Это хороший показатель, который приближает нас к конечной цели.

...Несмотря на достигнутые результаты, мы ставим новые амбициозные задачи. Возможность их выполнения усложняется ввиду обладания внушительной территорией и малой плотности населения.

**Премьер-Министр Республики Казахстан  
А.У. Мамин**

Добровольный национальный обзор Республики Казахстан «О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого развития». 2019

роль в обеспечении данных для осуществления мониторинга ЦУР и соответствующих задач должна играть официальная статистика, как отмечено в цели устойчивого развития под №17. В связи с принципом Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года «Никто не должен быть забыт», одним из главных вызовов для национальных статистических органов является необходимость дезагрегации статистических данных по признаку пола, возраста, этнической принадлежности, состояния здоровья (инвалидности), уровня дохода и т.д.

Учет динамики народонаселения и демографические прогнозы рассматриваются глобальной повесткой дня в области развития как важные компоненты при разработке стратегий и программ устойчивого развития. Это предусматривает необходимость укрепления национального потенциала стран по вопросам сбора, анализа и использования демографических данных, а также учета сложной системы взаимосвязей между динамикой народонаселения и развитием для обеспечения устойчивости как национальных, так и региональных стратегий развития.

Демографические факторы являются важными компонентами как причин, так и реакции на будущие экономические, экологические и социальные изменения. Междисциплинарные исследования будущего изменения численности населения могут быть связаны с прогнозируемыми тенденциями в отношении численности и роста населения, возрастной структуры, урбанизации и миграции, среди других переменных. Понимание проблем и последствий изменения возрастных структур может повысить способность правительства выбирать политику, которая будет основываться на экономическом потенциале, присущем демографическим изменениям.

Поддержка национальных инициатив в изучении вопросов взаимосвязи народонаселения и развития - один из важных приоритетов Программы деятельности ЮНФПА для Казахстана. Большое внимание в этой деятельности уделяется содействию интеграции демографических данных в социально-экономическое планирование и мониторинг программ развития.

В 2019 году страновой офис ЮНФПА оказывает техническую помощь Правительству Республики Казахстан в комплексной оценке демографической ситуации в стране и связей демографической динамики с бедностью, неравенством, национальным и региональным развитием и предоставления доказательных данных для разработки политики и интеграции демографических данных в планирование и мониторинг программ развития.

Важным элементом этой программы является аналитическая работа «Анализ положения в области народонаселения» (АПН). Выполнение этой работы на национальном

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года является мировой программой для построения лучшего будущего для всех на здоровой планете. ... эта миссия тесно взаимосвязана с демографическими тенденциями, включая рост численности населения, старение населения, миграцию и урбанизацию.

Управляя этими демографическими тенденциями, мы должны также признать взаимосвязь между народонаселением, развитием и благополучием человека. Двадцать пять лет назад на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в Каире мировые лидеры впервые четко сформулировали взаимосвязь между народонаселением, развитием и правами человека, включая права в области охраны репродуктивного здоровья. Они признали также, что поощрение гендерного равенства является одним из самых надежных путей к достижению устойчивого развития и повышению благополучия для всех.

...Несмотря на прогресс, достигнутый в деле снижения показателей материнской смертности и нежелательных беременностей, многие вызовы сохраняются. Проблемы, связанные с беременностью, по-прежнему являются главной причиной смертности среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Гендерное насилие, которое коренится в неравенстве, продолжает наносить ужасающий урон.

Претворение в жизнь концепции МКНР открывает возможности для тех, кого обошли вниманием, и позволит проложить путь к устойчивому, справедливому и инклюзивному развитию для всех.

**Послание Генерального Секретаря ООН по случаю Всемирного Дня Народонаселения 11 июля 2019 г.**

уровне с участием международных консультантов позволяет провести глубокий анализ имеющейся социально-демографической информации и использовать полученные результаты для комплексной оценки динамики численности и структуры народонаселения, тенденций и перспектив воспроизводства населения, а также связей демографических процессов с региональным развитием экономики и социальной сферы.

Представленный отчет о проделанной работе, основан на официальных статистических данных, как представленных на сайте Комитета по статистике Республики Казахстан (текущая статистика, статистические бюллетени и сборники, данные переписей населения), так и дополнительных данных, представленных специалистами Комитета по статистике Республики Казахстан. В тех случаях, когда не было всей необходимой для анализа информации, на основе имеющихся данных делались расчеты и оценки величин тех или иных показателей. При использовании статистических данных учитывалось образование новой Туркестанской области с новым областным центром г. Туркестан, существенное изменение численности и структуры населения Южно-Казахстанской области после выхода из ее состава города с миллионным населением и образование новой административно-территориальной единицы – города республиканского подчинения Шымкент.

Для оказания технической помощи правительству в работе над национальным АПН «Анализом положения в области народонаселения» были привлечены международные консультанты Архангельский В.Н. (МГУ), Денисенко М.Б. (НИУ ВШЭ, Елизаров В.В. (МГУ), имеющие большой опыт аналогичной работы со страновым офисом ЮНФПА в Республике Казахстан, а также Жусупов Б.С., национальный консультант и Молдакулова Г.М., координатор национальных программ странового офиса ЮНФПА в Казахстане по вопросам Народонаселения и Развития и Гендера,

## **1. Компоненты динамики численности населения Казахстана<sup>1</sup>**

### **1.1. Рост численности населения**

25 октября 1990 г. постановлением Верховного Совета Казахской ССР №1700 была принята Декларация о государственном суверенитете Казахской Советской Социалистической Республики, а 16 декабря 1991 г. был принят Конституционный закон Республики Казахстан №1007-ХІІ «О государственной независимости Республики Казахстан».

Казахстан является уникальной и многонациональной страной в которой проживает более 100 этносов и 18 конфессий, обладает девятой по величине территорией мира, имея при этом низкую плотность населения (средняя плотность населения – 6,8 человек на км) и занимает шестое место в мире по запасам природных ресурсов.

Казахстан вошёл в число стран с уровнем дохода выше среднего.

Согласно данным Доклада о человеческом развитии 2018 г., Казахстан вошел в список стран с очень высоким значением Индекса человеческого развития (0,800), заняв 59-е место среди 188 стран мира.<sup>2</sup>

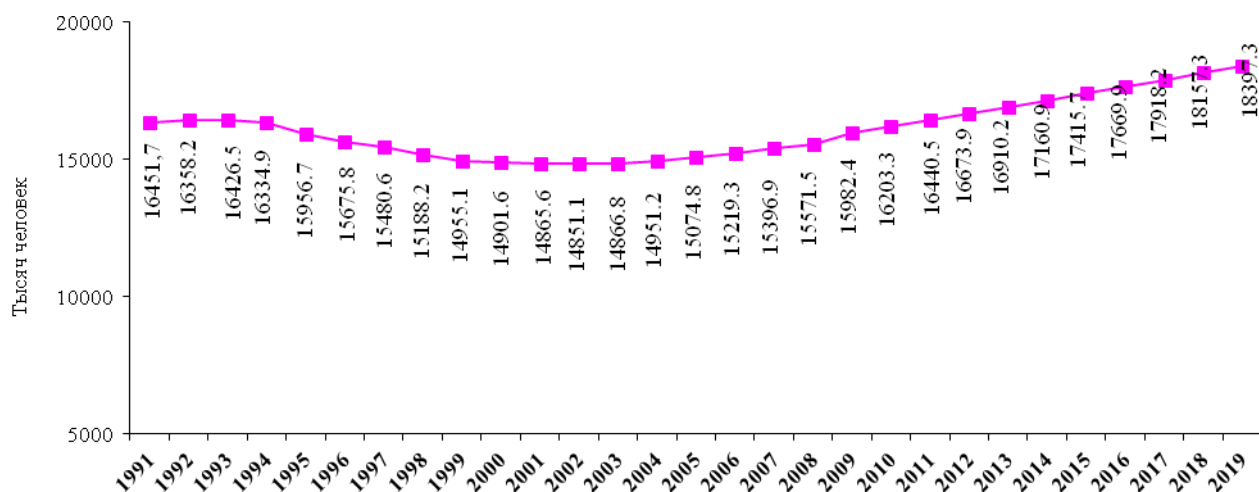
В первое десятилетие независимости численность населения Казахстана сокращалась (с 1992 по 2001 гг.). На начало 2002 г., по сравнению с началом 1992 г., она уменьшилась на 1 млн. 600 тыс. человек или на 9,7%. Наиболее существенным сокращением численности населения Казахстана, было в 1994-1998 гг. (на 1379,8 тыс. человек или на 8,4% за 5 лет) (см. рис. 1.1 и Приложение, табл.1.1).

<sup>1</sup> Источник данных по этому разделу: Основные демографические показатели Республики Казахстан ([http://stat.gov.kz/faces/wenav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=3009944111491078#%40%3F\\_afzLoop%3D3009944111491078%26\\_adf.ctrl-state%3D18a5j1xb40](http://stat.gov.kz/faces/wenav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=3009944111491078#%40%3F_afzLoop%3D3009944111491078%26_adf.ctrl-state%3D18a5j1xb40)); Экспресс-информация «Об уточненной численности населения Республики Казахстан на начало 2018 г»

<sup>2</sup> [[http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_human\\_development\\_statistical\\_update.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf) Human Development Indices and Indicators/ 2018 Statistical Update] (англ.). *United Nations Development Programme*.

Рисунок 1.1

## Динамика численности населения Республики Казахстан в 1991-2019 гг. (на нач. года)

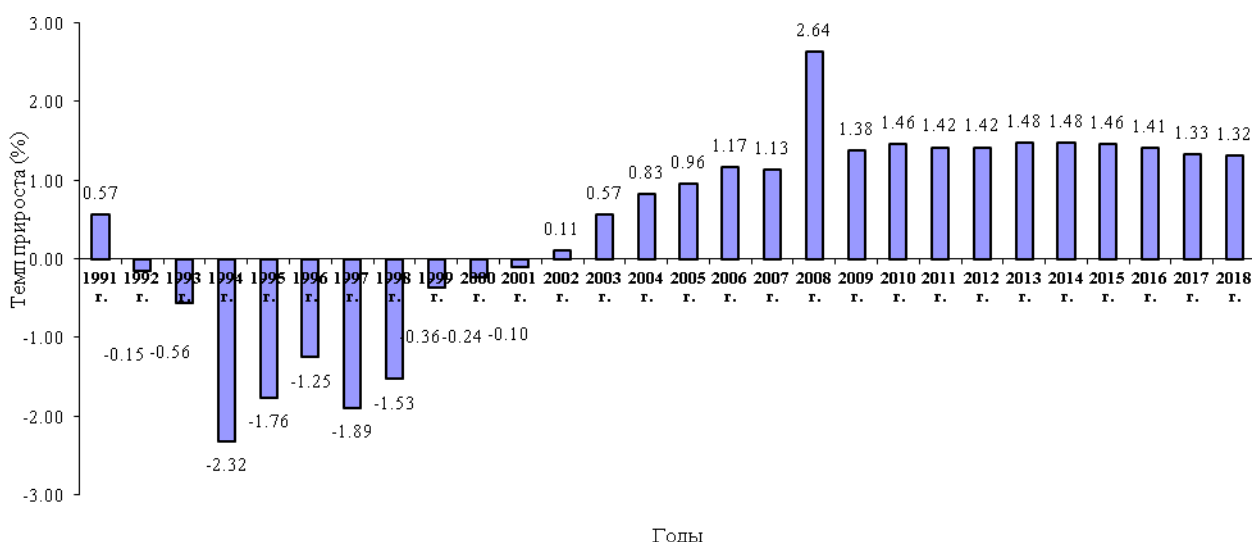


2002 г. был переломным в динамике численности населения Казахстана. Начиная с этого года она постоянно возрастает. В 2003-2008 гг. прирост численности населения почти ежегодно увеличивался: с 15,7 тыс. человек (0,1%) в 2002 г. до 410,9 тыс. (2,6%) в 2008 г.

В 2009-2018 гг. прирост численности населения Казахстана стабилен. Он составляет 220-255 тыс. человек или 1,3-1,5% в год (см. рис. 1.2).

Рисунок 1.2

## Темп прироста численности населения Республики Казахстан в 1991-2018 гг.



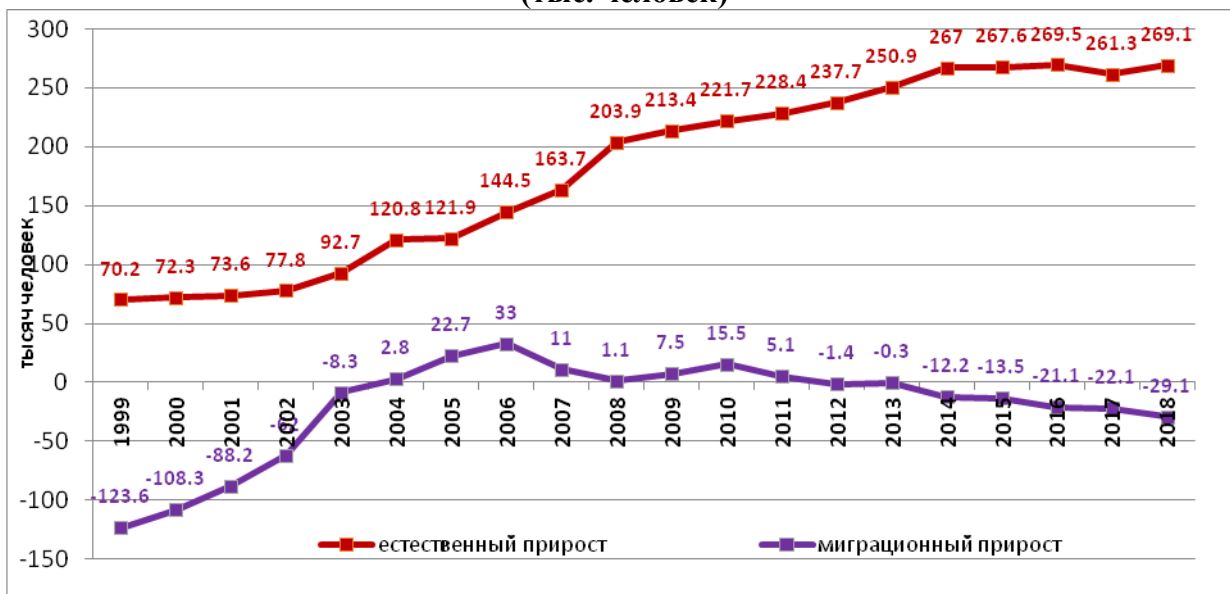
В целом за последнее десятилетие (2009-2018 гг.) численность населения Казахстана возросла на 2414,9 тыс. человек или на 15,1% и составляла на начало 2019 г. 18,4 млн. человек.

## 1.2. Влияние естественного и миграционного прироста на изменение численности населения

За последние 20 лет увеличение численности населения Республики Казахстан обеспечивалось его естественным приростом (см. рисунок 1.3, Приложение, табл. 1.2).

Рисунок 1.3

**Компоненты прироста численности населения Республики Казахстан в 1999-2018 гг. (тыс. человек)**



В целом за 1999-2018 гг. естественный прирост населения Казахстана составил 3 млн. 628,0 тыс. человек. 10,8% от него «забрало» отрицательное миграционное сальдо (391,4 тыс. человек).

В 1999-2001 гг. миграционные потери превышали естественный прирост, в результате чего происходило сокращение численности населения.

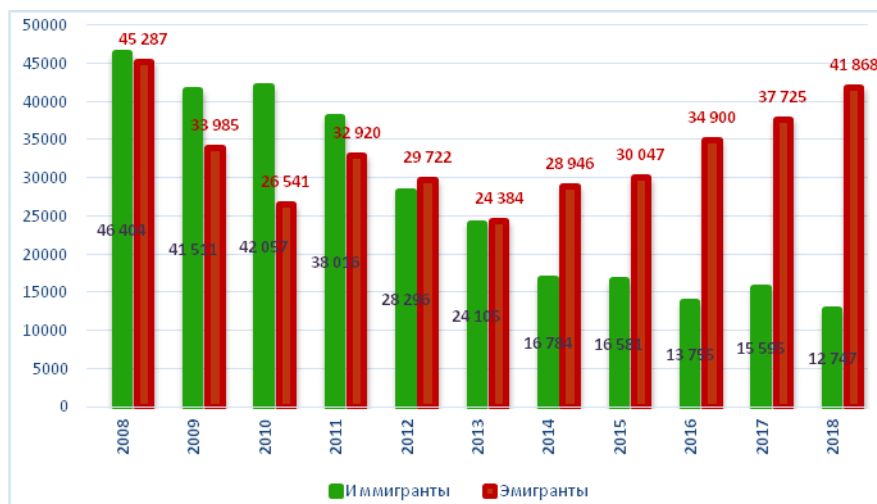
Только в 2004-2011 гг. имел место миграционный прирост, но и в эти годы вклад превышения числа родившихся над числом умерших в общий прирост численности населения составлял свыше 80%. То есть прирост численности населения происходил в основном за счет естественного прироста.

Численность населения Казахстана ежегодно увеличивается, начиная с 2002 г. Переход к устойчивому росту численности населения был связан, главным образом, с прекращением значительной миграционной убыли населения, а также с увеличением естественного прироста населения.

В последние годы отрицательное миграционное сальдо несколько увеличивается (с

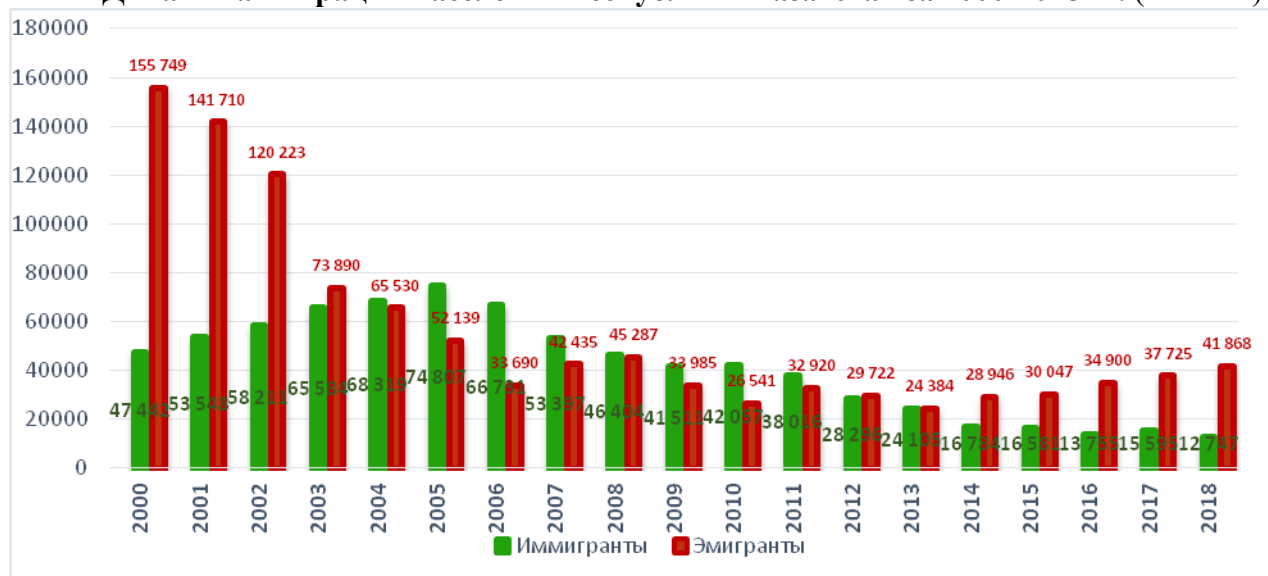
0,3 тыс. человек в 2013 г. до 29,1 тыс. в 2018 г.) (см. рис. 1.3) и, соответственно, возрастает его соотношение с естественным приростом населения (2013 г. – 0,1%; 2015 г. – 5,0%; 2018 г. – 10,8%).

В последнее десятилетие прирост численности населения Казахстана стабилен –



220-255 тыс. человек или 1,3-1,5% в год. Увеличение численности населения в последние 5 лет было бы еще большим (260-270 тыс. человек), если бы не возрастающая миграционная убыль (с 0,3 тыс. человек в 2013 г. до 29,1 тыс. в 2018 г.). За 2014-2018 гг. она «забрала» от прироста численности населения 7,3%, а в 2018 г. – 10,8%.

**Динамика миграции населения Республики Казахстан за 2000-2018 гг. (человек)**



## 2. Территориальное распределение населения

### 2.1. Изменение распределения населения в результате региональных различий в динамике его численности

Динамика численности населения областей и городов Казахстана значительно различается, что приводит к изменению распределения населения по территории Казахстана.

За годы независимости Казахстана существенно возросла численность и доля населения южных и западных областей. За 1992-2018 гг. в наибольшей степени - почти вдвое, увеличилась численность населения Мангистауской области; на 46,4% возросла численность населения Атырауской области; примерно на треть – Кызылординской (на 34,1%) и Туркестанской (на 33,3%) областей, на 22,7% – Алматинской, и на 17,5% – Актюбинской областей. (см. Приложение, табл. 2.2, 2.3, 2.4, 2.11, 2.14).

Число жителей Жамбылской области возросло на 8,0%, а Западно-Казахстанской – почти не изменилось (прирост составил 0,2% (см. Приложение, табл. 2.6, 2.7).

Все эти 8 областей относятся к южной и западной частям Казахстана. Доля населения этих областей в общей численности населения Казахстана возросла с 42,2% до 47,7% за период 1992 - 2019 гг. Причем, наибольшее значение этой доли было на начало 2014 г. составляя 49,2%.

Наибольшее увеличение доли в общей численности населения Казахстана произошло в Туркестанской области (на 1,8%: с 9,0% на начало 1992 г. до 10,8% на начало 2019 г. (в 2012-2014 гг. она достигала 11,9%). Доля населения Мангистауской области за этот период возросла на 1,6% (с 2,1% до 3,7%), Алматинской области – на 1,0% (с 10,1% до 11,1%), Атырауской области – на 0,8% (с 2,6% до 3,4%), Кызылординской области – на 0,7% пунктов (с 3,6% до 4,3%).

В то же время, области, находящиеся в центральной, северной и восточной частях Казахстана за этот период понесли весьма существенные потери численности населения. Наиболее значительные они в Северо-Казахстанской области (39,6%). Численность населения Акмолинской области сократилась на 31,0%, Костанайской – на 29,6%, Восточно-Казахстанской – на 22,4%, Павлодарской – на 21,1%, Карагандинской – на 18,6%. Доля населения этих 6 областей в общей численности населения Казахстана сократилась с



46,5% на начало 1992 г. до 30,9% на начало 2019 г., т.е. в 1,5 раза. (см. Приложение, табл. 2.1, 2.5, 2.8, 2.9, 2.12, 2.13).

В наибольшей мере сократилась доля населения Восточно-Казахстанской области в общей численности населения Казахстана (на 3,3%: с 10,8% до 7,5%), Карагандинской области - на 2,8% (с 10,3% до 7,5%), Костанайской области – на 2,8%-ных пунктов (с 7,5% до 4,7%), Северо-Казахстанской области – на 2,6% (с 5,6% до 3,0%), Акмолинской области – на 2,5% (с 6,5% до 4,0%) и Павлодарской области – на 1,7% (с 5,8% до 4,1%).

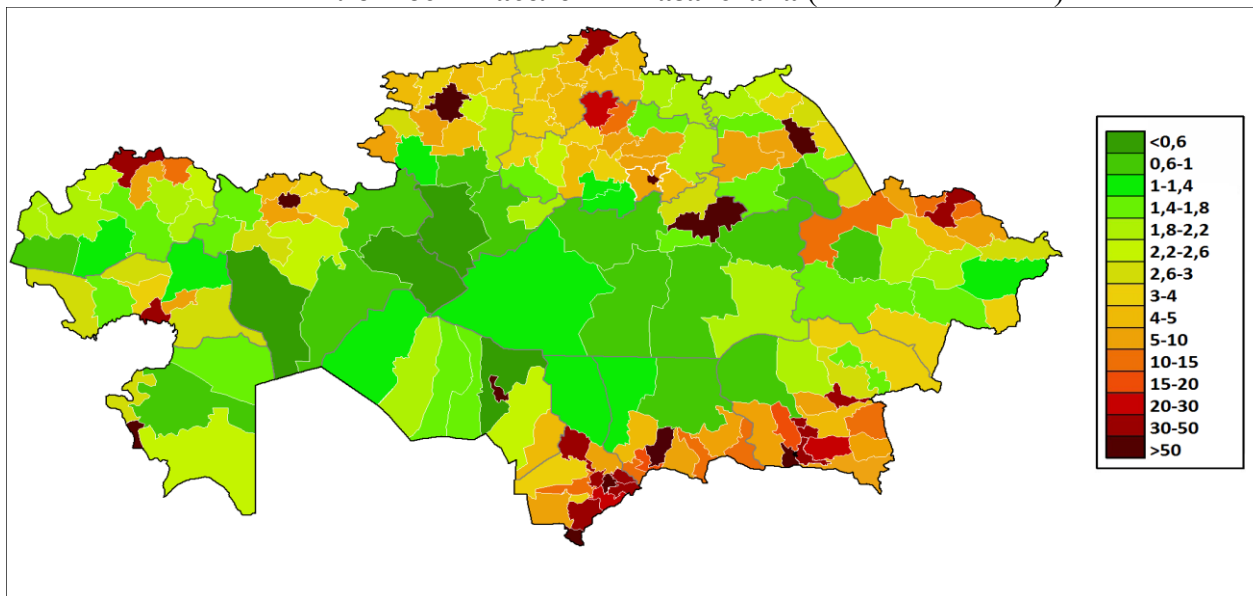
Начиная с 2008 г. устойчиво растет доля городского населения. Однако этот рост происходит за счет трех городов республиканского подчинения. За 1992-2018 гг. число жителей г. Нур-Султан возросло в 3,6 раза - с 298,7 тыс. человек до 1078,4 тыс. на начало 2019 г., т.е. в 3,6 раза (см. Приложение, табл. 2.15), г. Шымкент – в 2,5 раза, (с 400,5 тыс. человек на начало 1992 г. до 1009,1 тыс. на начало 2019 г.) (см. Приложение, табл. 2.17), и г. Алматы – на 63,5%.

Продолжается аккумуляция населения в этих трех крупнейших городах Казахстана: их доля в общей численности населения страны составляла 11,1% на начало 1992 г., достигнув 21,4% на начало 2019 г. При этом, доля населения г. Нур-Султан в общей численности населения Казахстана возросла в три раза - с 1,8% до 5,9%. Доля населения Шымкента в общей численности населения за этот период повысилась с 2,4% до 5,5%.

Не смотря на то, что численность населения г. Алматы в меньшей степени возросла за 1992-2018 гг. (на 63,5%), он, по-прежнему, остается самым многонаселенным городом (на начало 2019 г. – 1854,8 тыс. человек) (см. Приложение, табл. 2.16). Доля населения Алматы в общей численности населения Казахстана повысилась с 6,9% в 1992 г. до 10,1% на начало 2019 г.

У городского населения Казахстана имеет место как естественный, так и миграционный прирост населения. Прирост же сельского населения происходит только за счет превышения числа родившихся над числом умерших, тогда как миграционное сальдо отрицательное.

**Плотность населения Казахстана (человек на кв. км)**



## 2.2. Увеличение доли городского населения

Численность всего городского населения в стране увеличилась к началу 2019 г. по сравнению с началом 1992 г. на 1234,7 тыс. человек или на 13,6%, составив 58,2% всего населения страны.

Если же рассматривать отдельно численность населения трех крупнейших городов Казахстана и остального городского населения, то первая возросла более, чем в 2 раза (с 1833,6 тыс. на начало 1992 г. до 3942,3 тыс. на начало 2019 г.), а вторая – сократилась на

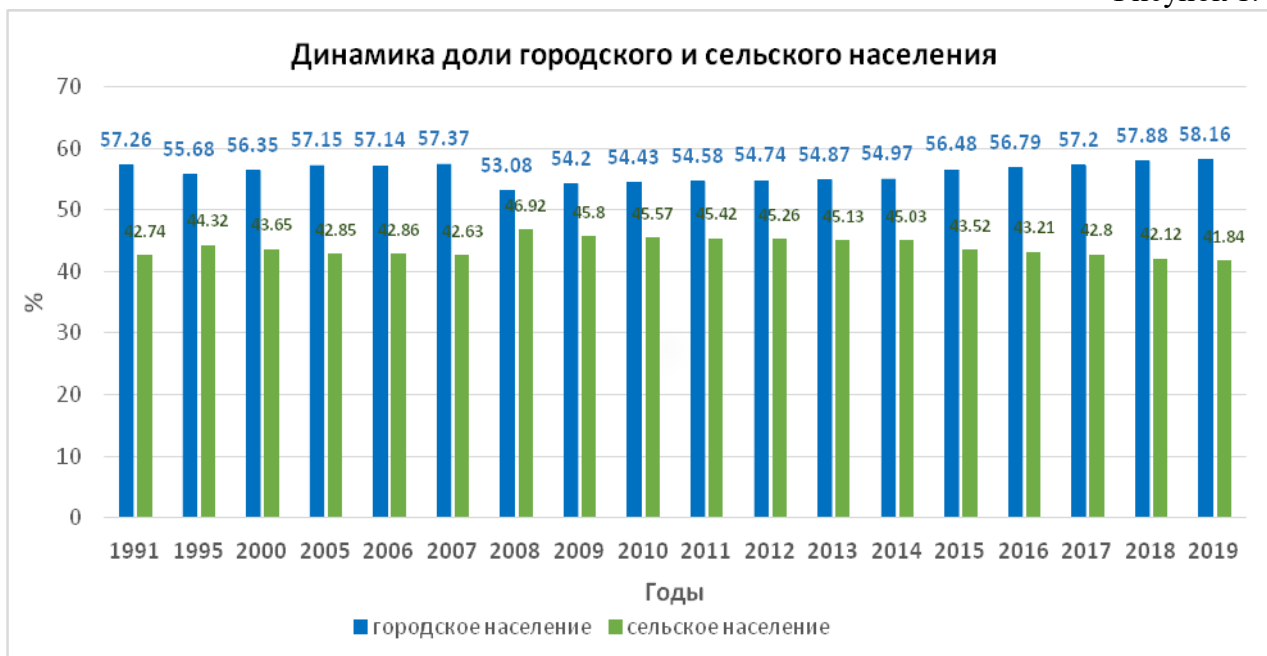
10,7% (с 7570,4 тыс. на начало 1992 г. до 6756,7 тыс. на начало 2019 г.). При этом доля жителей городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент в численности городского населения возросла с 19,5% до 36,8%.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «Об административно-территориальном устройстве Республики Казахстан» от 4 ноября 2006 г. №184-III, введенным в действие с 1 января 2007 г., городские поселки, находящиеся вне территории подчиненности администрациям городов республиканского, городского и областного значения, преобразованы в сельские местности. Эти административно-территориальные преобразования повлекли сокращение в 2007 г. численности городского населения и увеличение численности сельского населения на 707,7 тыс. человек.<sup>3</sup> Переход столь значительного количества населения из городских жителей в сельские существенно превысил сумму естественного и миграционного прироста у городского населения (140,4 тыс. человек) и дополнил ее у сельского населения (34,2 тыс. человек).

Если в 2007 г. административно-территориальные преобразования обусловили значительное сокращение численности городского населения и увеличение сельского, то в 2014 г., наоборот, в результате административно-территориальных преобразований 209,6 тыс. человек<sup>4</sup> перешли из сельского населения в городское. Большая часть из них (146,3 тыс. человек<sup>5</sup>) стали горожанами в результате расширения границ г. Шымкента.<sup>6</sup> 93,9 тыс. человек<sup>7</sup>, относившихся к сельскому населению Алматинской области, стали жителями Алматы.<sup>8</sup> В Мангистауской области, наоборот, 30,6 тыс. человек<sup>9</sup> из разряда городского населения перешли в сельское. В результате в 2014 г. общий прирост численности городского населения составил 403,4 тыс. человек или 4,3%, а численность сельского населения сократилась на 148,6 тыс. человек или на 1,9%.

В последние годы численность городского населения росла более существенными темпами, чем сельского, и в результате на начало 2019 г. доля городского населения в Казахстане составляла 58,2%, сельского – 41,8% (см. Приложение, табл. 2.18 и рис. 1.4).

Рисунок 1.4



<sup>3</sup> Рассчитано по: Численность населения. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Астана, 2009, с.176-177, 848-849

<sup>4</sup> Рассчитано по: Численность населения Демографический ежегодник Казахстана, 2013-2017. Астана, 2018, с.61-62, 259-260

<sup>5</sup> Рассчитано по: Демографический ежегодник Южно-Казахстанской области. 2009-2016. Шымкент, 2017. С.9, 41, 58

<sup>6</sup> Постановление Правительства Республики Казахстан от 18 октября 2013 года №1110 «Об изменении административной границы города Шымкент» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1300001110>)

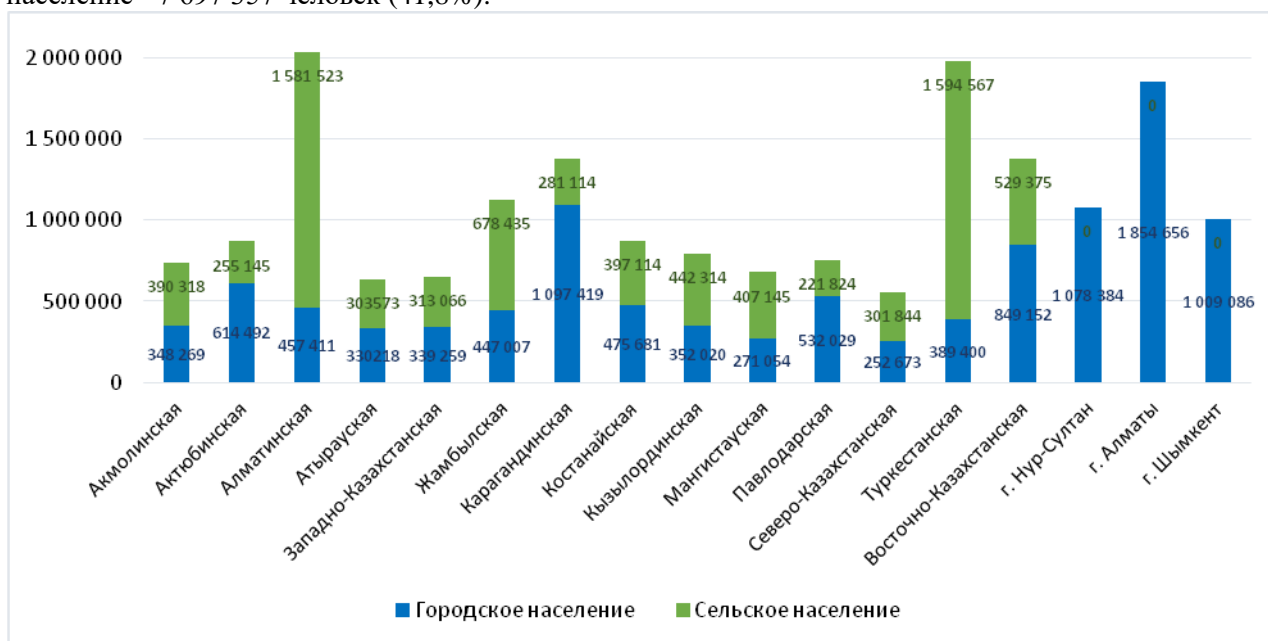
<sup>7</sup> Рассчитано по: Численность населения. Демографический ежегодник Казахстана, 2013-2017. Астана, 2018, с.61-62, 259-260

<sup>8</sup> Указ Президента Республики Казахстан от 16 апреля 2014 года № 798 «Об изменении границ города Алматы» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1400000798>)

<sup>9</sup> Рассчитано по: Численность населения. Демографический ежегодник Казахстана, 2013-2017. Астана, 2018, с.61-62, 259-260

### Распределение городского и сельского населения в областях Казахстана (нач. 2019 г.)

Все население - 18 395 567 человек: городское население - 10 698 210 человек (58,2%), сельское население - 7 697 357 человек (41,8%).



В южных регионах страны значительно преобладает сельское население – в Туркестанской области 80% сельского населения, в Алматинской – 77,5%, в Жамбылской – 60,3%.

У городского населения Казахстана имеет место как естественный, так и миграционный прирост населения. Прирост сельского населения происходит только за счет превышения числа родившихся над числом умерших, тогда как миграционное сальдо отрицательное (см. Приложение, табл. 2.19).

Естественный прирост преобладает в общем приросте численности городского населения. Его доля в целом за 2009-2018 гг. составляет 76,1%.

У сельского населения отрицательное миграционное сальдо в целом за 2009-2018 гг. составляет 42,7% от естественного прироста.

### 3. Структура населения

#### 3.1. Половозрастная структура населения: динамика и региональные различия

Половозрастная структура населения, отражая в себе результаты как демографической, так и социально-экономической истории, в то же время, во многом, определяет будущую демографическую динамику, создает возможности и ограничения экономического и социального развития.

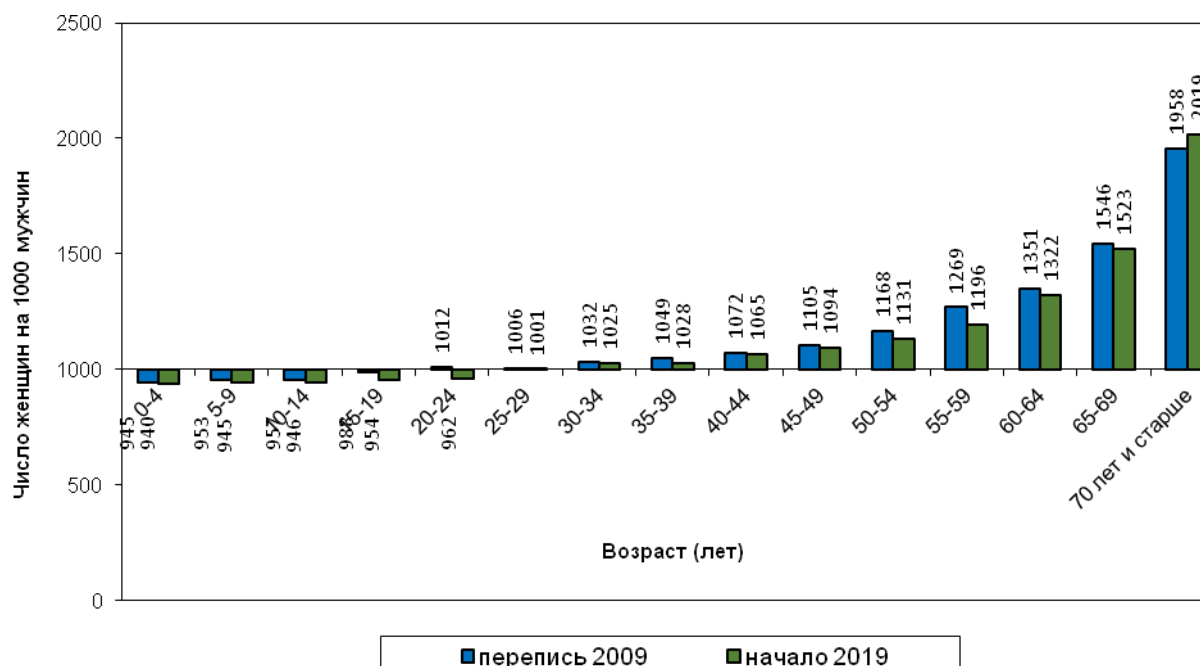
Удельный вес женщин в численности населения Республики Казахстан больше, чем мужчин. На начало 2019 г. их доля составляла 51,5%, а мужчин – соответственно, 48,5%. По сравнению с данными переписи населения 2009 г. (женщины – 51,8%, мужчины – 48,2%) доля женщин понизилась, а мужчин, соответственно, повысилась на 0,3%-ных пунктов. Эти изменения обусловлены, главным образом, изменениями в возрастной структуре населения – существенным повышением доли населения моложе трудоспособного возраста (см. Приложение, табл. 3.1), в котором выше доля мужского населения.

В младших возрастах перевес мужского населения обусловлен более высокой долей мальчиков среди родившихся (например, в Казахстане в 2017 г. доля мальчиков среди

родившихся составляла 51,7%, а девочек – соответственно, 48,3%<sup>10</sup>). Однако, более высокий уровень смертности мужчин во всех возрастах приводит сначала к выравниванию соотношения численности полов, а в более старших возрастах к значительному перевесу численности женщин. В Казахстане примерное равенство численности женщин и мужчин имеет место в возрастном интервале 20-29 лет. В возрасте 65-69 лет женщин уже в 1,5 раза больше, чем мужчин, а в 70 лет и старше – в 2 раза (см. рис. 3.1).

Рисунок 3.1

**Число женщин на 1000 мужчин по возрастным группам в Республике Казахстан (по переписи населения 2009 г. и на начало 2019 г.)<sup>11</sup>**



Обратим внимание, что по состоянию на начало 2019 г., в отличие от данных переписи населения 2009 г., перевес численности мужчин сохраняется до возрастной группы 20-24 лет (по переписи населения 2009 г. в этом возрасте было 1012 женщин на 1000 мужчин) и в более старших возрастах (кроме 70 лет и старше) этот перевес меньше. Косвенно это свидетельствует о сокращении разницы в уровне смертности между мужчинами и женщинами. Это подтверждает существенное уменьшение разницы в средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни для новорожденных между женщинами и мужчинами с 9,7 года в 2009 г. до 8,2 в 2017 г.<sup>12</sup>

Особенностями возрастной структуры, во многом, объясняются региональные различия в соотношении численности женщин и мужчин. В структуре жителей двух областей, на начало 2019 г., мужчин было больше – в Туркестанской (50,7%) и Кызылординской (50,2%).

В то же время, наиболее высокая доля женщин в численности населения г. Алматы (54,3%), Павлодарской (52,7%), Карагандинской (52,5%), Костанайской (52,5%), Восточно-Казахстанской (52,3%) и Северо-Казахстанской (52,2%) областей. В этих областях также наиболее высока доля населения старше трудоспособного возраста, в котором, обычно, наблюдается наибольшее превышение числа женщин над числом мужчин.

Трансформация возрастной структуры населения Казахстана в период после переписи населения 2009 г. проявляется в некотором сокращении доли населения

<sup>10</sup> Рассчитано по: Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.55 ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw_106))

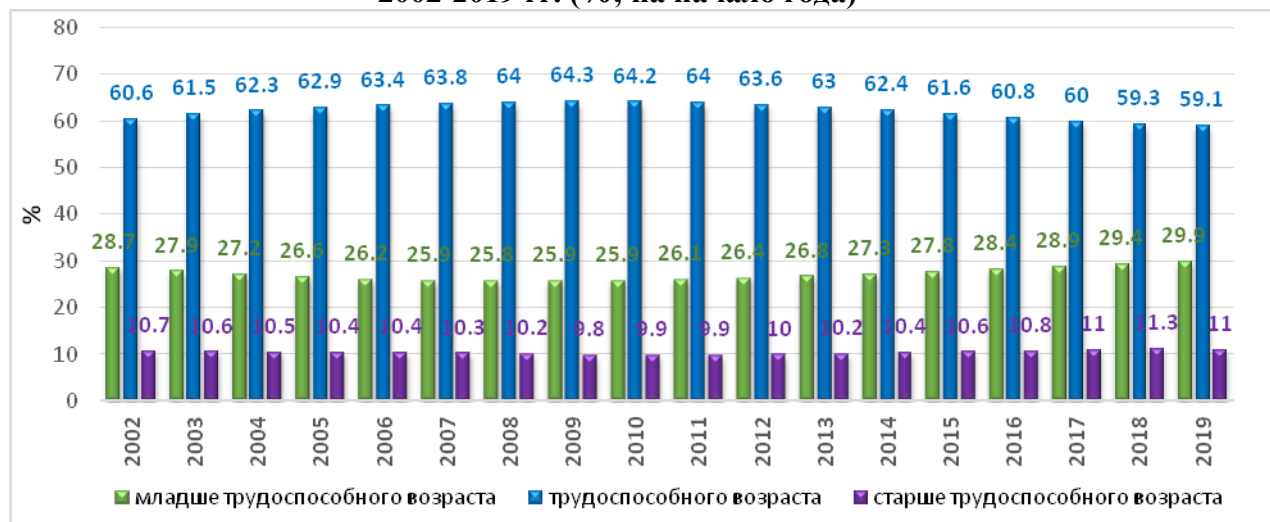
<sup>11</sup> Рассчитано по: Население Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Том 2. Астана, 2011, данные Комитета по статистике Республики Казахстан

<sup>12</sup> Рассчитано по: Динамика основных социально-экономических показателей Республики Казахстан

трудоспособного возраста при одновременном увеличении доли населения старше и, особенно, моложе трудоспособного возраста, связанным с увеличением естественного прироста населения – некоторым ростом рождаемости и снижением смертности (см. Приложение, табл. 3.1 и рис. 3.2).

Рисунок 3.2

**Распределение населения Республики Казахстан по основным возрастным группам в 2002-2019 гг. (%; на начало года)<sup>13 14</sup>**



Возраст (лет): **моложе трудоспособного** (0-15); **трудоспособный** (женщины 16-57, мужчины 16-62; на начало 2019 г. - женщины 16-58); **старше трудоспособного** (женщины 58+, мужчины 63+; на начало 2019 г. - женщины 59+).

На начало 2019 г. доля населения трудоспособного возраста составляла 59,1%. По сравнению с началом 2010 г. (64,2%) она уменьшилась на 5,1%.

Следует, конечно, иметь в виду, что распределение населения по возрастным группам, основанным на границах трудоспособного и пенсионного возраста на начало 2019 г. не вполне сопоставимо с предыдущими годами, так как к населению в трудоспособном возрасте были отнесены женщины 58 лет, которые ранее относились к группе «старше трудоспособного возраста». Такое изменение увеличило численность и долю населения трудоспособного возраста и сократило – старше трудоспособного возраста.

Доля населения моложе трудоспособного возраста, наоборот, сокращалась до 2008 г., а начиная с 2010 г. повышается. К началу 2019 г. она достигла 29,9% (см. Приложение, табл. 3.1 и рис. 3.2).

В меньшей степени, но также повышается, начиная с 2011 г., и доля населения старше трудоспособного возраста. Снижение доли населения старше трудоспособного возраста к началу 2019 г. связано с повышением пенсионного возраста у женщин.

Доля женщин в возрастах 57 и 58 лет в общей численности населения Казахстана на начало 2018 г. составляла по 0,6%. Поэтому, если бы не произошло изменения границ пенсионного возраста у женщин, доля населения трудоспособного возраста сократилась бы в 2018 г. на 0,8%-ных пунктов, а доля населения старше трудоспособного возраста возросла бы на 0,3%-ных пунктов.

В городском населении существенно выше, чем среди сельских жителей, доля лиц трудоспособного возраста (на начало 2019 г. – соответственно, 60,2% и 57,6%). Выше среди горожан и доля лиц старше трудоспособного возраста (11,6% против 10,3% у сельского населения).

<sup>13</sup> Данные приводятся с 2002 г., так как с 1 июля 2001 г. установлена граница начала пенсионного возраста 58 лет для женщин и 63 года для мужчин (Закон Республики Казахстан от 21 июня 2013 года №105-V «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1300000105>); Закон Республики Казахстан от 16 июля 1996 года № 32-1 «О внесении изменений и дополнений в Закон Казахской ССР «О пенсионном обеспечении граждан в Казахской ССР»» ([https://online.zakon.kz/document/?doc\\_id=1006185#pos=4](https://online.zakon.kz/document/?doc_id=1006185#pos=4;));

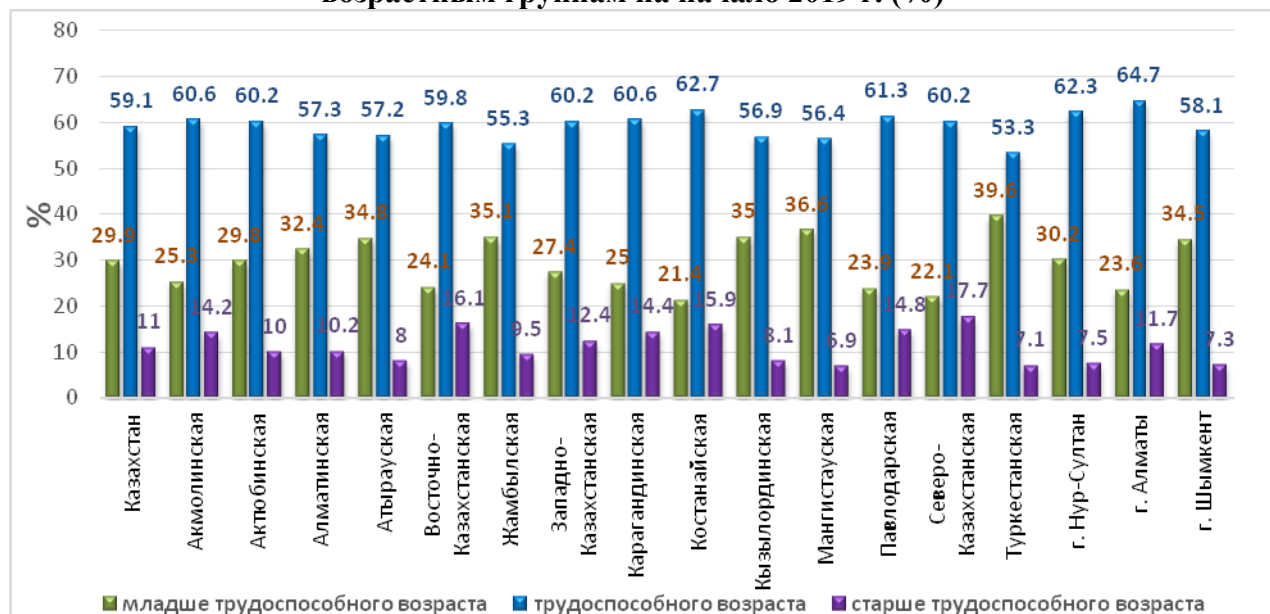
<sup>14</sup> Рассчитано по: Численность населения Республики Казахстан по полу и отдельным возрастным группам на начало 2017, 2018, 2019 гг.

Доля населения моложе трудоспособного возраста, напротив, в городском населении (28,3%) на начало 2019 г. была значительно меньше, чем в сельском (32,0%).

Возрастная структура населения существенно различается по областям и городам (см. Приложение, табл. 3.2 и рис. 3.3).

Рисунок 3.3

**Распределение населения областей и городов Республики Казахстан по основным возрастным группам на начало 2019 г. (%)<sup>15</sup>**



На начало 2019 г. наибольшая доля населения трудоспособного возраста была в г. Нур-Султан (62,3%) и г. Алматы (64,7%), а среди областей – в Костанайской (62,7%) и Павлодарской (61,3%). Менее всего она была в Туркестанской (53,3%) и Жамбылской (55,3%) областях. В Туркестанской области также одна из самых небольших доля населения старше трудоспособного возраста (7,1%). Немного меньше она лишь в Мангистауской области (6,9%).

Наиболее молодым является население Туркестанской и Мангистауской областей. В этих областях наиболее высокая доля детей и подростков в возрасте до 16 лет - на начало 2019 г. их доля составляла 39,6% и 36,6% соответственно. Несколько меньше, но больше трети населения, она в Жамбылской (35,1%), Кызылординской (35,0%) и Атырауской (34,8%) областях, и в г. Шымкент (34,5%). В отношении этих регионов можно говорить об относительно молодой возрастной структуре населения.

Областями с наименьшей (менее четверти населения) долей населения моложе трудоспособного возраста являются Костанайская (21,4%), Северо-Казахстанская (22,1%), Павлодарская (23,9%) и Восточно-Казахстанская (24,1%) области, и г. Алматы (23,6%).

При этом, в них относительно более высокая доля населения старше трудоспособного возраста: Северо-Казахстанская область - 17,7%, Восточно-Казахстанская – 16,1%, Костанайская – 15,9%, Павлодарская – 14,8%, Карагандинская – 14,4%. Почти столь же велика она и в Акмолинской области (14,2%).

В Алматы сочетается одна из самых низких доля населения в возрасте 0-15 лет с самой высокой долей населения трудоспособного возраста (см. табл. 3.2 в приложении).

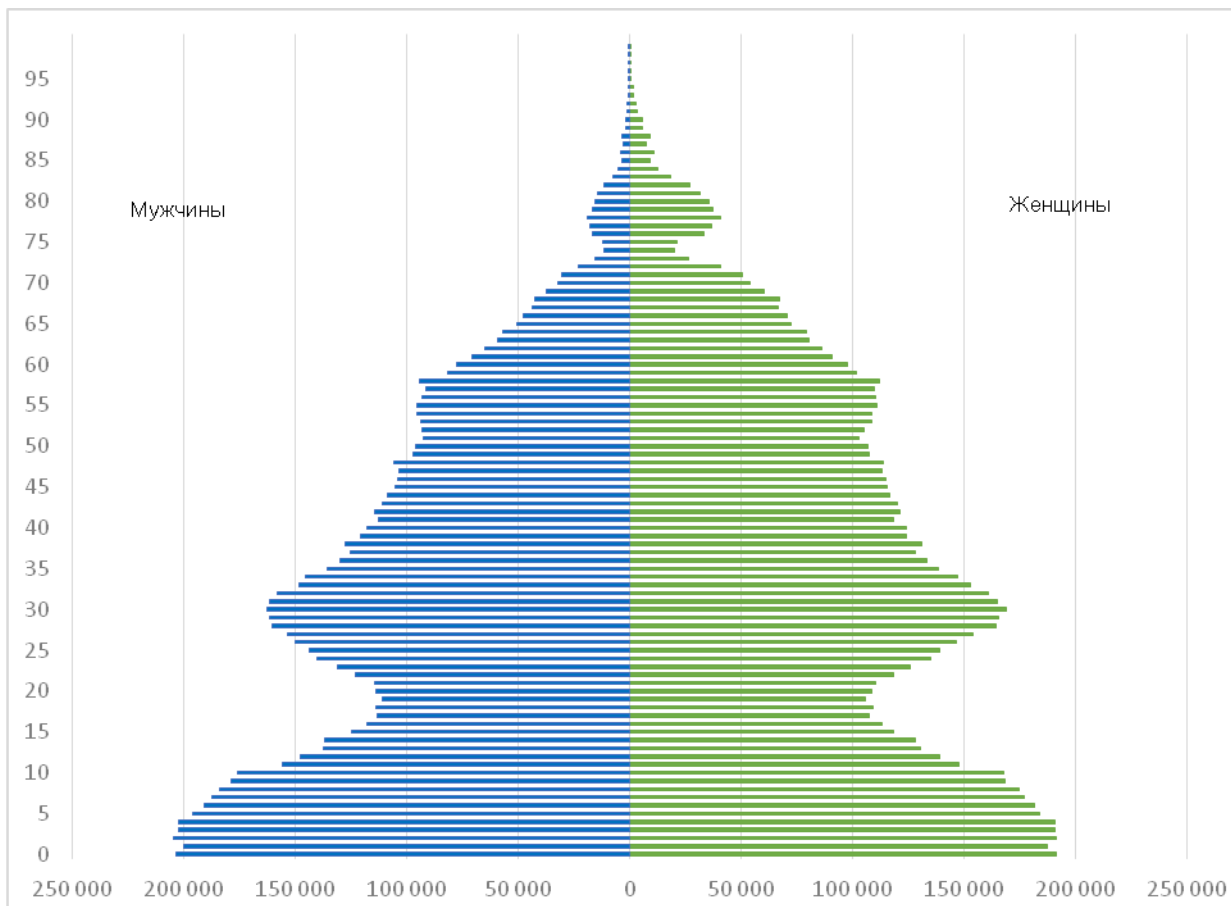
Половозрастная пирамида населения Казахстана на начало 2019 г. имеет сравнительно широкое (и расширяющееся в более молодых возрастах) основание (см. рис. 3.4). В этом нашло отражение почти ежегодное увеличение числа родившихся, начиная с

<sup>15</sup> Рассчитано по: Численность населения Республики Казахстан по полу и отдельным возрастным группам на начало 2019 года. Астана, ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=7188496683509120#%40%3F\\_afzLoop%3D7188496683509120%26\\_adf.ctrl-state%3D15akl9oume\\_50](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=7188496683509120#%40%3F_afzLoop%3D7188496683509120%26_adf.ctrl-state%3D15akl9oume_50))

2002 г., пришедшее на смену значительному его сокращению в 1990-е гг., когда наблюдалось снижение рождаемости. Следствием этого сокращения является «провал» на половозрастной пирамиде – в возрастной группе 15-20 лет. Наибольшая его глубина на начало 2019 г. была в возрастном интервале 17-21 год (1997-2001 гг. рождения).

Рисунок 3.4

**Половозрастная пирамида населения Республики Казахстан (на начало 2019 г.)<sup>16</sup>**



В старших возрастах основной «провал» на половозрастной пирамиде на начало 2019 г. был в возрастной группе 73-75 лет (1943-1945 гг. рождения). Это малочисленные контингенты родившихся в годы Великой Отечественной войны.

Начиная с поколения 1946 г. рождения контингенты населения постоянно возрастают по численности до поколения 1960 г. рождения (58 лет на начало 2019 г.).

Уменьшение численности репродуктивных контингентов населения, вероятно, компенсировалось относительно высокими возрастными коэффициентами рождаемости. В результате в возрастах от 49 до 58 лет на начало 2019 г. (1960-1969 гг. рождения) численность населения различается совсем незначительно.

В 1970-е – первой половине 1980-х гг. число родившихся возросло. Особенно значительным этот рост был в 1984-1987 гг., в т.ч. в связи с реализацией мер помощи семьям с детьми. Увеличение численности поколений в этот период нашло свое отражение на половозрастной пирамиде, прежде всего, в возрастном интервале 30-39 лет (на начало 2019 г.) (см. рис. 3.4).

В более молодых возрастах на половозрастной пирамиде существенный провал, о котором шла речь выше. В Казахстане, как видно на половозрастной пирамиде, сокращения численности этих контингентов женщин активного репродуктивного возраста, практически,

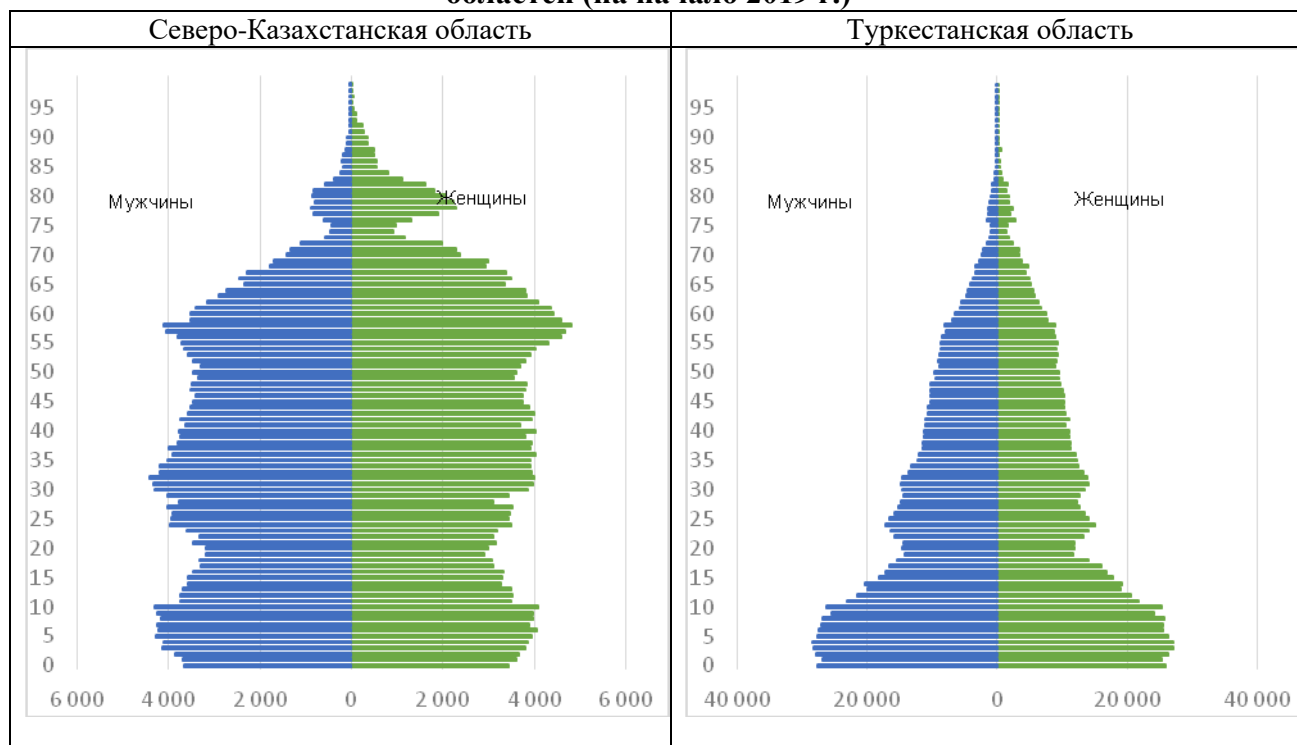
<sup>16</sup> По данным Комитета по статистике Республики Казахстан.

не было и, следовательно, снижение числа родившихся в 1990-е гг. было почти исключительно детерминировано снижением возрастных коэффициентов рождаемости.

Региональные различия возрастной структуры населения хорошо видны на примере половозрастных пирамид Северо-Казахстанской и Туркестанской областей (северного и южного регионов (см. рис. 3.5).

Рисунок 3.5

**Половозрастная пирамида населения Северо-Казахстанской и Туркестанской областей (на начало 2019 г.)<sup>17</sup>**



Половозрастная пирамида населения Северо-Казахстанской области в возрастах моложе 60 лет имеет близкую к прямоугольной форму (численность населения (оба пола) в однолетних возрастных интервалах от 6,1 тыс. человек до 8,9 тыс.) с относительно высокой долей населения трудоспособного возраста. В отличие от нее, половозрастная пирамида населения Туркестанской области имеет широкое основание и существенно зауженную вершину пирамиды (т.е. низкую долю населения пожилого возраста и высокую долю детей до 16 лет).

Доля населения в возрасте 15-24 года на начало 2019 г. в Республике Казахстан составляла 12,8%. Наиболее высокая доля молодежи этой возрастной группы в Туркестанской (15,2%) и Кызылординской (14,3%) областях, в г. Шымкент (15,6%). Самая меньшая доля ее в Восточной-Казахстанской и Павлодарской областях (по 11,2%).

Удельный вес подростков в возрасте 15-19 лет составляет 6,2% всего населения Казахстана. По 7,0% составляет доля молодежи этого возраста в Жамбылской и Кызылординской областях, 8,0% – в Туркестанской области, 7,8% в Шымкенте. Значительно ниже величина этого показателя в Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях (по 5,4%). Еще меньше она в Нур-Султане (5,0%) и Алматы (4,7%).

Доля населения в возрасте 20-24 года на начало 2019 г. составляла 6,6%. Свыше 7% она в Кызылординской (7,2%) и Туркестанской (7,3%) областях, в городах Алматы (7,2%) и Шымкент (7,8%), а менее 6% – в Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях (по 5,8%).

<sup>17</sup> По данным Комитета по статистике Республики Казахстан.



### 3.2. Влияние половозрастной структуры населения на демографическую динамику

Половозрастная структура населения не только несет на себе отпечатки демографической истории, но и, во многом, предопределяет будущую динамику чисел родившихся, умерших, естественного прироста населения.

Современная половозрастная структура населения Казахстана, не совсем благоприятна, с точки зрения перспектив демографической динамики.

С одной стороны, в активном репродуктивном возрасте будут малочисленные контингенты родившихся в 1990-е гг. На начало 2019 г. численность 15-19-летних женщин на 7,6% меньше, чем 20-24-летних, а их, в свою очередь, на 22,2% меньше, чем 25-29-летних. Соответственно, численность женщин в возрастной группе 15-19 лет на 28,0% меньше, чем в 25-29 лет. Такое предстоящее сокращение численности женщин активного репродуктивного возраста, практически, неизбежно (даже в случае существенного повышения возрастных коэффициентов рождаемости) вызовет сокращение абсолютного числа родившихся и общего коэффициента рождаемости.

С другой стороны, стороны достигать 70-летнего рубежа, за которым имеют место уже относительно высокие показатели смертности, будут все более многочисленные поколения. Например, на начало 2019 г. численность 65-летних жителей Казахстана была на 42,8% больше, чем 70-летних, а 60-летних на 42,5% больше, чем 65-летних. Наиболее многочисленное поколение (в этих возрастах) на начало 2019 г. было в возрасте 58 лет. Оно больше 60-летних на 17,7%. По сравнению с теми, кому на начало 2019 г. было 70 лет, численность населения в возрасте 60 лет больше вдвое (на 103,5%), а в возрасте 57 лет – в 2,4 раза (на 139,5%). Даже с учетом того, что часть этого населения не доживет до 70 лет (при уровне смертности 2017 г. вероятность дожить до 70 лет у 65-летних составляет 81,6% у мужчин и 91,4% у женщин, у 60-летних – соответственно, 71,3% и 86,6%, у 57-летних – 67,5% и 84,7%), в ближайшие годы будет происходить существенное возрастание числа жителей Казахстана достигающих и преодолевающих этот возрастной рубеж. Такие изменения в возрастной структуре будут способствовать увеличению абсолютного числа умерших и общего коэффициента смертности.

Таким образом, трансформация возрастной структуры населения Казахстана в ближайшие годы будет способствовать снижению общих показателей рождаемости, повышению общих показателей смертности и, следовательно, сокращению естественного прироста населения.

### 3.3. Демографическая нагрузка

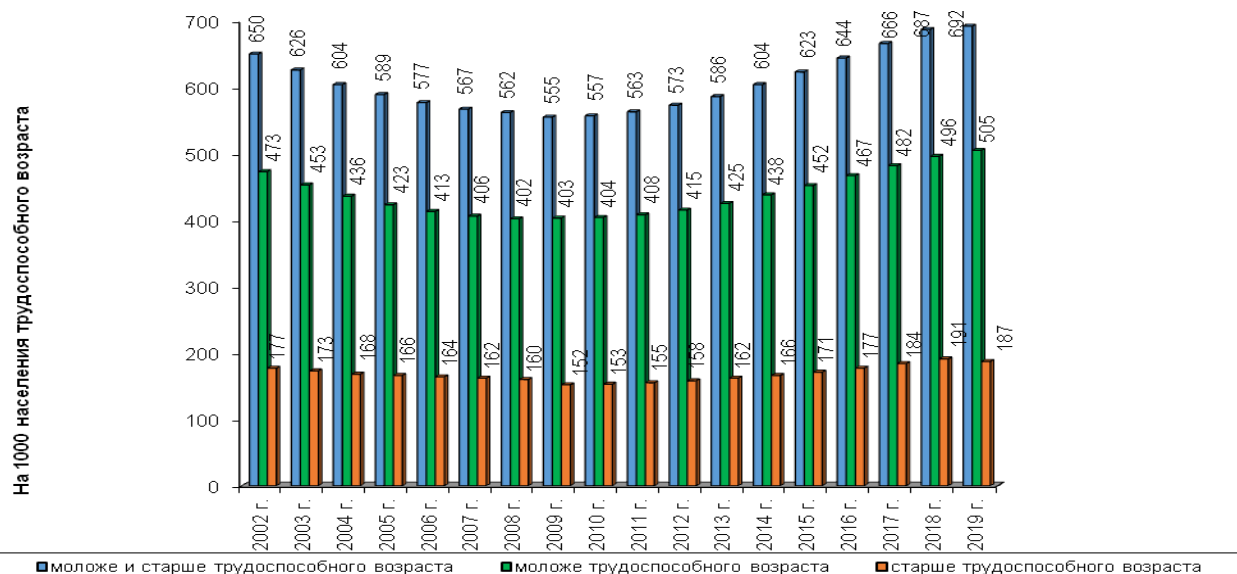
Демографическая нагрузка - обобщенная количественная характеристика возрастной структуры населения, отражающая нагрузку на общество непроизводительным населением. Она может иметь различное значение: положительное - когда нагрузка детьми превышает нагрузку пожилыми и, наоборот, крайне отрицательное - в случае преобладания нагрузки пожилыми.

Снижение в Казахстане, начиная с 2010 г., доли населения трудоспособного возраста обуславливает повышение коэффициента демографической нагрузки на него со стороны тех, кто моложе и старше трудоспособного возраста. На начало 2010 г. он составлял 557 на 1000 населения трудоспособного возраста, а к началу 2019 г. повысился до 692, т.е. на 135‰ (см. рис. 3.6 и Приложение, табл. 3.3).

Рисунок 3.6

**Коэффициент демографической нагрузки в Республике Казахстан в 2002-2019 гг. (численность лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 1000 населения трудоспособного возраста)<sup>18</sup>**

<sup>18</sup> Приложение, табл. 2.1



Основной прирост произошел по нагрузке со стороны лиц моложе трудоспособного возраста – с 404 в 2010 г. до 505 в 2019 г., т.е. на 101%.

Прирост коэффициента демографической нагрузки со стороны лиц старше трудоспособного возраста за этот период был почти втрое меньшим – 34% (с 153 в 2010 г. до 187 в 2019 г. (на начало 2018 г. этот коэффициент был несколько большим (191), но немного снизился из-за перехода 58-летней группы женщин из категории пенсионного возраста в трудоспособный).

На начало 2019 г. коэффициент демографической нагрузки со стороны лиц моложе трудоспособного возраста (505 на 1000) был в 2,7 раза больше, чем со стороны лиц старше трудоспособного возраста (187).

В городских поселениях Казахстана коэффициент демографической нагрузки (на начало 2018 г. – 656 на 1000 населения трудоспособного возраста) значительно меньше, чем у сельского населения (731). Меньшая демографическая нагрузка у городского населения имеет место только со стороны лиц моложе трудоспособного возраста (459 против 549 у сельского населения), а демографическая нагрузка лицами старше трудоспособного возраста в городских поселениях (197) несколько больше, чем в сельской местности (182).<sup>19</sup>

Демографическая нагрузка существенно различается в городах и областях Казахстана (рис. 3.6).

Рисунок 3.6



<sup>19</sup> По данным Комитета по статистике Республики Казахстан.

Наибольшее число лиц моложе и старше трудоспособного возраста приходится на 1000 населения в трудоспособном возрасте в Туркестанской области (877 на начало 2019 г.) и Жамбылской областях (808). Коэффициент демографической нагрузки составляет свыше 750 в Мангистауской (772) и Кызылординской (758) областях. Во всех этих областях относительно высок показатель демографической нагрузки со стороны лиц моложе трудоспособного возраста – в Туркестанской области она составляет 744 на 1000 населения трудоспособного возраста, а в остальных превышает 600 (свыше 600 величина этого показателя также и в Атырауской области, где коэффициент общей демографической нагрузки составляет 749). В то же время демографическая нагрузка со стороны лиц старше трудоспособного возраста в этих областях существенно меньше, чем в целом по Казахстану.

Наименьшие значения коэффициента демографической нагрузки в Костанайской области (596) и в г. Алматы (544). Немногим выше она в Нур-Султане (605).

В Костанайской области и г. Алматы наименьшая демографическая нагрузка на трудоспособное население со стороны лиц моложе трудоспособного возраста (соответственно, 342 и 364 на 1000).

Примерно такая же она и в Северо-Казахстанской области (367). Но здесь она сочетается с самым большим в Казахстане коэффициентом демографической нагрузки со стороны лиц старше трудоспособного возраста (294).

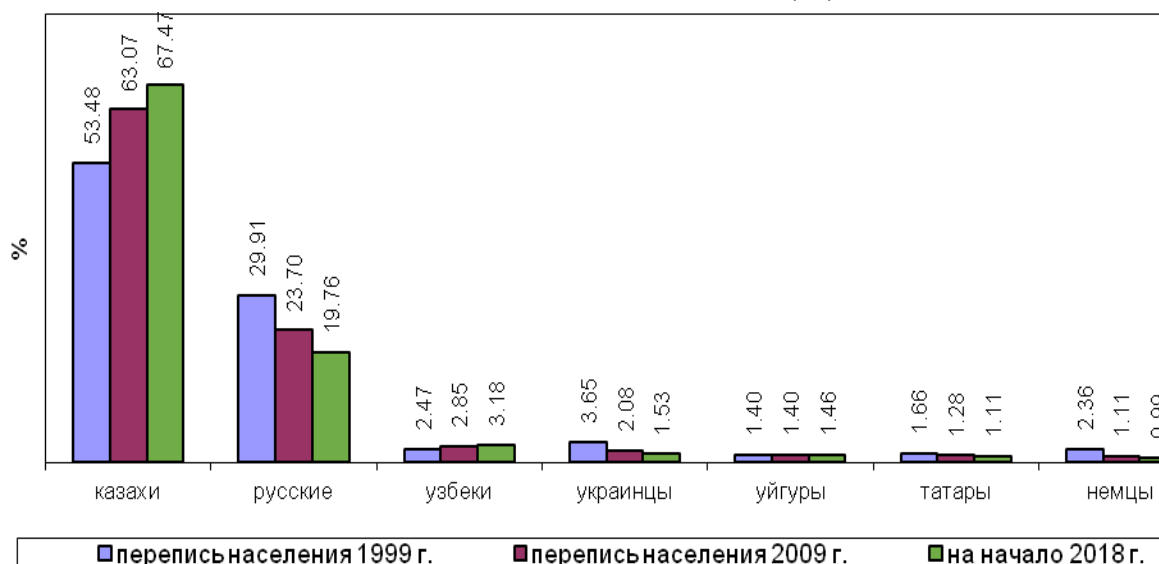
### 3.4. Этническая структура населения

Казахстан – многонациональное государство. На начало 2018 г. свыше 2/3 населения Казахстана составляли казахи (67,47%). Почти пятая часть – русские (19,76%). Среди других национальностей наиболее многочисленны узбеки (3,18%), украинцы (1,53%), уйгуры (1,46%), татары (1,11%), немцы (0,99%).<sup>20</sup>

Различия в параметрах, особенно, рождаемости, а также смертности, характере миграционных процессов, ассимиляция детерминируют различия в динамике численности населения различных национальностей и, следовательно, изменения этнической структуры населения Казахстана (см. рис. 3.5 и Приложение, табл. 3.4).

Рисунок 3.7

**Этническая структура населения Республики Казахстан по переписям населения 1999 и 2009 гг. и на начало 2018 г. (%)<sup>21</sup>**



<sup>20</sup> Рассчитано по: Численность населения Республики Казахстан по отдельным этносам на начало 2018 года. Астана, 2018

<sup>21</sup> Рассчитано по: Национальный состав, вероисповедание и владения языками в Республике Казахстан. Итоги Национальной переписи населения 2009 года в Республике Казахстан. Астана, 2010, с.4-5; Численность населения Республики Казахстан по отдельным этносам на начало 2018 года.

Существенно повышается доля казахов в общей численности населения Казахстана. Особенно значительным было ее повышение в период между переписями населения 1999 и 2009 гг. (с 53,48% до 63,07%). После переписи населения 2009 г. она продолжила возрастать и на начало 2018 г. составляла 67,47%.

Если по переписи населения 1999 г. русские составляли почти 30% (29,91%), то к началу 2018 г. их доля снизилась более чем на 10%-ных пунктов, составив 19,76%.

Сократилась и доля населения украинцев, немцев, татар и белорусов. Увеличение доли узбеков за 20 лет относительно существенное.

Этнический состав населения значительно различается по областям и городам Казахстана. Юго-западные регионы - Кызылординская, Атырауская и Мангистауская области, почти мононациональны. Доля казахов на начало 2018 г. в них составляла более 90% - соответственно, 96,2%, 92,4% и 90,7% (вторые по численности в них русские – 1,9%, 5,4% и 5,7%).

Выше, чем в целом по Казахстану, доля казахов в Актыобинской (82,4%), Туркестанской (76,3%), Западно-Казахстанской (75,9%), Жамбылской (72,6%) и Алматинской (71,8%) областях, а также в г. Нур-Султан (78,2%). Доля русских в них (кроме Туркестанской области) составляет от 10,0% в Жамбылской области (здесь весьма значительны доли дунган (5,1%), турок (3,0%) и узбеков (2,5%)) до 19,6% в Западно-Казахстанской. В Туркестанской области очень значительна доля узбеков (16,7%), и наименьшие доли русских и таджиков - по 1,8%.

В г. Шымкент доля казахов на начало 2018 г. составляла 66,0%, узбеков – 18,2%, русских – 9,7%. В Восточно-Казахстанской области доля казахов равна 60,0%, а русские составляют 36,5%. Почти столько же казахов в Алматы (59,5%). Русские здесь составляют 26,1% и значительна доля уйгур (5,5%).

Немногим более половины населения составляют казахи в Павлодарской (51,8%), Карагандинской (51,3%) и Акмолинской (51,0%) областях. Доля русских в них составляет, соответственно, 35,9%, 35,8% и 33,1%. В этих областях существенна доля украинцев (Акмолинская и Павлодарская – по 4,4%, Карагандинская – 3,0%) и немцев (соответственно, 3,5%, 2,7% и 2,3%).

В северной части страны - Костанайской и Северо-Казахстанской областях казахи составляют меньше половины населения (40,3% и 34,7% соответственно), а наиболее многочисленны в них русские (41,3% и 49,7%). Значительна доля украинцев (Костанайская – 8,4%, Северо-Казахстанская – 4,2%) и немцев (соответственно, 3,1% и 3,5%).<sup>22</sup>

## **4. Тенденции и дифференциация рождаемости**

### **4.1. Динамика и региональные различия рождаемости**

Общие показатели рождаемости в Казахстане значительно снижались в 1990-е гг., достигнув минимума в 1999 г., когда число родившихся сократилось на 38,4% по сравнению с 1991 г., а общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения) – на 32,1%.

В последующие годы число родившихся почти ежегодно увеличивалось и в 2016 г. превысило 400 тыс. человек (на 84,2% больше, чем в 1999 г.). В 2018 г. увеличившись, однако, не достигло уровня 2014-2016 гг.

Максимальная величина общего коэффициента рождаемости была достигнута в 2014 г. (23,1‰). В последующие годы она была несколько меньше и в 2017-2018 гг. самой низкой за период с 2008 г. (см. Приложение, табл. 4.1).

Следует, конечно, иметь в виду, что величина общего коэффициента рождаемости в значительной степени зависит от половозрастной структуры населения – более высокая

---

<sup>22</sup> Рассчитано по: Численность населения Республики Казахстан по отдельным этносам на начало 2018 года. ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=7345677807629416#%40%3F\\_afzLoop%3D7345677807629416%26\\_adf.ctrl-state%3Ddr2msaa9b\\_63](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=7345677807629416#%40%3F_afzLoop%3D7345677807629416%26_adf.ctrl-state%3Ddr2msaa9b_63))

доля женщин активного репродуктивного возраста предопределяет, при прочих равных условиях, относительно большую величину этого коэффициента.

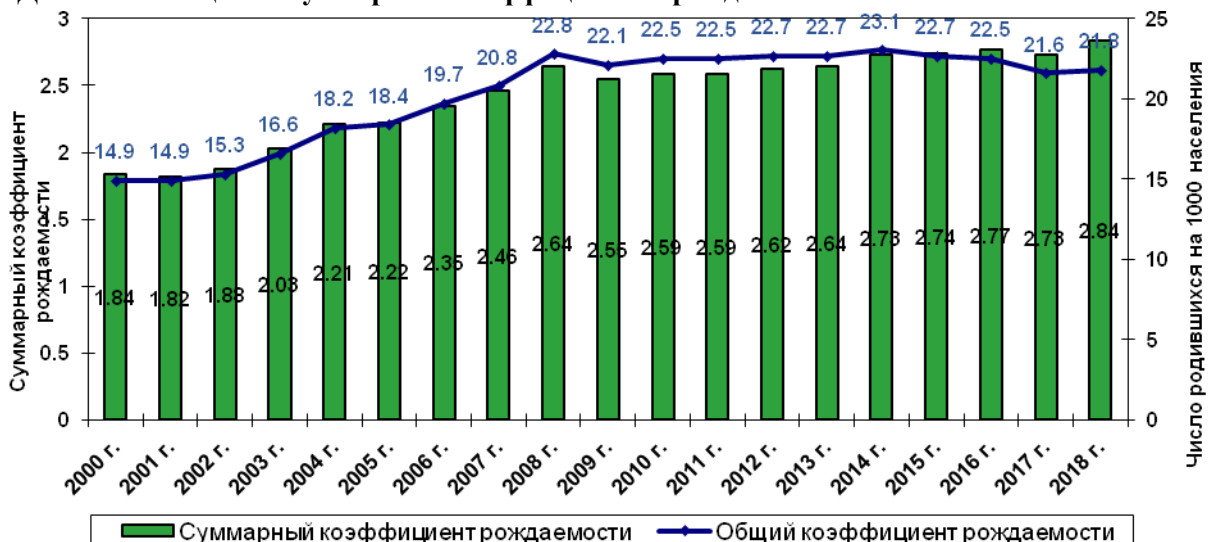
Выше отмечалось, что происходит снижение численности и доли женщин активного репродуктивного возраста, так как его достигают малочисленные контингенты родившихся в 1990-е гг. Это и является причиной снижения общего коэффициента рождаемости в последние годы. В еще большей степени особенности половозрастной структуры населения влияют на региональные различия общего коэффициента рождаемости, что делает нецелесообразным его сравнительный анализ по областям и городам Казахстана.

Более корректную оценку динамики и региональных различий рождаемости позволяет получить использование суммарного коэффициента рождаемости, характеризующего среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю её жизнь при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте. Он представляет собой число детей, которое родила бы женщина, если она проживет до конца своего детородного периода и будет рожать детей в соответствии с действующим возрастным коэффициентом рождаемости. Хотя его величина может быть подвержена влиянию тайминговых сдвигов – изменения «календаря» рождений (более раннее рождение детей, в связи с особо благоприятными условиями, особенно, если их наличие предполагается ограниченным какими-то временными рамками (например, меры помощи семьям с детьми с ограниченным сроком действия), или, наоборот, откладывание рождения детей), которые, вероятно, имели место в Казахстане в последние 20 лет. Для простого воспроизводства населения при современном уровне смертности необходим суммарный коэффициент рождаемости в 2,1.

Если общий коэффициент рождаемости в 2018 г. был одним из самых низких за период с 2008 г., то суммарный коэффициент рождаемости – самый высокий за период с 2000 г. – 2,84 (см. рис. 4.1). По сравнению с 2000-2001 гг., величина этого показателя в 2018 г. была больше на 1,0 (см. Приложение, табл. 4.2). Наиболее существенное относительное повышение суммарного коэффициента рождаемости происходило в 2003-2004 и 2006-2008 гг. В остальные годы его изменение было сравнительно небольшим. Однако, в 2018 г. его величина возросла на 0,11, что было самым большим ее приростом за период с 2009 г.

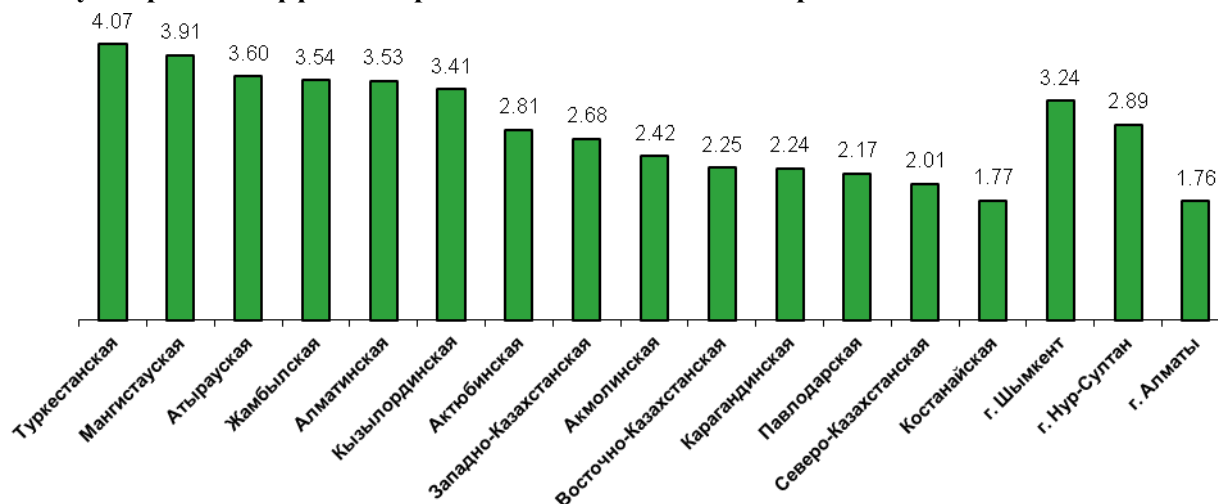
Рисунок 4.1

Динамика общего и суммарного коэффициентов рождаемости в Казахстане. 2000-2018 гг.



У сельского населения суммарный коэффициент рождаемости существенно выше, чем у городского (2018 г. – соответственно, 3,09 и 2,68). Однако, в начале 2000-х гг. в городских поселениях суммарный коэффициент рождаемости повышался более устойчиво и существенно, чем в сельской местности.

Регионы Казахстана существенно различаются по уровню рождаемости (см. рис. 4.2).

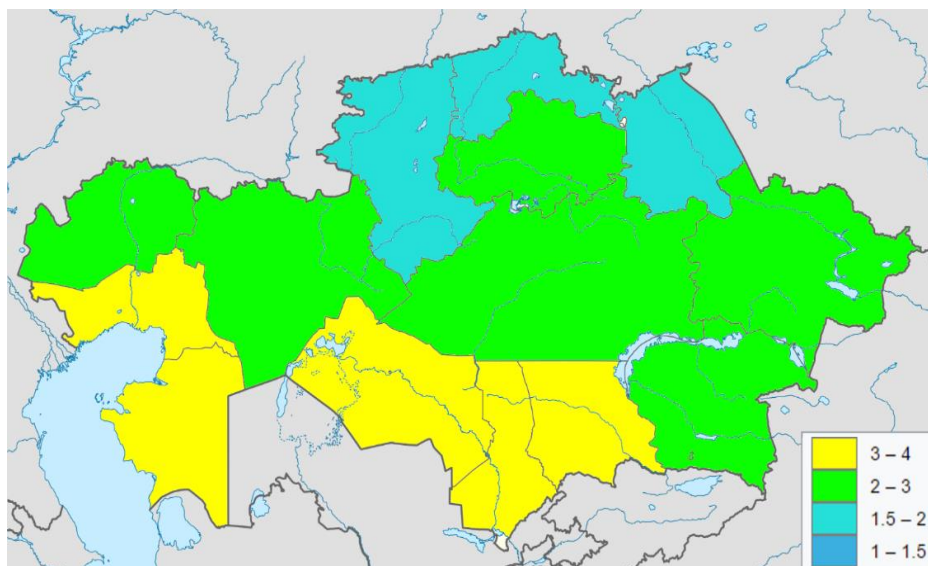
Суммарный коэффициент рождаемости в областях и городах Казахстана в 2018 г.<sup>23</sup>

Наибольшая величина суммарного коэффициента рождаемости в Туркестанской области (4,07). В 2 раза меньше она в Северо-Казахстанской области (2,01) и самые низкие значения его в Костанайской области (1,77) и в г.Алматы (1,76), что почти в два раза (1,84) меньше, чем в г.Шымкенте.

Относительно более высокая рождаемость имеет место в южных (Туркестанская, Мангистауская, Жамбылская, Алматинская, Кызылординская) и западной (Атырауская) областях. В другой западной области – Западно-Казахстанской – она существенно ниже. Более низкий уровень рождаемости в центре, на востоке и, особенно, в северных областях (см. рис. 4.2 и 4.3).

Регионы Казахстана различаются не только по величине суммарного коэффициента рождаемости, но и по ее динамике. Значительный ее прирост в 2000-е гг. был в Алматинской области (с 1,89 в 2001 г. до 3,53 в 2018 г.). Только за последние 5 лет (по сравнению с 2013 г.) суммарный

коэффициент рождаемости возрос здесь на 0,60. Однако, столь позитивная оценка динамики рождаемости в Алматинской области, вероятно, несколько преувеличена в виду происходящих значительных тайминговых сдвигов, завывшающие его величину (см. Прилож., табл. 4.6).



Регионы Казахстана по величине суммарного коэффициента рождаемости Рисунок 4.3

<sup>23</sup> Коэффициенты рождаемости по возрастным группам за 2018 год ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=7453781844291969#%40%3F\\_afzLoop%3D7453781844291969%26\\_adf.ctrl-state%3Dfem9axdg0\\_50](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=7453781844291969#%40%3F_afzLoop%3D7453781844291969%26_adf.ctrl-state%3Dfem9axdg0_50))

Более, чем на 1,0 повысился суммарный коэффициент рождаемости за последние 8 лет в Мангистауской (с 2,34 до 3,90), Жамбылской (с 1,99 до 3,53) и Атырауской (с 2,33 до 3,59) областях, но и здесь, видимо, имели место тайминговые сдвиги (см. Прилож., табл. 4.14, 4.9 и 4.7).

Самый большой прирост суммарного коэффициента рождаемости произошел в столице – г. Нур-Султан (с 0,94 в 2001 г. до 2,98 в 2016 г.). Здесь также, вероятно, имело место влияние тайминговых сдвигов. Причем, в отличие от упомянутых выше областей, эти сдвиги проявились, видимо, не только в более ранних сроках рождения, по крайней мере, первых детей, но и в откладывании их рождений в начале 2000-х гг. (см. Прилож., табл. 4.19).

В г. Алматы имело место значительное повышение суммарного коэффициента рождаемости (с 1,28 в 2001 г. до 2,54 в 2008 г.), отчасти связанное с тайминговыми сдвигами, но после 2008 г. он снизился, составив в 2018 г. 1,74.

За годы реализации Стратегии гендерного равенства на 2006-2016 годы в трудовом законодательстве были закреплены нормы на гибкие формы занятости и отпуск по уходу за ребенком, а также нормы, закрепляющие особенности регулирования труда женщин, беременных женщин и женщин, имеющих ребенка (детей).

Наряду с этим, в комплексе мер по поддержке семей с детьми государством осуществляется поддержка посредством социальных пособий и услуг. ...пособия на рождение ребенка и по уходу за ребенком до одного года, на воспитание ребенка-инвалида, государственное пособие на детей до 18 лет, специальное государственное пособие для многодетных матерей и семей.

В 2008 году введены социальные выплаты на случаи потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), а также в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года.

С 2014 года для получателей социальных выплат по уходу за ребенком дополнительно предусмотрено субсидирование обязательных пенсионных взносов.

Эффективность принимаемых государством мер социальной поддержки материнства и детства подтверждается положительной статистикой рождаемости.

**Концепция семейной и гендерной политики  
в Республике Казахстан до 2030 года**

#### **4.2. Показатели рождаемости по очередности рождения<sup>24</sup>**

С 2014 г. в Казахстане существенно снижается доля первых рождений (с 43,2% в 2013 г. до 29,3% в 2018 г.) и повышается доля третьих и последующих рождений (с 28,7% в 2013 г. до 42,6% в 2018 г.). Доля вторых рождений достигла максимума за 2000-е гг. в 2015 г. (30,0%) и несколько снизилась к 2018 г. (28,1%).

Отчасти эти изменения обусловлены сокращением доли женщин в возрасте 20-24 года, у которых большинство рождающихся первенцы, и увеличением ее в более старших репродуктивных возрастах. Тенденция сокращения доли первых рождений и увеличения третьих и последующих, вероятно, сохранится и в ближайшие годы.

Однако, происходящие изменения соотношения чисел родившихся разной очередности рождения связаны не только с влиянием структурного фактора.

В 2017 г. существенно снизился суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям, составив 0,86. Столь низкой его величины не было в Казахстане с 2004 г. В 2018 г. величина этого показателя несколько повысилась, но осталась на низком уровне (0,88).

Снижение суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением в последние годы, вероятно, в значительной степени является, так называемым, тайминговым провалом, неизбежным после тайминговых сдвигов, связанных с более ранним рождением первых детей у части женщин. Такие тайминговые сдвиги, очевидно, имели место в

<sup>24</sup> Показатели, приведенные в этом разделе, рассчитаны по данным Комитета по статистике Республики Казахстан

Казахстане в период 2007-2014 гг. В 2007-2009 и 2012-2014 гг. величина суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением превышала 1,0. Особенно существенным это превышение было в 2012-2014 гг. (2013 г. – 1,11). Это могло быть связано как с реализацией откладывавшихся рождений (в 2007-2009 гг.), так и с более ранним рождением первых детей в связи с какими-либо благоприятными обстоятельствами.

Этот показатель, по сути дела, является аналогом среднего числа первых рождений или доли родивших хотя бы одного ребенка в реальных поколениях. Понятно, что среднее число первых рождений не может превышать 1,0, а фактически еще несколько ниже, по крайней мере, из-за того, что часть женщин не имеют рожденных детей по причине бесплодия. Но это в реальных поколениях. Суммарный коэффициент рождаемости по первым рождением может быть как больше 1,0, так и, наоборот, существенно меньше. Первое, вероятно, будет связано с более ранним рождением детей, а второе, отчасти, обусловлено либо их откладыванием, либо тем, что в предыдущие годы они родились у женщин в относительно более раннем возрасте (тайминговые сдвиги). Можно предположить, что именно это имеет место в Казахстане.

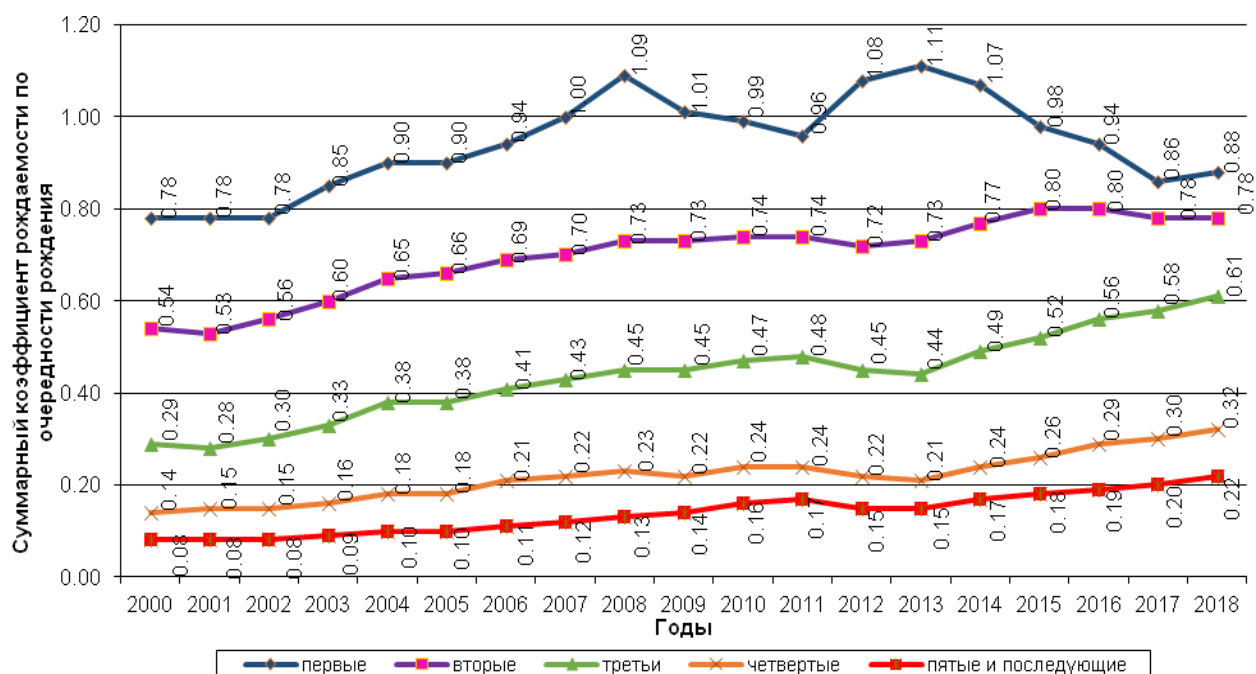
Еще более низкая величина суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением была в Казахстане в начале 2000-х гг. (2000-2002 гг. – 0,78), но тогда это, вероятно, было обусловлено распространением откладывания рождения детей (см. рис. 4.4).

Суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождением в Казахстане существенно повышался до 2008 г. После нескольких лет относительной стабильности он снова несколько повысился в 2014-2015 гг. Если здесь в какой-то мере и имели место тайминговые сдвиги, то, видимо, они не оказывали значительного влияния на динамику этого показателя, ибо она почти не прерывалась снижением этого показателя.

С 2014 г. стабильно и существенно повышается суммарный коэффициент рождаемости по третьим и последующим рождением. По сравнению с 2013 г. (0,80) в 2018 г. (1,15) он был больше на 0,35 (см. рис.4.4).

Рисунок 4.4

#### Динамика суммарного коэффициента рождаемости по очередности рождения в Казахстане



Основные различия в величине суммарного коэффициента рождаемости у сельского и городского населения имеют место по третьим и последующим рождением. В 2018 г. суммарный коэффициент рождаемости по ним составлял 0,97 у городского населения и 1,50 у сельского. Причем различия в величине этого показателя по четвертым (0,18) и пятым и



последующим рождением (0,19) больше, чем по третьим (0,16), не только относительно, но и по абсолютной величине (см. Приложение, табл. 4.3).

Показатели рождаемости по очередности рождения существенно различаются в областях и городах Казахстана (см. табл. 4.1).

Таблица 4.1

**Суммарный коэффициент рождаемости по очередности рождения в областях и городах Республики Казахстан в 2018 гг.**

Области и города	по первым рождением	по вторым рождением	по третьим рождением	по четвертым рождением	по пятым и последующим рождением
Акмолинская	0,81	0,74	0,52	0,22	0,12
Актюбинская	0,79	0,78	0,68	0,34	0,19
Алматинская	1,07	0,97	0,81	0,42	0,25
Атырауская	0,89	0,91	0,90	0,54	0,35
Восточно-Казахстанская	0,74	0,74	0,47	0,18	0,10
Жамбылская	0,99	0,89	0,81	0,49	0,36
Западно-Казахстанская	0,79	0,85	0,64	0,26	0,13
Карагандинская	0,76	0,71	0,46	0,19	0,10
Костанайская	0,65	0,61	0,32	0,12	0,07
Кызылординская	0,93	0,81	0,79	0,48	0,39
Мангистауская	1,02	0,93	0,88	0,60	0,46
Павлодарская	0,75	0,72	0,46	0,15	0,08
Северо-Казахстанская	0,71	0,73	0,37	0,12	0,07
Туркестанская	1,07	0,86	0,86	0,64	0,64
г. Нур-Султан	0,99	0,88	0,61	0,26	0,11
г. Алматы	0,73	0,49	0,33	0,14	0,06
г. Шымкент	0,90	0,84	0,71	0,45	0,32

Тайминговые сдвиги, определяющие превышение суммарного коэффициента рождаемости по первым рождением уровня 1,0, в разные годы за последнее десятилетие имели место почти во всех регионах Казахстана. В 2018 г. это имело место в Алматинской, Мангистауской и Туркестанской областях. Напротив, существенно ниже 1,0 суммарный коэффициент рождаемости по первым рождением в 2018 г. был в Акмолинской, Актюбинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областях, г.Алматы.

По вторым рождением наибольшая величина суммарного коэффициента рождаемости в 2018 г. была в Алматинской, Атырауской и Мангистауской областях, где она превышала 0,9, а наименьшая – в Костанайской области (0,61) и г.Алматы (0,49).

В Атырауской, Западно-Казахстанской и Северо-Казахстанской областях в 2018 г. суммарный коэффициент рождаемости по вторым рождением был больше, чем по первым, чего, конечно, не может быть в аналогичных показателях в реальных поколениях (среднее число вторых рождений не может быть больше среднего числа первых рождений) и что свидетельствует о вероятных тайминговых сдвигах. Межрегиональные различия уровня рождаемости в Казахстане обусловлены, главным образом, различиями в распространенности третьих и последующих рождений.

Более высокая величина суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождением в южных регионах Казахстана (Туркестанская (2,14 в 2018 г.), Мангистауская (1,94), Жамбылская (1,66), Кызылординская (1,66) и Алматинская (1,48) области, г.Шымкент (1,48)) и в Атырауской области (1,79). В то же время, значительно ниже суммарный коэффициент рождаемости по третьим и последующим рождением в Костанайской (0,51), Северо-Казахстанской (0,56), Павлодарской (0,69), Восточно-Казахстанской (0,75) и Карагандинской (0,75) областях, в г.Алматы (0,53).

Наиболее существенное повышение суммарного коэффициента рождаемости по третьим и последующим рождением в последние годы было в Алматинской, Жамбылской и Мангистауской областях (см. Приложение, табл. 4.6, 4.9, 4.14).

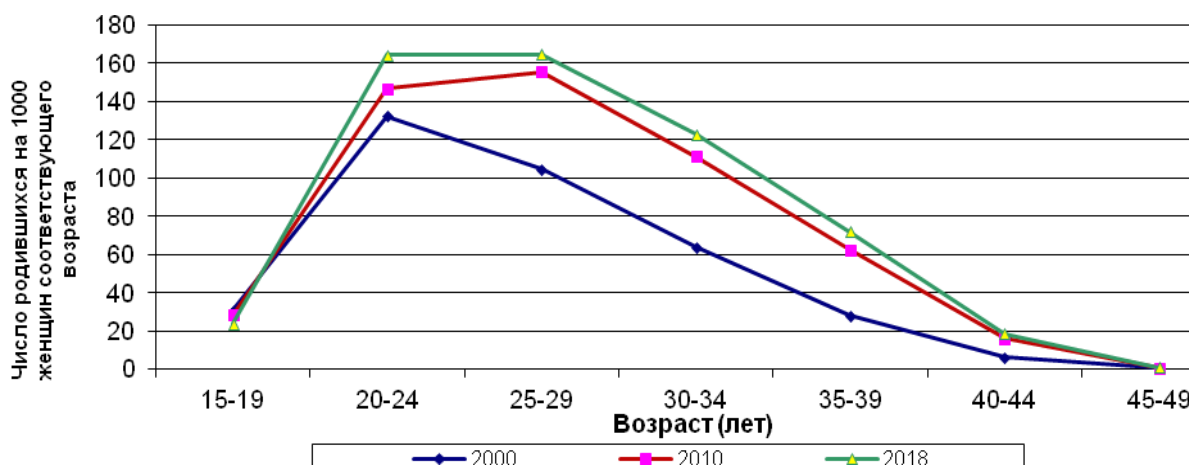
#### 4.3. Возрастная модель рождаемости и ее изменения

Одной из важных характеристик рождаемости является ее возрастная модель.

В начале 2000-х гг. коэффициент рождаемости в возрасте 25-29 лет у казахстанских женщин повышался существенно, чем в возрастной группе 20-24 года. В результате к 2006 г., практически, установился паритет в уровне рождаемости в двух этих возрастных группах. В 2007-2012 и 2017-2018 гг. коэффициент рождаемости у 25-29-летних женщин был немного выше, чем у 20-24-летних (см. рис. 4.5, Приложение, табл.4.22).

Рисунок 4.5

Возрастные коэффициенты рождаемости в Республике Казахстан в 2000, 2010, 2018 г.<sup>25</sup>



У городских жительниц Казахстана максимальная величина коэффициента рождаемости в 2018 г. была в возрасте 20-24 года, а у сельских – в 25-29 лет (см. табл. 4.2). Казалось бы, это противоречит представлению о том, что у городских женщин дети рождаются, в среднем, в более позднем возрасте, чем у сельских. На самом деле, противоречия нет.

Как возрастные коэффициенты рождаемости, так и средний возраст матерей при рождении детей, рассчитанные для всех родившихся в целом зависят как от возраста матерей при рождении детей каждой очередности рождения, так и от доли родившихся той или иной очередности. Более высокая доля третьих и последующих рождений, появляющихся, в среднем, у женщин более старших возрастов, влияет на более высокие коэффициенты рождаемости в них и на относительно больший средний возраст матерей при рождении детей.

Таблица 4.2

Возрастные коэффициенты рождаемости у городского и сельского населения 2018 г.<sup>26</sup>

	Число родившихся на 1000 женщин соответствующего возраста:						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
<b>Городское население</b>	21,1	155,0	150,9	119,7	70,6	18,2	1,1
<b>Сельское население</b>	27,0	177,6	192,1	128,6	73,9	19,1	0,6

В некоторых областях Казахстана наибольшая величина коэффициента рождаемости в 2018 г. была в возрастной группе 20-24 года. В их число входят регионы с разным уровнем рождаемости. В Туркестанской и Жамбылской областях, г.Шымкенте он

<sup>25</sup>Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, с.162; 2018 – Коэффициенты рождаемости по возрастным группам за 2018 год ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=7453781844291969#%40%3F\\_afzLoop%3D7453781844291969%26\\_adf.ctrl-state%3Dfem9axdgd0\\_50](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=7453781844291969#%40%3F_afzLoop%3D7453781844291969%26_adf.ctrl-state%3Dfem9axdgd0_50)); 2000 – расчет по данным Комитета по статистике Республики Казахстан

<sup>26</sup> Коэффициенты рождаемости по возрастным группам за 2018 год ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=7453781844291969#%40%3F](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=7453781844291969#%40%3F))

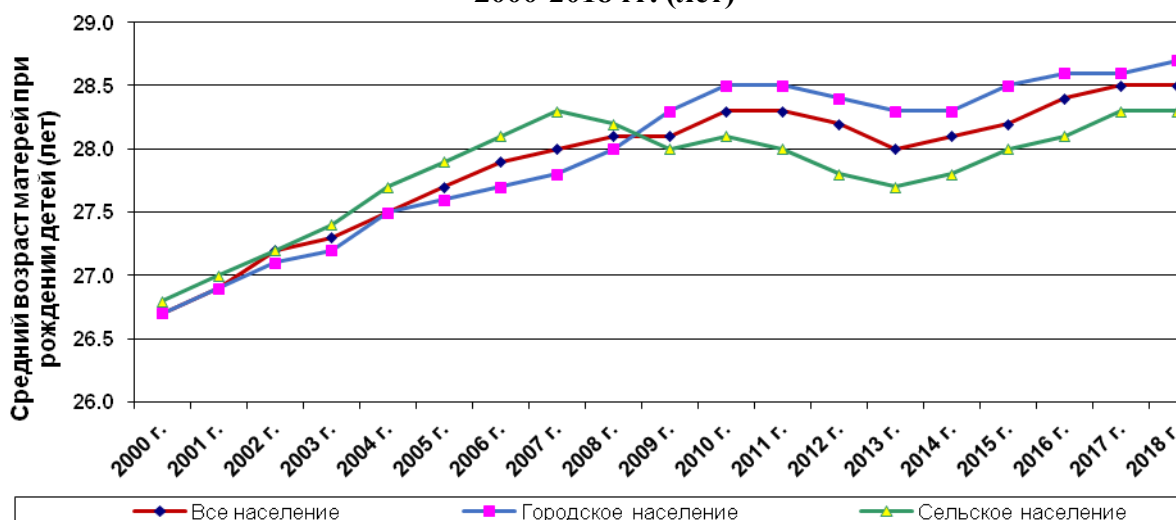
относительно высок, в Актюбинской области близок к среднереспубликанскому, в Костанайской – один из самых низких.

В большинстве регионов коэффициент рождаемости у 25-29-летних женщин выше, чем у 20-24-летних. Более, чем 20%-ных пунктов разница между ними составляет в Акмолинской, Западно-Казахстанской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях, в г.Нур-Султане. В столице величина коэффициента рождаемости у 30-34-летних женщин относительно близка к той, которая имеет место у тех, кто на 10 лет моложе (разница в 2018 г. составляла 8,1%-ных пунктов, а в г.Алматы в возрасте 30-34 года она выше, чем в 20-24 года (см. Приложение, табл. 4.23).

Обобщающей характеристикой возрастной модели рождаемости является средний возраст матерей при рождении детей.

Рисунок 4.6

**Динамика среднего возраста матерей при рождении детей в Республике Казахстан в 2000-2018 гг. (лет)<sup>27</sup>**



Средний возраст матерей при рождении детей в Казахстане существенно повышался в первое десятилетие XXI века с 26,7 года в 2000 г. до 28,3 в 2010 г. Затем он несколько снизился к 2013 г. (28,0) и вновь возрастал в последние годы, составив 28,5 года в 2018 г.

У городских женщин величина этого показателя (28,7 года) выше, чем у сельских (28,3). Но столь заметный перевес горожанок по величине этого показателя возник после 2009 г. (в 2012-2013 гг. он достигал 0,6 года).

Как уже отмечалось, средний возраст матерей при рождении детей всех в целом зависит от соотношения родившихся по очередности рождения. Поэтому для характеристики возрастной модели рождаемости корректнее использовать средний возраст матерей при рождении детей, дифференцированно по очередности рождения (см. Приложение, табл. 4.25).

Средний возраст матерей при рождении первого ребенка у жительниц Казахстана повышался с 23,7 года в 2000 г. до 25,1 в 2010 г. В последующие годы он несколько снизился, но его изменение было относительно небольшим и в 2018 г. он составлял 24,7 года.

Схожая динамика имеет место и по среднему возрасту матерей при рождении второго ребенка. Он повышался с 26,7 года в 2000 г. до 27,9 в 2007 г. В 2008-2012 гг. оставался почти стабильным и несколько снизился в последние годы до 27,4 года в 2018 г.

Средний возраст матери при рождении третьего ребенка повышался с 29,9 года в 2000 г. до 31,2 в 2007 г. В 2018 г. он почти вернулся к уровню начала 2000-х гг., составив 30,5 года (см. Приложение, табл. 4.25).

<sup>27</sup> Рассчитано по: данные Комитета по статистике Республики Казахстан.

Если в целом по всем рожденьям разница в среднем возрасте матерей при рождении детей между городскими и сельскими женщинами в 2018 г. составляла 0,4 года, то дифференцированно по очередности рождения она была существенно большей (см. Приложение, табл. 4.26).

В Жамбылской области и г.Шымкенте средний возраст матерей при рождении первого ребенка в 2018 г. составлял 23,9 года, а в Туркестанской области – 23,7. С другой стороны, в Акмолинской и Павлодарской областях он равен 24,8 года. Еще значительно позже, в среднем, первого ребенка рожают жительницы гг. Нур-Султан (26,0 года) и Алматы (26,9).

Еще больше региональные различия в среднем возрасте матери при рождении второго ребенка. Значительно моложе он в Туркестанской области (25,2 года), там женщины рожают вторых детей в более молодом возрасте. Более, чем на 3 года, выше, чем в Туркестанской области, средний возраст матери при рождении второго ребенка в Костанайской (28,5), Северо-Казахстанской (28,5) и Павлодарской (28,6) областях. Меньший, в среднем, возраст матери при рождении второго ребенка имеет место в регионах с относительно высоким уровнем рождаемости, а наиболее высокий он в тех областях, где суммарный коэффициент рождаемости самый низкий. Еще выше средний возраст матери при рождении второго ребенка в гг. Нур-Султане (28,9 года) и Алматы (29,6).

Аналогичная ситуация по среднему возрасту матерей при рождении третьего ребенка. Наименьший он в Туркестанской (28,2), а наибольший – в Костанайской (31,9) и Павлодарской (31,9) областях, в гг. Нур-Султане (32,0) и Алматы (32,9) (см. Приложение, табл. 4.27 – 4.44).

#### **4.4. Рождаемость в реальных поколениях**

Использование показателей рождаемости для реальных поколений дает возможность элиминировать влияние упоминавшихся выше тайминговых сдвигов. В этом смысле анализ, основанный на использовании этих показателей, более корректен.

Однако следует иметь в виду два обстоятельства. Во-первых, тайминговые сдвиги не влияют только на итоговое число рожденных детей к концу репродуктивного периода, которое, скорее, характеризует уровень рождаемости не текущий, а имевший место в недалеком прошлом. Во-вторых, среднее число рожденных детей в реальных поколениях может быть получено по данным переписей населения, которые проводятся примерно раз в 10 лет. За межпереписные годы может быть осуществлена лишь расчетная оценка его величины.

Результаты национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 г. показали снижение среднего числа рожденных детей в относительно более молодых поколениях женщин. Максимальное среднее число рожденных детей, среди поколений женщин, по результатам переписи населения 2009 г., в поколении 1939-1943 гг. рождения (65-69 лет на момент переписи населения). Оно составляет 3,63. У тех, кто моложе на 10 лет, среднее число рожденных детей равно 2,91, на 20 лет – 2,53.

В поколении женщин 1959-1963 гг. рождения, которым на момент переписи населения 2009 г., было 45-49 лет и они закончили процесс деторождения (отдельные случаи рождений у женщин старше 50 лет уже не могут повлиять на величину среднего числа рожденных детей), свыше 3,0 среднее число рожденных детей было в Южно-Казахстанской (3,48), Кызылординской (3,39) и Мангистауской (3,05) областях. Наименьшее среднее число рожденных детей у женщин 1959-1963 гг. рождения в гг. Алматы (1,75) и Нур-Султан (2,07).

Различные темпы поколенческого снижения среднего числа рожденных детей привели к значительному сокращению региональных различий среднего числа рожденных детей. Если в поколении 1939-1943 гг. рождения разница между наибольшей и наименьшей его величиной составляла 4,32, то у женщин 1959-1963 гг. рождения – 1,73.

По данным переписи населения 2009 г., доля женщин, не родивших ни одного ребенка, в поколениях, закончивших процесс деторождения, составляет от 8,2% у женщин 1954-1958 гг. рождения до 9,4% у женщин 1944-1948 гг. рождения.

Подавляющее большинство жительниц Казахстана, родивших первого ребенка, рожают через некоторое время второго. В поколениях, закончивших процесс деторождения, наибольшая доля родивших второго ребенка среди женщин 1939-1943 гг. рождения (86,4%). У тех, кто на 20 лет моложе (на момент переписи им было 45-49 лет), эта доля лишь немногим ниже (83,1%). В более молодых поколениях она еще повышалась после переписи населения 2009 г. и будет повышаться далее до конца репродуктивного периода, но даже среди 35-39-летних женщин она составляла 76,3%.

В реальных поколениях казахстанских женщин, закончивших репродуктивный период после переписи населения 2009 г. или близких к его завершению, пока нет устойчивой тенденции снижения среднего числа рожденных детей. Несколько снизившись у женщин конца 1960-х – начала 1970-х гг. рождения, в более молодых поколениях оно вернулось к уровню 2,45 и до конца репродуктивного периода, возможно, будет еще чуть большим.

У женщин 1976-1993 гг. рождения на начало 2019 г. среднее число рожденных детей больше, чем у женщин в том же возрасте (но более старших поколений) на момент переписи населения.

#### 4.5. Брачная и внебрачная рождаемость<sup>28</sup>

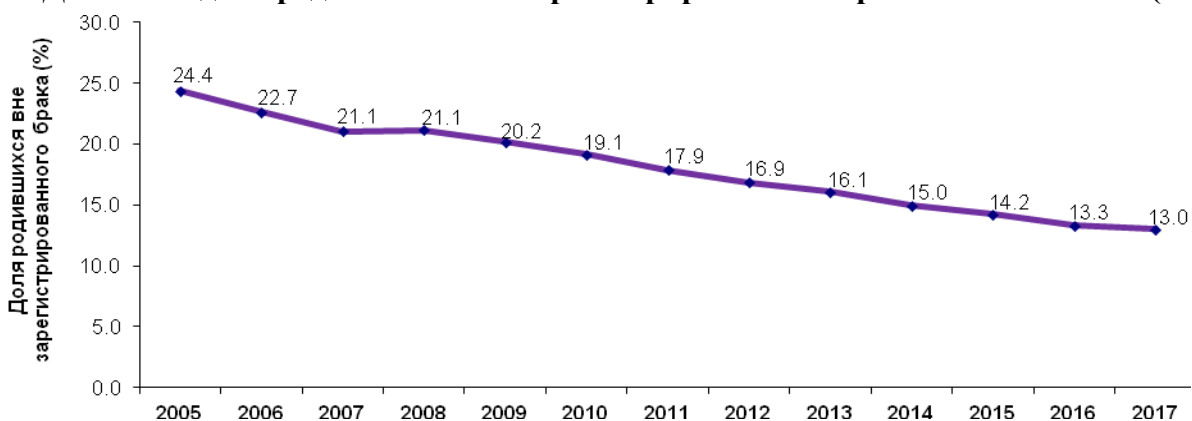
В 2017 г. 87,0% детей в Казахстане были рождены в зарегистрированном браке.

Доля родившихся вне зарегистрированного брака ежегодно снижается – с 24,4% в 2005 г. до 13,0% в 2017 г. – (см. рис. 4.5).

Одной из причин ее снижения, видимо, является повышение рождаемости и, соответственно, увеличение доли вторых, третьих и последующих рождений, среди которых рождения вне зарегистрированного брака, традиционно, распространены реже, чем среди первых рождений.

Рисунок 4.5

Динамика доли родившихся вне зарегистрированного брака в 2005-2017 гг. (%)



Доля родившихся вне зарегистрированного брака у городского населения (2017 г. – 13,4%) несколько выше, чем у сельского (12,4%). Но разница между ними в величине этого показателя сокращается (в 2005 г. она превышала 5%-ных пунктов; соответственно 26,6% и 21,3%), а в 2014 г. в сельской местности доля родившихся вне зарегистрированного брака (15,2%) была даже выше, чем в городских поселениях (14,8%).

Наименьший процент родившихся вне зарегистрированного брака в Атырауской (2017 г. – 6,9%), Мангистауской (6,9%) и Кызылординской (7,7%) областях, а наиболее высок он в Северо-Казахстанской (21,3%), Павлодарской (20,1%) и Костанайской (19,9%) областях.

<sup>28</sup> Показатели, представленные в этом разделе рассчитаны по: Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2007, 2008, 2013-2017 гг.

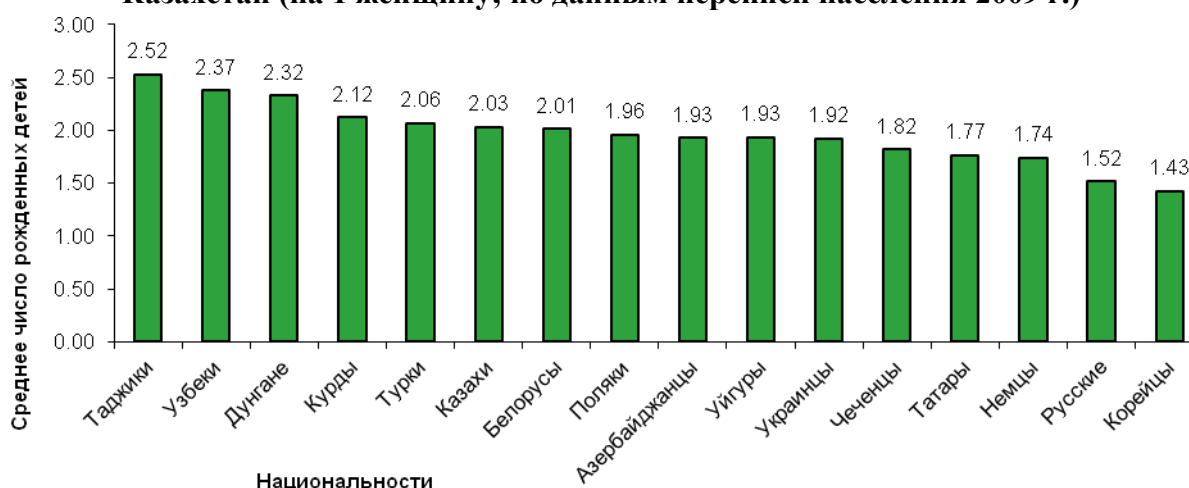
#### 4.6. Этнические различия в рождаемости

Различия в динамике численности населения различных национальностей в значительной степени обусловлены дифференциацией уровня рождаемости.

Публикуемые данные Комитета по статистике Республики Казахстан позволяют рассчитывать общие коэффициенты рождаемости по национальностям. Однако, во-первых, они зависят от особенностей половозрастной структуры их населения, а, во-вторых, их величины могут быть несколько завышены или занижены в зависимости от того, какая национальность будет записана у ребенка, родившегося в межнациональном браке. Этому недостатка лишены данные переписи населения о числе рожденных детей женщинами различных национальностей.

Рисунок 4.6

**Среднее число рожденных детей у женщин разных национальностей в Республике Казахстан (на 1 женщину; по данным переписи населения 2009 г.)<sup>29</sup>**



Наибольшее среднее число рожденных детей, по данным переписи населения 2009 г., у таджичек (2,52). Несколько ниже оно у узбечек (2,37) и дунганок (2,32). У казашек среднее число рожденных детей 2,03. Самая низкая величина этого показателя у русских (1,52) и корейнок (1,43) (см. рис.4.6).

Следует, конечно, иметь в виду, что отмеченные различия в среднем числе рожденных детей у женщин разных национальностей могут быть отчасти связаны с различиями их возрастной структуры.

#### 4.7. Дифференциация уровня рождаемости в зависимости от образования

Уровень рождаемости существенно различается в зависимости от образования женщин, хотя в более молодых поколениях эти различия сглаживаются. По данным переписи населения 2009 г., в поколении женщин 1939-1943 гг. рождения, среднее число рожденных детей у женщин с высшим и незаконченным высшим образованием значительно меньше, чем у имеющих более низкий уровень образования. У женщин с высшим образованием величина этого показателя меньше по сравнению с имеющими среднее специальное образование на 0,21, начальное профессиональное – на 0,69, общее среднее – на 1,63, основное среднее – на 1,87, начальное – на 2,18.

У женщин 1959-1963 гг. рождения различия в среднем числе рожденных детей в зависимости от уровня образования существенно меньше. Наибольшее сокращение, по сравнению с женщинами на 20 лет старше, разницы в среднем числе рожденных детей относительно величины этого показателя у женщин с высшим образованием произошло у

<sup>29</sup> Рассчитано по: Женщины в Республике Казахстан. Итоги национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011, с.86-112 ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afzLoop=8654516624627724#%40%3F\\_afzLoop%3D865451624627724%26\\_adf.ctrl-state%3Dm9vp85us4\\_342](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afzLoop=8654516624627724#%40%3F_afzLoop%3D865451624627724%26_adf.ctrl-state%3Dm9vp85us4_342))

имеющих начальное образование – с 2,18 до 0,65. У имеющих основное среднее образование эта разница сократилась с 1,87 до 0,95, общее среднее – с 1,63 до 0,92. В то же время, разница в среднем числе рожденных детей между имеющими, с одной стороны, высшее, а с другой, и начальное профессиональное (0,69 у женщин 1939-1943 гг. рождения и 0,65 у женщин 1959-1963 гг. рождения) и среднее специальное (соответственно, 0,21 и 0,27) образование, не сократилась.

#### **4.8. Репродуктивные планы**

Казахстан является, видимо, единственной (или, по крайней мере, одной из очень немногих) страной, где в программу переписи населения был включен вопрос о планируемом числе детей (в России вопрос о желаемом и ожидаемом числе детей входил в программу только микропереписей населения).

При переписи населения 2009 г. женщинам в возрасте 15-55 лет задавался вопрос «Планируемое число детей (включая имеющихся)».

Результаты переписи показали, что в поколениях 1976 г. рождения и ранее (на момент переписи – 32 года и старше) среднее планируемое число детей почти не меняется. Однако у более молодых женщин оно сокращается и весьма значительно. Если у 32-летних женщин оно составляет 2,79, то у 25-летних – уже 2,58, у 20-летних – 2,28, у 15-летних – 2,01. Реализация этих планов приведет к существенному сокращению рождаемости в Казахстане.

Значительное уменьшение среднего планируемого числа детей начинается в одних и тех же поколениях у городских и сельских женщин, но у сельских женщин оно происходит интенсивнее. В результате среднее планируемое число детей у городских и сельских жительниц в более молодых возрастах существенно сближается, а у тех, кто к моменту переписи населения 2009 г. не достиг еще 20 лет, практически, сравнивается.

### **5. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права**

#### **5.1. Национальные показатели репродуктивного здоровья**

Для оценки репродуктивного здоровья на национальном уровне Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать 17 показателей<sup>30</sup>, включая:

1. Суммарный коэффициент рождаемости
2. Коэффициент материнской смертности
3. Перинатальная смертность
4. Младенцы, имевшие при рождении низкий вес
5. Распространенность бесплодия среди женщин
6. Распространенность анемии среди женщин
7. Регистрируемая заболеваемость уретритами среди мужчин
8. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин
9. Распространенность положительных результатов серологического теста на сифилис среди беременных женщин
10. Уровень распространения контрацепции
11. Охват дородовым наблюдением
12. Присутствие квалифицированного лица в родах
13. Доступность основной неотложной акушерской помощи
14. Доступность комплексной неотложной акушерской помощи
15. Процент обращений за акушерской и гинекологической помощью вследствие аборта
16. Распространенность женского обрезания
17. Знание основных способов профилактики ВИЧ-инфекции

Данные, необходимые для расчета части показателей, можно получить только путем проведения специальных выборочных исследований. Таким исследованием в Казахстане

<sup>30</sup> Reproductive Health Indicators Reproductive Health and Research Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/>

является Мульти-индикаторное кластерное обследование (МИКС)<sup>31</sup>, которое служит источником своевременных и комплексных данных о здоровье, образовании и других важнейших сферах благополучия детей и женщин, включая вопросы репродуктивного здоровья. В разделе были использованы два основных источника информации – официальная статистики и МИКС, которые были проведены в 2015 и 2010 годах.

Детальная информация о материнской и младенческой смертности представлена в следующем разделе. Необходимо отметить, что за двадцать лет коэффициент материнской смертности снизился с 65,3 в 1999 году до 14,0 на 100 000 живорождений в 2017 году, что значительно ниже, чем в соседних странах – России (25,0 на 100 000) и Китае (27,0 на 100 000 живорождений)<sup>32</sup>. Высокая положительная динамика наблюдалась также в отношении перинатальной смертности: с 20,16 на 1000 рождений в 2009 году до 11,36 на 1000 рождений в 2016 году.

Суммарный коэффициент рождаемости, включая его динамику, поселенческие и региональные особенности, был подробно описан в разделе 4.2. В 2018 году этот показатель на национальном уровне был равен 2,84, в городской – 2,68, в сельской местности – 3,09. Следует отметить, что уровень простого воспроизводства населения составляет 2,1, то есть выше указанного значения наблюдается естественный рост, а ниже – естественная убыль населения. В Казахстане повозрастные показатели рождаемости, которые обобщаются в суммарном коэффициенте рождаемости, подтверждают наблюдаемый естественный рост населения.

Вес при рождении считается важным показателем здоровья новорожденного, включая шансы на выживание, долгосрочное здоровье и психосоциальное развитие. Низкий вес при рождении, который определяется как менее 2500 граммов, может быть связан с недостаточным питанием матери, курением во время беременности, низким ростом матери из-за недоедания и инфекций в детстве. Почти все (98,7%) новорожденные дети взвешивались при рождении; в 2015 году у 4,5 процентов младенцев вес при рождении был менее 2500 граммов. Такая же распространенность низкого веса при рождении отмечалась в 2010 году. Наблюдались региональные различия распространенности низкого веса при рождении: от 2,7 процентов – в Мангистауской области, до 7,2 процентов – в Павлодарской области.

Для определения распространенности бесплодия среди женщин использовались данные МИКС. Бесплодие определялось со слов самих женщин в возрасте 15-44 года, имевших опыт половой жизни, которые сообщили, что пытались безуспешно забеременеть в течение 2 лет и более. Распространенность бесплодия составила 3,0%, причем этот показатель увеличивался вместе с возрастом женщин: 15-19 лет – 0%; 20-24 года – 0,9%; 25-29 лет – 2,0%; 30-34 года – 2,6%; 35-39 лет – 4,4%; 40-44 года – 4,9%.

Анемия по данным Казахской академии питания достаточно распространена среди женщин репродуктивного возраста. Так, в 2011 году она наблюдалась у 39,0% женщин, что было ниже, чем в 2006 году (44,5%). Наличие анемии было более вероятно у женщин казахской национальности (43,6%) по сравнению с женщинами русской национальности (27,5%)<sup>33</sup>.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в 2017 году составила 1,8 на 1000 женщин<sup>34</sup>, что значительно ниже показателя 1%, превышение которого свидетельствует о переходе эпидемии ВИЧ в генерализованную стадию. Серопревалентность сифилиса среди беременных женщин измерялась в рамках дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией до 2007 года, когда было принято

<sup>31</sup> Кластерное обследование по многим показателям (MICS) в Республике Казахстан 2015г./ Мониторинг положения детей и женщин/Астана 2016 <http://stat.gov.kz/cluster/survey/intro>

<sup>32</sup> Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?view=map>

<sup>33</sup> T/Sharmanov et al. The Prevalence of Anemia in women of Childbearing Age in Kazakhstan: Some Causes, Risk Factors and Interventions. European Journal of Nutrition & Food Safety5(5): 408-409, 2015.

<sup>34</sup> Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Казахстан. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2017. <http://www.kncdiz.kz/files/00004968.pdf>



решение его не проводить вследствие сплошного охвата этой группы тестированием на ВИЧ. Распространенность серопозитивных результатов на сифилис в 2007 году составила 2,3%<sup>35</sup>.

По данным МИКС 2015 процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые состояли в браке, официальном или неофициальном, и которые пользовались на момент исследования тем или иным (современным или традиционным) методом контрацепции составила 55,7%, при этом неудовлетворенная потребность в контрацепции, то есть доля фертильных женщин в возрасте 15–49 лет, которые в настоящее время состоят в (не)официальном браке и которые испытывают потребность в планировании сроков рождения детей или ограничении числа детей и при этом сейчас не пользуются контрацепцией была равна 9,8%. В 2010 году неудовлетворенная потребность в контрацепции была равна 11,6%. Подробная информация об использовании разных методов контрацепции представлена в разделе 5.2.

Охват дородовым наблюдением по данным МИКС 2015 был практически сплошным: среди женщин в возрасте 15–49 лет, которые родили живого ребенка в последние 2 года, наблюдались как минимум один раз у квалифицированного медицинского персонала 99,3%, как минимум 4 раза – 95,3%. При этом, у 99,3% таких женщин во время беременности было измерено кровяное давление и были взяты на анализ пробы мочи и крови. Почти все роды (99,4%) в течение последних двух лет проходили в присутствии квалифицированного медицинского персонала и в медицинском учреждении (99,3%). Почти все женщины (99,9%), родившие живых детей в течение последних 2 лет, находились в медицинском учреждении 12 часов или более после родов. Охват послеродовым наблюдением составил 97,5%.

Суммарный коэффициент абортов, который рассчитывается как ожидаемое среднее количество абортов на одну женщину к концу репродуктивного возраста на основе повозрастных коэффициентов абортов, в 2015 году составил 0,3 (для сравнения в России он был равен 0,57, в США – 0,43)<sup>36</sup>. По данным Исследований в области демографии и здоровья, проведенных в 1999 и 1995 годах, суммарный коэффициент абортов был равен 1,4 и 1,8 соответственно<sup>37</sup>, то есть за двадцать лет, с 1995 по 2015 г. он уменьшился в шесть раз.

По данным МИСК доля молодых женщин в возрасте 15–24 лет, которые могут правильно назвать способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и опровергают наиболее распространенные заблуждения относительно передачи ВИЧ составила 26,7% и уменьшилась по сравнению с 2010 годом, когда она была равна 36,2%, почти на 10%. Снижение уровня информированности о ВИЧ может быть следствием того, что ВИЧ-инфекция после доступности антиретровирусной терапии стала рассматриваться как хроническое нежели смертельное заболевание и уменьшением интенсивности информационно-образовательных кампаний среди общего населения.

## **5.2. Репродуктивное здоровье и медицинская помощь<sup>38</sup>**

Сохранение репродуктивного здоровья является одной из ключевых задач политики в области народонаселения. Она особо актуализируется в условиях откладывания рождений к более старшим возрастам, когда может иметь место некоторое ухудшение состояния здоровья вообще и репродуктивного в частности. Кроме фактора возраста может влиять еще и тот или иной анамнез, а также доступность и качество репродуктивных услуг. Поэтому решение задачи сохранения репродуктивного здоровья, кроме безусловного гуманистического значения, имеет еще и важный демографический аспект – обеспечить

<sup>35</sup> Национальный доклад «О ходе работы для ССГАООН. Республика Казахстан. Отчетный период: январь 2006 года - декабрь 2007 года» [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/kazakhstan\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/kazakhstan_2008_country_progress_report_ru.pdf)

<sup>36</sup> Сближение России и США по уровню абортов. Демоскоп №745-746. <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0745/reprod01.php>

<sup>37</sup> Kazakhstan Demographic and Health Survey 1999. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR111/FR111.pdf>

<sup>38</sup> Источники данных по этому разделу: Женщины и мужчины Казахстана. 2010-2017.

возможность рождения желаемого числа здоровых детей в любом возрасте репродуктивного периода жизни женщины.

За последние годы в Казахстане существенно возросло число организаций, имеющих женские консультации и акушерско-гинекологические кабинеты. В 2017 г. их число составило 973, что на 232 или на 31,3% больше, чем в 2010 г. (см. табл.5.1).

Таблица 5.1

**Обеспеченность населения Казахстана акушерско-гинекологической помощью в 2010-2017 гг.**

Годы	Число организаций, имеющих женские консультации и акушерско-гинекологические кабинеты	Обеспеченность на 1000 родившихся живыми и мертвыми	
		врачами акушерами-гинекологами	койками для беременных, рожениц и родильниц (включая патологическую беременность)
<b>2010</b>	741	10,5	26,8
<b>2011</b>	759	10,3	26,3
<b>2012</b>	840	10,3	25,0
<b>2013</b>	855	10,4	24,1
<b>2014</b>	888	10,1	22,6
<b>2015</b>	907	10,3	22,0
<b>2016</b>	930	9,5	21,2
<b>2017</b>	973	9,7	21,2

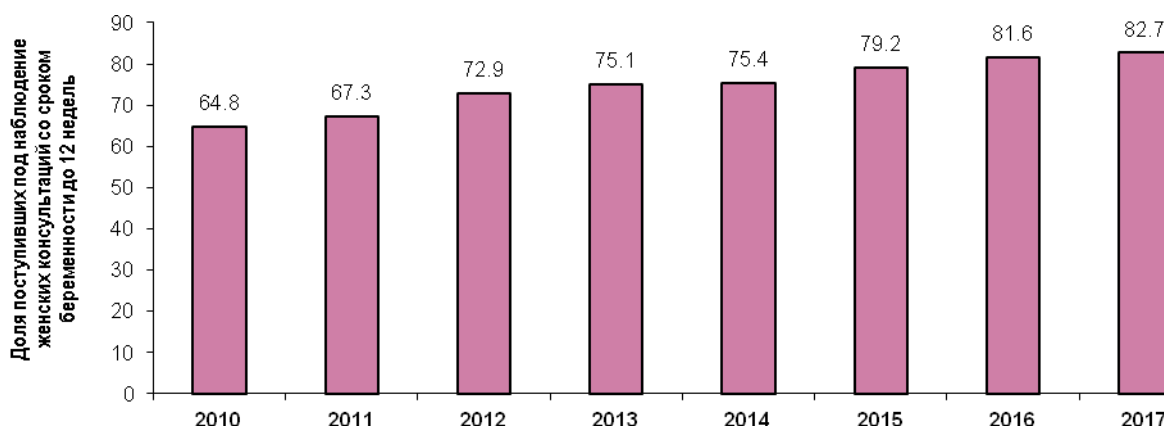
В то же время снизилась обеспеченность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) врачами акушерами-гинекологами (с 10,5 в 2010 г. до 9,5 в 2016 г. с небольшим повышением до 9,7 в 2017 г.) и, особенно, койками для беременных, рожениц и родильниц (с 26,8 в 2010 г. до 21,2 в 2017 г., т.е. на 20,9%). Уменьшение обеспеченности койками отражает общемировой тренд на снижение продолжительности госпитализации при физиологических родах, поскольку длительная госпитализация повышает риск заболевания внутрибольничными инфекциями как для матери, так и ребенка. В современной медицине значительный объем медицинской помощи оказывается средним медицинским персоналом, повышение роли которого имеет место и в Казахстане. Поэтому обеспеченность врачами акушерами-гинекологами не в полной мере отражает доступность профессиональной медицинской помощи.

В г.Алматы обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в 2017 г. была самой высокой среди городов республиканского подчинения и областей Казахстана, составив 14,6 на 1000 родов. Несколько меньше величина этого показателя в Павлодарской области (13,9). С другой стороны, значительно меньше, чем в целом по Казахстану, обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в Атырауской (5,9), Алматинской (6,4), Мангистауской (6,5) и Западно-Казахстанской (6,8) областях. Наибольшая обеспеченность койками для беременных, рожениц и родильниц в 2017 г. была в Северо-Казахстанской (37,2 на 1000 родов) и Костанайской (35,3) областях. Самая низкая величина этого показателя в Нур-Султане (12,6), где в 2017 г. она была в 1,9 раза меньше, чем в 2010 г. Явные различия обеспеченности врачами и больничными койками вызваны, на наш взгляд, тем, что медицинская инфраструктура инерционна и не всегда успевает за демографическими изменениями, в частности увеличением либо уменьшением рождаемости и миграцией населения. Высокие показатели обеспеченности тесно связаны с низкой рождаемостью и, наоборот, низкие показатели – с высоким уровнем рождаемости и миграции.

Одним из важнейших индикаторов в сфере охраны репродуктивного здоровья является доля беременных, поступивших под наблюдение женских консультаций со сроком беременности до 12 недель. С одной стороны, этот показатель свидетельствует о качестве работы с беременными, однако в большей мере он отражает степень ответственности беременных женщин за свое здоровье и здоровье своего будущего ребенка.

Рисунок 5.1

### Доля поступивших под наблюдение женских консультаций со сроком беременности до 12 недель в Республике Казахстан в 2010-2017 гг. (%)

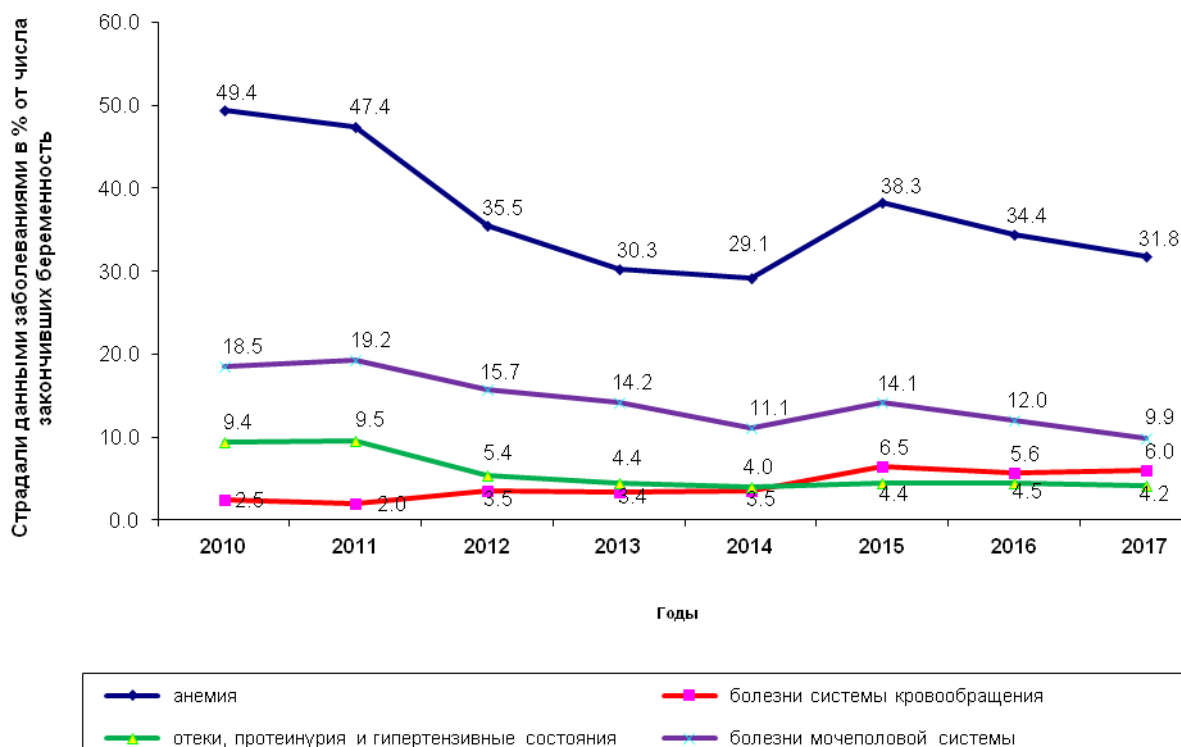


В период после 2010 г. ежегодно повышается доля поступивших под наблюдение женских консультаций со сроком беременности до 12 недель. Если в 2010 г. она составляла 64,8%, то в 2017 г. возросла до 82,7% (см. рис.5.1). В еще большей степени она возросла за этот период в Жамбылской (с 62,3% до 88,1%), Кызылординской (с 67,6% до 88,8%), Мангистауской (с 65,6% до 87,3%) и Южно-Казахстанской (с 54,3% до 82,4%) областях, в г.Алматы (с 54,7% до 78,3%). Существенно повысилась и стала стопроцентной доля женщин, осмотренных терапевтами после родов: в 2010 г. она составляла 90,5%, а в 2017 г. - 99,3%.

Важной характеристикой репродуктивного здоровья является распространенность заболеваний, осложняющих беременность и роды.

Рисунок 5.2

### Заболевания, осложнившие беременность и роды, в Республике Казахстан в 2010-2017 гг. (% от числа закончивших беременность)



Почти треть (31,8%) женщин, закончивших беременность в 2017 г., страдали анемией. В 2010 г. доля таковых была почти половина (49,4%). В последующие годы она сократилась и достигла в 2017 г. уровня 31,8%.

Региональные различия доли страдавших анемией во время беременности весьма значительны. Менее всего в 2017 г их было в Карагандинской области (22,9%). Несколько больше в г.Алматы (24,6%), Костанайской (25,6%), Западно-Казахстанской (26,0%) и Акмолинской (26,4%) областях. С другой стороны, вдвое выше доля беременных, страдавших анемией, была в Северо-Казахстанской (51,5%) и Кызылординской (52,8%) областях.

Значительно сократилась доля беременных с болезнями мочеполовой системы. Если в 2011 г. она составляла 19,2%, то в 2017 г. – 9,9%. Доля беременных, страдавших отеками, протеинурией и гипертензивными состояниями, значительно сократилась с 9,5% в 2011 г. до 4,2% в 2017 г. Менее всего беременных, страдавших отеками, протеинурией и гипертензивными состояниями, отмечалось в Актюбинской области (2,4%). Несколько больше она была в Карагандинской (2,9%) и Южно-Казахстанской (3,0%) областях, г.Алматы (3,2%). С другой стороны, в Северо-Казахстанской области доля таких беременных составляла 11,7%.

В отличие от рассмотренных заболеваний, доля женщин, у которых в период беременности имели место болезни системы кровообращения, в последние годы несколько повысилась. Если в 2011 г. она составляла 2,0%, то в 2017 г. – 6,0%. Меньше всего распространены эти болезни в период беременности в Костанайской (2017 г. – 2,5%) и Актюбинской (2,6%) областях. С другой стороны, наибольшая доля беременных с заболеваниями болезней системы кровообращения в 2017 г. была в Павлодарской области (10,3%) и столице Нур-Султане (12,6%).

В 2016 и 2017 гг. в Казахстане сократилась доля родов, осложненных аномалиями родовой деятельности: 2015 г. – 31 на 1000 родов, 2016 г. – 27, 2017 г. – 23.

### **5.3. Соблюдение репродуктивных прав граждан<sup>39</sup>**

Охрана репродуктивных прав граждан зафиксирована в главе 17 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения. В статье 96 отмечено, что «граждане имеют право на: 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) хирургическую стерилизацию; 8) искусственное прерывание беременности; 9) защиту 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». В отношении несовершеннолетних особо выделено их «право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания».<sup>40</sup>

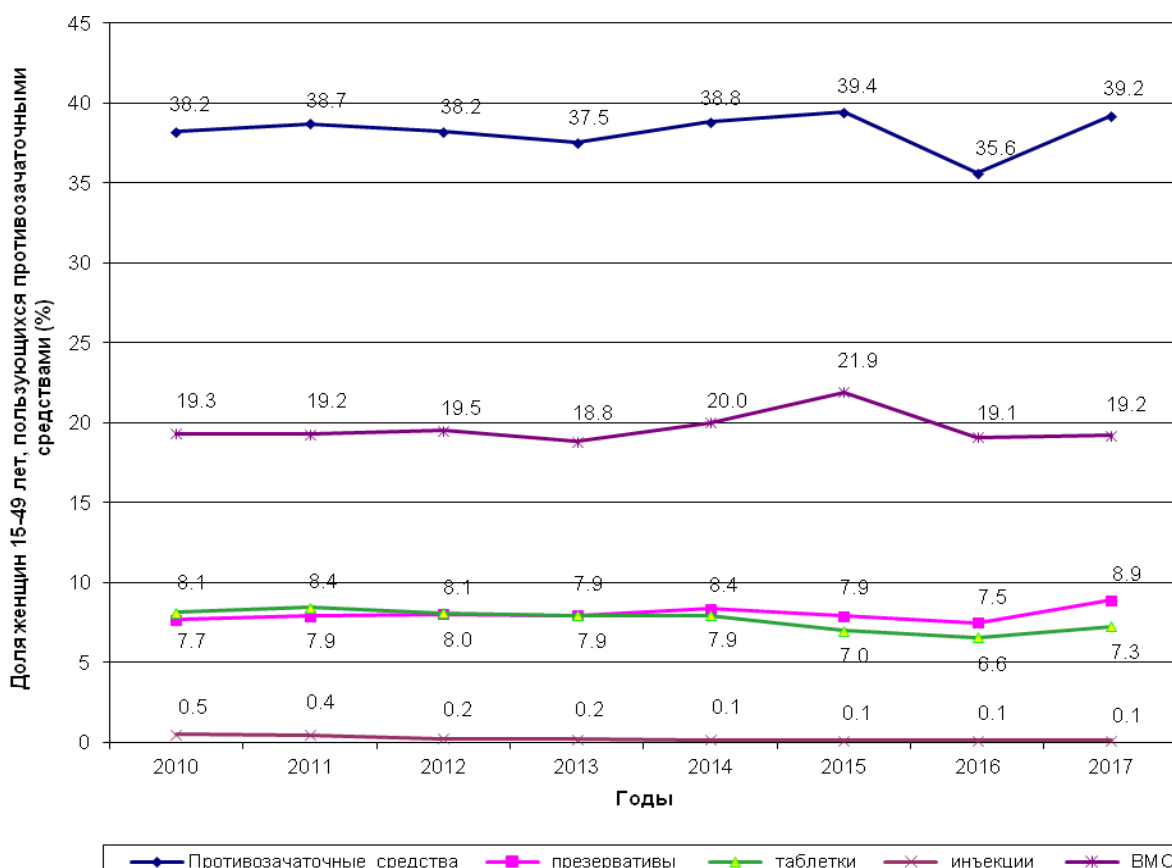
Одним из основных репродуктивных прав является право на получение услуг по планированию семьи, на использование и свободный выбор методов контрацепции.

Рисунок 5.3

<sup>39</sup> Источники данных по этому разделу: Женщины и мужчины Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018,

<sup>40</sup> [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30479065#pos=3476;-54](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065#pos=3476;-54)

### Доля женщин репродуктивного возраста, пользующихся противозачаточными средствами, в Республике Казахстан в 2010-2017 гг. (%)



По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан, публикуемым в статистическом сборнике «Женщины и мужчины Казахстана», доля женщин репродуктивного возраста, пользующихся противозачаточными средствами, менялась в последние годы в диапазоне 38-39% (только в 2016 г. она составляла 35,6%) (см. рис.5.3). Примерно половина из них использовала внутриматочные спирали (ВМС). Среди женщин в возрасте 15-49 лет их доля в 2010-2017 гг. составляла от 19-22%. Доли пользующихся презервативом и таблетками (оральными контрацептивами) были примерно равными и колебались от 7% до 9%. Доля женщин репродуктивного возраста, пользующихся противозачаточными средствами, выше в городах, чем в сельской местности (44,0% и 31,0%). Существенно ниже, чем в целом по Казахстану, доля женщин 15-49 лет, пользующихся противозачаточными средствами, в гг. Нур-Султане (23,8%) и Алматы (28,5%). Возможно, такой характер региональных различий в величине этого показателя связан с какими-то особенностями учета.

Одним из индикаторов повышения эффективности планирования семьи является сокращение числа искусственных абортов (см. табл.5.2).

Таблица 5.2

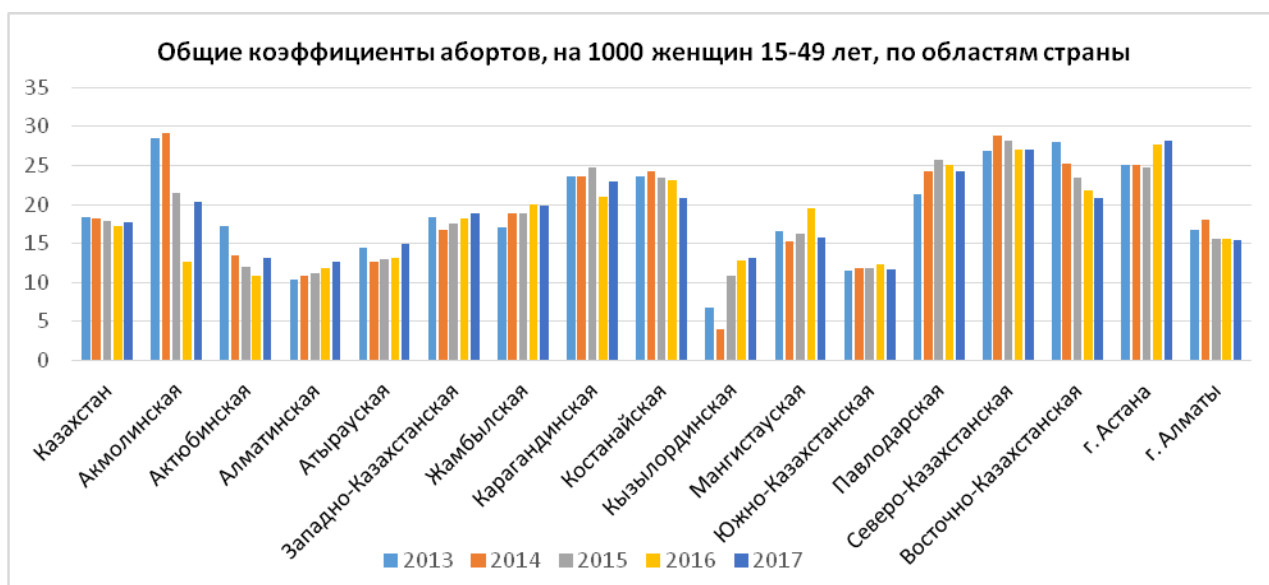
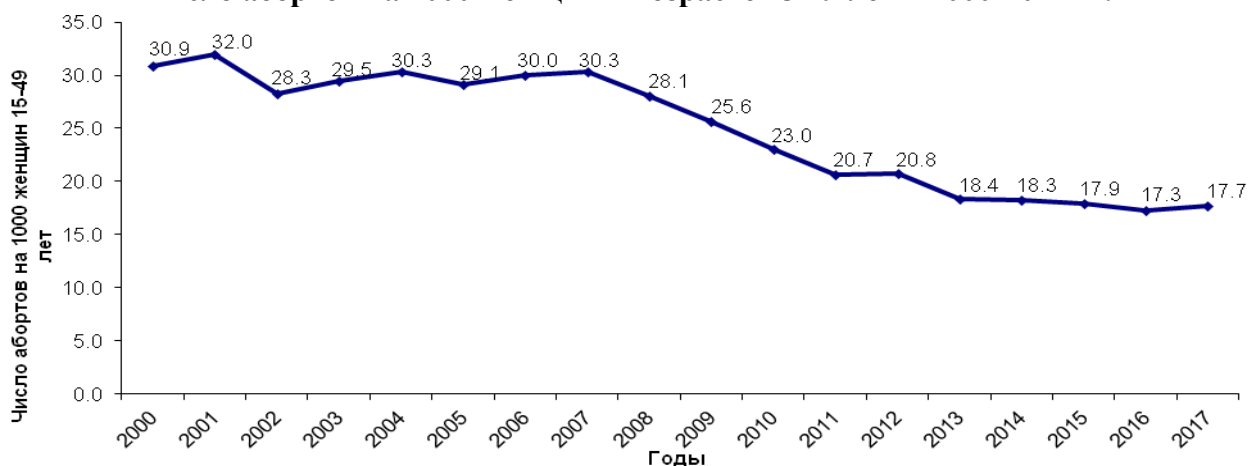
#### Динамика числа абортов в Республике Казахстан в 2010-2017 гг.

Число абортов	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
тысяч	106,1	95,3	95,7	84,3	83,7	81,5	78,9	80,3
на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	23,0	20,7	20,8	18,4	18,3	17,9	17,3	17,7

В 2017 г. число абортов было на четверть меньше, чем в 2010 г. В расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста их число за этот период сократилось с 23,0 до 17,7 на 1000 женщин во возрасте 15-49 лет.

Рисунок 5.4

### Число абортів на 1000 жінок в віці 15-49 років в 2000-2017 гг.<sup>41</sup>



Найбільше число абортів в розрахунок на 1000 жінок репродуктивного віку в 2017 р. зареєструвалося в Северо-Казахстанській області (26,9) і м. Нур-Султан (28,3). При цьому в столиці величина цього показника знизилася, порівняно з 2000 р., в 2,9 рази (с 82,6 до 28,3). Ще більш суттєвим було зниження числа абортів в Актюбінській області (в 3,1 рази, з 40,9 в 2000 р. до 13,2 в 2017 р.). Двукратне скорочення також відзначалося в Западно-Казахстанській області і м.Алматы. Самими низкими показниками числа абортів на 1000 жінок репродуктивного віку в 2017 р. були в Южно-Казахстанській (11,7), Алматинській (12,7), Актюбінській (13,2) і Кызылординській (13,2) областях.

Аналіз індикаторів репродуктивного здоров'я показав, що Казахстан досяг неоспорних успіхів в сфері безпечного материнства. Разом з тим, інші показники, а саме, рівень знань в сфері репродуктивного здоров'я, використання методів контрацепції, в першу чергу сучасних, залишаються стабільними і навіть погіршуються.

### Репродуктивне здоров'я і репродуктивні права підлітків і молодих людей

В Казахстані однією з серйозних проблем, залишається збереження репродуктивного здоров'я підлітків. Частота народів у дівчаток-підлітків в віці 15-19 років залишається недопустимо високою – 24,93 в 2017 р., знизившись порівняно з 2014 р., коли вона

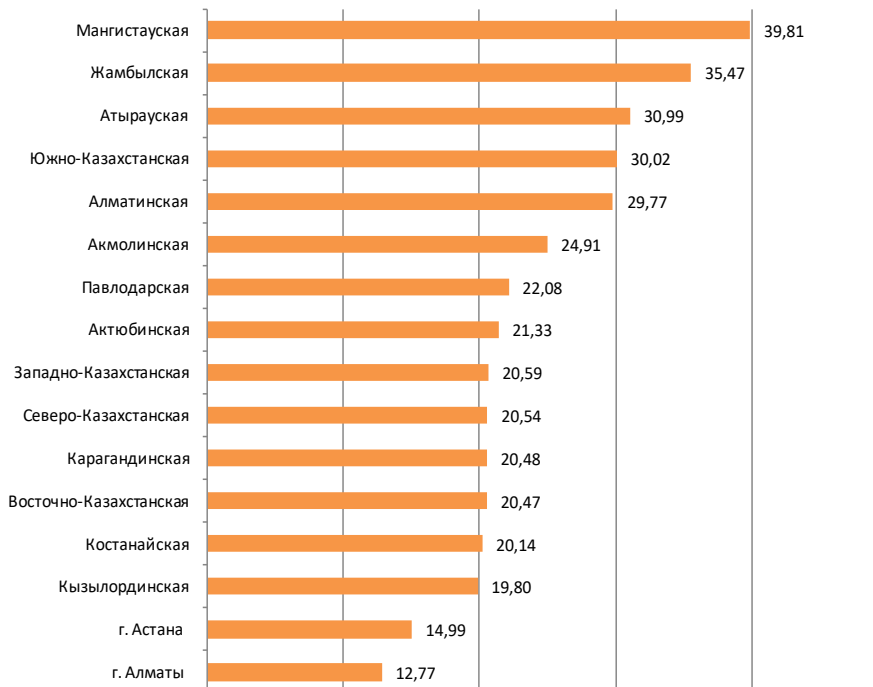
<sup>41</sup> Гендерная статистика. Охрана здоровья. Уровень распространенности абортів ([http://gender.stat.gov.kz/page/frontend/detail?id=66&slug=-54&cat\\_id=3&lang=ru](http://gender.stat.gov.kz/page/frontend/detail?id=66&slug=-54&cat_id=3&lang=ru))

составляла 34,72 на 1000 девушек данной возрастной группы. Самые высокие значения данного показателя сохраняются в Жамбылской (35,47), Атырауской (30,99), Туркестанской (30,02), Алматинской (29,77) и в Мангыстауской областях, где его значение остается самым высоким – 39,81 (см. рис. 5.5).

Рисунок 5.5

### Рождаемость среди подростков (15-19 лет) по областям Казахстана

число родившихся на 1000 женщин

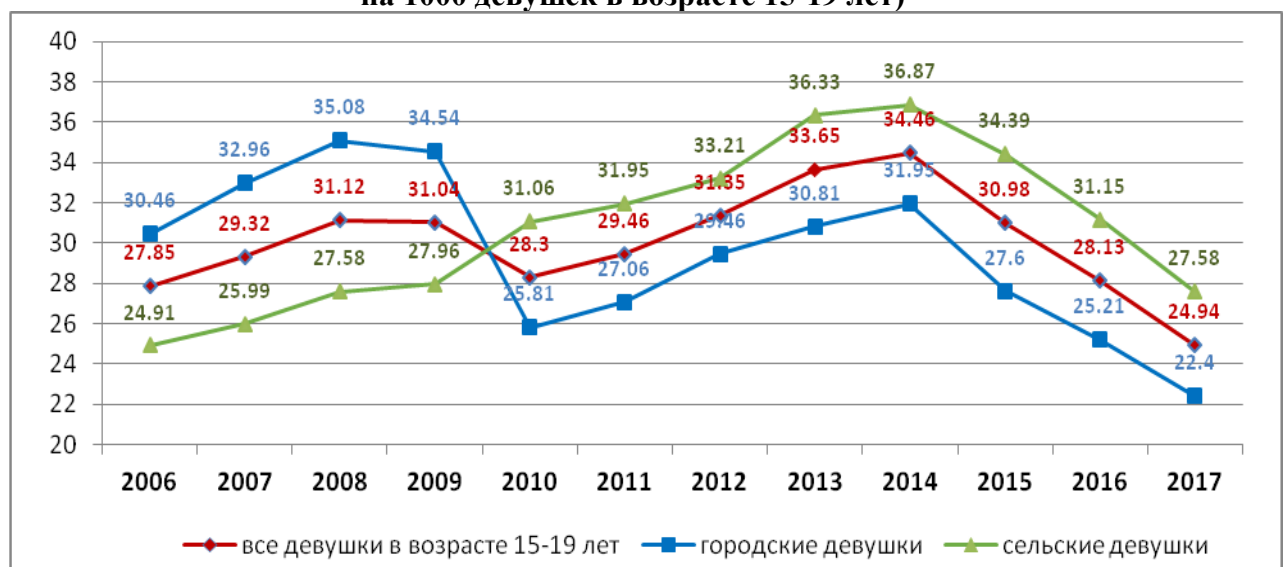


Частота родов у девочек-подростков, проживающих в сельской местности выше, чем у их городских сверстниц – 27,6 и 22,4 соответственно в 2017 г. (см. Рис. 5.6). Начиная с 2010 года показатель частоты родов у девочек-подростков в возрасте 15-19 лет максимально увеличился в 2014 году до 34,46 случаев родов, что превышало на 22% его минимальное

значение, достигнутого в 2010 году, снизившись в дальнейшем до 24,94 в 2017 году. Причем, частота родов у сельских девушек превышают частоту родов у их городских сверстниц в среднем на 20%.<sup>42</sup>

Рисунок 5.6

### Динамика подростковой рождаемости в Казахстане за 2006-2017 гг. (число родов на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет)<sup>43</sup>



<sup>42</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Астана 2018. <http://stat.gov.kz/edition/publication/collection>

<sup>43</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Астана 2018.

Ежегодно в среднем 5-6 девушек из 1000 девушек в возрасте от 15 до 18 лет делают аборт. По данным проведенных исследований девочки-подростки, проживающие в сельской местности, сталкиваются на 12% чаще с проблемой нежелательной беременности и подростковых родов, чем их городские сверстницы.

Как показали результаты исследований, проведенных при технической поддержке ЮНФПА, 21% молодёжи получают свой первый сексуальный опыт до достижения 18 лет и около трети подростков в возрасте 15-19 лет живет половой жизнью. 16,7% сексуально активных девушек в возрасте 15-19 лет, т.е. почти каждая пятая, была беременна. Среди опрошенных девушек у которых была беременность, в 62% случаев она закончилась родами, а в 22% - искусственным абортom, и у 16% - самопроизвольным выкидышем<sup>44</sup>. Значительную часть подростков не беспокоит практика половых связей с повышенным уровнем риска и их половое поведение небезопасно. При этом 91% из опрошенных не имели достаточных знаний о болезнях, передающихся половым путём - ВИЧ и СПИД.

Сочетание этой тенденции с недостаточной информированностью в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики нежеланных беременностей и ИППП/ВИЧ, приводит к росту числа абортom, заболеваний, передающихся половым путём и нарушению репродуктивного здоровья, в частности, бесплодию.

Состояние репродуктивного здоровья тесно связано с обеспечением реализации репродуктивных прав, к которым относятся, в частности, право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, предупредить нежеланную/незапланированную беременность, передачу инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ. Корректная информация способствует правильному поведенческому выбору подростков и молодых людей в вопросах взаимоотношения полов, сохранению их репродуктивного здоровья и обеспечения их репродуктивных прав.

Репродуктивные права - это права мужчин и женщин принимать свободные и самостоятельные решения о своем репродуктивном здоровье, в том числе о рождении



### Цель Устойчивого развития 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

*Задача 3.7. 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*

В своем Послании народу Казахстана «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции» (10 января 2018 г.) Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев отметил, что особое внимание следует уделить охране и укреплению репродуктивного здоровья молодежи. Принятые Казахстаном международные обязательства по соблюдению репродуктивных прав граждан и их прав на доступ к образовательным и медицинским услугам по охране репродуктивного здоровья нашли отражение в реализации задач Государственной программы развития системы здравоохранения "Денсаулык" на 2016-2019 гг., Плана мероприятий Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 г.

Обеспечение доступа подростков и молодежи к корректной информации и качественным, отвечающим их потребностям услугам, является неременным условием сохранения репродуктивного здоровья подрастающего поколения, формирования у молодых людей безопасного поведения, предупреждения подростковой беременности и ИППП и ВИЧ/СПИДа.

<sup>44</sup> Социологическое исследование по изучению состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, их сексуального поведения и доступа к услугам и информации в области охраны репродуктивного здоровья. Алматы 2018. Исследование проведено независимой исследовательской организацией – Центр Изучения Общественного Мнения (ЦИОМ) по заказу Министерства здравоохранения РК и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) при финансовой поддержке Посольства Нидерландов в Казахстане и технической поддержке Республиканского центра СПИД.



детей, времени их рождения и промежутках между рождением детей, а также право на получение информации по этим вопросам.

К репродуктивным правам подростков также относятся:

- право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, предупредить передачу половым путем ВИЧ и других возбудителей инфекций;
- право на доступ к качественной медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья;
- право на получение средств контрацепции и средств защиты от ВИЧ, других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также необходимых лекарств.

По данным Управлений здравоохранения 14 областей и г.г. Шымкент, Алматы и Нур-Султан, в 2019 году в республике функционируют 116 Молодежных центров здоровья, которые оказывают комплексные медико–психосоциальные услуги подросткам и молодежи.<sup>45</sup> И все же, число клиник и центров здоровья дружественных молодежи недостаточно, чтобы удовлетворить потребности всех молодых людей, особенно в сельской местности. Кроме того, стандарты оказания услуг молодым людям в таких клиниках, требуют специальной подготовки специалистов, в виду особенностей подходов к подросткам и их нуждам, и должны соответствовать принципам Добровольности, Доступности, Доброжелательности, Доверия, Анонимности.

### **Репродуктивное здоровье и репродуктивные права людей с инвалидностью**

Подписав в декабре 2008 года Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней, Казахстан продемонстрировал серьезные намерения присоединиться к международному соглашению; взять обязательства по решению вопросов, касающихся инвалидов, в соответствии с международными стандартами, по реализации прав человека и решению проблем социальной интеграции инвалидов. В соответствии со статьей 25 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов они имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности и должны получать тот же набор, качество и уровень платных или доступных услуг в сфере здравоохранения, что и другие люди.

#### **Статья 23 Уважение дома и семьи**

1. Государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры для устранения дискриминации в отношении инвалидов во всех *вопросах, касающихся брака, семьи, отцовства, материнства и личных отношений*, чтобы:

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

*б) 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;*

*с) инвалиды, включая детей, наравне с другими сохраняли свою фертильность.*

#### **Статья 25 Здоровье**

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 частности, государства-участники:

*а) 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.*

#### **Конвенция о правах инвалидов**

Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г

<sup>45</sup> По данным Национального центра общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан.  
<https://hls.kz/молодежный-центр-здоровья>

В Казахстане 674,2 тысяч человек (3,7% населения) имеют правовой статус инвалидов. 44% из них женщины. 88,5% из них старше 16 лет.

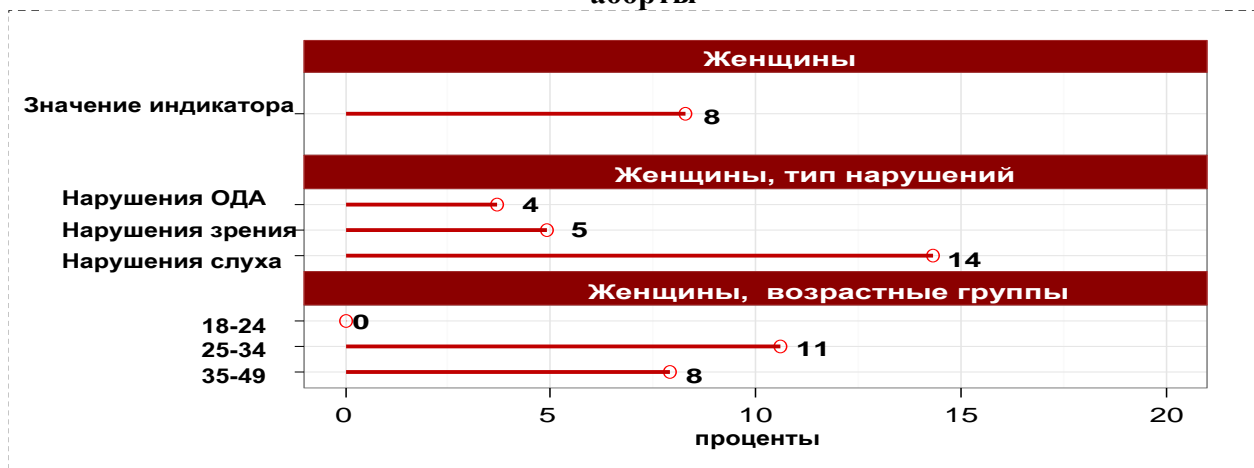
Результаты социологических обследований состояния сексуального и репродуктивного здоровья людей с различными формами инвалидности в Казахстане показали, что неудовлетворенные нужды инвалидов области в планировании семьи, распространенность среди них аборт и симптомов инфекций, передающихся половым путем, обусловленных небезопасным поведением и недостаточным доступом к услугам репродуктивного здоровья и планирования семьи, существенно выше, чем в общем населении<sup>46</sup>.

Остается ограниченным доступ к получению услуг по репродуктивному здоровью женщинами и мужчинами с ограниченными возможностями. Подавляющее большинство инвалидов не имеет квалифицированной медицинской информации о своем сексуальном и репродуктивном здоровье, планировании семьи, методах регулирования рождаемости. Неудовлетворенные нужды в планировании семьи среди женщин-инвалидов составили 41,5%, что в 4 раза превышает значение данного индикатора среди всего населения<sup>47</sup>.

Крайне низкая осведомленность инвалидов о профилактике нежеланной беременности определяет высокое значение коэффициента абортов среди женщин-инвалидов, которое превышает значение данного показателя по всему населению в 8 раз. Самый высокий коэффициент абортов - среди женщин - инвалидов с нарушениями слуха.

Рисунок 5.7

### Процент женщин, у которых в течение последних трех лет были искусственные аборты



Ранней диагностикой заболеваний проводимой в рамках скрининговых обследований охвачены менее половины женщин-инвалидов. Так, менее половины женщин-инвалидов, которые по возрастному критерию должны проходить регулярный ежегодный скрининг на рак молочной железы и рак шейки матки, проходили эти обследования в течение последнего года. Только пятая часть мужчин-инвалидов в возрасте 51 года и старше проходили обследование на рак предстательной железы. Низкая осведомленность инвалидов об этих заболеваниях также свидетельствует о недостаточном доступе этой категории населения к необходимым знаниям. Доступ инвалидов с нарушениями опорно-

<sup>46</sup> Исследования проведены Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) в рамках совместных проектов Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), при финансовой и технической поддержке ЮНФПА:

1). Оценка социально-экономического положения инвалидов по зрению и слуху в Казахстане (результаты социологического исследования). 2010 г.; 2). Оценка репродуктивного здоровья и социально-экономического положения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата в Казахстане (результаты социологического исследования). 2011 г.; 3). Оценка социально-экономического положения инвалидов с психическими и интеллектуальными нарушениями в Казахстане (результаты социологического исследования). 2011 г. 4). Репродуктивное здоровье и репродуктивные права людей с различными формами инвалидности в Восточно-Казахстанской области Казахстана/результаты социологического исследования/ 2012 г.

<sup>47</sup> Неудовлетворенная потребность в контрацепции женщин в общей популяции по данным Кластерного обследования по многим показателям, Казахстан. Заключительный отчет. 2015 г.– 9.8%.

двигательного аппарата к диагностике и лечению ИППП, недопустимо низкий (40%). Большинство респондентов (71%) не проходили обследование на ВИЧ.

Неудовлетворительные значения индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья характерны для всех групп инвалидов, сформированных по признакам пола, возраста и типа нарушений. Тем не менее, в отношении распространения ИППП и абортот наиболее уязвимыми являются инвалиды с нарушением слуха. Наибольшая распространенность половых контактов повышенного риска характерна для инвалидов по слуху - доля лиц, имевших половые контакты повышенного риска среди них – 11%, в то время как среди инвалидов по зрению – 5,7%, среди инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 6%. Женщины-инвалиды имеют очень низкий уровень знаний о профилактике нежеланной беременности - только 2% женщин репродуктивного возраста правильно ответили на три вопроса по профилактике нежеланной беременности.



на рисунке 5.8. Данные свидетельствуют, что охват профилактическими осмотрами недостаточный.

Важность критериев предоставления медицинских услуг, и оценка их наличия, данная респондентами, отражает, что они не предоставляются в полной мере (см. Рис. 5.9)

Рисунок 5.9.

### Что важно для респондентов и что имеется в наличии в лечебных учреждениях

	Важно		Наличие		
	Да	Нет	Полностью	Частично	Нет
Предоставление бесплатных услуг	94,5%	5,5%	14,5%	59,9%	25,6%
Предоставление бесплатных лекарств	88%	12%	5,1%	44,9%	50%
Дружелюбное отношение медицинского персонала	96,3%	3,7%	37,2%	50%	12,8%
Наличие квалифицированного медицинского персонала	95,6%	4,4%	22,1%	53,4%	24,5%
Предоставление широкого спектра обследований в одном учреждении	89,1%	10,9%	9,2%	34,4%	56,4%
Возможность вызова различных специалистов на дом	83,6%	16,4%	5,8%	36,1%	58,1%
Удобный график работы	88,1%	11,9%	23,6%	40,5%	35,9%
Отсутствие очередей	90,1%	9,9%	14,7%	31,5%	53,8%
Наличие доступа к зданиям (пандусы, лифты)	85,5%	14,5%	9,5%	38%	52,5%
Наличие доступа к оборудованию (гинекологические кресла с гидropод-ъемником, доступный маммограф в медицинском учреждении)	79,3%	20,8%	14,6%	35,5%	49,9%
Возможность выбрать специалиста желаемого пола	62,4%	37,6%	5,6%	12,4%	82%

персонала (95,6%) и предоставление бесплатных услуг (94,5%).

Широкомасштабные скрининговые обследования (ранняя диагностика заболеваний), в Казахстане внедряются с 2002 года. Процент женщин и мужчин, проходивших обследование на выявление патологии органов репродуктивной системы за последние три года, представлен

Для людей с инвалидностью очень важным критерием предоставления медицинских услуг является дружелюбное отношение медицинского персонала (96,3%), наличие квалифицированного медицинского

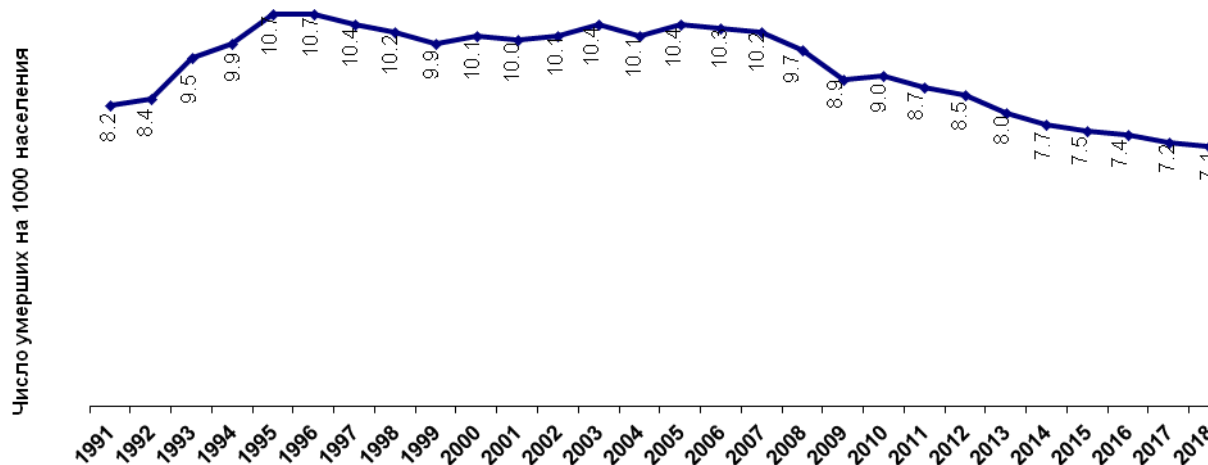
## 6. Смертность и продолжительность жизни

### 6.1. Динамика и региональные различия смертности

Общий коэффициент смертности в Казахстане, после некоторого повышения в середине 1990-х гг. и в начале 2000-х гг., почти неуклонно снижается с 2006 г. В 2014 г. впервые за годы независимости он был ниже 8 на 1000 населения, а в 2018 г. составил 7,1‰ (см. рис.6.1).

Рисунок 6.1.1

#### Динамика общего коэффициента смертности в Республике Казахстан в 1991-2018 гг.<sup>48</sup>



В период 2006-2018 гг. общий коэффициент смертности снизился на 3,3‰-ных пунктов. Значительно большим было его снижение в г. Алматы (на 4,6‰-ных пунктов), в существенно меньшей степени он снизился в Жамбылской (на 2,3‰-ных пунктов), Павлодарской (на 2,2‰-ных пунктов), Западно-Казахстанской (на 2,1‰-ных пунктов), Кызылординской (на 2,1‰-ных пунктов) и, особенно, Северо-Казахстанской (на 1,8‰-ных пунктов) областях.

Менее 5‰ общий коэффициент смертности в 2018 г. составлял в гг. Нур-Султане (4,0‰) и Шымкенте (4,6‰), в Мангистауской области (4,5‰). Напротив, наиболее высоким (свыше 10‰) он был в Костанайской (10,1‰), Восточно-Казахстанской (10,3‰) и Северо-Казахстанской (11,8‰) областях.<sup>49</sup>

Различия в величине общего коэффициента смертности во многом связаны с особенностями половозрастной структуры населения, которая существенно различается в областях и городах Казахстана. Более корректную оценку дифференциации уровня смертности дает использование средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (см. раздел 6.6) и ее стандартизация. Особенности возрастной структуры населения оказывают значительное влияние на показатели общей смертности, поскольку смертность прямо связана с возрастом. Чтобы учесть динамику возрастной структуры Казахстана и отличия возрастных структур мужчин и женщин при анализе показателей смертности, нами был применен метод прямой стандартизации<sup>50</sup>. В качестве стандартной популяции была взята мировая стандартная популяция<sup>51</sup>.

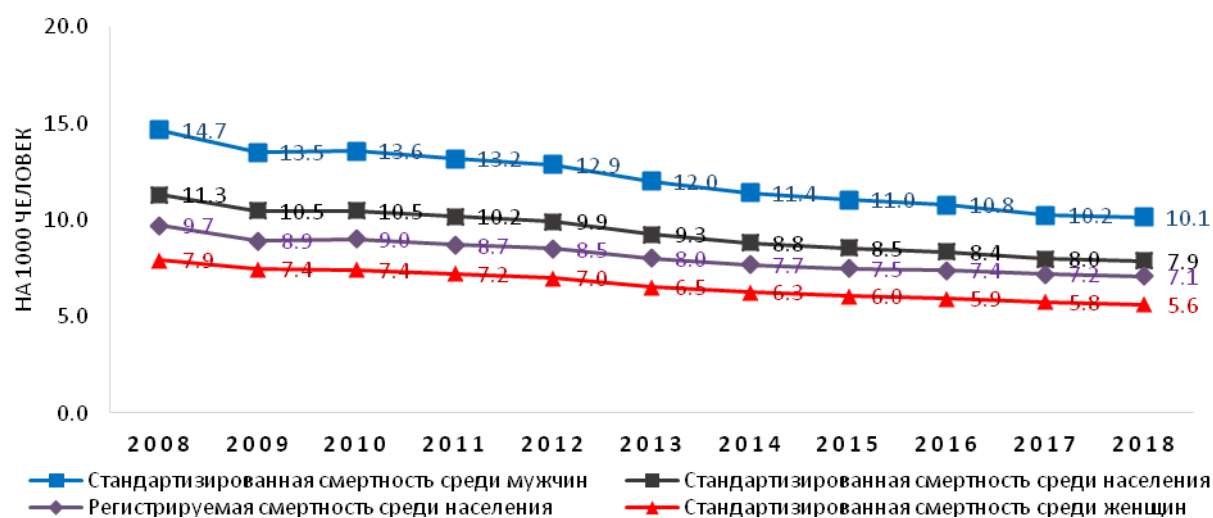
Рисунок 6.1.2

<sup>48</sup> Динамика основных демографических показателей Республики Казахстан ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=9495902526641275%40%3F\\_afzLoop%3D9495902526641275%26\\_adf.ctrl-state%3Dfhi943hxx\\_63](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=9495902526641275%40%3F_afzLoop%3D9495902526641275%26_adf.ctrl-state%3Dfhi943hxx_63))

<sup>49</sup> Естественное движение населения ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=9652918606608939%40%3F\\_afzLoop%3D9652918606608939%26\\_adf.ctrl-state%3Ddlh4sii9\\_63](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=9652918606608939%40%3F_afzLoop%3D9652918606608939%26_adf.ctrl-state%3Ddlh4sii9_63))

<sup>50</sup> Агентство Республики Казахстан по статистике. Методика расчета стандартизованных коэффициентов рождаемости и смертности // Методическое руководство. – Астана, 2012. – С. 1-10

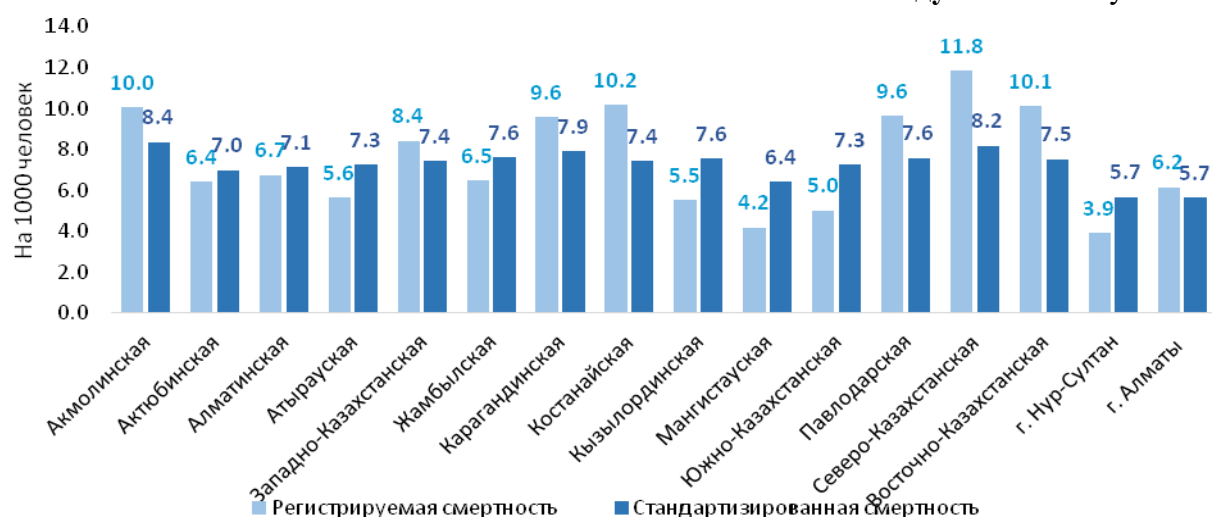
<sup>51</sup> World Standard Population. <https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/definitions/pop.htm>



Как видно из рисунка, в 2018 году регистрируемая общая смертность (7,1/1000) ниже стандартизированной (7,9/1000) вследствие того, что население Казахстана несколько моложе общемирового населения. Кроме того, стандартизация позволила выпукло представить гендерные различия в общей смертности. Так, в 2016 году этот показатель среди мужчин составил 8,3 на 1000, а среди женщин – 6,6 на 1000, то есть разница между ними была равна 1,7. После прямой стандартизации различия показателя общей смертности оказались почти двукратными: общая смертности среди мужчин увеличилась до 10,8, а среди женщин уменьшилась до 5,9 на 1000 человек.

Использование стандартизированных показателей смертности особенно уместно в региональном сравнении, поскольку позволяет нивелировать различия в возрасте. До стандартизации разность показателя общей смертности между Костанайской и Южно-Казахстанской областями была двукратной (10,2 и 5,0 на 1000 человек соответственно). Уточненные показатели после стандартизации оказались почти равными (7,4 и 7,3 на 1000 человек соответственно). Другим примером может быть сравнение городов Нур-Султан и Алматы. Грубые показатели общей смертности отличались практически в полтора раза. После стандартизации уточненная смертность в г.Алматы оказалась даже несколько ниже, чем в г.Нур-Султан (5,65 и 5,68 на 1000 человек соответственно)<sup>52</sup>.

**Показатели регистрируемой и стандартизированной смертности населения в регионах Казахстана в 2017 году** Рисунок 6.1.3



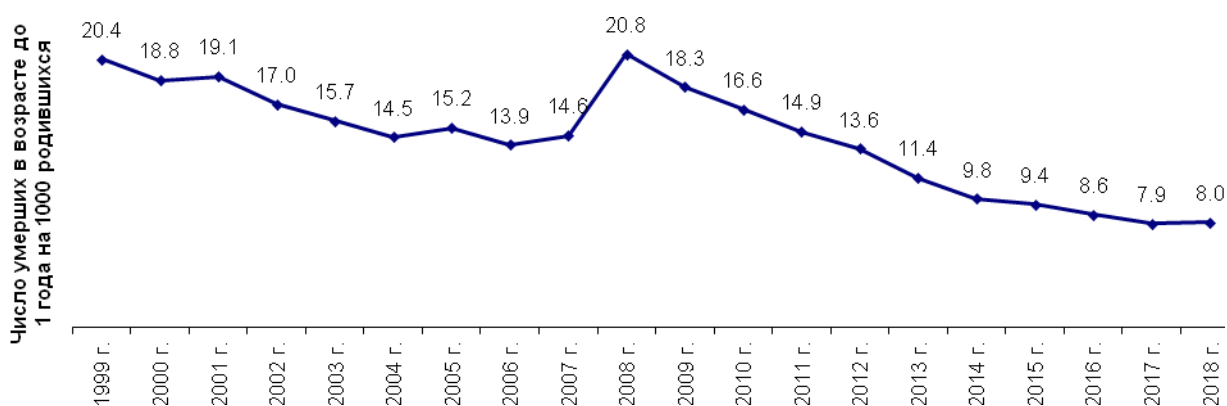
<sup>52</sup> Стандартизированные коэффициенты смертности в регионах Республики Казахстан. Экспресс-информация. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

## 6.2. Младенческая смертность<sup>53</sup>

Коэффициент младенческой смертности в Казахстане значительно снизился в последнее десятилетие и составлял 7,9 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся в 2017 г. и 8,0 в 2018 г. Наиболее существенное его снижение произошло в 2009-2014 гг. (см. табл.6.2 и рис.6.1). Если в 2006 г., по сравнению с 1999 г., коэффициент младенческой смертности снизился на 6,5%-ных пунктов или почти в 1,5 раза, то в 2017 г., по сравнению с 2008 г. – на 12,9%-ных пунктов или в 2,6 раза. Тренд на снижение младенческой смертности был прерван в 2008 году, когда произошло существенное повышение коэффициента младенческой смертности в 2008 г., обусловленное переходом на новые критерии живорождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения.

Рисунок 6.2.1

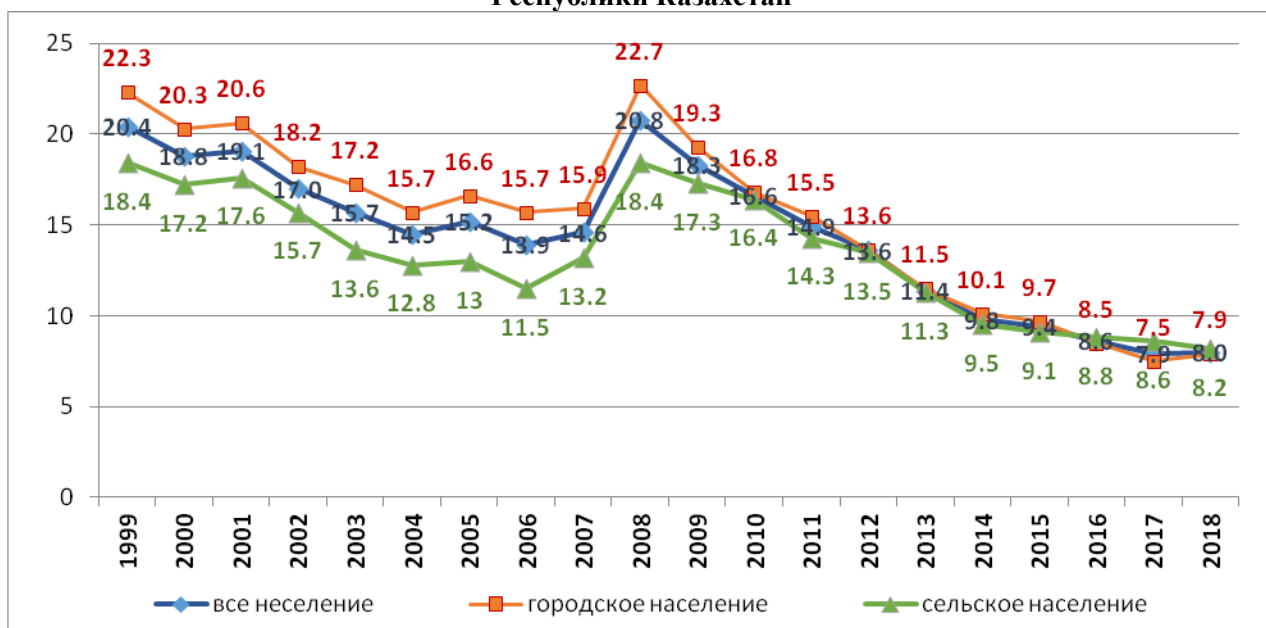
**Динамика коэффициента младенческой смертности в Республике Казахстан**



В городских поселениях Казахстана коэффициент младенческой смертности несколько ниже, чем в сельской местности. Однако такое соотношение имеет место только с 2016 г. В предшествующие годы, наоборот, у городского населения этот показатель был выше. Причем разница была существенной - с 1999 до 2008 гг. превышая 3%-ных пунктов.

Рисунок 6.2.2

**Динамика коэффициента младенческой смертности в городских и сельских поселениях Республики Казахстан**



<sup>53</sup> Источники данных по этому разделу: Демографический ежегодник Казахстана. 2005. Алматы, 2005, с.339 Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2007, с.258-260, Демографический ежегодник Казахстана. 2007 Астана, 2008, с.266-268, Демографический ежегодник Казахстана. 2008 Астана, 2009, с.352-354, Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, с.261, 264-265, 295-313, Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.200-205, 229-243, 2018 г.

Анализируя межпоселенческие различия уровня младенческой смертности, следует иметь в виду, что умершие могут регистрироваться как по месту жительства (применительно к младенческой смертности – места жительства родителей), так и по месту смерти.<sup>54</sup> В рамках регионализации оказания медицинской помощи, женщины с тяжелыми случаями беременности, неудовлетворительным состоянием своего здоровья и здоровья плода, и, соответственно, большим риском течения беременности и родов, получают медицинскую помощь в организациях второго и третьего уровня, которые преимущественно расположены в городах, что может способствовать повышению в них уровня младенческой смертности.

Таблица 6.2.1

**Динамика коэффициента младенческой смертности в областях и городах Казахстана в 2009-2018 гг. (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми)**

Области и города	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Акмолинская	17,7	13,8	15,9	11,2	12,1	9,3	8,1	7,0	7,7	5,6
Актюбинская	17,8	17,1	12,0	13,5	11,4	9,9	9,7	8,5	7,2	8,7
Алматинская	13,6	12,6	12,1	11,7	9,4	8,6	8,2	7,5	7,7	7,0
Атырауская	19,0	16,7	16,9	15,9	9,7	9,1	7,9	8,9	7,1	10,7
Восточно-Казахстанская	23,1	19,9	17,9	16,2	13,5	11,2	9,8	9,5	7,3	8,0
Жамбылская	18,2	16,4	15,0	13,6	13,5	10,5	11,1	8,8	8,2	7,4
Западно-Казахстанская	15,5	13,9	11,9	10,0	8,2	9,3	8,3	8,1	6,7	6,6
Карагандинская	18,3	14,9	11,0	12,1	9,5	9,0	8,6	8,1	7,9	7,6
Костанайская	16,3	14,1	13,3	14,9	12,2	11,6	10,6	9,1	10,4	10,3
Кызылординская	24,7	22,8	19,3	19,0	14,5	12,5	10,7	9,8	8,6	9,1
Мангистауская	20,6	18,6	17,3	12,9	9,6	9,1	9,2	9,5	7,7	9,8
Павлодарская	17,0	12,8	13,4	9,1	8,7	8,4	7,0	8,0	7,7	5,6
Северо-Казахстанская	13,9	13,8	12,0	11,0	10,8	8,6	7,9	7,1	9,0	10,8
Туркестанская	–	–	–	–	–	–	–	–	9,8	8,7
Южно-Казахстанская	20,9	19,5	16,8	15,1	13,4	11,5	11,2	10,0	9,4	–
г. Нур-Султан	13,6	11,4	11,2	11,5	9,3	7,0	7,6	6,8	5,9	6,2
г. Алматы	16,3	17,1	17,1	12,6	10,5	8,3	9,0	7,6	6,9	8,4
г. Шымкент	–	–	–	–	–	–	–	–	8,4	8,4

Наименьшая величина коэффициента младенческой смертности в 2018 г. была в Акмолинской и Павлодарской областях (по 5,6%). Немного выше в г.Нур-Султан (6,2%) (см. табл.6.1). Напротив, больше 10 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся было в Костанайской (10,3%), Атырауской (10,7%) и Северо-Казахстанской (10,8%) областях.

Следует, конечно, иметь в виду, что из-за относительно малого числа случаев смерти детей в возрасте до 1 года в областях и городах могут иметь место случайные колебания коэффициента младенческой смертности. Например, в 2017 г. в Атырауской области (7,1%) он был ниже, чем в Акмолинской и Павлодарской областях (по 7,7%).

Таблица 6.2.2

**Динамика коэффициента младенческой смертности по национальностям в Республике Казахстан в 2009-2018 гг. (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми)**

Национальности	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
казахи	19,3	17,4	15,9	14,3	12,1	10,3	9,9	9,0	8,1	8,2
русские	17,1	15,4	13,7	13,2	11,1	8,7	9,4	8,7	7,6	8,7
узбеки	20,9	18,6	12,6	14,0	9,5	9,6	8,4	6,9	8,6	7,1
украинцы	12,4	10,2	10,1	6,6	6,8	8,7	5,4	6,4	6,4	6,5
уйгуры	7,7	13,2	14,4	11,6	8,5	6,9	5,3	5,0	4,6	5,7

<sup>54</sup> См. Кодекс Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года № 518-IV «О браке (супружестве) и семье». Статья 269. Место государственной регистрации смерти ([https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31102748&doc\\_id2=31102748#pos=378:-152&pos2=2658:-98](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31102748&doc_id2=31102748#pos=378:-152&pos2=2658:-98))

татары	12,0	13,3	8,3	6,5	7,3	7,2	4,8	4,9	5,7	4,8
немцы	11,6	11,7	9,9	7,3	6,7	6,8	4,7	4,1	5,4	5,1

По национальному признаку наименьший коэффициент младенческой смертности в 2018 г. был у татар (4,8‰) и немцев (5,1‰) (см. табл.6.2.2). Выше, чем в целом по Казахстану, коэффициент младенческой смертности в 2018 г. был у казахов (8,2‰) и русских (8,7‰). Но, опять же, уместно напомнить о возможных случайных колебаниях его величины из-за относительно малого числа умерших в возрасте до 1 года.

Основным классом причин смерти детей в возрасте до 1 года являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. На их долю в 2018 г. приходилось свыше половины смертей детей этого возраста (см. табл.6.2.3).

Таблица 6.2.3

**Динамика коэффициента младенческой смертности по основным классам причин смерти в Республике Казахстан в 2009-2018 гг.** (число умерших в возрасте до 1 года от данного класса причин смерти на 10000 родившихся живыми)

Классы причин смерти	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Все население</i>										
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	111,4	98,5	85,2	77,3	64,6	54,4	50,0	45,9	40,3	41,3
врожденные аномалии	30,6	29,1	29,3	26,1	21,1	20,5	19,8	19,4	18,5	16,0
болезни органов дыхания	17,5	15,1	11,0	9,9	7,8	6,5	6,6	5,1	5,0	5,1
инфекционные и паразитарные болезни	5,6	5,2	5,1	3,7	4,1	3,6	3,9	3,1	3,5	3,7
внешние причины	7,4	6,7	6,2	5,9	6,0	4,4	4,9	4,5	4,0	3,8
<i>Городское население</i>										
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	128,1	105,2	95,3	80,5	68,9	59,1	55,7	47,8	40,4	43,2
врожденные аномалии	30,8	29,9	30,2	27,3	21,5	20,1	19,3	19,2	16,9	14,5
болезни органов дыхания	13,4	12,3	9,1	8,4	7,0	6,4	5,9	4,4	4,4	4,5
инфекционные и паразитарные болезни	4,9	4,7	4,7	3,6	4,0	3,6	3,9	3,0	3,0	3,5
внешние причины	6,1	5,7	4,4	4,9	4,9	3,5	4,3	3,9	3,0	3,5
<i>Сельское население</i>										
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	92,8	91,3	73,7	73,5	59,5	48,5	42,6	43,4	40,2	38,6
врожденные аномалии	30,4	28,3	28,2	24,7	20,6	21,0	20,5	19,7	20,7	18,2
болезни органов дыхания	22,2	18,2	13,1	11,5	8,6	6,7	7,4	6,1	5,8	6,0
инфекционные и паразитарные болезни	6,4	5,8	5,5	3,8	4,2	3,5	4,0	3,2	4,1	3,9
внешние причины	9,0	7,9	8,2	7,1	7,2	5,5	5,7	5,3	5,4	4,2

Смертность детей в возрасте до 1 года из-за отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, ежегодно существенно снижалась. В 2018 г. младенческая смертность от этого класса причин смерти была в 2,7 раза меньше, чем в 2009 г. В несколько меньшей степени, но тоже значительно (в 1,9 раза) сократилась за этот период младенческая смертность из-за врожденных аномалий. Еще существеннее снизилась в 2018 г. по сравнению с 2009 г., смертность детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания (в 3,4 раза).

Снижение уровня младенческой смертности от инфекционных и паразитарных болезней происходило до 2012 г. Снижение младенческой смертности от внешних причин было большим, чем от инфекционных и паразитарных болезней, и в результате величины коэффициента младенческой смертности от двух этих классов причин в 2018 г. почти сравнялись (см. табл.6.3).

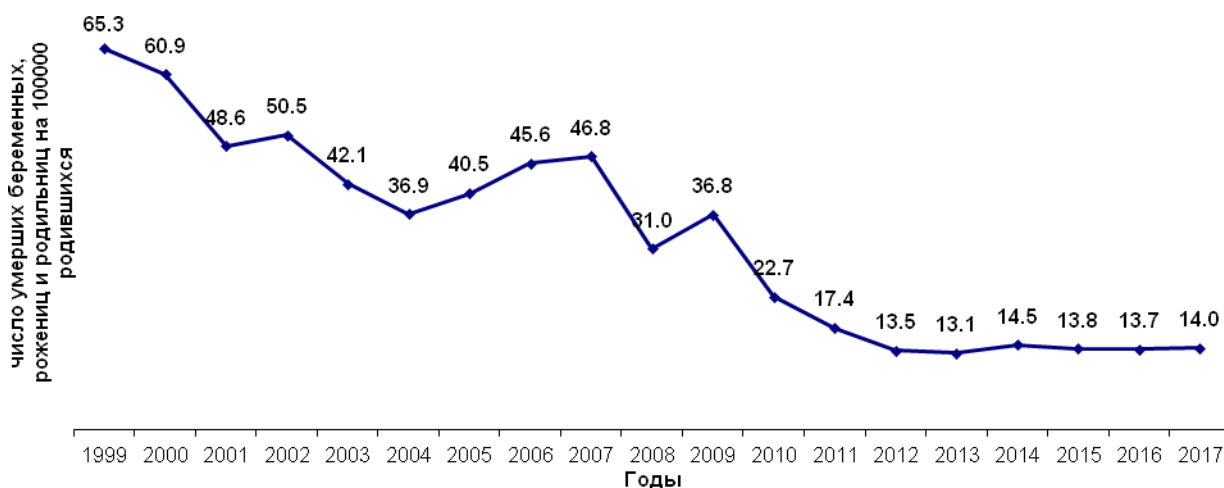


### 6.3. Материнская смертность

В последние 20 лет наибольшее снижение материнской смертности в Казахстане произошло в 2010-2012 гг., когда число умерших беременных, рожениц и родильниц в расчете на 100000 родившихся снизилось с 36,8 в 2009 г. до 13,5 в 2012 г., т.е. в 2,7 раза (см. рис.6.3.1).

Рисунок 6.3.1

Динамика коэффициента материнской смертности в Республике Казахстан в 1999-2017 гг.<sup>55</sup>



После 2012 г. этот показатель был стабильным и колебался в диапазоне от 13,1 до 14,5.

Основными причинами материнской смертности были акушерские кровотечения, эклампсия, септические инфекции и осложнения аборт.

Уровень материнской смертности является непосредственным индикатором качества работы системы здравоохранения и, в то же время, позволяет судить о социально-экономическом развитии страны или региона в целом. Соответственно, данный показатель находится под контролем местных органов власти, которые принимают жесткие административные меры, концентрируя основное внимание непосредственно на данном показателе.

Достигнутый за последние годы прогресс является результатом внедрения эффективных перинатальных технологий ВОЗ, которые были расширены в масштабах всех 16 регионов страны, начиная с 2011 года за счет государственных средств. Внедрение рекомендованной ВОЗ регионализация перинатальной помощи, позволило обеспечить надлежащую помощь женщинам с осложненной беременностью в регионах, рационально использовать технические возможности службы родовспоможения.

Для снижения показателей материнской и младенческой смертности в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы утверждена Дорожная карта по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства.

Разработан и внедрен Стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173.

<sup>55</sup> Демографический ежегодник Казахстана. 2005, 2006, 2007, 2008, 2017, 2018 гг. с.343

([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw_106))

#### 6.4. Половозрастная дифференциация динамики смертности<sup>56</sup>

За последние 10 лет в Казахстане существенно снизились коэффициенты смертности во всех возрастных группах как у мужчин, так и у женщин (см. табл. 6.4.1 и 6.4.2).

Таблица 6.4.1

#### Возрастные коэффициенты смертности мужчин в Республике Казахстан в 2008-2018 гг. (число умерших на 1000 мужчин соответствующего возраста)

Возраст (лет)	Годы											2018 г. в % к 2008 г.
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
0	24,3	20,2	18,5	16,7	15,1	12,7	10,8	10,5	9,5	8,7	9,4	38,7
1-4	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	54,5
5-9	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	60,0
10-14	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	80,0
15-19	1,4	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8	57,1
20-24	2,8	2,3	2,2	2,2	2,0	1,8	1,5	1,5	1,3	1,3	1,3	46,4
25-29	4,4	3,7	3,5	3,0	3,0	2,7	2,3	2,1	1,9	1,7	1,7	38,6
30-34	6,3	5,3	5,2	4,9	4,6	4,2	3,7	3,4	2,8	2,6	2,5	39,7
35-39	7,2	6,3	6,7	6,4	6,3	5,9	5,2	5,0	4,6	4,2	3,9	54,2
40-44	9,2	8,2	8,3	7,9	7,8	7,3	6,7	6,4	6,3	5,8	5,6	60,9
45-49	12,9	11,3	11,5	11,0	10,2	9,4	8,9	8,5	8,0	7,8	7,6	58,9
50-54	18,4	16,6	16,8	16,1	15,0	14,0	12,7	12,2	11,9	10,8	10,9	59,2
55-59	25,6	24,2	24,3	22,8	22,6	20,5	19,5	18,3	17,7	16,4	16,7	65,2
60-64	35,1	33,3	35,0	34,3	34,0	31,2	29,0	28,2	27,6	26,5	26,0	74,1
65-69	53,1	50,0	48,9	47,2	45,4	41,9	42,3	41,3	42,4	40,3	40,7	76,6
70-74	71,3	69,3	70,4	69,3	67,9	64,2	61,0	59,4	58,3	56,5	53,5	75,0
75-79	108,0	101,4	100,3	97,6	96,1	92,3	91,3	87,4	87,4	86,2	84,4	78,1
80-84	146,9	143,3	146,1	146,4	149,5	139,1	133,6	127,9	127,3	122,0	122,9	83,7
85 и старше	224,6	197,3	198,4	203,6	204,2	197,6	193,7	196,2	197,2	183,5	184,7	82,2

Кроме отмеченного выше значительного снижения младенческой смертности, в наибольшей степени в 2018 г., по сравнению с 2008 г., у мужчин снизилась смертность в возрастных группах 25-29 лет и 30-34 года (соответственно, на 61,4% и 60,3%). Снижение коэффициентов смертности в этих возрастах было почти ежегодным. Более чем наполовину за этот период снизился коэффициент смертности в возрасте 20-24 года. То есть самое высокое относительное снижение возрастных коэффициентов смертности произошло в молодых возрастах (см. табл.6.4).

На протяжении всего рассматриваемого периода 2008-2018 гг. показатели смертности у женского населения Казахстана ежегодно снижались почти во всех возрастных группах. У женщин наибольшее (не считая младенческой смертности) снижение смертности в 2018 г. по сравнению с 2008 г., как и у мужчин (но в несколько меньшей степени, чем у них), было в возрастных группах 25-29 лет (на 60,0%) и 30-34 года (на 52,6%) (см. табл.6.4.2).

Таблица 6.4.2

#### Возрастные коэффициенты смертности женщин в Республике Казахстан в 2008-2018 гг. (число умерших на 1000 женщин соответствующего возраста)

Возраст (лет)	Годы											2018 г. в % к 2008 г.
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
0	19,5	16,3	14,6	13,0	11,9	10,0	8,8	8,3	7,6	7,1	6,8	34,9
1-4	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	50,0

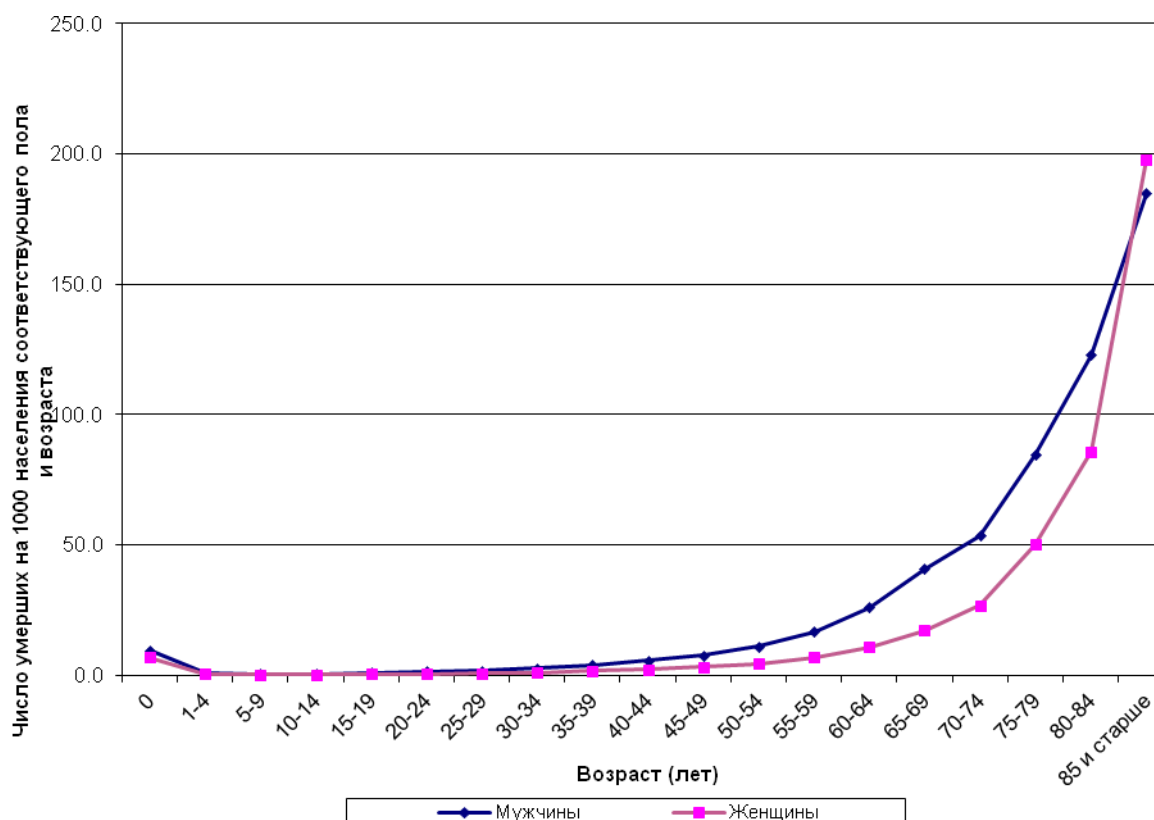
<sup>56</sup> Источники данных по этому разделу: Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, с.179-183 ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7497680892998112#%40%3F\\_afzLoop%3D7497680892998112%26\\_adf.ctrl-state%3D16oymc8lw\\_54](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7497680892998112#%40%3F_afzLoop%3D7497680892998112%26_adf.ctrl-state%3D16oymc8lw_54)); Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.132 ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw_106)); 2008 и 2018 гг. – рассчитано по данным Комитета по статистике Республики Казахстан

5-9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	66,7
10-14	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	66,7
15-19	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	57,1
20-24	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	50,0
25-29	1,5	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	40,0
30-34	1,9	1,6	1,7	1,5	1,5	1,4	1,2	1,2	1,1	1,0	0,9	47,4
35-39	2,4	2,1	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,6	1,5	62,5
40-44	3,2	2,9	2,9	2,8	2,9	2,5	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	65,6
45-49	4,4	4,1	4,1	3,9	3,8	3,5	3,3	3,3	3,2	3,1	3,2	72,7
50-54	6,4	6,3	6,2	6,0	5,8	5,1	5,0	4,6	4,5	4,3	4,3	67,2
55-59	10,3	9,6	9,8	9,2	8,8	8,0	7,7	7,4	6,9	6,7	6,8	66,0
60-64	15,2	14,8	14,8	14,4	14,0	12,8	11,9	11,5	11,4	10,7	10,7	70,4
65-69	24,9	23,1	22,6	22,4	20,6	18,8	18,7	18,3	18,6	17,7	17,2	69,1
70-74	38,6	37,9	37,6	36,4	35,4	33,6	32,6	30,9	29,0	27,2	26,8	69,4
75-79	66,7	65,1	63,7	62,5	58,8	55,0	53,6	53,1	52,3	51,5	50,1	75,1
80-84	112,9	108,5	112,8	109,8	111,0	102,7	96,9	91,8	92,2	87,4	85,6	75,8
85 и старше	222,4	205,4	204,5	206,1	204,2	201,1	197,0	195,9	199,6	201,2	197,9	89,0

Во всех возрастных группах (кроме 85 лет и старше) показатели смертности у мужчин существенно выше, чем у женщин (см. табл. 6.4.1 и 6.4.2, рис.6.4.1).

Рисунок 6.4.1

#### Возрастные коэффициенты смертности женщин и мужчин в Казахстане в 2018 г.



Наибольшие относительные различия в 2018 г. были в возрастных группах 25-29 лет и 30-34 года, в которых коэффициент смертности у мужчин в 2,8 раза выше, чем у женщин, в возрасте 40-44 года (в 2,7 раза), в 20-24 и 35-39 лет (в 2,6 раза), в 50-54 года и 55-59 лет (в 2,5 раза). Во всех этих возрастных группах разница в уровне смертности мужчин и женщин сократилась по сравнению с 2008 г. В наибольшей степени это произошло в возрасте 45-49 лет – с 2,9 до 2,4 раз..

### 6.5. Изменения нозологической структуры смертности

В Казахстане больше всего людей умирает от болезней органов системы кровообращения – 24,44% всех умерших, на втором месте – болезни органов дыхания – 12,89%, третье место – от новообразований – 12%, меньше всего казахстанцев погибает от инфекционных и паразитарных болезней – 1,09%. Нозологическая структура смертности в Казахстане за последнее десятилетие существенно изменилась. Изменения в распределении умерших по причинам смерти столь значительны, что возникает вопрос, в какой степени они имеют под собой реальную основу, а в какой являются следствием той или иной специфики учета причин смерти.

В 2008 г. причинами свыше половины (50,3%) смертей в Казахстане были болезни системы кровообращения. В последующие годы их доля снижалась значительно и почти ежегодно. В 2018 г. она составляла всего 23,4%, но при этом оставалась самой большой среди всех классов причин смерти. С 2014 г. снижается доля умерших от внешних причин, которые в 2008 г. занимали второе место. Это снижение выглядит более правдоподобно, чем значительное сокращение доли умерших от болезней системы кровообращения. В 2018 г. доля умерших от внешних причин составила 9,3%. Доля умерших от новообразований стабильно сокращалась только в 2016-2018 гг. и составила в 2018 г. 11,6%. Снизилась доля умерших от инфекционных и паразитарных болезней с 2,3% в 2008 г. до 1,0% в 2018 г.

В то же время значительно возросла доля умерших от болезней нервной системы с 0,9% в 2008 г. до 13,4% в 2018 г. В 2018 г. этот класс причин смерти занимал второе место после болезней системы кровообращения. На третьем месте болезни органов дыхания. На их долю в 2018 г. приходилось 12,2% умерших. Схожая динамика имела место и по болезням органов пищеварения. Доля умерших от них возрастала с 4,9% в 2008 г. до 10,3% в 2014 г. и несколько снизилась в последние годы (2018 г. – 8,8%).<sup>57</sup>

Можно было бы предполагать, что если значительное снижение доли умерших от болезней системы кровообращения связано с учетом причин смерти умерших, то оно могло обусловить рост доли умерших по классу причин «симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Но этого не произошло. В 2018 г. на его долю приходилось 7,0% умерших.

Следует иметь в виду, что доли умерших от отдельных классов причин будучи рассчитаны в целом для всех умерших зависят от половозрастной структуры населения. Более корректную характеристику нозологических параметров смертности населения Казахстана дает использование возрастных коэффициентов смертности по классам причин смерти (см. табл. 6.6 и 6.7; Приложение, табл. 6-1 – 6.24).

Таблица 6.5.1

**Возрастные коэффициенты смертности по классам причин смерти у мужчин в Республике Казахстан в 2018 г. (число умерших на 10000 мужчин соответствующего возраста)<sup>58</sup>**

Возраст (лет)	Классы причин смерти							
	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни нервной системы	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	внешние причины
0	4,2	1,0	2,8	3,2	6,2	1,1	3,8	4,4
1-4	0,4	0,5	0,8	0,2	0,5	0,1	0,7	2,0

<sup>57</sup> Рассчитано по: Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.211-228 ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw_106)); данные Комитета по статистике РК

<sup>58</sup> Рассчитано по: данные Комитета по статистике Республики Казахстан.

5-9	0,1	0,4	0,6	0,1	0,2	0,0	0,2	1,4
10-14	0,1	0,3	0,4	0,2	0,1	0,1	0,3	1,9
15-19	0,2	0,5	0,5	0,4	0,2	0,2	0,7	5,2
20-24	0,2	0,6	0,3	0,4	0,4	0,3	0,6	9,6
25-29	0,4	0,8	0,5	1,2	0,5	0,8	1,1	11,0
30-34	1,1	1,0	0,7	3,3	1,4	2,0	1,6	13,3
35-39	1,9	1,7	1,3	7,0	2,4	4,1	2,3	16,7
40-44	2,0	3,7	1,8	13,1	3,8	8,0	3,6	18,5
45-49	1,9	7,0	2,4	21,8	5,8	9,8	5,1	19,4
50-54	1,5	14,5	4,5	33,6	9,2	14,4	6,9	18,9
55-59	1,5	27,7	9,9	53,5	17,4	19,9	7,5	18,2
60-64	1,4	45,9	19,1	81,9	34,7	29,7	9,2	17,1
65-69	2,0	70,9	44,8	118,8	63,0	42,1	11,9	16,4
70-74	1,5	81,1	74,4	146,6	95,0	44,3	12,9	13,3
75-79	0,9	93,4	155,0	197,0	173,8	65,1	22,3	16,5
80-84	0,8	79,3	256,3	282,7	249,4	66,3	82,1	19,1
85 и старше	0,9	63,0	397,1	314,0	272,0	64,7	454,5	17,6

В возрасте до 45 лет основной класс причин смерти у мужчин – внешние причины. Начиная с возрастной группы 45-49 лет в структуре причин преобладают болезни системы кровообращения. В возрасте 85 лет и старше в 2018 г. наибольшая величина коэффициента смертности характерна для неустановленных причин, на втором месте – болезни нервной системы, и только на третьем – болезни системы кровообращения (см. табл.6.6).

У женщин внешние причины являются основным классом причин смерти в возрастах до 40 лет. В возрастном интервале 40-54 года основным классом причин смерти являются новообразования, а от 55 до 80 лет – болезни системы кровообращения. В возрасте 80-84 года наибольший коэффициент смертности от болезней нервной системы, а в 85 лет и старше – неустановленные причины (см. табл.6.5.2).

Таблица 6.5.2.

**Возрастные коэффициенты смертности по классам причин смерти у женщин в Республике Казахстан в 2018 г. (число умерших на 10000 женщин соответствующего возраста)<sup>59</sup>**

Возраст (лет)	Классы причин смерти							внешние причины
	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни нервной системы	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	
0	3,2	0,7	1,6	2,6	4,1	0,5	2,3	3,3
1-4	0,4	0,4	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	1,3
5-9	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,8
10-14	0,0	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,8
15-19	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	2,0
20-24	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	2,5
25-29	0,2	0,8	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3	2,4
30-34	0,4	1,4	0,5	1,1	0,6	1,0	0,4	2,4
35-39	0,8	2,8	0,5	2,5	1,0	2,2	0,6	3,6
40-44	0,6	5,2	0,9	4,3	1,5	2,9	0,9	3,4
45-49	0,7	9,2	1,4	7,3	2,3	4,2	1,2	3,3
50-54	0,5	12,1	2,3	10,9	2,9	5,7	1,3	4,0
55-59	0,7	16,8	5,1	17,2	5,1	9,3	1,6	4,3
60-64	0,6	24,2	8,8	27,1	10,6	13,9	2,6	4,4

<sup>59</sup> Рассчитано по: данные Комитета по статистике Республики Казахстан.

65-69	0,6	31,8	20,4	45,9	19,1	18,9	3,1	4,1
70-74	0,7	36,8	44,7	72,4	35,6	24,1	4,6	5,2
75-79	1,4	41,8	106,8	129,5	74,5	42,3	8,5	7,1
80-84	1,2	40,4	220,8	189,3	121,1	55,6	64,6	9,0
85 и старше	1,8	29,4	502,6	328,7	208,4	69,6	525,9	14,5

Преобладание смертности от болезней нервной системы по сравнению с болезнями системы кровообращения в самых старших возрастах в 2018 г. является результатом разнонаправленной динамики показателей смертности от двух этих классов причин смерти в последнее десятилетие (см. Приложение, табл. 6-9 – 6.12). Возрастные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения значительно снизились. Причем в более старших возрастах их снижение было более значительным (см. Приложение, табл. 6.11 и 6.12). В то же время коэффициент смертности от болезней нервной системы значительно вырос в 2018 г. по сравнению с 2008 г. во всех возрастных группах у мужчин и женщин старше 40 лет. Причем в более старших возрастах его повышение было более значительным: от 1,8 раза у мужчин в возрасте 40-44 года, в 18,7 раза в возрасте 65-69 лет, в 31 раз в возрасте 70-74 года, в 55,7 раза в 80-84 года и до 94,5 раза в возрасте 85 лет и старше. Такая же тенденция наблюдалась у женщин (см. Приложение, табл. 6.9 и 6.10).

Существенно снизилась за последнее десятилетие смертность от новообразований. У мужчин в возрастных группах от 30 лет и старше ее снижение в 2018 г., по сравнению, с 2008 г., составило от 26% (40-44 года) до 43% (55-59 лет). Несколько меньшим ее снижение было в возрастах 20-24 года (на 14%) и 25-29 лет (на 20%). Примерно таким же было снижение коэффициента смертности от новообразований у женщин (см. Приложение, табл. 6.3 и 6.4). Значительно снизилась смертность от инфекционных и паразитарных болезней. (см. Приложение, табл. 6.1 и 6.2).

Во всех половозрастных группах (кроме женщин в возрасте 85 лет и старше) к 2018 г., по сравнению с 2008 г., снизилась смертность от внешних причин. У мужчин наибольшее ее снижение произошло в возрастном интервале 25-34 года (на 59-61%). У женщин в большинстве возрастных групп коэффициент смертности от внешних причин в 2018 г. снизился по сравнению с 2008 г. на 40-50% (см. Приложение, табл. 6.23 и 6.24). Показатели смертности от болезней органов дыхания снизились в 2018 г. по сравнению с 2008 г. в возрастах до 55 лет у мужчин и до 40 лет у женщин, а в более старших возрастах – повысились (см. Приложение, табл. 6.13 и 6.14). Схожая ситуация имеет место в смертности от болезней органов пищеварения. В 2018 г. она была ниже, чем в 2008 г., в возрастах до 55 лет и выше в более старших возрастах. У мужчин в возрасте 20-29 лет коэффициент смертности от болезней органов пищеварения в 2018 г. был примерно в 3 раза ниже, чем в 2008 г. У женщин в возрасте 25-29 лет коэффициент снизился на 58%, в 30-34 года – на 47% (см. Приложение, табл. 6.15 и 6.16).

Показатели смертности мужчин выше чем у женщин по всем основным классам причин смерти и почти во всех возрастных группах. Наибольшие различия между мужчинами и женщинами в смертности от внешних причин. В возрастном интервале от 25 до 60 лет коэффициент смертности от внешних причин у мужчин в 2018 г. был выше, чем у женщин, более чем в 4 раза. В 3 раза выше смертность мужчин от болезней системы кровообращения в возрастном интервале от 30 до 65 лет. Еще несколько больше различия в смертности от болезней органов дыхания в возрастном интервале от 50 до 70 лет (в 3,2-3,4 раза).

#### **6.6. Динамика продолжительности жизни: региональная, гендерная и возрастная дифференциация**

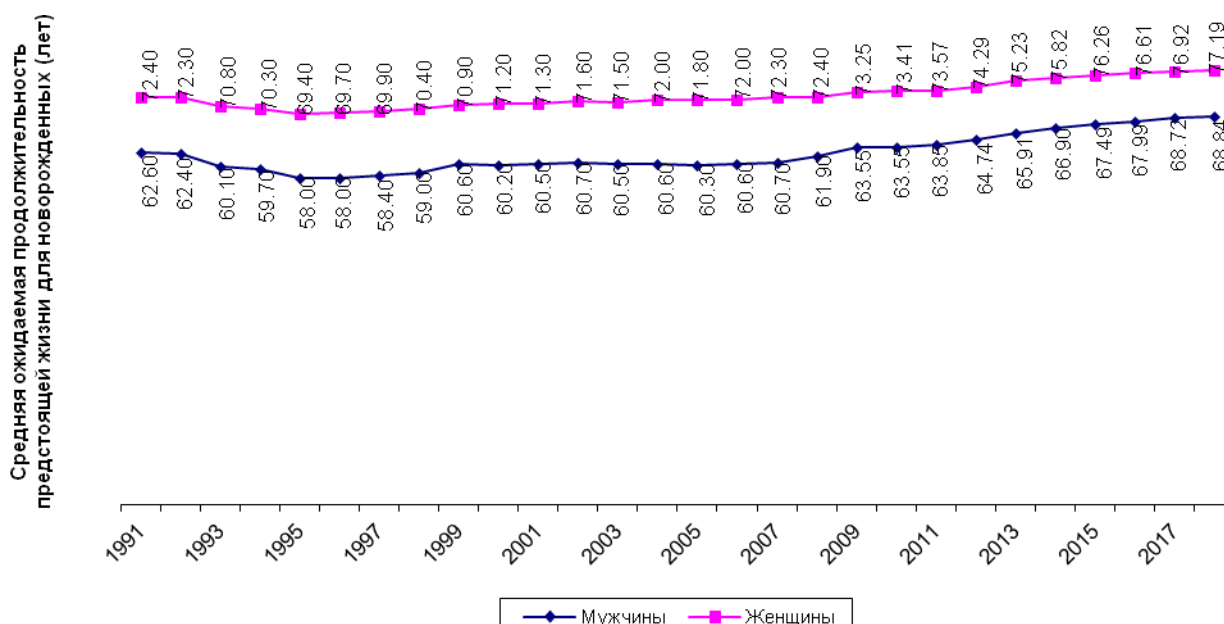
Начиная с 2006 г. в Казахстане ежегодно повышается средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (см. рис.6.5). В предшествующий период она существенно снижалась в первой половине 1990-х гг., затем несколько повысилась во второй половине 1990-х гг. и незначительно менялась в начале 2000-х гг. В 2018 г. средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни для новорожденных составила 73,15

года для обоих полов, 68,84 года у мужчин и 77,19 года у женщин. Величина этого показателя у женщин впервые превысила 77 лет.

По сравнению с 2005 г., после которого происходило устойчивое ежегодное повышение продолжительности жизни, ее величина для обоих полов возросла на 7,29 года. У мужчин прирост продолжительности жизни за этот период (на 8,54 года) был значительно большим, чем у женщин (на 5,39 года). В результате разница в средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни между женщинами и мужчинами сократилась с 11,50 года в 2005 г. до 8,35 года в 2018 г.

Рисунок 6.6.1

**Динамика средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни мужчин и женщин в Республике Казахстан в 1991-2018 гг.<sup>60</sup>**



У городских женщин средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни была немного выше, чем у сельских: в 2018 г. различий почти не было, но в предшествующие годы разница составляла от 0,20 года в 2014 г. до 0,62 в 2011 г. У мужчин в городских поселениях, наоборот, продолжительность жизни меньше, чем в сельской местности – в 2018 г. разница составляла 1,02 года. Соответственно, у городского населения разница в продолжительности жизни женщин и мужчин (2018 г. – 8,79 года) существенно больше, чем у сельского (7,73 года).<sup>61</sup>

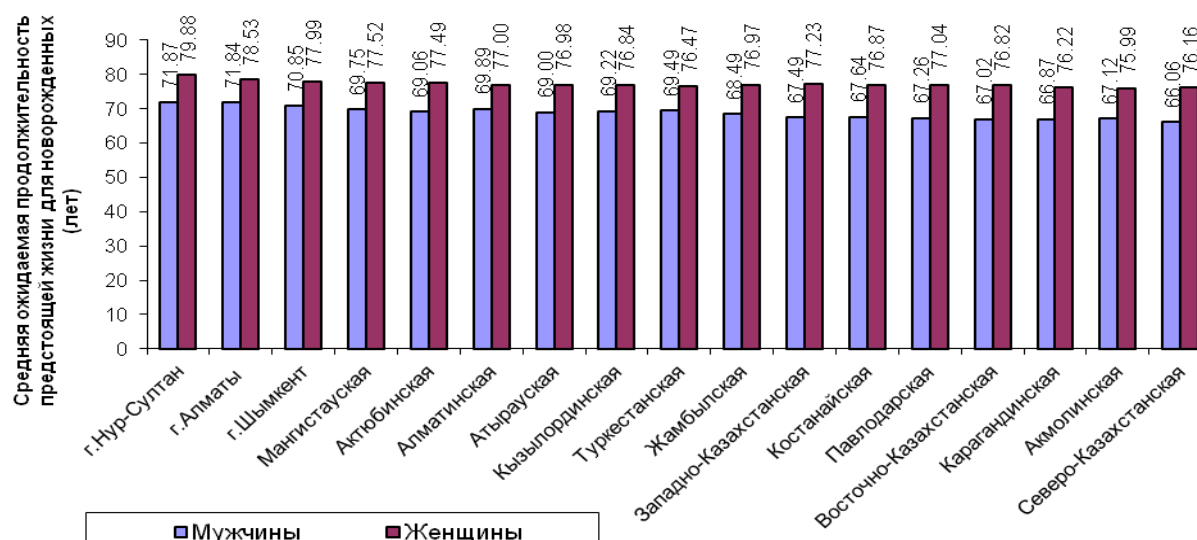
Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни существенно различается по регионам Казахстана (см. рис.6.6). Наибольшая продолжительность жизни в столице Республики – г. Нур-Султан. Несколько ниже она в г. Алматы. Если у мужчин в 2018 г. она не различалась (71,87 года в г. Нур-Султан и 71,84 года в г.Алматы), то у женщин различия в 2018 г. были существенны (соответственно, 79,88 и 78,53). В г.Нур-Султан средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у женщин в 2018 г. вплотную приблизилась к рубежу 80 лет. При этом в г. Алматы в 2018 г. отмечалась наименьшая в Казахстане разница в продолжительности жизни женщин и мужчин (6,69 года).

Рисунок 6.6.2

<sup>60</sup> Основные социально-экономические показатели Республики Казахстан (<http://stat.gov.kz/important/dynamic>); Экспресс-информация «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения Республики Казахстан по регионам за 2018 год» (<http://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/6>)

<sup>61</sup> Рассчитано по: Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, 2018 гг. ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuolfddkw_106));

## Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни мужчин и женщин в областях и городах Республики Казахстан в 2018 г.<sup>62</sup>



В Северо-Казахстанской области в 2018 г. был зарегистрирован наибольший разрыв в величине продолжительности жизни между женщинами и мужчинами. Только в этой области он превышал 10 лет. Наименьшим он был в Туркестанской области. За последнее десятилетие в той или иной степени во всех возрастных интервалах возросла средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (см. табл.6.6.1).

Таблица 6.6.1

### Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрастных интервалах для достигших начала возрастного интервала в Республике Казахстан в 2008-2018 гг. (лет)<sup>63 64</sup>

Возрастной интервал (лет)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i><b>Мужчины</b></i>											
0-9	9,72	9,76	9,78	9,80	9,82	9,84	9,86	9,87	9,88	9,89	9,89
10-19	9,97	9,97	9,97	9,97	9,97	9,98	9,98	9,98	9,98	9,98	9,98
20-29	9,85	9,87	9,88	9,89	9,89	9,90	9,92	9,92	9,93	9,93	9,93
30-39	9,68	9,73	9,73	9,75	9,76	9,78	9,80	9,82	9,84	9,86	9,86
40-49	9,52	9,58	9,57	9,59	9,60	9,62	9,65	9,67	9,68	9,70	9,70
50-59	9,08	9,16	9,15	9,18	9,22	9,28	9,34	9,37	9,38	9,43	9,43
60-69	8,30	8,40	8,36	8,39	8,39	8,51	8,58	8,61	8,63	8,68	8,70
70-79	6,95	7,06	7,04	7,09	7,14	7,27	7,38	7,47	7,45	7,47	7,56
80-89	5,08	5,23	5,15	5,16	5,09	5,27	5,37	5,44	5,43	5,56	5,55
90-99	3,23	3,56	3,65	3,54	3,63	3,79	3,95	3,96	4,21	4,21	4,19
<i><b>Женщины</b></i>											
0-9	9,78	9,81	9,83	9,84	9,86	9,88	9,89	9,90	9,91	9,91	9,92
10-19	9,98	9,98	9,98	9,98	9,99	9,98	9,99	9,98	9,99	9,99	9,99
20-29	9,95	9,95	9,96	9,96	9,96	9,96	9,97	9,97	9,97	9,97	9,98
30-39	9,90	9,92	9,91	9,92	9,92	9,93	9,93	9,94	9,94	9,95	9,95
40-49	9,83	9,85	9,85	9,85	9,85	9,87	9,87	9,88	9,88	9,88	9,89
50-59	9,66	9,66	9,67	9,68	9,69	9,73	9,73	9,75	9,76	9,77	9,77
60-69	9,19	9,23	9,24	9,25	9,27	9,33	9,37	9,39	9,39	9,42	9,43
70-79	8,09	8,15	8,16	8,21	8,27	8,39	8,44	8,50	8,55	8,57	8,59
80-89	5,75	5,86	5,79	5,86	5,86	6,02	6,16	6,24	6,21	6,30	6,37

<sup>62</sup> Экспресс-информация «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения Республики Казахстан по регионам за 2018 год» (<http://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/6>)

<sup>63</sup> Рассчитано по: данные Комитета по статистике Республики Казахстан

<sup>64</sup> Сумма интервальных продолжительностей жизни не соответствует ожидаемой продолжительности предстоящей жизни для новорожденных, так как по каждому возрастному интервалу величина показателя рассчитана для достигших его начала; кроме того, не учтен возрастной интервал 100 лет и старше.



90-99	3,17	3,37	3,31	3,34	3,21	3,23	3,37	3,32	3,35	3,26	3,26
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Понятно, что прирост продолжительности жизни не мог быть существенным в тех возрастных интервалах, где она уже близка к предельно возможной. Это относится, прежде всего, к возрастному интервалу 10-19 лет у мужчин и женщин и, отчасти, к возрасту 20-29 лет у женщин. В возрастном интервале 0-9 лет продолжительность жизни возросла к 2018 г., по сравнению с 2008 г., на 0,17 года у мальчиков и на 0,14 года у девочек, главным образом, за счет снижения младенческой смертности.

### 6.7. Декомпозиция динамики потерь продолжительности жизни по возрасту и причинам смерти<sup>65</sup>

За последнее десятилетие в Казахстане значительно сократились потери средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в трудоспособном возрасте. В возрастном интервале от 20 до 60 лет у мужчин они уменьшились с 4,92 года в 2008 г. до 2,67 в 2018 г., у женщин – с 1,78 до 1,06 года (см. табл.6.7.1).

У мужчин основное сокращение потерь продолжительности жизни произошло из-за снижения смертности от внешних причин. Если в 2008 г. она сокращала у них продолжительность жизни в возрастном интервале от 20 до 60 лет на 2,07 года, то в 2018 г. – 1,06 года. Однако, смертность от внешних причин, по-прежнему, остается основной в этом возрасте. Почти вдвое меньше потери продолжительности жизни из-за смертности от болезней системы кровообращения (2018 г. – 0,54 года). Этот показатель тоже существенно сократился, но в большей степени в первой половине рассматриваемого периода. В 2013 г. потери от этого класса причин смерти снизились по сравнению с 2008 г. на 0,54 года (с 1,28 до 0,74), что было даже чуть больше сокращения потерь от внешних причин (на 0,53 года, с 2,07 до 1,54). Однако, если в 2018 г., по сравнению с 2013 г., потери продолжительности жизни из-за смертности от внешних причин сократились еще почти на столько же (на 0,48 года), то от болезней системы кровообращения – на 0,20 года. Значительным было сокращение потерь продолжительности жизни в возрастном интервале от 20 до 60 лет у мужчин и от смертности от инфекционных и паразитарных болезней – с 0,31 года в 2008 г. до 0,08 в 2018 г (см. табл.6.7.1).

Таблица 6.7.1

#### Потери продолжительности жизни в возрастном интервале от 20 до 60 лет по классам причин смерти в Республике Казахстан в 2008-2018 гг. (лет; для достигших начала возрастного интервала)

Классы причин смерти	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Мужчины</i>											
Всего	4,92	4,31	4,30	4,10	3,93	3,65	3,31	3,14	2,92	2,73	2,67
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,31	0,26	0,22	0,18	0,16	0,13	0,11	0,09	0,09	0,08	0,08
Новообразования	0,28	0,27	0,27	0,25	0,26	0,25	0,23	0,22	0,21	0,20	0,20
Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Психические расстройства и расстройства поведения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Болезни нервной системы	0,06	0,06	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Болезни системы кровообращения	1,28	1,11	1,14	1,04	0,94	0,74	0,63	0,59	0,57	0,56	0,54
Болезни органов дыхания	0,21	0,20	0,18	0,20	0,20	0,20	0,19	0,19	0,18	0,17	0,17
Болезни органов пищеварения	0,37	0,34	0,36	0,39	0,41	0,43	0,40	0,38	0,35	0,28	0,28
Болезни мочеполовой системы	0,05	0,06	0,05	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	0,20	0,17	0,20	0,19	0,17	0,17	0,17	0,17	0,15	0,15	0,16

<sup>65</sup> Показатели, приведенные в этом разделе, рассчитаны по данным Комитета по статистике Республики Казахстан

Внешние причины	2,07	1,77	1,75	1,66	1,61	1,54	1,40	1,30	1,17	1,09	1,06
<b>Женщины</b>											
Всего	1,78	1,60	1,57	1,49	1,47	1,35	1,26	1,19	1,14	1,10	1,06
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,11	0,09	0,07	0,06	0,06	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
Новообразования	0,31	0,30	0,30	0,27	0,29	0,27	0,26	0,26	0,24	0,25	0,23
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03
Психические расстройства и расстройства поведения	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
Болезни нервной системы	0,03	0,03	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05	0,05
Болезни системы кровообращения	0,46	0,40	0,41	0,37	0,35	0,26	0,22	0,20	0,20	0,20	0,19
Болезни органов дыхания	0,07	0,09	0,07	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Болезни органов пищеварения	0,17	0,15	0,16	0,17	0,18	0,18	0,18	0,16	0,15	0,14	0,13
Болезни мочеполовой системы	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03	0,04
Внешние причины	0,45	0,39	0,37	0,35	0,34	0,34	0,30	0,28	0,25	0,24	0,23

У женщин сокращение потерь продолжительности жизни в возрастном интервале от 20 до 60 лет из-за снижения смертности от внешних причин также было почти двукратным – с 0,45 года в 2008 г. до 0,23 в 2018 г. Большой вклад в сокращение потерь продолжительности жизни внесло снижение смертности от болезней системы кровообращения. Значительно меньшим было сокращение потерь из-за снижения смертности от новообразований (см. табл.6.1).

Основной вклад в потери продолжительности жизни в возрастном интервале от 60 до 100 лет вносит смертность от болезней системы кровообращения. Однако, если в 2008 г. этот вклад был доминирующим (15,95 года из 25,77 года общих потерь у мужчин и 14,42 из 21,11 у женщин), то к 2018 г. потери продолжительности жизни в этом возрасте из-за смертности от болезней системы кровообращения снизились очень значительно – с 15,95 до 6,27 в 2018 г. у мужчин и с 14,42 до 4,45 года у женщин (см. табл.6.7.2).

Таблица 6.7.2

**Потери продолжительности жизни в возрастном интервале от 60 до 100 лет по классам причин смерти в Республике Казахстан в 2008-2018 гг. (лет; для достигших начала возрастного интервала)**

Классы причин смерти	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Мужчины</b>											
Всего	25,77	25,28	25,36	25,24	25,15	24,60	24,30	24,03	24,05	23,76	23,62
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,17	0,15	0,14	0,13	0,13	0,12	0,11	0,11	0,07	0,09	0,07
Новообразования	4,20	4,25	4,15	3,91	4,03	3,99	3,73	3,65	3,54	3,31	3,18
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,17	0,20	0,18	0,27	0,27	0,36	0,44	0,66	0,71	0,74	0,81
Психические расстройства и расстройства поведения	0,03	0,08	0,03	0,09	0,06	0,11	0,17	0,26	0,32	0,36	0,40
Болезни нервной системы	0,11	0,21	0,19	0,56	0,96	1,56	2,26	2,03	2,43	2,85	3,36
Болезни системы кровообращения	15,95	14,71	13,95	12,09	10,28	8,63	7,47	6,99	6,61	6,52	6,27
Болезни органов дыхания	1,74	2,13	1,67	2,98	3,46	4,11	4,28	4,73	4,74	4,44	4,01
Болезни органов пищеварения	1,00	1,29	1,10	1,91	2,11	2,31	2,43	2,24	2,21	2,02	2,02
Болезни мочеполовой системы	0,21	0,42	0,21	0,75	0,79	0,83	0,88	1,18	1,24	1,26	1,21
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных	1,07	0,77	2,59	1,37	1,84	1,35	1,40	0,91	0,95	1,00	1,18

исследованиях, не классифицированные в других рубриках												
Внешние причины	1,08	0,99	1,09	1,05	1,07	1,07	0,98	0,98	0,94	0,88	0,77	
<b>Женщины</b>												
Всего	21,11	20,74	20,72	20,60	20,37	19,86	19,53	19,30	19,24	18,98	18,82	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,07	0,09	0,06	0,05	0,06	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	
Новообразования	2,60	2,58	2,50	2,49	2,46	2,42	2,20	2,24	2,12	2,02	1,89	
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,29	0,34	0,27	0,46	0,44	0,58	0,71	1,01	1,13	1,15	1,20	
Психические расстройства и расстройства поведения	0,01	0,12	0,01	0,15	0,11	0,16	0,27	0,41	0,51	0,60	0,62	
Болезни нервной системы	0,09	0,24	0,14	0,64	0,99	1,72	2,36	2,26	2,90	3,31	3,70	
Болезни системы кровообращения	14,42	13,41	12,12	10,33	8,46	7,30	6,17	5,79	4,95	4,85	4,45	
Болезни органов дыхания	0,71	1,19	0,73	1,93	2,20	2,68	2,80	3,10	2,86	2,52	2,38	
Болезни органов пищеварения	0,74	1,00	0,81	1,58	1,72	1,89	1,90	1,78	1,72	1,63	1,51	
Болезни мочеполовой системы	0,15	0,36	0,15	0,67	0,67	0,74	0,78	0,85	0,95	0,83	0,79	
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	1,52	0,87	3,45	1,71	2,61	1,63	1,67	0,95	1,23	1,23	1,41	
Внешние причины	0,45	0,40	0,41	0,39	0,40	0,38	0,35	0,33	0,33	0,30	0,33	

В то же время значительно выросли потери продолжительности жизни в возрастном интервале из-за смертности от болезней нервной системы (с 0,11 года в 2008 г. до 3,36 в 2018 г. у мужчин и с 0,09 до 3,70 у женщин), болезней органов дыхания (с 1,74 до 4,01 у мужчин и с 0,71 до 2,38 у женщин), болезней органов пищеварения (с 1,00 до 2,02 у мужчин и с 0,74 до 1,51 у женщин), болезней мочеполовой системы (с 0,21 до 1,21 у мужчин и с 0,15 до 0,79 у женщин), болезней эндокринной системы (с 0,17 до 0,81 у мужчин и с 0,29 до 1,20 у женщин), психических расстройств и расстройств поведения (с 0,03 до 0,40 у мужчин и с 0,01 до 0,62 у женщин) (см. табл.6.2).

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы отмечено, что наиболее распространенные группы заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), злокачественные новообразования, травмы, роды) являются наиболее частыми причинами госпитализации и смертности, поэтому усилия системы здравоохранения были направлены на снижение заболеваемости и смертности по этим группам заболеваний. В частности, были приняты и реализуются «Комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями в РК на 2018-2022 годы», Дорожные карты по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и инсульте (ОИ), что позволило улучшить соответствующие показатели заболеваемости и смертности. Вместе с тем, анализ причин смертности показал, что несмотря на положительную динамику основных индикаторов, по-прежнему существуют значительные резервы по снижению смертности от указанных причин. Кроме того, анализ выявил проблемы, связанные с правильной кодировкой причин смертности, которые приукрашивают реальное положение по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований, а именно большое количество смертей с неустановленными причинами, а также резкое, не поддающееся рациональному объяснению увеличение значимости отдельных причин, которые пока не находятся в фокусе системы здравоохранения, например, болезней нервной системы, смертность от которых увеличилась среди мужчин в возрасте 65-69 лет в 18,7 раза, а для отдельных половозрастных групп – еще больше.

### 6.8. Резервы снижения смертности и повышения продолжительности жизни на основе анализа показателя потерянных лет потенциальной жизни

Преждевременная смертность от различных причин может быть измерена числом потерянных лет потенциальной жизни (ПЛПЖ), т.е. количеством лет, которое можно было бы прожить до определенного возраста, например 70 лет, если бы смертности до достижения этого возраста не было вовсе. Данный показатель лучше отражает вклад различных причин в сокращение продолжительности жизни, поскольку учитывает возраст, когда наступила смерть. Смерть является неизбежным событием, важно когда она произошла – в старости или молодом возрасте. Чем раньше умер человек, тем больше его вклад в показатель ПЛПЖ. Так, если он умер в 50 лет, тогда его индивидуальный показатель ПЛПЖ будет равен  $70-50=20$ , в 6 месяцев –  $70-0,5=69,5$ , а если смерть наступила в 80 лет, тогда ПЛПЖ = 0, как для всех людей, умерших в возрасте 70 лет и старше<sup>66</sup>.

Показатель ПЛПЖ, как и показатели смертности, в значительной степени зависит от половозрастной структуры населения. Поэтому его также необходимо стандартизировать. Стандартизация показателя ПЛПЖ осуществляется прямым методом на основе стандартной возрастной структуры.

Формула для расчета стандартизованного показателя ПЛПЖ представлена ниже:

$$YLL = \sum_{n=1}^j (l - a_i) \left( \frac{d_i}{p_i} \right) (P_i) * 100000$$

где,  $j$  – количество возрастных интервалов;  $l$  – возраст, младше которого смерть считается преждевременной, например 70 или 75 лет;  $a_i$  – среднее значение возрастного интервала  $i$ ,  $d_i$  – количество смертей в возрастном интервале  $i$ ,  $p_i$  – численность возрастного интервала  $i$ ,  $P_i$  – доля возрастного интервала  $i$  в стандартной популяции. Показатель ПЛПЖ рассчитывается отдельно для мужчин и женщин. Страны Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) используют показатель ПЛПЖ-70, то есть считают потерянные годы до достижения 70 лет<sup>67</sup>. Показатель ПЛПЖ обычно рассчитывается на 100000 человек. Для целей сравнения для расчета стандартизованных показателя ПЛПЖ мы использовали возрастную структуру населения стран ОЭСР в 2010 году, как стандартную.

Показатель ПЛПЖ в Казахстане для мужчин в 2018 году был равен 11561 год, для женщин – 5014 лет на 100 000 человек. По последним доступным данным самое низкое значение показателя ПЛПЖ среди мужчин в странах ОЭСР было в Швейцарии (3614), а самое высокое в Латвии (13225), для женщин самое низкое значение в Японии (2144) и самое высокое значение в Мексике (6120)<sup>68</sup>. То есть показатели ПЛПЖ в Казахстане близки к максимальным значениям в странах ОЭСР и сильно отличаются по полу.

Большой интерес представляет декомпозиция показателя ПЛПЖ на отдельные классы причин смертности, которая показывает, где находятся резервы снижения преждевременной смертности и повышения продолжительности жизни.

Таблица 6.8.1.

#### Распределение показателя ПЛПЖ по классам причин смертности (Казахстан, 2018)

	Мужчины	Женщины
инфекционные и паразитарные болезни	292,8	142,6
Новообразования	1113,2	925,5
болезни нервной системы	562,3	312,1
болезни системы кровообращения	2463,4	862,2
болезни органов дыхания	916,0	364,6
болезни органов пищеварения	1113,3	504,6
внешние причины	3229,4	803,7
все причины	11561,2	5014,6

<sup>66</sup> С.Ф.Беркинбаев и другие. Использование показателя потерянных лет потенциальной жизни для оценки преждевременной смертности в Казахстане./ Вестник КазНМУ. – Алматы: - 2018. - №3.

<sup>67</sup> Potential years of life lost. <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>

<sup>68</sup> Там же

Основные резервы повышения продолжительности жизни находятся в снижении преждевременной смертности мужчин. В первую очередь необходимо обратить внимание на классы причин, демонстрирующих наибольший разрыв ПЛПЖ между мужчинами и женщинами – внешние причины (несчастные случаи, включая дорожно-транспортные происшествия, убийства и самоубийства), болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания и пищеварения. На наш взгляд, гендерные различия ПЛПЖ по этим классам причин обусловлены в первую очередь поведенческими факторами риска – злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, курением.

## 7. Естественный прирост и воспроизводство населения Казахстана

### 7.1. Динамика и региональные различия естественного прироста населения

В Казахстане имеет место значительный естественный прирост населения. В 2014, 2015 и 2018 гг. он превышал 267 тыс. человек в год, а в 2016 г. был более 269 тыс человек. Только в 2017 г. он был несколько меньше.

Общий коэффициент естественного прироста в последние годы относительно стабилен - в диапазоне от 14,5 до 15,5 на 1000 населения (см. Приложение, табл.7.1 и рис. 7.1.1).

Рисунок 7.1.1

Динамика естественного прироста населения в Республике Казахстан в 1991-2018 гг.<sup>69</sup>



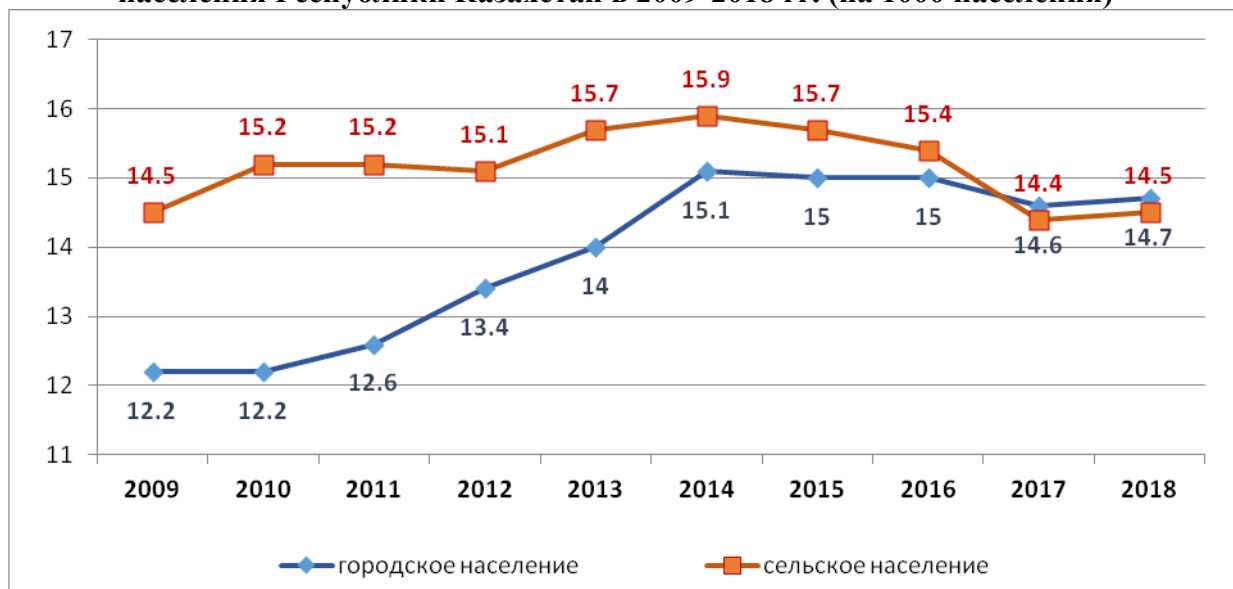
В 1990-е гг. общий коэффициент естественного прироста существенно снижался и в 1998 г. достиг 4,5 на 1000 населения. В последующие годы он несколько повышался и наиболее существенным его прирост был в 2003-2008 гг. (см. рис.7.1.2).

Коэффициент естественного прироста сельского населения был выше, чем городского до 2017 года и в последние годы значения этого индикатора по городскому и сельскому населению значительно сблизились (см. рис.7.1.2).

Рисунок 7.1.2

<sup>69</sup> Динамика основных демографических показателей Республики Казахстан ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=9495902526641275#%40%3F26\\_adf.ctrl-state%3Dfhi943hxx\\_63](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=9495902526641275#%40%3F26_adf.ctrl-state%3Dfhi943hxx_63))

**Динамика общего коэффициента естественного прироста городского и сельского населения Республики Казахстан в 2009-2018 гг. (на 1000 населения)<sup>70</sup>**



В 2018 г. общий коэффициент естественного прироста у городского населения составлял 14,7‰, а у сельского – 14,5‰. Еще 5-6 лет назад межпоселенческие различия в его величине были существенно большими, составляя 1,7‰-ных пунктов, а в 2011 г. – 2,6‰-ных пунктов. В 2014 г. повышение общего коэффициента естественного прироста у городского населения было более существенным, а снижение в последующие годы заметно меньшим, чем у сельского населения (см. рис.7.2).

Величина этого показателя значительно различается по областям и городам Казахстана (см. табл.7.1.1 и рис. 7.1.3).

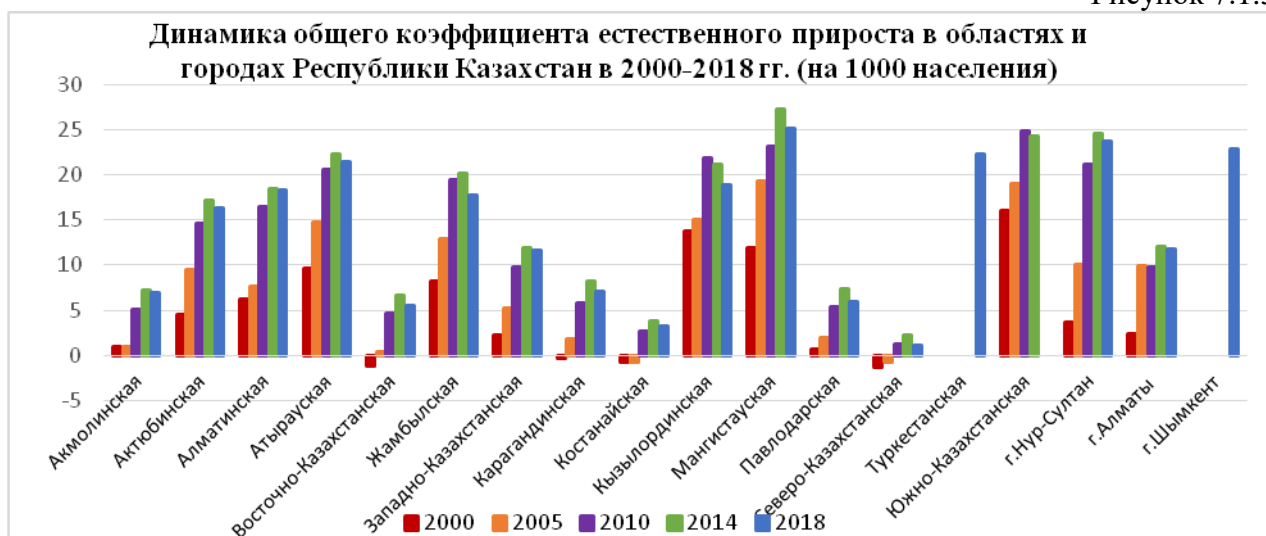
Таблица 7.1.1

**Динамика общего коэффициента естественного прироста в областях и городах Республики Казахстан в 2000-2018 гг. (на 1000 населения)<sup>71</sup>**

Области и города	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Акмолинская	1,0	1,0	5,1	5,2	6,6	6,6	7,2	7,1	7,0	6,7	6,9
Актюбинская	4,5	9,5	14,6	15,4	15,5	16,4	17,2	17,4	16,8	16,1	16,3
Алматинская	6,2	7,7	16,4	16,4	16,4	17,3	18,4	18,3	19,0	18,2	18,3
Атырауская	9,7	14,8	20,6	21,3	21,3	22,2	22,3	22,0	21,6	21,2	21,5
Восточно-Казахстанская	-1,2	0,4	4,6	4,5	5,1	5,4	6,6	5,9	6,1	5,9	5,5
Жамбылская	8,2	12,9	19,4	19,7	19,2	19,5	20,2	19,2	18,7	17,2	17,8
Западно-Казахстанская	2,3	5,2	9,8	9,8	10,6	11,2	11,9	11,8	11,8	11,5	11,6
Карагандинская	-0,4	1,8	5,8	6,6	6,6	7,6	8,2	7,9	7,5	6,9	7,0
Костанайская	-0,8	-0,7	2,6	2,4	3,3	4,0	3,8	4,0	3,5	3,2	3,2
Кызылординская	13,8	15,0	21,9	21,8	21,5	20,8	21,2	20,2	19,2	18,9	18,9
Мангистауская	11,9	19,3	23,2	24,8	25,4	26,8	27,3	26,7	26,8	25,6	25,2
Павлодарская	0,6	2,0	5,4	6,3	6,4	7,4	7,3	7,2	7,0	6,3	6,0
Северо-Казахстанская	-1,3	-0,7	1,2	1,0	1,4	1,7	2,2	2,5	1,7	1,3	1,1
Туркестанская	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22,3
Южно-Казахстанская	16,0	19,0	24,8	24,6	24,4	24,0	24,3	23,8	23,4	22,2	–
г.Нур-Султан	3,7	10,1	21,1	20,2	21,0	23,1	24,6	25,8	25,8	24,3	23,7
г.Алматы	2,4	9,9	9,8	9,6	10,7	11,1	12,0	12,3	12,1	11,5	11,8
г.Шымкент	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22,9

<sup>70</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, 2018; Естественное движение населения Республики Казахстан за 2018 г. (<http://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/5>)

<sup>71</sup> Естественное движение населения (<http://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/8>);



Северные регионы страны отличаются наименьшими значениями естественного прироста, в то время как наибольшие его значения наблюдаются в южных и западных регионах, а также в городах Нур-Султан и Шымкент, где величина естественного прироста значительно превышает среднереспубликанское значение. Причем, наибольший естественный прирост населения почти во всех областях наблюдался в 2014-2015 годах - рост этого индикатора в этих годах происходил за счет роста рождаемости и снижения смертности населения во всех регионах страны.

В 2018 г. наименьший общий коэффициент естественного прироста населения был в Северо-Казахстанской области (1,1‰). Несколько больше его величина в Костанайской области (3,2‰). Более, чем в два раза, меньше, чем в целом по Казахстану, он в Восточно-Казахстанской (5,5‰), Павлодарской (6,0‰), Акмолинской (6,9‰) и Карагандинской (7,0‰) областях.

Наибольшая величина общего коэффициента естественного прироста в гг. Нур-Султан (23,7‰) и Шымкент (22,9‰), а среди областей – в Мангистауской (25,2‰) и Туркестанской (22,3‰) (см. табл.7.1).

## 7.2. Компоненты динамики естественного прироста населения

Динамика общего коэффициента естественного прироста определяется изменениями в трех компонентах: возрастных коэффициентах рождаемости и смертности, и половозрастной структуре населения. Использование индексного метода позволяет оценить влияние каждого из них (см. табл.7.2.1).

**Компоненты изменения общего коэффициента естественного прироста населения в Республике Казахстан в 2009-2018 гг. (‰)<sup>72</sup>** Таблица 7.2.1

Годы	Изменение величины общего коэффициента естественного прироста по сравнению с предыдущим годом	в том числе за счет изменения:		
		возрастных коэффициентов рождаемости	возрастных коэффициентов смертности	половозрастной структуры населения
2009	0,3	-0,8	0,2	0,9
2010	0,3	0,3	-0,4	0,4
2011	0,2	0,0	-0,1	0,3
2012	0,4	0,4	-0,1	0,1
2013	0,5	0,2	0,3	0,0
2014	0,8	0,7	0,2	-0,1
2015	-0,2	0,0	0,1	-0,3
2016	-0,2	0,3	-0,1	-0,4
2017	-0,6	-0,3	0,1	-0,4
2018	0,1	0,7	-0,1	-0,5

<sup>72</sup> Рассчитано по: данные Комитета по статистике Республики Казахстан

Если в отношении влияния изменений возрастных коэффициентов рождаемости и смертности на изменение величины общего коэффициента естественного прироста тенденция не прослеживается (изменения возрастных коэффициентов рождаемости за последнее десятилетие только в 2009 и 2017 гг. негативно влияли на динамику общего коэффициента естественного прироста населения, а изменения возрастных коэффициентов смертности – в 2010-2012, 2016 и 2018 гг.), то в отношении половозрастной структуры населения она очевидна. Ее значительное положительное влияние в 2009 г. в последующие годы сокращалось, а начиная с 2014 г. изменения половозрастной структуры населения негативно влияют на динамику общего коэффициента естественного прироста.

### 7.3. Воспроизводство населения

Если естественный прирост показывает, как ежегодно изменяется численность населения за счет разницы между числами родившихся и умерших, то нетто-коэффициент воспроизводства населения показывает, в какой мере происходит замещение поколений, во сколько раз поколение детей больше или меньше по численности поколения родителей (точнее, речь идет о поколении девочек и их матерей, так как этот показатель традиционно рассчитывается для женского населения).

Величина нетто-коэффициента воспроизводства населения в Казахстане определяется, главным образом, уровнем рождаемости. Смертность женского населения в период до окончания репродуктивного возраста, от которой также зависит нетто-коэффициент воспроизводства населения, относительно невелика и не оказывает существенного влияния на величину этого показателя.

Таблица 7.3.1

**Динамика нетто-коэффициента воспроизводства населения в Республике Казахстан в 2009-2017 гг.<sup>73</sup>**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Республика Казахстан, все население</b>	1,190	1,218	1,217	1,239	1,247	1,294	1,299	1,314	1,294
городское население	1,083	1,088	1,091	1,131	1,135	1,197	1,202	1,226	1,218
сельское население	1,344	1,408	1,406	1,404	1,420	1,446	1,454	1,455	1,421
Акмолинская	1,069	1,033	1,043	1,156	1,092	1,132	1,094	1,097	1,108
Актюбинская	1,119	1,168	1,179	1,168	1,198	1,245	1,280	1,298	1,264
Алматинская	1,295	1,337	1,331	1,356	1,389	1,503	1,512	1,584	1,597
Атырауская	1,478	1,534	1,560	1,568	1,611	1,634	1,642	1,665	1,641
Восточно-Казахстанская	0,970	0,973	0,946	0,994	0,968	1,057	1,019	1,032	1,050
Жамбылская	1,530	1,556	1,582	1,593	1,583	1,711	1,619	1,657	1,597
Западно-Казахстанская	1,084	1,113	1,095	1,141	1,147	1,220	1,203	1,216	1,225
Карагандинская	0,961	0,972	1,016	1,019	1,038	1,081	1,053	1,052	1,028
Костанайская	0,785	0,803	0,816	0,847	0,839	0,859	0,844	0,826	0,810
Кызылординская	1,617	1,683	1,685	1,646	1,597	1,674	1,594	1,564	1,570
Мангистауская	1,487	1,473	1,558	1,623	1,711	1,777	1,774	1,820	1,783
Павлодарская	0,916	0,921	0,966	0,984	0,989	1,050	1,033	1,021	1,003
Северо-Казахстанская	0,929	0,931	0,934	0,993	0,967	1,006	0,965	0,969	0,968
Южно-Казахстанская	1,679	1,763	1,751	1,721	1,710	1,759	1,747	1,747	1,717
г.Нур-Султан	1,010	1,068	1,026	1,054	1,156	1,224	1,387	1,418	1,339
г.Алматы	0,859	0,838	0,787	0,820	0,814	0,807	0,824	0,822	0,787

За последнее десятилетие нетто-коэффициент воспроизводства населения в Казахстане существенно повысился и в последние годы составляет 1,29-1,31. Т.е. при нынешнем уровне рождаемости и смертности женщин в период до окончания репродуктивного возраста численность поколения девочек примерно на 30% больше, чем поколение их матерей.

<sup>73</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Астана, 2017, с.177-178;

Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.128-129  
[http://stat.gov.kz/faces/wcnaw\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuoifddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnaw_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuoifddkw_106)



У сельского населения нетто-коэффициент воспроизводства существенно выше, чем у городского: в 2017 г. – соответственно, 1,421 и 1,218.

Наибольшая величина нетто-коэффициента воспроизводства населения в Мангистауской (1,783 в 2017 г.), Атырауской (1,641), Алматинской (1,597), Жамбылской (1,597) и Кызылординской (1,570) областях, где, при нынешнем



режиме воспроизводства населения, поколение девочек более, чем в 1,5 раза, превышает по численности поколение матерей. Столь же большая величина нетто-коэффициента воспроизводства населения в 2017 г. была и в бывшей Южно-Казахстанской области (1,717). Вероятно, в Туркестанской области этот показатель еще выше. Высокие показатели нетто-коэффициента воспроизводства населения в этих регионах создают предпосылки для существенного роста численности населения в них. Однако, реализация этих предпосылок будет зависеть от сохранения нынешнего режима воспроизводства населения, от уровня смертности, половозрастной структуры населения и миграции.

С другой стороны, в Северо-Казахстанской области нетто-коэффициент воспроизводства населения в 2017 г. составлял 0,968, в Костанайской – 0,810, в г.Алматы – 0,787. Величина этого показателя меньше 1,0 означает, так называемое, суженное воспроизводство, т.е. поколение девочек меньше, по численности, поколения их матерей.

## 8. Браки и разводы

### 8.1. Динамика брачности

Анализ браков и разводов – важная часть анализа населения. Динамика числа браков влияет на рождаемость, в частности на первые рождения, а также на формирование семьи, на семейную структуру и состав домохозяйств.

Максимальная величина числа браков в целом по Республике Казахстан отмечена в 2013 г. (см. табл. 8.1.1 и рис. 8.1.1). В последние годы в целом по Республике Казахстан и областям наблюдается сокращение числа браков. За 5 лет с 2013 по 2018 гг. число браков сократилось на 18%, при этом в Восточно-Казахстанской области – на 28%. В г.Алматы максимум числа браков пришелся на 2014 г., в г.Нур-Султан (б.Астана) - на 2017 г.

Дальнейшее сокращение числа браков может стать фактором снижения числа первых рождений.

Таблица 8.1.1

Число браков в Республике Казахстан в 2000-2018 гг.<sup>74</sup>

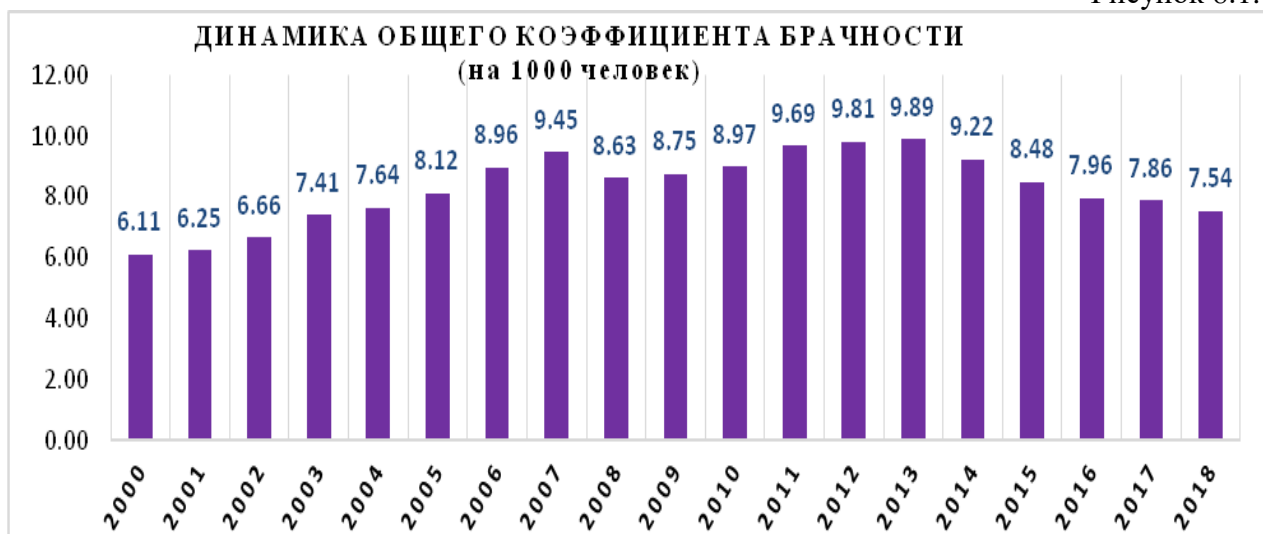
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
число браков	90873	123045	146443	160494	164681	168447	159328	148769	141702	141791	137797

<sup>74</sup> Естественное движение населения

[http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=8308588655079153#%40%3F\\_afzLoop%3D8308588655079153%26\\_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz\\_54](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=8308588655079153#%40%3F_afzLoop%3D8308588655079153%26_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz_54)

на 1000 населения	6,11	8,12	8,97	9,69	9,81	9,89	9,22	8,48	7,96	7,86	7,54
-------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Рисунок 8.1.1



Максимум общего коэффициента брачности (число браков на 1000 населения) в целом по Республике Казахстан также был отмечен в 2013 г. В областях максимальные показатели пришлись на 2011-2013 гг., в г. Алматы и г. Нур-Султан - на 2014 г. (см табл.8.1.2).

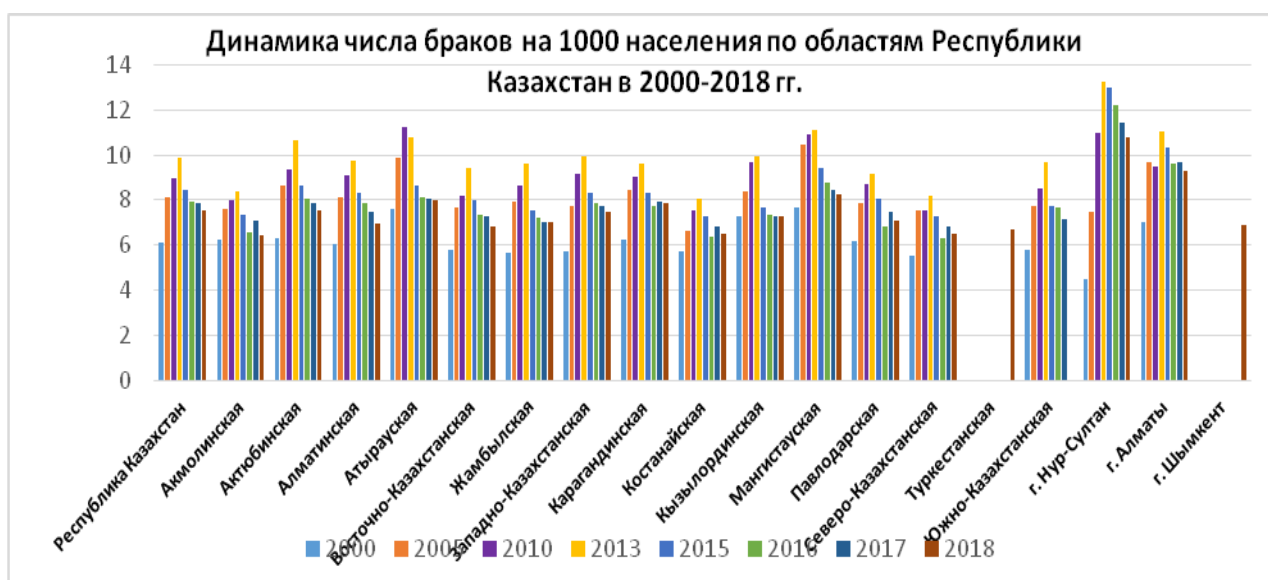
Таблица 8.1.2

#### Число браков на 1000 населения в Республике Казахстан в 2000-2018 гг.<sup>75</sup>

	2000	2005	2010	2013	2015	2016	2017	2018
<b>Республика Казахстан</b>	<b>6,11</b>	<b>8,12</b>	<b>8,97</b>	<b>9,89</b>	<b>8,48</b>	<b>7,96</b>	<b>7,86</b>	<b>7,54</b>
Акмолинская	6,26	7,59	8,03	8,37	7,38	6,59	7,09	6,47
Актюбинская	6,29	8,63	9,36	10,65	8,63	8,05	7,86	7,57
Алматинская	6,03	8,15	9,10	9,73	8,35	7,90	7,48	6,94
Атырауская	7,63	9,91	11,24	10,81	8,67	8,13	8,04	8,02
Восточно-Казахстанская	5,81	7,68	8,20	9,40	8,00	7,35	7,30	6,82
Жамбылская	5,63	7,92	8,66	9,63	7,54	7,25	7,02	7,03
Западно-Казахстанская	5,71	7,73	9,14	9,94	8,33	7,87	7,74	7,51
Карагандинская	6,22	8,43	9,04	9,60	8,31	7,77	7,94	7,84
Костанайская	5,75	6,63	7,55	8,08	7,27	6,38	6,85	6,50
Кызылординская	7,26	8,41	9,71	9,97	7,69	7,36	7,26	7,27
Мангистауская	7,66	10,49	10,92	11,12	9,41	8,78	8,48	8,29
Павлодарская	6,17	7,87	8,70	9,18	8,09	6,83	7,47	7,12
Северо-Казахстанская	5,55	7,57	7,56	8,19	7,26	6,30	6,83	6,48
Туркестанская	–	–	–	–	–	–	–	6,73
Южно-Казахстанская	5,78	7,73	8,55	9,70	7,76	7,70	7,14	–
г. Нур-Султан	4,49	7,45	10,96	13,28	13,00	12,25	11,45	10,81
г. Алматы	7,01	9,69	9,47	11,07	10,34	9,64	9,67	9,27
г. Шымкент	–	–	–	–	–	–	–	6,89

Рисунок 8.1.2

<sup>75</sup> Естественное движение населения



В последние годы во всех регионах наблюдается сокращение общего коэффициента брачности: в целом по Республике Казахстан на 24% (относительно наибольшего его значения), в Актобинской и Алматинской областях – на 29% (максимальное снижение). В г. Алматы и г. Нур-Султан, а также в Карагандинской области показатель брачности снизился менее, чем на 20%.

Более быстрое снижение относительного показателя свидетельствует о том, что снижение числа браков тормозилось ростом численности населения, особенно в городах-миллионниках.

### 8.2. Возраст вступления в брак<sup>76</sup>

В последние годы повсеместно наблюдается рост среднего возраста вступления в первый брак. В целом по Республике Казахстан за период 2013-2017 гг. этот показатель вырос на 0,5 года, как у женихов (с 27,0 до 27,5 лет), так и у невест (с 24,5 до 25,0 лет), т.е. разрыв в 2,5 года сохранился (см. табл.8.1.3).

При этом в динамике возраста вступления в брак наблюдались значительные региональные отличия. Наибольшее «постарение» первого брака за этот период было отмечено в Северо-Казахстанской (женихи на 1,3 года, невесты на 0,9 года), в Костанайской (женихи на 1,1 года, невесты на 1,0 год) и Павлодарской (женихи на 1,1 года, невесты на 0,8 года) областях. В Мангистауской области возраст женихов не изменился, а возраст невест увеличился всего на 0,1 года. Низкие показатели прироста были в Жамбылской и Кызылординской областях (женихи на 0,3 года, невесты на 0,2 года) и в г. Астана (женихи на 0,2 года, невесты на 0,3 года).

Таблица 8.1.3

#### Средний возраст вступивших в первый брак (все население)

	Женихи					Невесты				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Республика Казахстан	27,0	27,1	27,2	27,3	27,5	24,5	24,6	24,7	24,8	25,0
Акмолинская	27,2	27,4	27,8	27,9	28,0	24,7	24,8	25,2	25,3	25,5
Актобинская	26,5	26,6	26,7	26,8	26,9	24,4	24,5	24,6	24,5	24,9
Алматинская	27,5	27,5	27,6	27,7	28,0	24,8	24,8	24,9	25,0	25,2
Атырауская	25,9	26,2	26,1	26,3	26,7	23,9	24,1	24,2	24,3	24,5
Восточно-Казахстанская	27,4	27,5	27,7	27,8	28,1	25,1	25,1	25,3	25,4	25,7
Жамбылская	27,2	27,3	27,2	27,4	27,5	24,0	24,0	24,0	24,1	24,2
Западно-Казахстанская	26,5	26,6	26,8	26,8	27,3	24,4	24,4	24,5	24,7	25,0
Карагандинская	27,2	27,1	27,5	27,7	27,9	24,8	24,8	25,1	25,3	25,5

<sup>76</sup> Источник данных по этому разделу: Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с. 63-64, табл.5.3. - [http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuofddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuofddkw_106)

Костанайская	26,9	27,2	27,4	27,7	28,0	24,6	25,0	25,0	25,3	25,6
Кызылординская	26,8	26,8	27,0	27,0	27,1	24,1	24,1	24,2	24,2	24,3
Мангистауская	26,1	26,2	25,8	25,9	26,1	23,8	23,9	23,9	23,8	23,9
Павлодарская	26,9	27,1	27,4	27,6	28,0	25,0	25,1	25,3	25,4	25,8
Северо-Казахстанская	27,0	27,3	27,7	27,9	28,3	24,9	25,1	25,3	25,4	25,8
Южно-Казахстанская	26,6	26,7	26,8	26,9	27,0	23,3	23,5	23,3	23,5	23,5
г. Астана*	27,5	27,5	27,5	27,6	27,7	25,4	25,5	24,7	25,6	25,7
г. Алматы	27,6	27,7	27,8	27,9	28,0	25,7	25,7	25,2	25,8	26,1

\*В 2019 г. г.Астана переименован в г.Нур-Султан.

В 2017 г. наибольший средний возраст вступления в первый брак женихов был отмечен в Северо-Казахстанской (28,3 года) и в Восточно-Казахстанской (28,1 года) областях, наименьший - в Мангистауской (26,1 года) и Атырауской (26,7 года). У невест наибольший показатель был в г. Алматы (26,1 года), в Северо-Казахстанской и Павлодарской областях (25,8 года), а наименьший – в Южно-Казахстанской (23,5 года) и Мангистауской (23,9 года).

При средней разнице между возрастом женихов и невест в 2,5 года, в Южно-Казахстанской области женихи были старше невест на 3,5 года, в Жамбыльской - на 3,3 года, в то время, как в г.Алматы – всего на 1,9 года, Актюбинской области и г. Астана – на 2 года.

Городские женихи были старше невест на 2,3 года, а сельские – на 3,2 года.

В городском населении в 2017 г. наибольший возраст вступления в первый брак был отмечен в Северо-Казахстанской области - у женихов 28,4 года, у невест 26,3 года, наименьший - у женихов Атырауской области (26,7 года) и невест Южно-Казахстанской области (23,9 года). В Южно-Казахстанской области городские женихи были старше на 3,1 года, в Жамбыльской - на 2,9 года, в то время, как в Актюбинской области – всего на 1,8 года, в г.Алматы и Западно-Казахстанской области – на 1,9 года (см. табл. 8.4 в приложении).

В целом, городские жители вступают в брак несколько позже сельских. При этом, если возраст городских женихов превышает возраст сельских незначительно – в среднем на 0,1 года, то сельские невесты моложе городских в среднем на 1 год. Мангистауская область была единственной, где возраст сельских женихов снизился за 2013-2017 гг. на 0,2 года.

В сельском населении в 2017 г. наибольший возраст вступления в первый брак был отмечен в Северо-Казахстанской области - у женихов 28,9 года, у невест 25,7 года, наименьший - у женихов Атырауской области (26,4 года) и невест Южно-Казахстанской и Мангистауской областей (23,2 года) (см. табл.8.5).

В Южно-Казахстанской области сельские женихи были старше на 3,7 года, в Жамбыльской - на 3,5 года, в то время, как в Мангистауской области – на 2,3 года, в Атырауской области – на 2,5 года.

### 8.3. Межэтнические браки<sup>77</sup>

За период 2013-2017 г. наблюдается сокращение количества браков с представителями других этносов (в 2017 г. эта тенденция была нарушена небольшим ростом). Это сокращение было в первую очередь предопределено снижением числа браков. Так, если в целом число браков сократилось за этот период с 168,4 тыс. до 141,8 тыс. – на 15,8%, то число этнически смешанных браков – с 26,2 тыс. до 22,9 тыс. или на 12,5%.

**Межэтнические браки по национальности жениха** Таблица 8.3.1

	Число женихов, вступивших в брак с невестами других этносов					2017 к 2013 (%)
	2013	2014	2015	2016	2017	
Всего	26197	25364	23768	21906	22931	87,5

<sup>77</sup> Источник данных по этому разделу: Демографический ежегодник Казахстана. 2013-2017. Астана, 2018, с.64-65, табл.5.4. - [http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/publicationsCompilations?\\_afzLoop=7246359270640616#%40%3F\\_afzLoop%3D7246359270640616%26\\_adf.ctrl-state%3Dnuofddkw\\_106](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/publicationsCompilations?_afzLoop=7246359270640616#%40%3F_afzLoop%3D7246359270640616%26_adf.ctrl-state%3Dnuofddkw_106)

Казахи	5388	5318	5083	4812	4979	92,4
Русские	7559	7141	6704	6179	6424	85,0
Узбеки	783	764	701	720	703	89,8
Украинцы	2822	2743	2502	2164	2308	81,8
Уйгуры	712	668	688	592	622	87,4
Татары	1700	1628	1512	1348	1415	83,2
Немцы	2186	2154	1885	1613	1859	85,0
Другие этносы	5039	4946	4677	4455	4571	90,7
Не указана	8	2	16	23	50	625,0
Справочно: общее число браков	168447	159328	148769	141702	141791	84,2
Доля межэтнических браков в общем числе браков	15,6	15,9	16,0	15,5	16,2	

Это привело к небольшому увеличению доли межэтнических браков с 15,6% в 2013г. до 16,2% в 2017 г.

Меньше всего сократилось число межэтнических браков казахов с представителями других этносов: браков, где жених-казах – на 7,6%, браков, где невеста-казашка - на 2,9%. Больше всего сократилось число браков, где женихи или невесты украинцы, среди женихов – на 18,2%, среди невест – на 19,3% (см. табл. 8.3.2 и 8.3.3).

**Межэтнические браки по национальности невесты**

Таблица 8.3.2

	Число невест, вступивших в брак с женихами других этносов					2017 к 2013 (%)
	2013	2014	2015	2016	2017	
Всего	26197	25364	23768	21906	22931	87,5
Казахи	4568	4526	4480	4328	4437	97,1
Русские	9020	8791	8058	7243	7805	86,5
Узбеки	787	862	843	808	748	95,0
Украинцы	2706	2520	2367	2069	2185	80,7
Уйгуры	584	577	533	536	515	88,2
Татары	1675	1623	1499	1322	1396	83,3
Немцы	2273	2107	1936	1752	1793	78,9
Другие этносы	4578	4355	4030	3831	4003	87,4
Не указана	6	3	22	17	49	816,7
Справочно: общее число браков	168447	159328	148769	141702	141791	84,2
Доля межэтнических браков в общем числе браков	15,6	15,9	16,0	15,5	16,2	

Среди межэтнических браков преобладают браки, где женихи или невесты русские.

Но доля таких браков несколько снизилась. Снизилась также доля браков украинцев, татар и немцев. Выросла доля межэтнических браков казахов и узбеков (см. табл.8.8).

Дальнейшая динамика межэтнических браков будет определяться как динамикой числа и доли казахского населения и других этносов, так и готовностью вступать в брак с представителями других этносов.

**Межэтнические браки**

Таблица 8.3.3

	Доля вступивших в брак с представителями других этносов (%)									
	женихи					невесты				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Казахи	20,6	21,0	21,4	22,0	21,7	17,4	17,8	18,8	19,8	19,3
Русские	28,9	28,2	28,2	28,2	28,0	34,4	34,7	33,9	33,1	34,0
Узбеки	3,0	3,0	2,9	3,3	3,1	3,0	3,4	3,5	3,7	3,3
Украинцы	10,8	10,8	10,5	9,9	10,1	10,3	9,9	10,0	9,4	9,5
Уйгуры	2,7	2,6	2,9	2,7	2,7	2,2	2,3	2,2	2,4	2,2
Татары	6,5	6,4	6,4	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3	6,0	6,1
Немцы	8,3	8,5	7,9	7,4	8,1	8,7	8,3	8,1	8,0	7,8

#### 8.4. Динамика разводимости

В последнее 20-летие в целом по Республике Казахстан наблюдался устойчивый рост числа разводов (исключение - 2008 г.). Число разводов за 2000-2018 гг. выросло в среднем в 2 раза (см. табл.8.4.1). Рост показателя был отмечен во всех областях, но в разных масштабах: от 1,3 раза в Восточно-Казахстанской области до 2,8 раз в Алматинской области.

Таблица 8.4.1

**Число разводов в Республике Казахстан в 2000-2018 гг.<sup>78</sup>**

	2000	2005	2010	2014	2015	2016	2017	2018
	<b>27391</b>	<b>32377</b>	<b>41617</b>	<b>52673</b>	<b>53293</b>	<b>51993</b>	<b>54626</b>	<b>54797</b>
на 1000 населения	<b>1,84</b>	<b>2,14</b>	<b>2,55</b>	<b>3,05</b>	<b>3,04</b>	<b>2,92</b>	<b>3,03</b>	<b>3,00</b>

Общий коэффициент разводимости (число разводов на 1000 населения) за период после 2000г. существенно вырос (Рис. 8.4.1, 8.4.2). Эта тенденция была характерна практически для всех регионов вплоть до 2012-2014 гг. Далее наблюдается стабилизация или небольшое снижение показателя разводимости. В целом по стране максимум был в 2014 г. - 3,05 %.

Рисунок 8.4.1

**Число разводов на 1000 населения<sup>79</sup>**



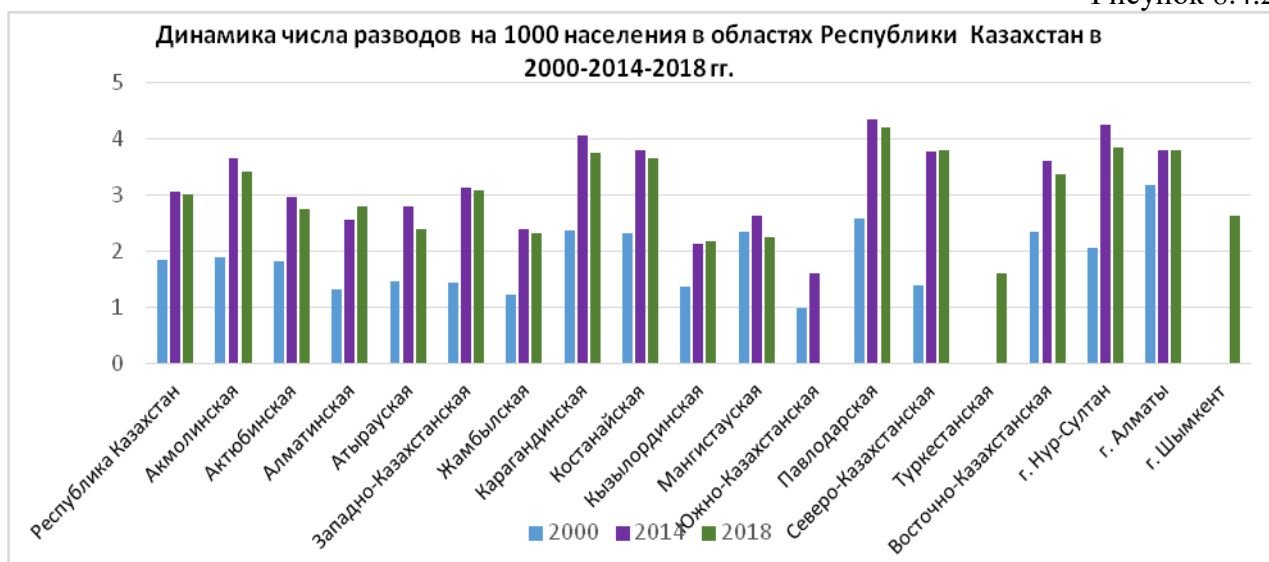
Наиболее высокий уровень разводимости населения присущ в основном северным и восточным областям страны, городам Нур-Султан и Алматы – в них уровень разводимости выше среднего уровня по стране. Менее всего люди разводятся в южных и западных регионах. При среднем росте общего коэффициента разводимости в 1,63 раза (с 1,84‰ в 2000 г. до 3,00‰ в 2018 г.), в Северо-Казахстанской области коэффициент вырос в 2,73 раза, в Западно-Казахстанской в 2,15 раза, в Алматинской в 2,14 раза. В 2018 г. максимальный уровень разводимости был отмечен в Павлодарской области (4,19‰), городах Нур-Султан (3,84‰) и Алматы (3,80‰), в Северо-Казахстанской (3,79‰) и Карагандинской (3,74‰) областях.

<sup>78</sup> Рассчитано по: Естественное движение населения

[http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=8308588655079153#%40%3F\\_afzLoop%3D8308588655079153%26\\_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz\\_54](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=8308588655079153#%40%3F_afzLoop%3D8308588655079153%26_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz_54)

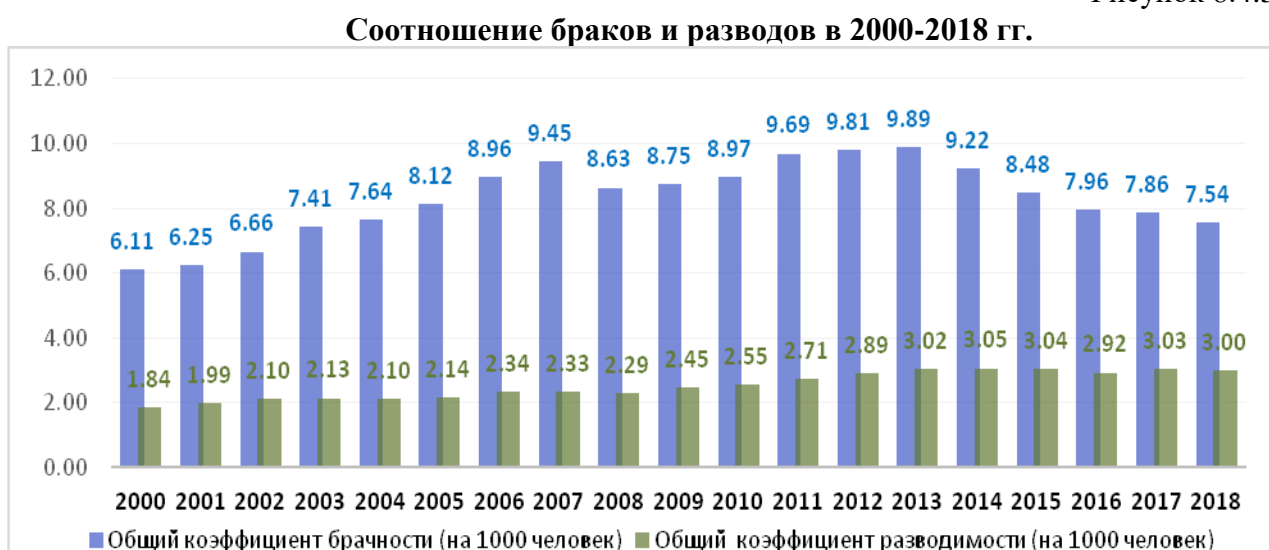
<sup>79</sup> Рассчитано по: Естественное движение населения <http://stat.gov.kz>

Рисунок 8.4.2



Если в начале века, в 2000 году, в стране распадалась третья часть браков – около 30%, то через пять лет это соотношение составляло одну четвертую, т.е. примерно каждый четвертый брак распадался. Начиная с 2010-2011 годов оно опять растет и к 2018 году уже составляет около 2,5, т.е. распадается уже почти 40% всех браков (см. рис. 8.4.3 и 8.4.4).

Рисунок 8.4.3



Соотношение числа разводов и числа браков в целом по Казахстану продемонстрировало в XXI веке U-образную динамику (см. табл.8.4.2, рис.8.4.4).

Таблица 8.4.2

**Число разводов на 1000 браков в Республике Казахстан в 2000-2018 гг.<sup>80</sup>**

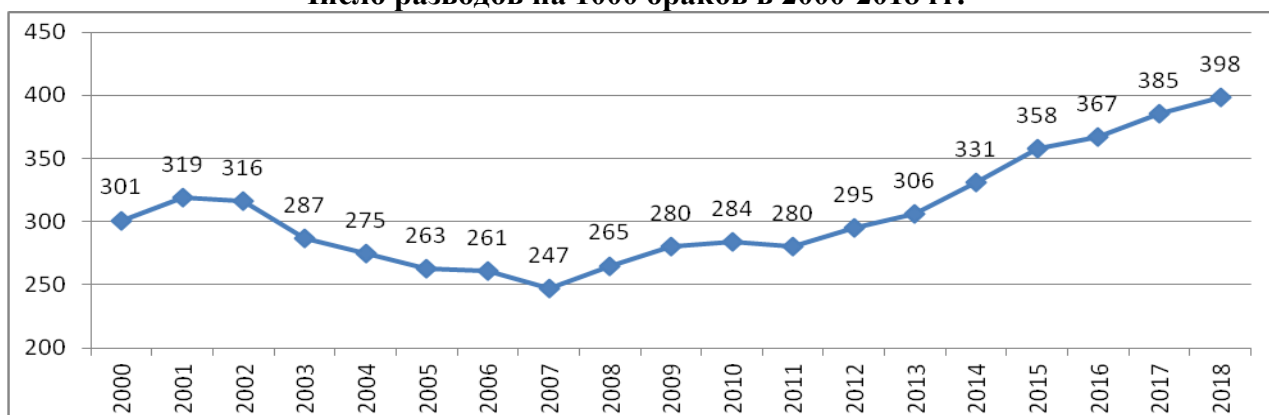
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
301	319	316	287	275	263	261	247	265	280	284	280	295	306	331	358	367	385	398

Рисунок 8.4.4

<sup>80</sup> Рассчитано по: Естественное движение населения

[http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=8308588655079153#%40%3F\\_afzLoop%3D8308588655079153%26\\_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz\\_54](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=8308588655079153#%40%3F_afzLoop%3D8308588655079153%26_adf.ctrl-state%3D37x6dzivz_54)

### Число разводов на 1000 браков в 2000-2018 гг.<sup>81</sup>



Показатель снижался с 301 в 2000 г. до 247 в 2007 г., (снизился на 18%), а затем увеличился до 398 разводов на 1000 браков в 2018 г. (на 61%).

Небольшое снижение разводимости, которое наблюдалось в последние годы, не носит устойчивого характера. Возможен дальнейший рост числа разводов, что может стать фактором снижения числа вторых и последующих рождений. Укрепление семьи и профилактика разводов, особенно в семьях с детьми, должны быть учтены в программах семейно-демографической политики.

Правительство, обеспокоенное растущим числом разводов и ослаблением института семьи, выделило эти вопросы в число актуальных и требующих решения на государственном уровне, отразив их в Концепции семейной и гендерной политики до 2030 года, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан №384 от 6 декабря 2016 г.<sup>82</sup>

Ключевыми принципами реализации семейной политики были определены:

- 1) равенство прав, возможностей и обязательств супругов в выполнении семейных функций;
- 2) доступность условий для наилучшего функционирования семьи;
- 3) самостоятельность семьи в принятии решений относительно своей жизни;
- 4) ответственность семьи за воспитание, образование и развитие ребёнка (детей) и сохранение его здоровья;
- 5) партнерство семьи, общества и государства;
- 6) адресности и инклюзивности в реализации государственной семейной политики с учетом нужд и потребностей семей;
- 7) нулевой терпимости ко всем видам бытового насилия;
- 8) нетерпимости к аморальному поведению в обществе.

Несмотря на предпринимаемые государством меры по комплексной поддержке семьи, в обществе происходят следующие тенденции, требующие неотложных решений.

Разводы и рождение ребенка вне брака имеют тенденцию к увеличению. Распадается почти каждый третий брак. Увеличилась доля разводов супругов, имеющих несовершеннолетних детей...

Растет количество монородительских семей. ... каждый 5-й ребенок проживает в монородительской семье.

По результатам мульти-индикаторного кластерного обследования в Республике Казахстан за 2015 год только 6,6% детей в возрасте до 5 лет получают поддержку со стороны отцов в процессе своего раннего обучения, со стороны матерей получают 50,7% детей.

Мужчины, воспитывающие детей в одиночку, не имеют тех же прав, которые есть у женщин в аналогичных ситуациях. В процессе обеспечения равных возможностей мужчин и женщин сказывается наличие в обществе стойких стереотипов в отношении социальных ролей мужчин и женщин.

Недостаточно развиты профилактические меры, работа с семьей проводится, в основном, по факту наступления трудной жизненной ситуации.

**Концепция семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года**

<sup>81</sup> Рассчитано по: Естественное движение населения

<sup>82</sup> <http://egov.kz/cms/ru/law/list/U1600000384>



Целями государственной семейной политики Правительство определило поддержку, укрепление и защиту семей, создание необходимых условий, способствующих физическому, интеллектуальному, духовному, нравственному развитию семей и их членов, охрану материнства, отцовства и детства.

Для достижения этих целей разработан и утвержден План мероприятий по реализации Концепции семейной и гендерной политики (первый этап 2017-2019 годы)<sup>83</sup>, включающий в себя комплекс мероприятий государственных органов управления центрального и местного уровней (министерств и акиматов), гражданского общества, квази-государственного и частного секторов, включая изменение законодательства в сфере семейной и гендерной политики в соответствии с ЦУР и заключительными замечаниями Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин, а также стандартами стран ОЭСР.

Для укрепления института семьи в стране учрежден День семьи, ежегодно проводится Национальный конкурс "Мерейлі отбасы", утвержден Общенациональный план по укреплению семейных отношений, морально-этических и духовно-нравственных ценностей на 2015-2020 гг., реализуемый по укреплению семейных ценностей и формированию здорового образа жизни, введен институт Уполномоченного по правам ребенка, призванный обеспечить защиту прав и законных интересов детей.

## **9. Домохозяйства**

### **9.1. Динамика числа и размера домохозяйств**

Анализ динамики и структуры домохозяйств и входящих в их состав семей, важен как для понимания тенденций и перспектив воспроизводства населения, так и для изучения взаимосвязей между демографическими изменениями и социально-экономическим развитием.

Домохозяйство - это лица или группа лиц, проживающих совместно, объединяющих (полностью или частично) свои доходы и имущество и совместно потребляющих определенные виды товаров и услуг, к которым относятся, главным образом, жилье и продукты питания.<sup>84</sup>

Домохозяйство - основная единица статистического учета населения в современных переписях населения. В отличие от семьи, домохозяйство может состоять из одного человека и иметь в своем составе лиц, не связанных отношениями родства или свойства.

Исследование различных характеристик домохозяйств (размер и тип домохозяйства, число детей и др.) возможно только по данным переписей населения. В современной истории Республики Казахстан было 2 переписи: в 1999 и 2009 гг. Перепись, планировавшаяся на 2019 г. перенесена на 2020 г.

Сравнение данных переписей 1999 и 2009 гг. показывает, что число домохозяйств увеличилось за 10 лет с 4,16 млн. до 4,39 млн. - на 231,5 тыс. единиц или на 5,6%. При этом число городских домохозяйств выросло всего на 1,2%, в то время как число сельских домохозяйств увеличилось на 13,4% (см. табл.9-1).

Наибольшее число домохозяйств, согласно переписи 2009 г., было зафиксировано в Южно-Казахстанской области (490,7 тыс.), Восточно-Казахстанской области (446,6 тыс.), в г.Алматы (438,2 тыс.), Карагандинской (437,8 тыс.) и Алматинской (432,2 тыс.) областях (см. табл. 9.4).

Данные переписей населения позволяют выделять в анализе различные типы домохозяйств: нуклеарные, расширенные, составные, а также домохозяйства, состоящие из одного человека.

**Нуклеарные** домохозяйства – это домохозяйства, состоящие из одной супружеской четы с детьми или без детей, или одного из родителей со своими детьми, не состоящими в

<sup>83</sup> <http://dsm.gov.kz/ru/pages/ob-utverzhdanii-plana-meropriyatii-po-realizacii-koncepcii-semeynoy-i-gendernoy-politiki-v-rk>

<sup>84</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1.

браке. **Расширенное** домохозяйство – это домохозяйства, состоящие из: одной нуклеарной семьи и связанных родством лиц; двух или более связанных родством нуклеарных семей без других лиц; двух или более связанных родством нуклеарных семей и других связанных родством лиц; связанных родством лиц, не образующих какой-либо нуклеарной семьи. **Составное** домохозяйство – это домохозяйства, имеющие в своем составе не родственников.<sup>85</sup>

По данным переписи 2009 г. из общего числа домохозяйств (4391759) наибольшую долю составили нуклеарные (2321978 или 52,9%) и расширенные домохозяйства (1311265 или 29,9%). Домохозяйства, состоящие из одного человека (639890) составили 14,6 % всех домохозяйств, составные (1186260) – 2,7%.

Средний размер домохозяйств и в 1999 г. и в 2009 г. составил 3,6 человека и за межпереписной период не изменился. Размер сельских домохозяйств также не изменился – 4,4. А размер городских вырос на 0,1 – с 3,1 до 3,2 (см. табл.9.1.1).

Таблица 9.1.1

**Средний размер домохозяйств<sup>86</sup>**

	средний размер домохозяйств					
	все		городские		сельские	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Все домохозяйства	3,6	3,6	3,1	3,2	4,4	4,4
из них:						
Домохозяйства, состоящие из одного человека	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Нуклеарные	3,5	3,5	3,2	3,2	4,0	3,9
из них:						
домохозяйства, состоящие из супружеской пары с детьми и без детей	3,7	3,7	3,4	3,4	4,2	4,1
домохозяйства, состоящие из матери с детьми	2,6	2,6	2,5	2,5	3,0	2,9
домохозяйства, состоящие из отца с детьми	2,7	2,8	2,5	2,6	3,0	3,1
Расширенные	5,2	5,2	4,7	4,6	5,9	5,9
Составные	3,9	3,9	3,7	3,7	4,6	4,5

По всем типам размер сельских домохозяйств заметно превышал средний размер городских. Наибольший размер отмечен у расширенных (5,2) и составных домохозяйств (3,9).

Средний размер домохозяйств, состоящих из отца с детьми, вырос на 0,1, как в целом по Казахстану, так и по городу и селу.

Несколько удивило, что средний размер домохозяйств, состоящих из матери с детьми, оказался меньше, чем домохозяйств, состоящих из отца с детьми. Причина, возможно, в том, что домохозяйство отца с детьми может образоваться в результате овдовения или развода. А домохозяйство матери с детьми образуется, во многом, вследствие рождения вне брака.

Основным фактором, определяющим размер домохозяйства, является число детей в составе домохозяйства (см. табл.9.1.2). Чем больше детей, тем больше средний размер домохозяйств. За межпереписной период состав домохозяйств изменился: выросла доля домохозяйств без детей (с 29,2 % до 36,2 %) и соответственно уменьшилась доля домохозяйств с детьми – на те же 7 процентных пункта.

Таблица 9.1.2

<sup>85</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1.  
<sup>86</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1. - ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afLoop=8382917760985672#%40%3F\\_afLoop%3D8382917760985672%26\\_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug\\_205](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afLoop=8382917760985672#%40%3F_afLoop%3D8382917760985672%26_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug_205))

### Домохозяйства, состоящие из двух и более человек, по числу лиц моложе 18 лет <sup>87</sup>

	Число домохозяйств		Состав домохозяйств, в %		Состав домохозяйств с детьми, в %		Средний размер домохозяйств	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Все домохозяйства	3566179	3751869	100,0	100,0			4,0	4,1
Домохозяйства, имеющие лиц моложе 18 лет	2523112	2395310	70,8	63,8	100,0	100,0	4,6	4,8
из них:								
1 ребенка	998466	1030592	28,0	27,5	39,6	43,0	3,4	3,7
2 детей	865195	771348	24,3	20,6	34,3	32,2	4,5	4,7
3 детей	395261	356504	11,1	9,5	15,7	14,9	5,7	5,9
4 детей	171391	158225	4,8	4,2	6,8	6,6	6,8	7,1
5 и более детей	92799	78641	2,6	2,1	3,7	3,3	8,8	9,5
Домохозяйства, не имеющие лиц моложе 18 лет	1043067	1356559	29,2	36,2			2,6	2,8

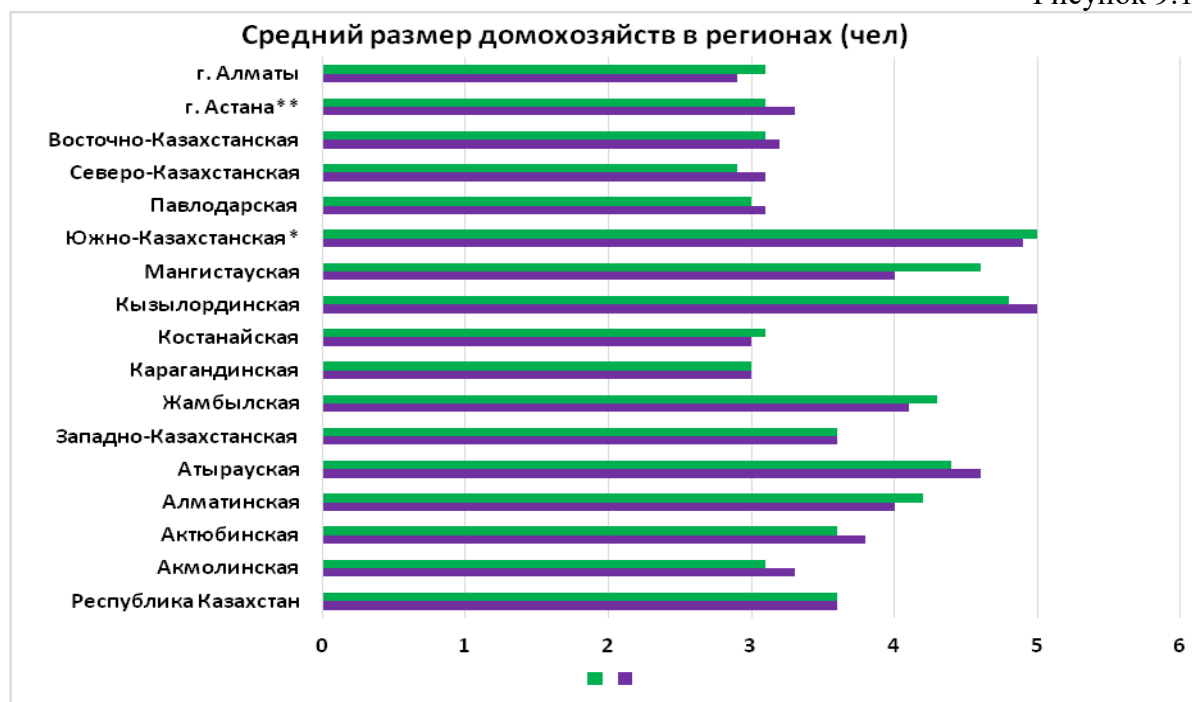
Среди домохозяйств с детьми выросло как число, так и доля домохозяйств с 1 ребенком, при этом все остальные категории – с числом детей от 2 до 5 и более – сократились как абсолютно, так и относительно.

Средний размер домохозяйств с детьми вырос с 4,6 до 4,8 чел., при этом в городском населении с 4,1 до 4,3, а в сельском населении с 5,2 до 5,3.<sup>88</sup>

Анализ региональных особенностей среднего размера домохозяйств показал, что за относительной стабильностью среднего для Казахстана показателя скрывается разнонаправленная динамика в регионах, причины которой трудно объяснить каким-либо одним фактором, например динамикой рождаемости, миграцией или уровнем экономического развития.

В 8 регионах средний размер домохозяйств снизился, в 6 регионах – вырос. (рис. 9.1.1). Максимальный прирост среднего размера домохозяйства (на 0,6) отмечен в Мангыстауской области и в городском населении Южно-Казахстанской области (на 0,4)

Рисунок 9.1.1



<sup>87</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 г. Астана, 2011. Т.1., 21 - ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afriLoop=8382917760985672#%40%3F\\_afriLoop%3D8382917760985672%26\\_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug\\_205](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afriLoop=8382917760985672#%40%3F_afriLoop%3D8382917760985672%26_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug_205))

<sup>88</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1.

Максимальное сокращение этого показателя отмечено в сельском населении Кызылордынской области (на 0,5), Актюбинской и Атырауской областей (на 0,4)

Можно сделать вывод, что рост показателя в Алматинской, Мангыстауской и Южно-Казахстанской областях был обусловлен ростом среднего размера городских домохозяйств, а сокращение – в Акмолинской, Актюбинской и Атырауской и других областях – снижением среднего размера сельских домохозяйств.

**Средний размер домохозяйств в регионах**<sup>89</sup> Таблица 9.1.3

	всего		городские		сельские	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Республика Казахстан	3,6	3,6	3,1	3,2	4,4	4,4
Акмолинская	3,3	3,1	2,9	2,8	3,6	3,4
Актюбинская	3,8	3,6	3,3	3,4	4,6	4,2
Алматинская	4,0	4,2	3,3	3,6	4,4	4,4
Атырауская	4,6	4,4	4,1	3,8	5,5	5,1
Западно-Казахстанская	3,6	3,6	2,9	3,1	4,2	4,2
Жамбылская	4,1	4,3	3,5	3,5	4,8	4,9
Карагандинская	3,0	3,0	2,8	2,9	4,2	3,9
Костанайская	3,0	3,1	2,7	2,7	3,5	3,5
Кызылординская	5,0	4,8	4,6	4,2	5,9	5,4
Мангистауская	4,0	4,6	3,6	3,9	5,9	5,9
Южно-Казахстанская*	4,9	5,0	3,9	4,3	5,7	5,7
Павлодарская	3,1	3,0	2,8	2,7	3,7	3,6
Северо-Казахстанская	3,1	2,9	2,7	2,6	3,4	3,2
Восточно-Казахстанская	3,2	3,1	2,8	2,8	3,9	3,6
г. Астана**	3,3	3,1	3,3	3,1	-	-
г. Алматы	2,9	3,1	2,9	3,1	-	-

\* В 2018 г. из области был выведен г.Шымкент и область переименована в Туркестанскую.

\*\* В 2019 г. столица Республики Казахстан Астана была переименована в Нур-Султан.

## 9.2. Типы домохозяйств

Анализ структуры домохозяйств по типам показывает существенные отличия в их динамике, прошедшие за межпереписной период. Так, число составных домохозяйств выросло почти вдвое – на 92,7%; число расширенных домохозяйств – на 39,4%; число домохозяйств, состоящих из одного человека – на 7,7%. Число сельских домохозяйств этих трех типов росло быстрее, чем городских.

При этом число нуклеарных домохозяйств – самой массовой категории домохозяйств – сократилось на 9,4%, в т.ч. городских – на 13,7%, а сельских – на 2,1%.

**Динамика числа домохозяйств по типам**<sup>90</sup> Таблица 9.2.1

	Число домохозяйств								
	всего		2009 / 1999 (в%)	городские		2009 / 1999 (в%)	сельские		2009 / 1999 (в%)
	1999	2009		1999	2009		1999	2009	
Все домохозяйства	4160216	4391759	105,6	2679954	2712767	101,2	1480262	1678992	113,4
из них:									
Домохозяйства, состоящие из одного человека	594037	639890	107,7	490604	502022	102,3	103433	137868	133,3

89 Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.2., ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afzLoop=8382917760985672#%40%3F\\_afzLoop%3D8382917760985672%26\\_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug\\_205](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afzLoop=8382917760985672#%40%3F_afzLoop%3D8382917760985672%26_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug_205))

90 Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1. - ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afzLoop=8382917760985672#%40%3F\\_afzLoop%3D8382917760985672%26\\_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug\\_205](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afzLoop=8382917760985672#%40%3F_afzLoop%3D8382917760985672%26_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug_205))

Нуклеарные	2563923	2321978	90,6	1624698	1402169	86,3	939225	919809	97,9
из них:									
домохозяйства, состоящие из супружеской пары с детьми и без детей	2076011	1800992	86,8	1266672	1045440	82,5	809339	755552	93,4
домохозяйства, состоящие из матери с детьми	445495	452730	101,6	328886	313639	95,4	116609	139091	119,3
домохозяйства, состоящие из отца с детьми	42417	68256	160,9	29140	43090	147,9	13277	25166	189,5
Расширенные	940693	1311265	139,4	515259	714763	138,7	425434	596502	140,2
Составные	61563	118626	192,7	49393	93813	189,9	12170	24813	203,9

Среди нуклеарных домохозяйств значительно выросло число домохозяйств, состоящих из отца с детьми – на 60,9%. Число домохозяйств, состоящих из матери с детьми увеличилось на 1,6%, превышая по численности в 6,6 раза числа домохозяйств, состоящих из отца с детьми. Надо отметить, что данное превышение, все же, уменьшилось по сравнению с 1999 годом, когда оно составляло 10,5 раза.

А вот число домохозяйств, состоящих из супружеской пары с детьми и без детей (преобладающий тип нуклеарной семьи) сократилось на 13,2%. Главным образом, из-за значительного сокращения городских домохозяйств - на 17,5%. Число сельских домохозяйств этого типа снизилось на 6,6% (см. табл.9.3).

Анализ данных переписей 1999 и 2009 гг. показывает, что различия в динамике числа семей разных типов предопределили изменение состава домохозяйств за межпереписной период, главным образом, из-за сокращения доли нуклеарных домохозяйств, состоящих из супружеской пары с детьми и без детей с 49,90% до 41,01% (на 8,89%) и увеличения доли расширенных семей с 22,61% до 29,86% (на 7,25%) (см. табл.9.2.2).

**Структура домохозяйств по типам (%)<sup>91</sup>**

**Таблица 9.2.2**

	все		городские		сельские	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Все домохозяйства	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
из них:						
Домохозяйства, состоящие из одного человека	14,28	14,57	18,31	18,51	6,99	8,21
Нуклеарные	61,63	52,87	60,62	51,69	63,45	54,78
из них:						
домохозяйства, состоящие из супружеской пары с детьми и без детей	49,90	41,01	47,26	38,54	54,68	45,00
домохозяйства, состоящие из матери с детьми	10,71	10,31	12,27	11,56	7,88	8,28
домохозяйства, состоящие из отца с детьми	1,02	1,55	1,09	1,59	0,90	1,50
Расширенные	22,61	29,86	19,23	26,35	28,74	35,53
Составные	1,48	2,70	1,84	3,46	0,82	1,48

Доля домохозяйств, состоящих из одного человека, выросла на 0,29%-ных пунктов, а доля составных домохозяйств – на 1,22%-ных пунктов.

Изменения в составе городских и сельских домохозяйств аналогичны изменениям в целом по всем домохозяйствам.

Анализ состава домохозяйств в региональном разрезе показал, что преобладающим типом во всех областях было и остается нуклеарное домохозяйство, доля которого составляет 51-59%. Исключение – города Астана и Алматы с долей этих домохозяйств 42-43%.

<sup>91</sup> Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.1.

Анализ данных переписи 2009 г. показал существенные различия между регионами по составу домохозяйств. Так, максимальная доля домохозяйств, состоящих из одного человека, была отмечена в г.Астана (22,3%) и г.Алматы (20,0%). Там же отмечена и максимальная доля составных домохозяйств – состоящих из лиц, не связанных родством. Эти типы домохозяйств во многом созданы переезжавшими в город на учебу и работу молодыми мигрантами. И в этих же городах мы видим минимальную долю нуклеарных домохозяйств (42-43%).

Минимальная доля домохозяйств, состоящих из одного человека - в Кызылординской (5,7%), Южно-Казахстанской (6,2%), Мангистауской (9,3%) и Алматинской (9,7%) областях. Там же мы видим максимальную долю расширенных домохозяйств (37-38%) (см. табл. 9.2.3).

Сохранение большого числа и доли расширенных домохозяйств связано с сохранением традиционного уклада жизни, для которого в большей степени характерно совместное проживание нескольких поколений, в частности, проживание родителей с женатыми детьми и внуками.

**Состав домохозяйств регионов по типам (%)<sup>92</sup>**

Таблица 9.2.3

	все домохозяйства	из них домохозяйства:						расширенные	составные
		состоящие из одного человека	нуклеарные	из них состоящие:					
				из супружеской пары с детьми/или без	из матери с детьми	из отца с детьми			
Республика Казахстан	100	14,6	52,9	41,0	10,3	1,6	29,9	2,7	
Акмолинская	100	16,6	57,3	45,8	10,2	1,2	24,0	2,1	
Актюбинская	100	13,3	50,8	38,8	10,0	2,0	33,4	2,5	
Алматинская	100	9,7	51,7	40,7	9,1	2,0	36,9	1,7	
Атырауская	100	10,2	52,0	39,6	10,6	1,8	36,5	1,3	
Западно-Казахстанская	100	13,1	54,8	42,9	10,6	1,3	30,3	1,8	
Жамбылская	100	10,7	53,0	41,1	10,4	1,5	35,2	1,2	
Карагандинская	100	18,7	55,9	42,3	12,3	1,4	22,8	2,6	
Костанайская	100	17,3	55,2	42,8	11,2	1,2	24,5	3,0	
Кызылординская	100	5,7	56,5	45,0	10,0	1,5	37,1	0,7	
Мангистауская	100	9,3	52,5	41,5	9,3	1,7	36,5	1,7	
Южно-Казахстанская*	100	6,2	53,8	44,2	8,2	1,4	38,1	1,8	
Павлодарская	100	18,9	56,8	43,3	12,1	1,4	22,2	2,1	
Северо-Казахстанская	100	18,4	58,6	47,4	10,2	1,1	21,0	2,0	
Восточно-Казахстанская	100	17,0	55,2	43,5	10,5	1,2	24,9	2,9	
г. Астана**	100	22,3	41,6	31,2	8,3	2,1	28,8	7,2	
г. Алматы	100	20,0	43,1	29,6	11,4	2,2	31,0	5,9	

\* В 2018 г. из области был выведен г.Шымкент и область переименована в Туркестанскую.

\*\* В 2019 г. столица Республики Казахстан Астана была переименована в Нур-Султан.

Можно предположить, что рост городского населения будет поддерживать сохранение высокой доли домохозяйств одиночек и составных домохозяйств. При этом прирост жилья в многоквартирном сегменте городов будет способствовать нуклеаризации домохозяйств, за счет расширения возможностей улучшения жилищных условий молодых семей, отделяющихся от родительских семей.

## 10. Миграция населения

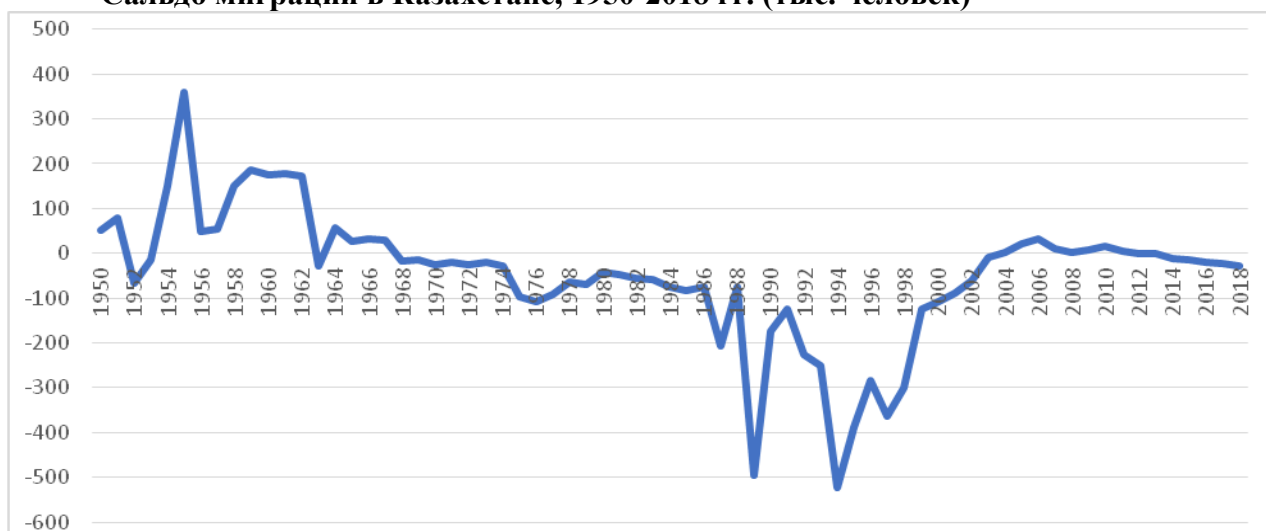
Миграция на протяжении всей истории Казахстана играла заметную роль в развитии населения. В советский период республика приняла большое число разных категорий мигрантов из-за ее пределов. Среди них были добровольные экономические мигранты, осваивавшие Целину, строившие, а затем работавшие на шахтах, заводах и фабриках. На

92 Домохозяйства Республики Казахстан. Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года. Астана, 2011. Т.2., ([http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/p\\_perepis?\\_afLoop=8382917760985672#%40%3F\\_afLoop%3D8382917760985672%26\\_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug\\_205](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/p_perepis?_afLoop=8382917760985672#%40%3F_afLoop%3D8382917760985672%26_adf.ctrl-state%3Dy3nvibcug_205))

освоение Целины прибыло более 500 тыс. человек.<sup>93</sup> В годы Великой отечественной войны республика приняла большое число вынужденных мигрантов, эвакуированных из Европейской части СССР. На первое января 1942 года в Казахскую ССР прибыло 381 260 человек<sup>94</sup>. По некоторым оценкам, общее число эвакуированных превысило 0,5 млн. человек, многие из которых после окончания войны остались жить и работать в Казахстане. В 1930-1940 гг. в Казахстан с целью наказания и одновременно освоения его природных богатств насильственно направлялись огромные массы людей – кулаки в ссылку, узники ГУЛАГа, депортированные народы (немцы, поляки, чеченцы, ингуши и др.). Так, на 1 января 1949 г. в Казахской ССР на спецпоселении находилось 820 тыс. человек из числа депортированных народов. Из них около 400 тыс. немцев.<sup>95</sup> Благодаря миграционным процессам Казахстан превратился в одну из самых мозаичных в этнокультурном плане стран мира.

Рисунок 10.1.

Сальдо миграции в Казахстане, 1950-2018 гг. (тыс. человек)



Построено по данным: Госкомстат СССР, Население СССР 1987 г. М.: 1988; Госкомстат СССР Демографический ежегодник СССР 1990 г. М.: 1990 Комитет по статистике республики Казахстан Демографические показатели 2018. - [http://stat.gov.kz/faces/wcnav\\_externalId/homeNumbersPopulation?\\_afzLoop=8905209835099300#%40%3F\\_afzLoop%3D8905209835099300%26\\_adf.ctrl-state%3D3mq49tmd2\\_34](http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersPopulation?_afzLoop=8905209835099300#%40%3F_afzLoop%3D8905209835099300%26_adf.ctrl-state%3D3mq49tmd2_34)

Вплоть до конца 1960-х гг. Казахстан был одной из советских республик, имеющих положительное сальдо внешней миграции (рисунок 1). Но в последующие годы приток населения сменился его оттоком. Постепенно этот отток увеличивался, чему способствовали экономические причины, в том числе возможности более высоких заработков в осваиваемых районах России и более благоприятные условия жизни в других частях СССР. Но в последние годы существования Советского Союза по мере роста экономических трудностей усиливалась репатриация русскоязычного населения на родину: в Россию, Украину, Белоруссию. В первые годы независимости репатриация приобрела взрывной характер.

В первое десятилетие, после провозглашения независимости, роль миграции в формировании населения Казахстана усилилась. В 1990-е гг. число прибывающих из других бывших советских республик резко уменьшилось. В то же время стал увеличиваться отток репатриантов, особенно в Россию и в Германию. В результате с 1992 по 2003 год страна потеряла в результате неэквивалентного обмена с внешним миром, по данным Комитета по статистике Республики Казахстан, 2,2 млн. человек. Но это несколько меньше оценок,

<sup>93</sup> Кульбаев Т. Все для фронта, все для Победы! — Алматы: Асыл сөз, 2015. — С.247–251

<sup>94</sup> Земсков В.Н. Спецпоселенцы. Вопросы социологии 1990 № 11: 5-26.

которые основаны на зарубежных данных. Российская статистика говорит о том, что Россия в обмене с Казахстаном за этот период получила около 1,5 млн. человек. По немецким данным Германия получила 850 тысяч человек. Миграционные процессы в 1990-е гг. определялись действием двух групп факторов. Вначале их определяли последствия распада СССР: экономический кризис и политическая нестабильность на всем постсоветском пространстве. Строительство новых национальных государств резко ускорили русскоязычную репатриацию и придали ей повсеместный характер.<sup>96</sup>

Вместе с этим в этот период закладывались и позитивные факторы, которые влияли на миграционные процессы в Казахстане в новом столетии. Среди них можно выделить переход к политике открытых дверей, трансформацию экономики на рыночной основе, развитие предпринимательства. Большое влияние на всю миграционную систему страны оказал перенос столицы Казахстана из Алма-Аты в Астану (ныне Нур-Султан) в 1997 году. Рассмотрим подробнее основные направления и характеристики миграционные потоков в новом столетии.

### ***Внешняя постоянная миграция***

В результате политической стабильности и начавшегося экономического роста Казахстан в 2000-е г. характер международной миграции в Казахстане изменился по сравнению с предыдущим десятилетием. С 2004 по 2011 г в стране наблюдался положительный миграционный прирост. В этот период сократился отток мигрантов за рубеж, прежде всего в главные страны эмиграции – в Россию и Германию. Если по переписи 1989 г. в Казахстане проживало 958 тыс. немцев, то в 1999 г. - 353 тысячи, а в 2009 – 178 тысяч. В общей сложности, по данным казахстанской статистики, с 2004 по 2011 г. нетто-миграция с Россией составила 180 тыс. человек в пользу последней и 32,5 тысячи в пользу Германии. Параллельно усилился приток мигрантов из других стран, в основном государств Центральной Азии, Китая, Монголии и ряда других стран. Этому в немалой степени способствовала государственная программа содействия переселению казахов из-за рубежа на историческую родину. С 2008 года программа была модернизирована и получила название «Нурлы Кош». Всего с 2004 по 2011 год положительное сальдо миграции Казахстана с Узбекистаном составило 211 тыс. человек, с Китаем – 36,6 тыс. человек, с Монголией – 27 тыс. человек и с Кыргызстаном – 14 тыс. человек.

В последующий период с 2012 по 2018 год Казахстан вновь стал терять население. Но эти потери были несравненно меньше, чем в 1990-е гг. – 100 тыс. человек за 7 лет. Изменения в тенденции были обусловлены сокращением притока казахов-репатриантов из ряда стран. В итоге сальдо миграции в обмене с Узбекистаном по сравнению с предыдущим периодом

Ежегодно правительство страны устанавливает квоту на допустимое количество въезда в республику оралманов (возвращение этнических казахов из-за рубежа на историческую родину) и количество переселенцев (переселение казахстанцев из южных регионов в северные), что предусмотрено подпунктом 5-1 восьмой статьи Закона "О миграции населения".

С 1991 года по 1 января 2016 года на историческую родину вернулись и получили статус оралмана 261104 семьи или 957 772 этнических казаха, что составляет 5,5% от общей численности населения страны.

61,6% оралманов прибыли из Узбекистана, 14,2% являются выходцами из Китая, 9,2% из Монголии, 6,8% из Туркменистана, 4,6% из России и 3,6% из других стран.

21,2% оралманов расселились в Южно-Казахстанской области, 16,3% в Алматинской, 13% в Мангистауской, 9,4% в Жамбылской областях и 40,1% в др. регионах страны.

Лица трудоспособного возраста составляют 55,6%, дети до 18 лет - 39,9% и пенсионеры-4,5%.

<https://www.zakon.kz/4773927>

<sup>96</sup> Зайончковская Ж.А. Миграционный кризис и миграционный взрыв в России в 1980-е и 1990-е годы // В кн. Россия и ее регионы в XX веке: территория – расселение – миграция / Под ред. О.Глезер и П.Поляна. М.: 2005



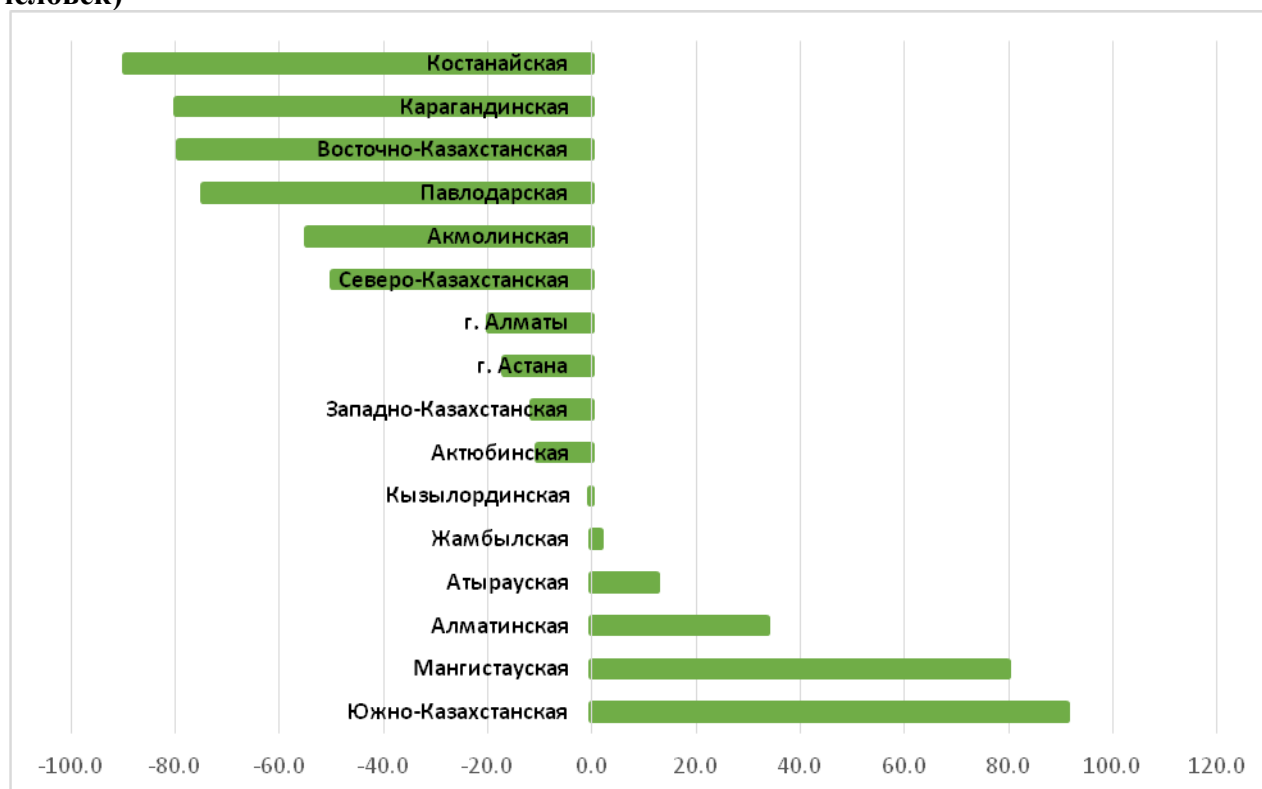
сократилось в четыре раза до 51 тыс. человек, с Китаем – до 12,7 тысяч, с Монголией – до 1,8 тысяч и Кыргызстаном - почти до 5 тысяч. При этом отток в Россию остался практически на прежнем уровне – около 17 тыс. человек. Потери в миграционном обмене с Германией уменьшились почти в 3 раза до 12,7 тысяч человек. В общей сложности миграционный прирост с 2004 по 2018 год в республике Казахстан был равен -1 тыс. человек. Это дало основание экспертам из Отдела народонаселения ООН при разработке демографического прогноза для Казахстана предположить, что после 2017 года он в среднем по пятилетним периодам будет равняться 0.

Этнический состав мигрантов отражает два важнейших на постсоветском пространстве процесса. С одной стороны, стремление казахов из других стран вернуться на историческую родину, с другой – эмиграцию русскоязычного населения в Россию. С 2007 по 2017 год, сальдо Казахстан в миграционном обмене с другими странами получил 202 тыс. казахов и потерял 212 тыс. русских. Из страны выбыло не так много немцев - чуть более 22 тысяч. Но следует иметь в виду, что многие из них, уезжая по репатриационным программам в Германию, имеют этнически смешанные семьи (немецко-казахские, немецко-русские). Примерно таким же, как и с немцами, было сальдо миграции и для украинцев. Но часть украинцев переезжала не в Украину, а в Россию. В общей сложности, среди всех 195 тысяч прибывших в Казахстан в 2007-2017 гг. на постоянное место жительства, казахи составляли 65%, русские – 15%. Среди всех выбывших (245 тысяч) русские составляли 71%, немцы и украинцы – по 7%, казахи – только 4%.

Среди регионов Казахстана по отношению ко внешней миграции четко выделяются две группы (рисунок 2). Северные области с большой долей русскоязычного населения имеют большое отрицательное сальдо. Южно-Казахстанская область, с 2018 года разделенная на Туркестанскую область и город республиканского значения Шымкент, а также Мангистауская и Алма-Атинская области приняли большую часть казахов репатриантов.

Рисунок 10.2.

Сальдо внешней миграции за 2004-2018 год в областях Казахстана (тыс. человек)



### ***Внешняя трудовая миграция***

Обладающий огромным ресурсным потенциалом Казахстан с в начале 2000-х гг. по мере ускорения экономического роста на постсоветском пространстве стал второй страной, после России, принимающей трудящихся-мигрантов из других государств. Чтобы защитить внутренний рынок труда в условиях большого числа молодежи Правительство Казахстана с начала 2000-х гг. устанавливало квоты на привлечение иностранных работников и ограничения их числа в различных секторах экономики. Квоты устанавливались в процентном отношении к численности экономически активного населения.<sup>97</sup> Первоначально квота составляла 0,15% от экономически активного населения, что не превышало 10–11 тысяч человек. С 2004 по 2008 год происходил ежегодный прирост квоты, которая к 2008 году поднялась до уровня 1,6% или 132,8 тысячи человек. Однако, из-за последствий глобального экономического кризиса 2008-2009 гг. она была снижена, и в 2014 г. составила 0,7% от экономически активного населения республики.<sup>98</sup> Практика квотирования впоследствии была закреплена в Законе «О миграции населения», принятом в 2011 г.

Согласно официальной статистике, максимальным приток легальных трудовых мигрантов был в 2007 году – 58,8 тыс. человек. Из них более 90% прибыли из-за пределов СНГ, большинство – из Турции и Китая. В 2005-2009 годах доля граждан этих стран в потоке привлеченной рабочей силы составила соответственно 40% и 16 %. В отличие от России, где большая часть законных мигрантов была занята на рабочих местах, не требующих высокой квалификации, миграционная политика Казахстана направлена на привлечение квалифицированных специалистов. Во многом это объясняется тем, что в миграционном обмене с Россией, Германией, Украиной страна потеряла более 2 млн. человек, большинство которых были инженеры, врачи, технологи и техники, ученые и преподаватели вузов.

Спрос на неквалифицированную рабочую силу удовлетворялся за счет нелегальной миграции из Узбекистана, Кыргызстана и Таджикистана. Неформальный сектор «подпитывался» за счет большого числа незаконных мигрантов, работающих в тяжелых условиях<sup>99</sup>. В 2006 г. в ходе проведения легализации трудовых мигрантов было выявлено 164,5 тыс. иностранных граждан, осуществлявших трудовую деятельность на территории республики без оформления соответствующих документов<sup>100</sup>. Эксперты оценивали численность нелегальных мигрантов во второй половине 2000-х гг. в интервале от 250 тыс. до более, чем 1 млн. человек<sup>101</sup>.

В 2010-2014 гг. экономика и тенденции трудовой миграции быстро восстановились после кризиса 2008-2009 гг. Но численность легальных иностранных работников в Казахстане хотя и возросла, но не достигла отметок, наблюдавшихся перед кризисом и превышавших 50 тыс. человек. Склонность к миграции в Казахстан уменьшил, финансово-экономический кризис, вызванный стремительным (двукратным) снижением мировых цен на нефть в конце 2014 года. Резкое падение курса национальных валют по отношению к иностранным валютам сопровождалось соответствующим падением заработных плат иностранных работников, у которых оплата труда не была привязана к доллару или евро. Сокращение числа официально зарегистрированных квалифицированных мигрантов, прибывающих по рабочим разрешениям продолжалось и в последние годы: с 37 тыс. в 2015 г. до 28 тыс. в 2017 г. Острым остается в стране вопрос о незаконной трудовой миграции, в которой участвуют главным образом граждане Узбекистана, Таджикистана и Киргизии. Имеющиеся оценки незаконной миграции сильно разнятся: от 300 000 до 1.5 миллионов

<sup>97</sup> Практика квотирования впоследствии была закреплена в Законе «О миграции населения», принятом в 2011 г.

<sup>98</sup> Садовская Е. Казахстан в системе международных трудовых миграций. Демоскоп-Weekly, 583-584 января -9 февраля 2014.

<sup>99</sup> Anderson V., Nancilova B. Migrant Labour in Kazakhstan: A cause for concern? Working Paper No. 69, University of Oxford, 2009

<sup>100</sup> Ни В. Права трудящихся-мигрантов в Казахстане: анализ национального законодательства, международных стандартов и правоприменительной практики. – Алма-Ата: МОТ, 2008. - С. 12.

<sup>101</sup> Комиссия по правам человека при Президенте Республики Казахстан, Специальный доклад «О ситуации с правами мигрантов в Республике Казахстан». Под общей редакцией Куаныша Султанова, Тастемира Абишева. Астана, 2013. - 161 с.

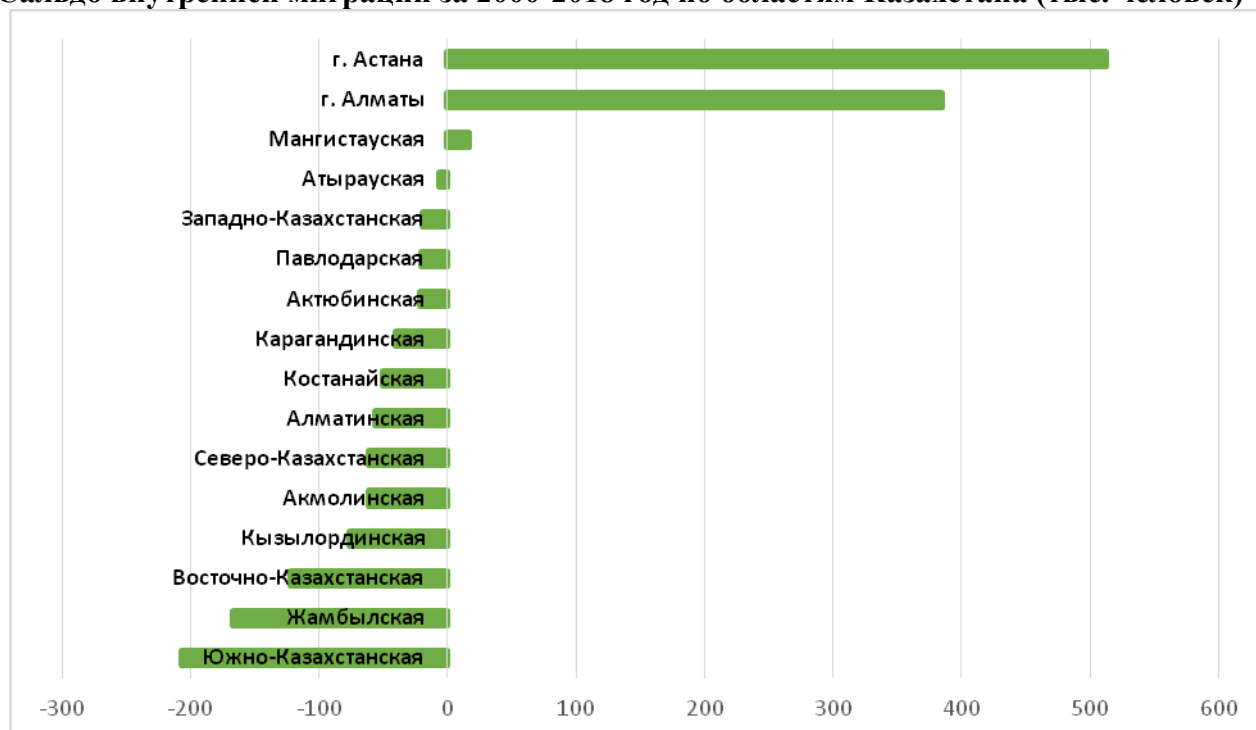
человек.<sup>102</sup> Самой распространенной оценкой остается 1 млн. С началом финансово-экономического кризиса в 2014 году, вероятно, часть мигрантов из Центральной Азии переориентировались на Казахстан вместо России. Поэтому в 2014-2015 гг. незаконная миграция в стране увеличивалась.<sup>103</sup> В декабре 2013 года Главой государства был подписан Закон РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам трудовой миграции», упрощающий порядок выдачи разрешений иностранным гражданам для работы у физических лиц. С апреля 2014 года подразделения миграционной полиции выдают разрешения трудовым иммигрантам на работу у физических лиц в домашнем хозяйстве. Благодаря этим действиям только в 2015 г. из теневого сектора было выведено более 140 тыс. мигрантов.<sup>104</sup>

Вместе с тем, в это же время действовал фактор, который открывал новые пути для трудовой миграции. В 2014 г. Беларусь, Казахстан и Российская Федерация образовали Евразийский Экономический Союз (ЕАЭС), который предполагает создание единого рынка труда и свободного движения рабочей силы. В 2015 г. к соглашению присоединились Армения и Кыргызстан. Это соглашение должно было повысить интенсивность перемещений между странами - участницами Союза, поскольку гражданам стран-участницам ЕАЭС не нужно оформлять разрешительные документы на работу. Однако, следует заметить, что в условиях высокого спроса на рабочую силу граждане Казахстана, в отличие от граждан других бывших союзных республик, не принимают столь активного участия в трудовой миграции в России. По данным ГУВМ МВД России в 2018 году в страну прибыло из Казахстана с целью работать 111 тыс. человек. Как показывают выборочные исследования, граждане Казахстана выполняют работу средней или высокой квалификации.

### Внутренняя миграция

Рисунок 10.3.

Сальдо внутренней миграции за 2000-2018 год по областям Казахстана (тыс. человек)



<sup>102</sup> FIDH, 2016: 9

<sup>103</sup> "The number of illegal migrant workers is not decreasing – A. Sarbassov", Inform.kz, 26 February 2016

<sup>104</sup> Комиссия по правам человека при Президенте Республики Казахстан. Аналитический доклад «Актуальные проблемы защиты прав трудящихся-мигрантов и жертв торговли людьми в Республике Казахстан». Астана, 2017. - 196 с.

Внутренние миграционные потоки в Казахстане в 2000 - 2018 гг. имели два четких полюса притяжения (рисунок 3). Одним из них была новая столица Астана (Нур-Султан), который в результате миграции, согласно национальной статистике, получил более 510 тыс. человек. Вторым была прежняя столица Казахстана – Алматы, миграционный прирост которой составил не менее 385 тыс. человек. Главными источниками внутренних мигрантов были Южно-Казахстанская, Жамбыльская и Восточно-Казахстанская области. Таким образом, внутренние миграционные потоки не способствовали смягчению территориальных диспропорций в распределении населения, о чем говорилось в разделе 2. Все попытки Правительства республики направить миграционные потоки с перенаселенного Юга на север, опустевший в результате оттока русскоязычного населения за рубеж, пока не дали очевидных результатов. Но эту задачу необходимо решать, т. к. в северной части находятся крупные предприятия, значительные аграрные и минеральные ресурсы.

Статистика внутренней миграции обращает на себя внимание тем, что с 2013 по 2018 г. число прибытий (выбытий) возросло в три раза. Согласно комментариям, полученным в Комитете по статистике, изменения в миграционном учете принятые с начала 2017 года, касались временной регистрации (то есть если человек намеревался пребывать более 1-го месяца, то он должен временно зарегистрироваться по месту нахождения в течение 10 дней с момента прибытия). Но многие временно пребывающие решили сразу регистрироваться на постоянное место жительства, из-за чего был сильный скачок в числе внутренних мигрантов.

Миграционные процессы влияют на демографическую ситуацию, но также тесно увязаны с социально-экономическим развитием страны, в целом. В ближайшее время республике необходимо внимательно отнестись к нарастающему демографическому давлению с Юга и, возможно, модернизировать существующую миграционную политику в разделах, относящихся, как к трудовым, так и постоянным мигрантам. Тем более, что отток квалифицированных специалистов в другие страны, пусть не в такой мере, как в 1990-х гг., продолжается.

Также остается на повестке дня и задача по регулированию внутренних миграционных потоков. В противном случае территориальные диспропорции в распределении населения станут тормозом социально-экономического развития. Северная часть страны не сможет развиваться в полной мере из-за недостатка работников, южная часть будет обременять государство разного рода социальными обязательствами.

С целью совершенствования системы регулирования миграционными процессами в Республике Казахстан и в соответствии с Посланием Президента Республики Казахстан

Основной целью концепции является проведение эффективной миграционной политики Республики Казахстан, направленной на обеспечение потребности в квалифицированной рабочей силе и снижении негативных последствий миграционных процессов на основе соблюдения прав и свобод человека.

Для достижения поставленной цели предполагается решение следующих основных задач:

- построение эффективной модели регулирования миграционных процессов, основанной на стимулировании демографического и экономического роста;
- повышение эффективности управления внутренней миграции в контексте процессов урбанизации;
- оптимизация и стимулирование расселения внутренних мигрантов;
- совершенствование системы адаптации и учета внутренних мигрантов;
- стимулирование возвращения этнических казахов, проживающих за рубежом;
- создание условий для адаптации и интеграции репатриантов, иммигрантов в социально-экономическую и политическую жизнь страны;
- совершенствование механизмов привлечения иностранной рабочей силы;
- усиление мер по пресечению нелегальной миграции и торговли людьми.

**Концепция миграционной политики Республики Казахстан на 2017-2021 годы**

Назарбаева Н.А. «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», и с международными обязательствами Республики Казахстан в сфере миграции, целями устойчивого развития на период до 2030 года, в Казахстане была разработана Концепция миграционной политики Республики Казахстан на 2017-2021 годы и утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 сентября 2017 года № 602.

Концепция определяет стратегические цели, задачи и направления миграционной политики Республики Казахстан во взаимосвязи с ожидаемыми перспективами экономического, социального и демографического развития Республики Казахстан, внешней политикой, интеграционными процессами в рамках Евразийского экономического союза и общемировыми тенденциями глобализации.

Республика Казахстан придерживается стратегии временной миграции по вовлечению иностранных работников, оптимального расселения населения по территории страны, а также долгосрочной постоянной миграции по отношению к этническим репатриантам, прибывающим в Республику Казахстан.

## **11. Демографические перспективы Казахстана: вероятная динамика, возможности и ограничения влияния, социально-экономические последствия**

### **11.1. Прогнозные сценарии рождаемости, смертности и продолжительности жизни, миграции на период до 2050 г.**

Одна из главных задач демографических исследований заключается в построении прогнозов населения. Результаты оценок будущей численности и возрастно-полового состава населения, а также параметров демографических процессов должны формировать фундамент, на основе которого разрабатываются планы и стратегии социально-экономического развития страны, ее регионов и отраслей экономики. В данном разделе излагаются результаты многовариантного прогноза численности и возрастно-полового состава населения Казахстана до 2050 года, а также представлены основные гипотезы, положенные в основу этого прогноза.

Всего было построено три варианта прогноза: «средний» вариант представляет наиболее вероятные изменения в численности и составе населения до 2050 года, «низкий» и «высокий» задают пределы возможных изменений в численности и составе населения. «Низкий» вариант определяли гипотезы (1) быстрого снижения рождаемости, (2) медленного роста продолжительности жизни и (3) заметного миграционного оттока за пределы республики. Такой вариант реализуется в условиях медленного экономического роста и, как следствие, малозаметных улучшений в уровне жизни населения. В противоположность «низкому» «высокий» вариант отличается оптимистическими сценариями демографического развития: (1) замедленное снижение рождаемости, (2) быстрое увеличение продолжительности жизни, (3) незначительная величина и прекращение миграционного оттока в ближайшем будущем. Быстрое экономическое развитие, очевидно, приостановит отток постоянного населения за рубеж. Оно даст дополнительный толчок росту продолжительности жизни и создаст новые возможности для поддержки семей с детьми, как в городской, так и в сельской местности. «Средний» вариант, как уже отмечалось, представляет собой наиболее ожидаемый или реалистичный тренд демографических изменений. Как правило, именно результаты «средних» вариантов получают широкое практическое применение за пределами демографии.

Прогноз выполнялся когортно-компонентным методом, суть которого заключается в том, что на каждом шаге прогнозирования (год или пять лет) для каждой возрастно-половой группы (или когорты родившихся в один период) строится уравнение демографического баланса, включающего ожидаемые в ней числа смертей и рождений (для самой младшей группы), а также численность прибывших и выбывших. В итоге вычисляется численность когорты на новую дату. Подобная операция повторяется необходимое число раз для достижения горизонта прогнозирования – финальной даты, для которой выполняется

прогноз, в данном случае – 1 января 2050 года. В качестве исходного населения бралась численность населения на 1 января 2019 года. Оценка компонент балансового уравнения – чисел родившихся, умерших и мигрантов – производится на основе специально разработанных сценариев (гипотез) изменения в будущем параметров рождаемости, смертности и миграции.

Демографические прогнозы для Казахстана, как и для других бывших советских республик, разрабатывались совместно ЦСУ СССР и Госпланом СССР после каждой проведенной переписи, начиная с 1960-х гг. Последний «советский» прогноз, выполненный по результатам последней советской переписи 1989 года, был выполнен в начале 1990-х гг.<sup>105</sup> После этого длительное время демографические прогнозы для Казахстана выполнялись международными и национальными организациями, в том числе, Отделом народонаселения ООН, Бюро Цензов США, Центром Витгенштейна (Австрия). В Министерстве национальной экономики Республики Казахстан выполнялись перспективные оценки, исходя из гипотезы о неизменности параметров демографических процессов.

Результаты прогноза «ЮНФПА-2019», выполненного авторами данного отчета, сравниваются с новыми прогнозами Отдела народонаселения ООН. Базовой (начальной) точкой реализации прогноза «ЮНФПА-2019» является 1 января 2019 года (31 декабря 2018). Численность населения на эту дату получена из Комитета по статистике Республики Казахстан. Базовым годом прогноза ООН является середина 2017 года. Соответственно, численность населения Казахстана в 2019 году является прогностической оценкой. Следует отметить, что Отдел народонаселения ООН разрабатывает восемь вариантов детерминистского прогноза. Пять из них служат аналитическим целям. Три основных (высокий, средний и низкий), результаты которых используются в данном отчете, различаются только гипотезами о рождаемости.

Таблица 11.1.1

**Сценарии изменений демографических процессов в Казахстане, выполненные ЮНФПА (2019) и Отделом народонаселения ООН (2017)**

Организация и базовый год прогноза	2018	Низкий		Средний		Высокий	
		2030	2050	2030	2050	2030	2050
<b>ЮНФПА (2019)</b>							
СКР (детей/жен)	2.84	2.47	1.85	2.53	2.05	2.6	2.2
ОПЖ муж (лет)	68.9	70.3	72.3	71.6	75.1	73.0	77.9
ОПЖ жен (лет)	77.2	78.6	80.6	79.9	83.6	81.2	86.5
Нетто-миграция (тыс.)	-29.1	-24.1	0	-14.2	0	-0.7	0
Численность населения (тыс. человек, конец 2018)	18396						
<b>ООН (2017)**</b>							
СКР (детей/жен)	2.75	2.00	1.63	2.45	2.13	2.90	2.63
ОПЖ муж (лет)	68.9	70.7	74.0	70.7	74.0	70.7	74.0
ОПЖ жен (лет)	77.4	78.9	81.3	78.9	81.3	78.9	81.3
Нетто-миграция (тыс.)	-18,0	0	0	0	0	0	0
Численность населения (тыс. человек, конец 2018)**	18436						

\* В колонке для прогноза «ЮНФПА 2019» приведены фактические данные, для прогноза ООН – прогнозные оценки по среднему варианту. \*\* ООН выполняет оценки численности населения на середину года. Оценка на конец 2018 года получена как средняя из оценок на середину года для 2018 и 2019 гг. Оценка нетто-миграция за 2018 г. представляет среднюю за 2015-2020 гг. United Nations, DESA, Population Division (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision (<https://population.un.org/wpp/>); Статистический комитет Республики Казахстан; расчеты авторов.

<sup>105</sup> Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Население Советского Союза: 1922—1991. М.: Наука, 1993

Из таблицы 11.1.1 можно сделать ряд выводов об особенностях гипотез нашего прогноза, который в ней обозначен как прогноз «ЮНФПА 2019». Различия в начальных условиях и в сценариях изменения рождаемости, смертности и миграции приводят к разным прогностическим результатам. В первой половине прогностического интервала (до 2030-х гг.) по суммарному коэффициенту рождаемости велики отклонения оценок ООН от сценариев «ЮНФПА 2019». Большие расхождения обнаруживаются в сценариях по ожидаемой продолжительности жизни. В этом отношении прогноз ООН оказывается пессимистичным по сравнению со средним и тем более высоким вариантом нашего прогноза. На различиях в результатах прогноза для низкого и среднего вариантов сказываются и расхождения в перспективных оценках сальдо миграции. Эксперты из ООН сальдо миграции Казахстана для всего прогностического интервала принимали равным 0. В целом разница между высокими и низкими сценарными вариантами ООН, между высокими и низкими нашими сценариями свидетельствуют о масштабе неопределенности в оценках будущего демографического развития Казахстана. В случае прогноза ЮНФПА эта неопределенность оказывается ниже, чем в случае прогнозов Отдела народонаселения ООН. Разница между оценками численности населения в 2050 году для высокого и низкого вариантов в нашем случае составляет 2,2 млн. человек, а для оценок ООН – 4 млн. человек. Эти различия связаны с тем, что при разработке сценариев мы в большей степени опирались на анализ социально-экономической ситуации и на последние оценки тенденций демографического развития в республике

### ***Сценарии смертности***

Прогноз смертности осуществлялся в два этапа. Сначала были подготовлены сценарии изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, для которых затем были построены таблицы смертности. Поскольку противоречивые тенденции и неоднородные по качеству данные ограничивают возможности применения трендовых моделей для разработки сценарных вариантов динамики смертности, основным подходом прогноза стал метод аналогий.

При создании сценариев изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении мы опирались на разработанные в Отделе народонаселения ООН модели увеличения этого показателя в зависимости от достигнутого им уровня. Первоначально демографы ООН выделяли три модели, но в пересмотре «Перспектив мирового населения» 2004 г. к ним были добавлены еще две: очень быстрого и очень медленного роста<sup>106</sup>. Эти модели описывают разные по скорости траектории эпидемиологического перехода, но характер изменений в общем одинаков: прирост достигает своего пика, когда ожидаемая продолжительность жизни находится между 50 и 60 годами, после чего замедляется все больше и больше.

Чтобы учесть неопределенность в отношении будущих изменений в смертности, был задан широкий интервал предельных значений продолжительности предстоящей жизни. Высокий сценарий задавался моделью «Очень быстрый рост». Он предполагает быстрый прогресс в сфере сохранения жизни людей (здравоохранение, образ жизни, окружающая среда и безопасность).

Низкий сценарий был построен, исходя из тенденций ожидаемой продолжительности жизни при рождении в последнюю четверть века и траектории ее увеличения в модели «Очень медленный рост».

В основе среднего сценария заложена средняя из моделей «Очень быстрого» и «Очень медленного» роста. Она задает несколько более высокие темпы увеличения продолжительности жизни, чем модель «Средний рост». Это соответствует в большей мере изменениям в Казахстане, произошедшим в последние 15 лет.

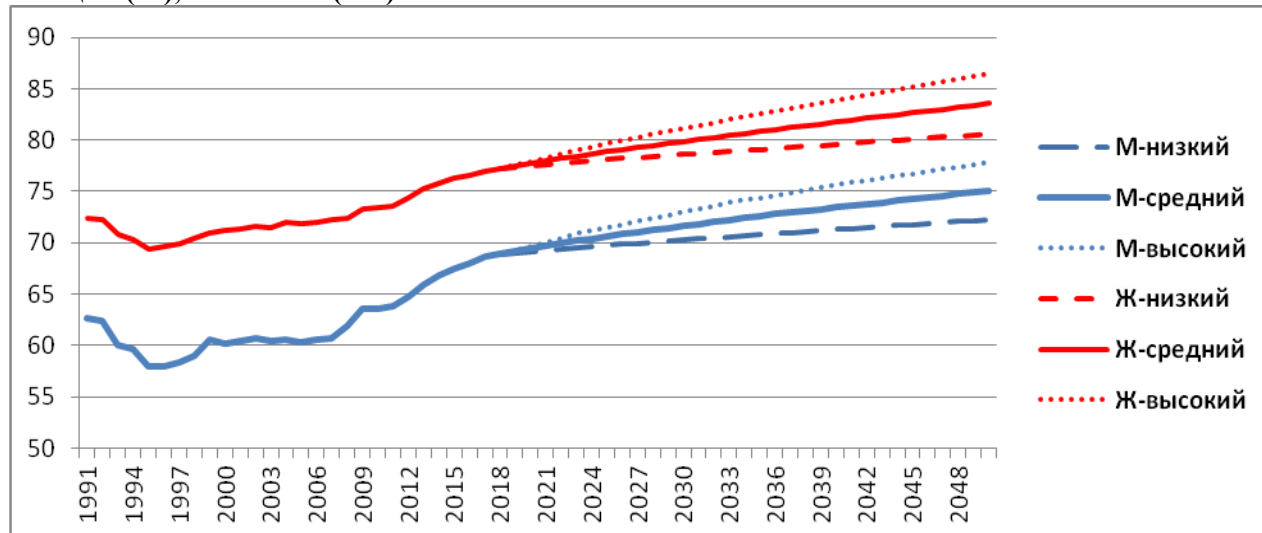
---

<sup>106</sup> United Nations, DESA, Population Division (2005). World Population Prospects: The 2004 Revision, vol. III, Analytical report New York. (United Nations publication, Sales No. E.05.XIII.7)

Прогнозные тренды строились отдельно для мужчин и отдельно для женщин (таблица 11.1.1 и рисунок 11.1.1). Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин сохранилась главным образом из-за того, что текущая продолжительность жизни для каждого пола остается сравнительно низкой.

Рисунок 11.1.1.

**Сценарии изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин (М) и женщин (Ж), Казахстан (лет).**



Источники: данные Комитета по статистике Республики Казахстан; собственные расчеты

Следующий этап разработки сценариев смертности – построение таблиц смертности с уровнем ожидаемой продолжительности жизни, соответствующим трем сценариям. Оптимальное решение данной задачи должно удовлетворять двум общим условиям [Andreev, Gu, Gerland, 2013]:<sup>107</sup>

- Возрастной профиль смертности в текущем периоде должен иметь черты сходства с возрастным профилем в предыдущий период.
- Паттерн перехода от одной возрастной кривой смертности к другой должен согласовываться с изменениями, наблюдавшимися в других странах с аналогичными уровнями ожидаемой продолжительности жизни.

Один из самых популярных подходов – заимствовать возрастные кривые смертности и паттерны их изменения в других, похожих по своим социальным и демографическим характеристикам населений, или же из модельных таблиц смертности. Мы поступили так и в нашем случае. Итоговые кривые смертности для 2050 года были получены на основе кривых смертности для стран Восточной Европы (Польша, Чехия, Литва). Промежуточные значения таблиц смертности между таблицами, построенными для 2018 года и таблицами для 2050 года, получены методом интерполяции. Полученная модель снижения смертности по возрастам предполагает более быстрое по отношению к другим возрастным группам снижение смертности в трудоспособных возрастах. Как известно, для населения Казахстана, как и России, и Украины, характерен очень высокий по мировым стандартам уровень смертности в этой возрастной группе. В ходе ожидаемой эволюции унаследованный от социализма тип смертности постепенно сменит тип смертности, который, по нашему предположению, будет соответствовать смертности стран Восточной Европы, пережившим аналогичную трансформацию, но в 1990-х-начале 2000-х гг..

<sup>107</sup> Andreev K., Gu D., Gerland P. Patterns of Mortality Improvement by Level of Life Expectancy at Birth.pdf. New Orleans, LA, USA, 2013.



### *Сценарии рождаемости*

Динамика суммарного коэффициента рождаемости в период с 2000 г., видимо, была в значительной степени обусловлена тайминговыми сдвигами. В начале 2000-х гг., скорее всего, имело место откладывание рождений. По крайней мере, суммарный коэффициент рождаемости по первым рождениям был существенно понижен (см. раздел 4.2).

В 2007-2010 гг. и, особенно, в 2013-2014 гг., наоборот, видимо имели место тайминговые сдвиги в сторону более раннего рождения первого ребенка. О возможных тайминговых сдвигах в последние годы свидетельствует и то, что величина суммарного коэффициента рождаемости существенно выше среднего числа рожденных детей в поколениях женщин, находившихся в эти годы в активном репродуктивном возрасте. Поэтому для оценки перспектив рождаемости, наряду с динамикой суммарного коэффициента рождаемости, целесообразно использовать показатели рождаемости в реальных поколениях (см. таблицу 11.1.2 в приложении).

Среднее число рожденных детей несколько снижалось в более молодых поколениях женщин – с 2,48 у женщин, которым сейчас 55 лет до 2,33 у тех, кому 48 лет. В более молодых поколениях оно повышается и к окончанию репродуктивного периода будет, видимо, в диапазоне 2,40-2,45. Среднее планируемое число детей (по данным переписи населения 2009 г.) мало различается у женщин, которым сейчас от 40 до 55 лет. В более молодых поколениях оно неуклонно снижается, вплотную приближаясь к 2,0 у тех, кому на момент переписи населения 2009 г. было 15-17 лет. При отсутствии тайминговых сдвигов (которые сейчас предусмотреть невозможно) суммарный коэффициент рождаемости будет, видимо, близок к итоговому среднему числу рожденных детей в реальных поколениях.

Даже если среднее планируемое число детей не будет снижаться в более молодых поколениях (моложе 15 лет на момент переписи населения 2009 г., включая еще не родившихся) и среднее число рожденных детей будет близко к нему, то можно предположить постепенное равномерное снижение суммарного коэффициента рождаемости к 2050 г. до уровня близкого к 2,0. Этот прогнозный сценарий представляется наиболее вероятным.

В случае реализации эффективной демографической политики, направленной на поддержание относительно более высокого уровня рождаемости, возможно, будет затормозить снижение рождаемости. В этом случае суммарный коэффициент рождаемости, вероятно, все равно будет снижаться по сравнению с нынешним уровнем, но не опустится ниже уровня 2,2-2,3 к 2050 г. Этот сценарий можно, видимо, рассматривать в качестве высокого варианта.

С другой стороны, по низкому варианту прогноза может продолжиться снижение показателей рождаемости в более молодых реальных поколениях женщин. В этом случае к 2050 г. суммарный коэффициент рождаемости может снизиться примерно до 1,85.

Динамика среднего возраста матерей при рождении детей (таблица 11.1.3 в приложении) определяется, с одной стороны, изменением величины этого показателя по очередности рождения, а, с другой, изменением соотношения родившихся разной очередности (чем больше будет доля первых рождений, тем, при прочих равных условиях, будет ниже средний возраст при рождении первого ребенка). В перспективе до 2050 г., вероятно, действие второго фактора будет более существенным.

При низком варианте прогноза будет выше доля первых рождений. Учитывая, что средний возраст матерей при их рождении будет несколько повышаться, средний возраст матерей при рождении всех детей к 2050 г. может быть близок к 28,0 годам.

При среднем варианте прогноза действие двух этих факторов динамики среднего возраста матерей при рождении детей может компенсировать друг друга (сокращение доли третьих и последующих рождений при повышении среднего возраста матерей при рождении первого и второго ребенка) и величина этого показателя будет близка к ее нынешнему уровню – 28,5.

При высоком варианте прогноза демографическая политика может способствовать поддержанию относительно высокой доли вторых и третьих и последующих рождений, но вряд ли существенно затормозит повышение возраста при рождении детей. В этом случае средний возраст матерей при рождении детей к 2050 г. может повыситься до 29,5 лет.

### *Сценарии миграции*

Разработка прогностических сценариев миграции и включение их в когортно-компонентный прогноз представляет, по мнению ряда экспертов, собой наиболее сложную задачу по сравнению со смертностью и рождаемостью.<sup>108</sup> Это связано с целым рядом причин, среди которых отметим: 1) миграция представляет собой процесс, очень чувствительный к изменениям, происходящим во всех сферах общественной жизни; 2) миграция представляет собой сложный процесс, масштабы и интенсивность которого отличаются большим по сравнению с рождаемостью и смертностью количеством показателей; 3) миграционная статистика отличается неполнотой.

Заметим, что демографические прогнозы выполняются для постоянного населения страны. Правила включения в постоянное население мигрантов задаются нормативно-правовыми актами, определяющими правила регистрации по новому месту проживания. Поэтому кратковременная трудовая миграция на численность постоянного населения не влияет.

В качестве базового прогнозируемого показателя использовался показатель абсолютной величины чистой миграции (миграционного прироста), которая распределялась согласно определенной нами модели по возрастно-половым группам. Главная гипотеза при разработке сценариев международной миграции заключалась в том, что в силу особенностей экономического и демографического развития отток населения Казахстана со временем будет уменьшаться. Основными факторами такой тенденции будет являться: (1) экономическое развитие республики, которое сопровождается высоким спросом на рабочую силу; (2) постепенное исчерпание потенциала значительной этнической эмиграции; (3) быстрый рост населения в странах к югу от Казахстана (Узбекистан, Кыргызстан, Таджикистан, Афганистан).

В Казахстане после провозглашения независимости можно выделить три периода во внешней миграции. Первый – это 1990-е гг., когда из республики выехало более 2 млн. человек. Второй – 2000-е гг., когда отток эмигрантов резко сократился, и, вместе с тем, благодаря программе репатриации казахов (оралманов), сальдо миграции в республику стало положительным (в 2004-2011 гг.) Третий период начался в 2014 году. Он характеризуется возросшим отрицательным сальдо миграции. Отсутствие четких трендов, а также вопросы по качеству данных, наложили свой отпечаток на выбор методов разработки прогностических сценариев. В качестве базовых показателей использовались средние значения сальдо миграции за определенный период.

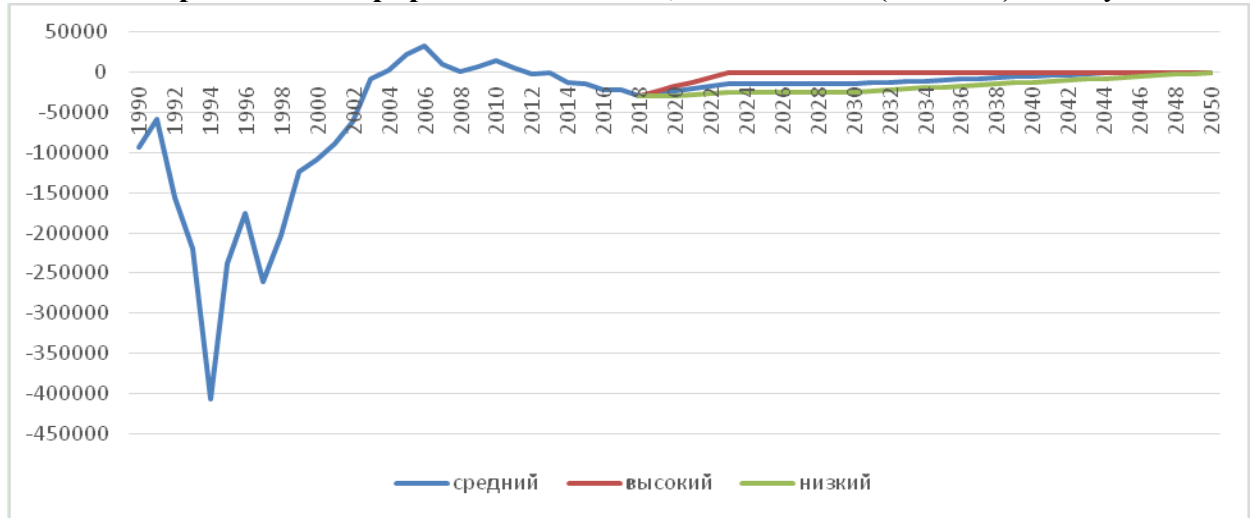
Так, сальдо миграции в низком сценарии принималось равным среднему значению за 2016-2018 гг.: примерно -24 тыс. (см. Рисунок 11.1.2). После 2030 года допускалось, что это сальдо постепенно стремится к 0 в 2050 г. Этот сценарий соответствует ситуации, когда из страны продолжается этническая миграция. Значение сальдо в среднем сценарии принималось равным среднему значению сальдо за 2010-2018 г. (примерно -14 тыс.). После 2030 года допускалось, что это сальдо постепенно стремится к 0 к 2045 г. Этот сценарий соответствует ситуации, когда в силу экономических причин в страну увеличивается приток населения из-за рубежа и постепенно сокращается этническая миграция. В случае высокого сценария предполагалось, что сальдо будет равняться среднему значению в 2003-2018 гг. (-685 человек). После 2030 года допускалось, что это сальдо постепенно стремится к 0 к 2040г. высокий сценарий предполагает быстрое экономическое развитие со всеми

---

<sup>108</sup> United Nations (2015). Population Division, DESA. Probabilistic Population Projections based on the World Population Prospects: The 2015 Revision. <http://esa.un.org/unpd/ppp/>

вытекающими отсюда миграционными последствиями: сокращение оттока населения и увеличением иммиграции.

**Миграционный прирост в Казахстане, 2000-2049 гг. (человек)** Рисунок 11.1.2.



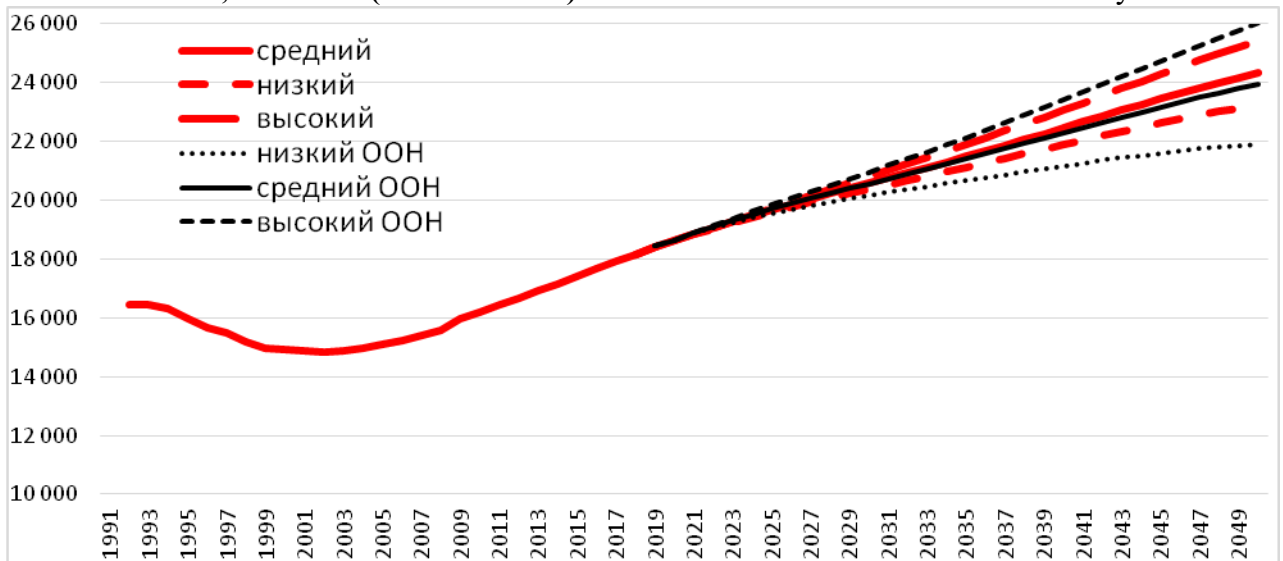
Источник: Национальный статистический комитет, расчеты авторов.

Возрастная модель миграции состоит из двух блоков. Первый блок представляет собой среднюю из значений возрастных коэффициентов выбытия по полу за 2016-2018 гг. Второй блок – относительное распределение прибывших по возрасту и полу, полученное по соответствующим средним значениям за 2016-2018 гг. Возрастные модели во времени считались неизменными.

### 11.2. Прогноз динамики численности населения на период до 2050 г.

Согласно всем вариантам прогноза, численность населения Казахстана будет увеличиваться. Демографический рост будет носить устойчивый характер на протяжении всего прогнозного периода, но скорость этого роста меняется при переходе от низкого варианта к высокому. Как видно из рисунка 11.2.1, три варианта нашего прогноза полностью укладываются в границы между средним и высоким вариантами прогноза Отдела народонаселения ООН. Природа сходства и расхождений этих результатов связана с различиями в прогностических сценариях, рассмотренных в предыдущем разделе (таблица 11.1.1).

**Динамика и перспективные оценки численности населения Казахстана, 1991-2050 гг., все население, оба пола (тыс. человек)** Рисунок 11.2.1.



Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision; Статистический комитет Республики Казахстан; расчеты авторов.

Таблица 11.2.1

**Среднегодовая численность населения Казахстана до 2050 года по разным вариантам прогнозов «ЮНФПА-2019» и Отдела народонаселения ООН (тысяч человек, начало года)**

Вариант и базовый год прогноза	2019	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>ЮНФПА - 2019</b>							
Низкий		19587	20372	21111	21879	22619	23231
Средний	<b>18396</b>	19660	20577	21485	22459	23446	24339
Высокий		19732	20804	21894	23063	24274	25432
<b>ООН (2019)</b>							
Нижний	18436	19120	19691	20764	21257	21676	21905
Средний		19694	20556	21397	22281	23158	23951
Высокий		20061	21174	22378	23665	24996	26053

Источники: те же, что и в таблице 1.

Согласно среднему варианту нашего прогноза ожидается, что к 2050 г. в Казахстане численность населения составит 24,3 млн. человек (таблица 11.2.1). Вместе с тем, существует вероятность того, что численность населения республики достигнет и превысит 25 млн. человек. Об этом говорят результаты высокого варианта прогноза. Необходимым условием достижения этой эпохальной отметки является ускоренное снижение смертности (как в высоком варианте) при сохранении уровня рождаемости, обеспечивающего расширенное воспроизводство населения (как в среднем варианте прогноза). Положительное сальдо миграции только ускорит процесс демографического роста. Сохранение уровня рождаемости, заложенного в высокий вариант прогноза, маловероятно в условиях ожидаемого быстрого социально-экономического Республики Казахстан. Вместе с тем, скорейшая ликвидация отставания по продолжительности жизни от стран с соответствующим уровнем развития является одной из важнейших предпосылок этого прогресса и главным мерилем экономических успехов страны.

Из-за продолжающегося процесса демографического перехода темпы прироста населения Республики уменьшатся с нынешних 1,3%. В предстоящем периоде Казахстан подойдет к его завершающей стадии, которая отличается низкой рождаемостью и высокой продолжительностью жизни. В итоге, темпы прироста населения снизятся, а глубина этого снижения будет зависеть в конечном итоге от скорости падения уровня рождаемости. Если показатели рождаемости будут соответствовать низкому варианту прогноза ЮНФПА, то в сочетании с миграционным оттоком численность населения республики ежегодно будет увеличиваться примерно на 0.5-0.7% в 2040-х гг.. Если уровень рождаемости достигнет значений, заложенных в низком варианте прогноза ООН, то темпы прироста населения составят в этот период всего 0.2-0.4%. Но, вероятнее, по среднему варианту нашего прогноза, прирост населения в 2040-х гг. составит 0.7-0.9%. Этому в частности, будет способствовать молодая возрастная структура.

#### ***Факторы динамики численности населения***

Число демографических событий зависит от численности населения, в котором они происходят, особенностей его возрастно-половой структуры и собственно интенсивности процесса, который из них складывается. Соответственно, объясняя динамику численности населения Казахстана, мы выделяем два фактора: (1) собственно демографические процессы; (2) вклад возрастной структуры в рост населения.

#### ***Компоненты демографического роста***

Направление и совокупное влияние демографических процессов на рост населения демонстрирует динамика чисел родившихся и умерших (рисунок 11.2.2, таблица 11.2.2). Как видно, число родившихся будет сильно колебаться из-за особенностей изменения возрастного состава населения, обуславливая тем самым колебания в приросте населения. Число умерших будет устойчиво увеличиваться даже в случае реализации высокого варианта, что обусловлено процессом старения населения, как «снизу» из-за снижения

рождаемости, так и «сверху» из-за снижения смертности в старших возрастных группах. Постарение возрастной структуры населения определяет тренд общего коэффициента смертности, а демографические волны – общего коэффициента рождаемости (рис. 11.2.3).

Таблица 11.2.2.

**Компоненты демографических изменений в Казахстане в 2016-2050 гг. (в среднем за год, тыс. человек)**

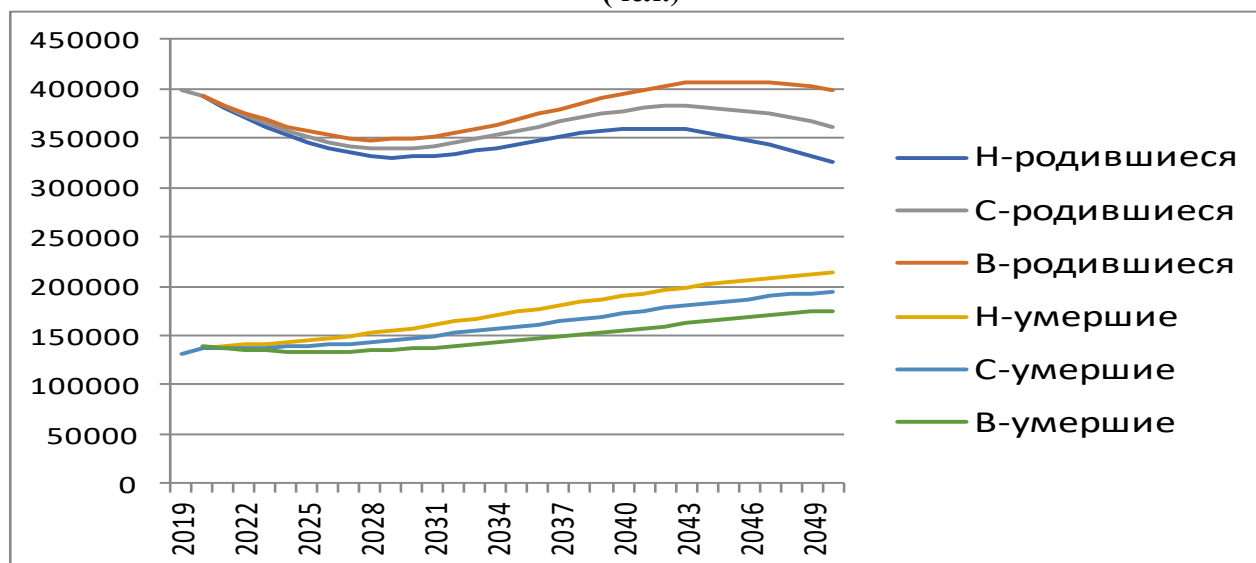
Варианты	Компоненты	2020-2024	2025-2029	2030-2034	2035-2039	2040-2044	2045-2049
Низкий	Родившиеся	1813	1668	1689	1770	1786	1685
	Умершие	710	762	836	918	992	1048
	Естественный прирост	1104	906	853	853	794	636
	Миграционный прирост	-132	-121	-109	-78	-48	-18
Средний	Родившиеся	1829	1707	1745	1852	1906	1849
	Умершие	690	719	772	835	900	955
	Естественный прирост	1139	988	974	1017	1006	894
	Миграционный прирост	-89	-71	-62	-38	-14	0
Высокий	Родившиеся	1846	1750	1799	1925	2022	2017
	Умершие	674	675	706	755	810	860
	Естественный прирост	1172	1075	1093	1170	1212	1158
	Миграционный прирост	-38	-3	-3	-1	0	0

Различия в динамике общего числа умерших между тремя основными вариантами нарастают со временем и суммарно за весь период составляют около 790 тыс. человек. Это меньше, чем суммарные различия в числе рождений – около 950 тыс. человек. Итоговые различия в миграционном приросте составляют порядка 470 тыс. человек. Таким образом, динамику общего прироста населения в первую очередь будут определять изменения в числе рождений (см. таблицу 11.2.2). Однако, изменения в возрастной структуре (уменьшение числа потенциальных родителей) обусловят уменьшение числа родившихся в ближайшие 10 лет. Только повышение уровня рождаемости может приостановить эту тенденцию. Но в наших сценариях предполагается, что уровень рождаемости понизится, что приведет к ускорению уменьшения числа рождений и, соответственно, темпов роста численности населения. После 2030 года маятник качнется в другую сторону: вступление в репродуктивный возраст многочисленных поколений 2010- гг. рождения будет работать на увеличение числа рождений даже в условиях снижения рождаемости.

Следует подчеркнуть значимость фактора смертности в демографической динамике Казахстана. Быстрый прогресс в увеличении продолжительности жизни при рождении приближает этот фактор по значимости для демографического роста к рождаемости. При этом необходимо учитывать косвенные выгоды от снижения смертности для рождаемости за счет сохранения жизни людей в молодых возрастах и полных семей. Если продолжительность в Казахстане будет следовать высокому сценарию, то по сравнению с низким сценарием при прочих равных параметрах демографического развития численность населения республики к 2050 году увеличится почти на 900 тыс. человек.

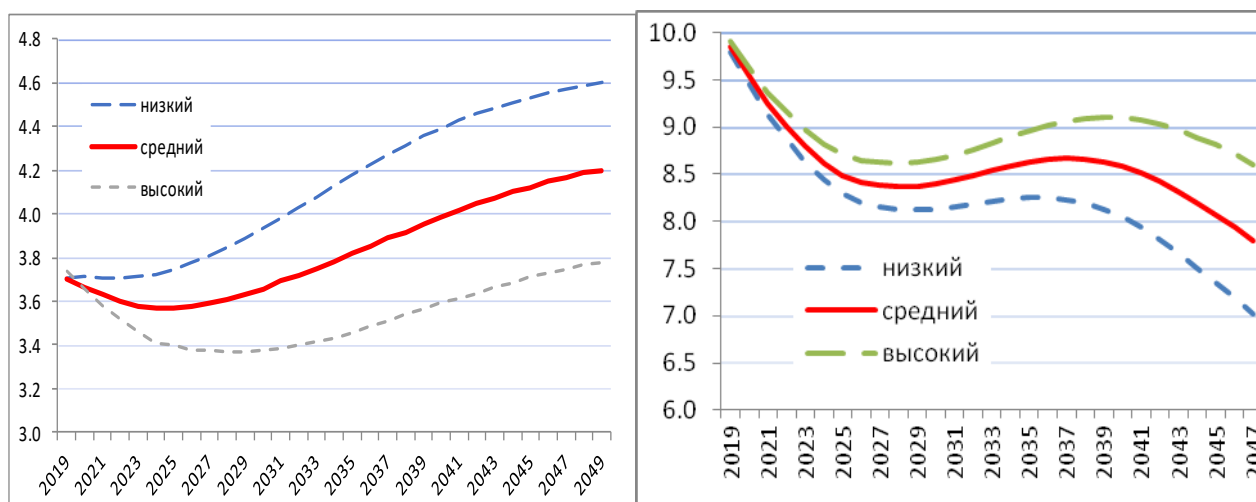
По мере снижения рождаемости роль миграции как фактора демографических изменений повышается. Особенно чувствительной к миграции демографическая система становится при реализации низкого варианта прогноза. Увеличение миграционного оттока до уровней 1990-х гг. вызовет убыль населения. Но такое развитие событий в современном Казахстане маловероятно.

### Числа родившихся и умерших по разным вариантам прогноза, Казахстан 2019-2049 гг. (чел.)



Примечание: варианты прогноза: С – средний, Н – низкий, В – высокий, П – постоянный

### Общие коэффициенты смертности (слева) и рождаемости (справа) по разным вариантам прогноза, Казахстан 2019-2049 гг. (на тыс. человек)



#### *Инерция демографического роста*

Для оценки потенциала увеличения численности населения, заложенного в его возрастной структуре, обратимся к показателю инерции (моментума) демографического роста, предложенному выдающимся демографом Натаном Кейфитцем в 1970-х гг. Для оценки моментума он предположил, что с некоторого момента времени в изучаемом населении устанавливается режим простого воспроизводства, который остается постоянным. Такое население, по правилу эргодичности, достигнет через некоторое время стационарного состояния. Его численность в процессе стабилизации будет изменяться только из-за его начальной возрастной структуры.

Инерция (моментум) демографического роста - это отношение численности стационарного населения, достигнутого в процессе стабилизации, к численности его реального прообраза. Инерция показывает, во сколько раз изменится численность населения за счет исходной возрастной структуры, если режимы рождаемости и смертности

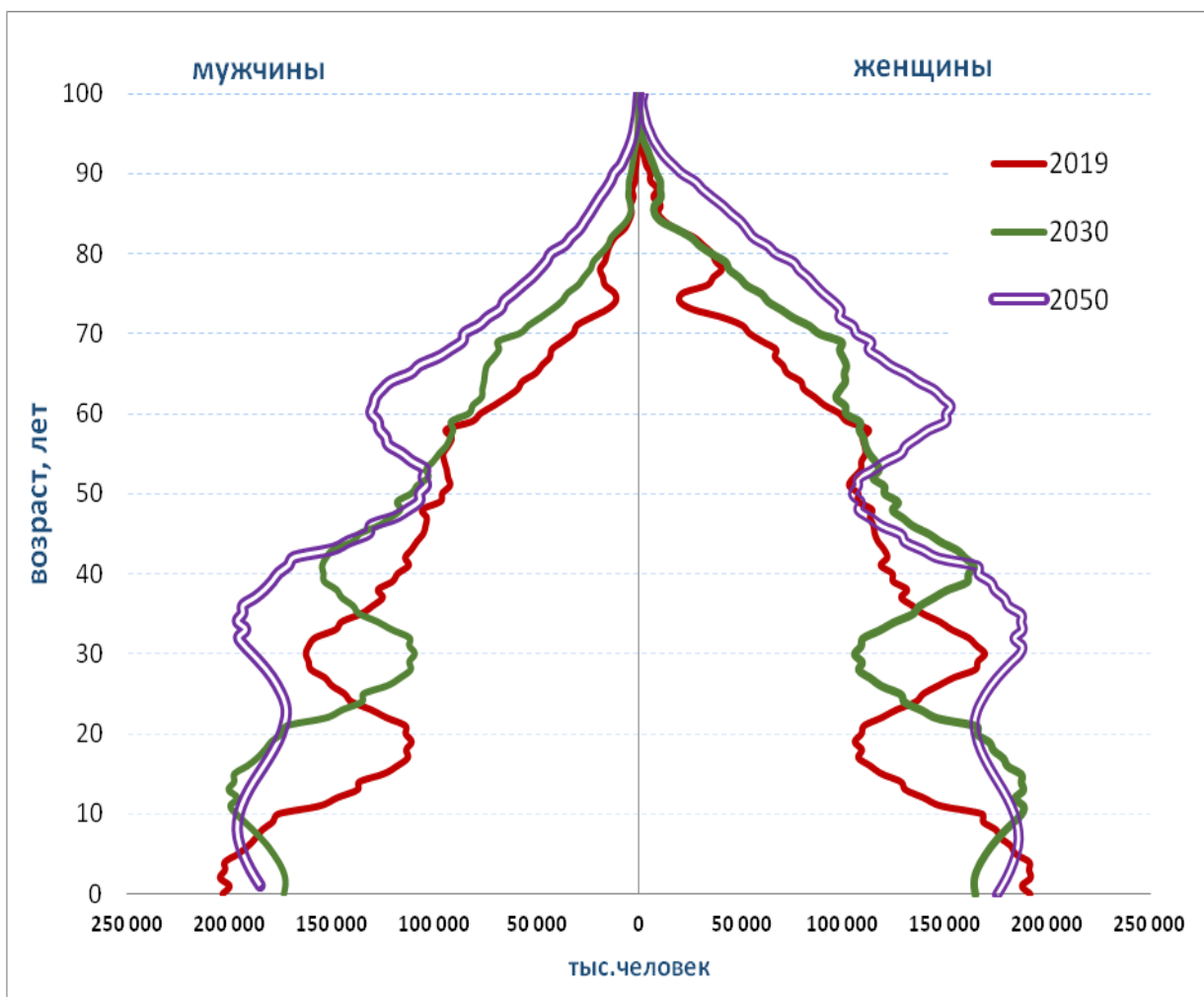
будут обеспечивать простое воспроизводство. Методы его оценки представлены, например, в учебнике С.Престона, М.Гийо и П.Ювелина.<sup>109</sup>

Согласно нашим оценкам, по инерции или в условиях режима простого воспроизводства население Казахстана примерно за два поколения, т.е. за чуть более полувека, увеличится на 23%. Это немалый потенциал, составляющий 4.2 млн. человек от численности населения на 1 января 2019 года.

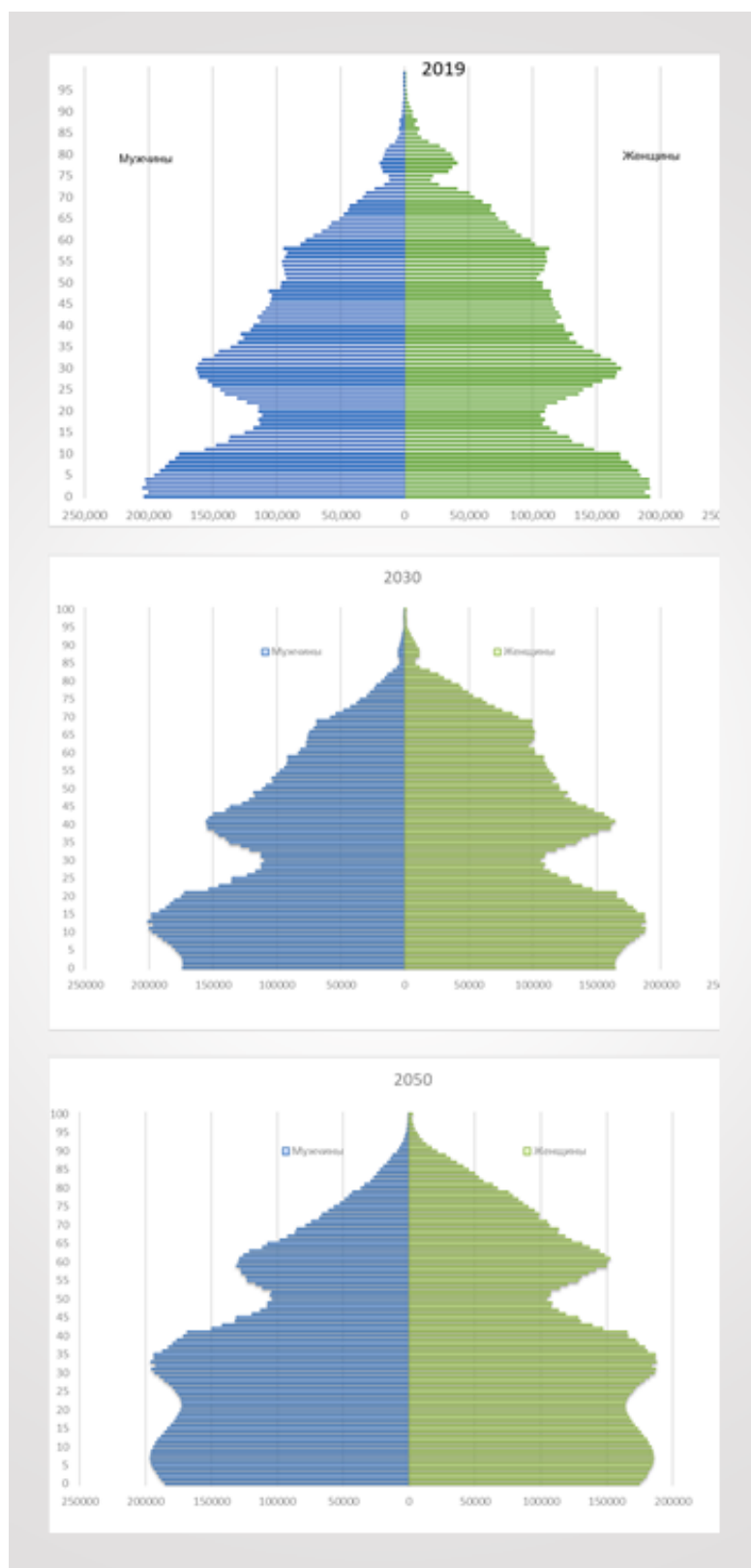
### 11.3. Прогноз возрастного-полового состава населения на период до 2050 г.

В предстоящие 30 лет возрастная структура населения Казахстана продолжит трансформироваться. Главное направление изменений – это увеличение абсолютной и относительной численности лиц в старших возрастах, или, иначе говоря, демографическое старение. Одномерно, возрастные пирамиды сохранят сильные выбоины (деформации) (см. рисунок 11.3.1), порожденными кризисными событиями прошлой истории, о чем говорилось в первой главе. Эти деформации вызывают колебания в численности отдельных возрастных групп (контингентов) или демографические волны. Последние в свою очередь оказывают сильное влияние на социально-экономическое развитие. Результаты прогноза численности всего населения Республики Казахстан до 2050 года и его отдельных возрастно-половых групп представлены в приложении.

Возрастно-половые пирамиды Казахстана в 2019, 2030 и 2050 гг. Рисунок 11.3.1



<sup>109</sup> Preston S., Heuveline P., Guillot M., Demography: Measuring and Modeling Population Process. Blackwell Publishers, 2001.



Основные закономерности изменений в возрастном составе прослеживаются на примере трех основных возрастных контингентов – 0-14 лет, 15-64 года и от 65 лет и старше (по международной классификации). Как уже было видно из сравнения возрастных пирамид, в ближайшие тридцать лет заметно увеличится численность пожилых людей. Особенно быстро она будет расти в ближайшие десять лет – на 4-5% в среднем за год. По среднему варианту прогноза, число лиц в возрасте от 65 лет и старше увеличится к 2050 году в 2,5 раза по сравнению с 2019 годом с 1,4 до 3,4 млн. человек.

Численность населения в рабочих возрастах – от 15 до 64 лет – за этот период вырастет в 1,3 раза с 11,7 млн. до 15,3 млн. человек. Ускоренный рост этой группы ожидается в период с 2023 по 2036 гг. Однако затем темпы прироста снизятся. С демографической точки зрения особый интерес представляет динамика численности женщин в самых активных репродуктивных возрастах – от 20 до 39 лет. От нее во многом зависит динамика числа рождений и прироста населения республики в целом. Вплоть до 2029 года численность этого контингента будет уменьшаться. Но в последующие годы, по мере вступления в репродуктивный возраст многочисленных поколений 2010-х гг. она начнет быстро увеличиваться (рисунок 11.3.3).

Если с 2019 по 2029 г. численность женщин в возрасте 20-39 лет сократится на 200 тыс. человек, то в последующие годы изучаемого периода она возрастет более, чем на 900 тыс. человек. Такой рост числа потенциальных матерей позволит частично перекрыть негативное влияние на общее число рождений снижения суммарного коэффициента рождаемости.

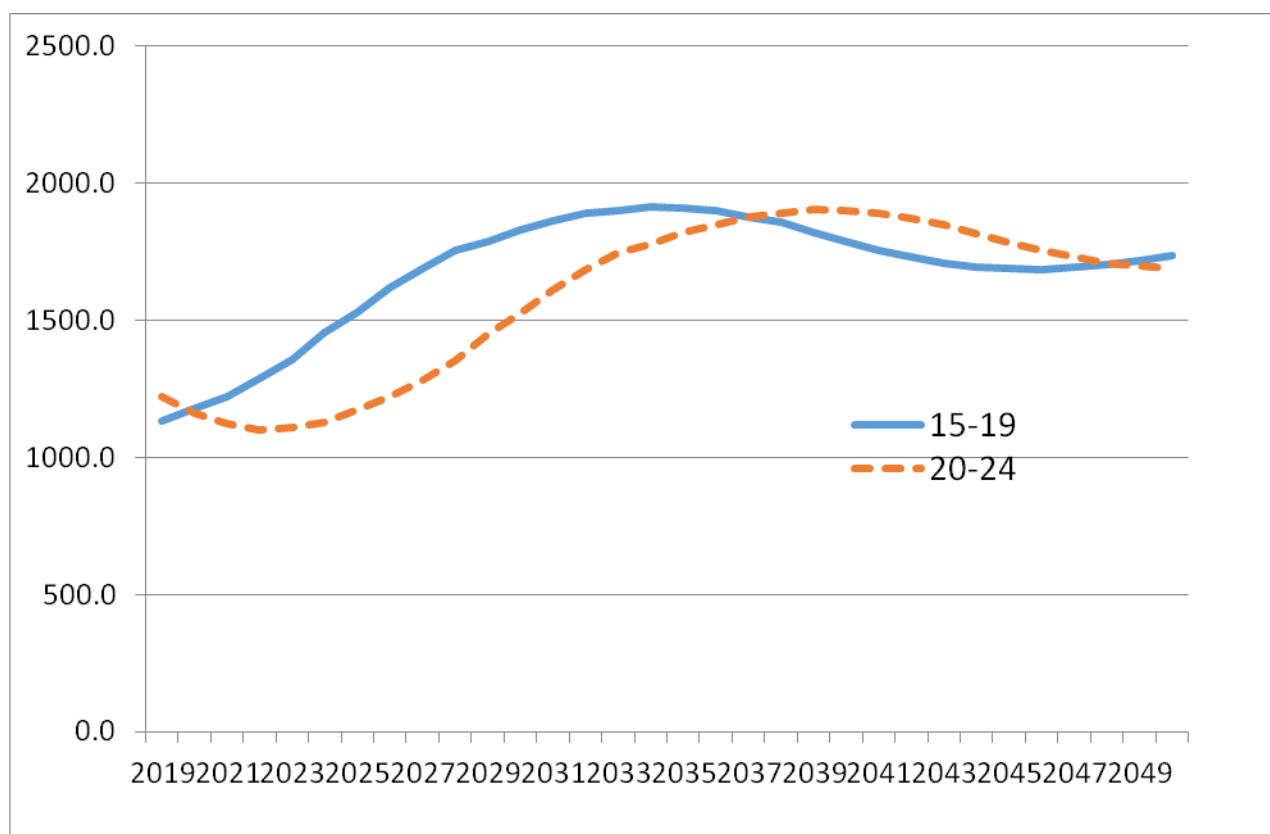
Казахстан – молодая страна, что выражается не только в высокой доле детей, но и в высокой доле молодежи в возрасте от 15 до 24 лет. Так, в 2018 году доля лиц этой



возрастной группы составляла 12,8% в численности всего населения и 20% в численности населения в возрасте от 15 до 64 лет. От тенденций в изменении численности молодежи непосредственно зависит развитие системы профессионального образования, состояние рынка труда, нагрузка на социальную сферу, скорость распространения инноваций в жизни общества, а также, непосредственно, тенденции в области рождаемости, брачности, миграции. Результаты прогнозов показывают, что в ближайшие 5 лет в республике Казахстан резко увеличится численность лиц в возрастах от 15 до 19 лет, что является отдаленным последствием и повышения числа рождений в 2000-2010-х гг. (рисунок 11.3.2а). К 2035 году она увеличится в 1.7 раза. Соответственно, вслед за ней с временным лагом 5 лет, начиная с 2022 года, фактически с тем же темпом будет устойчиво увеличиваться вплоть до 2040 года численность группы молодых людей в возрасте от 20 до 24 лет включительно. Всего за ближайшие 15 лет доля молодежи в возрасте 15-24 лет в численности населения в возрасте от 15 до 64 лет населения повысится с 20% до 27% (Приложение, табл. 11.8).

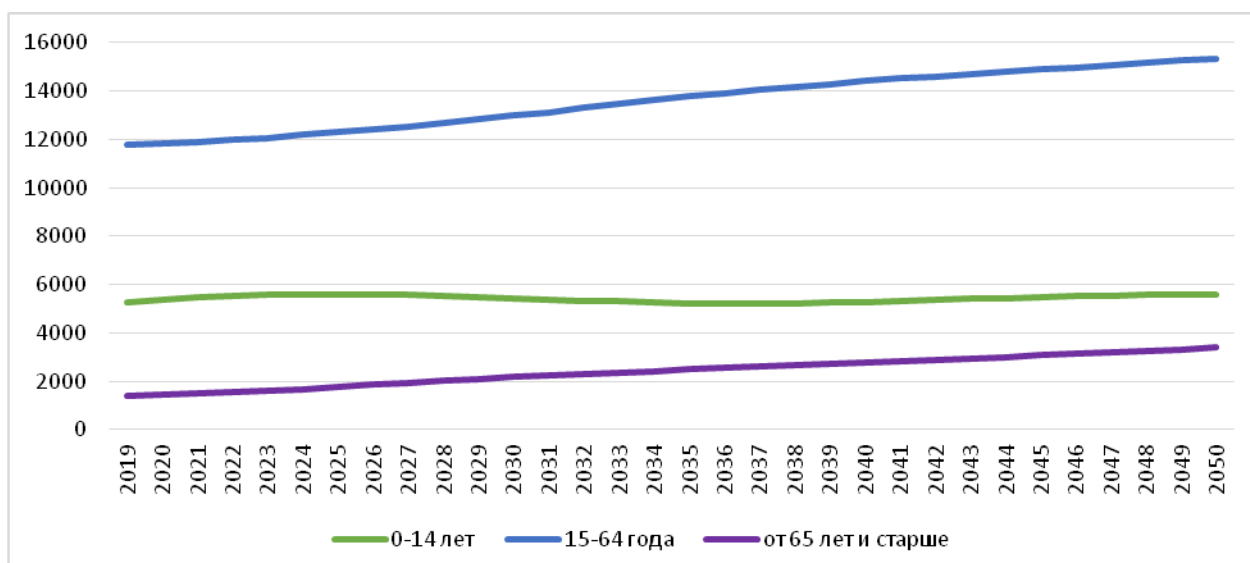
Рисунок 11.3. 2а.

**Динамика численности населения возрастных групп от 15 до 19 и 20 до 24 лет по среднему варианту прогноза, Республика Казахстан, 2019-2050 (тыс. человек)**

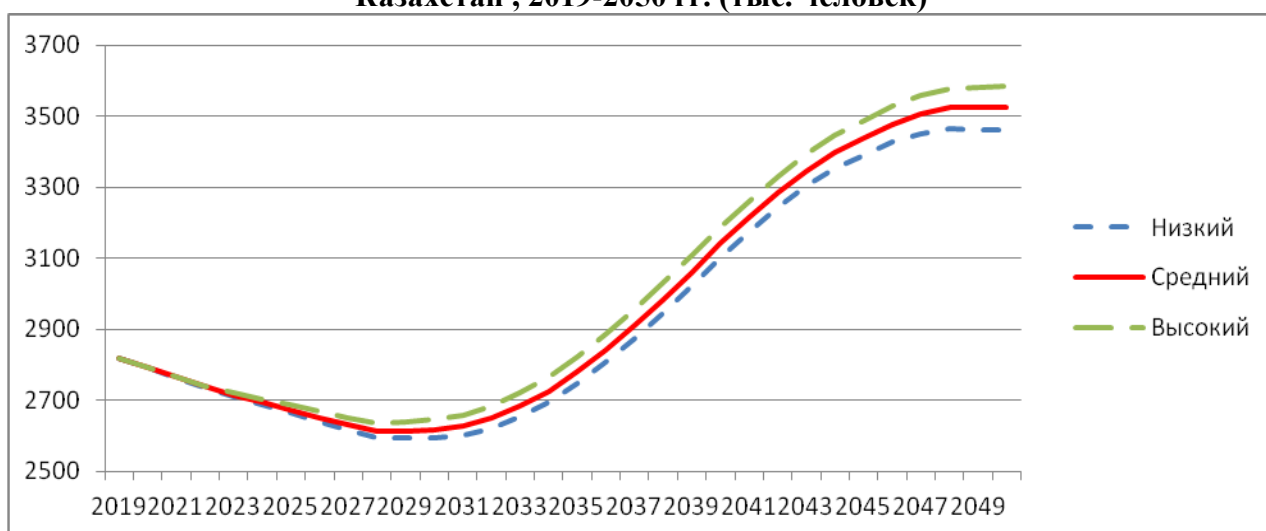


Динамика числа детей до 15 лет следует за изменениями в уровне рождаемости и в численности репродуктивного контингента женщин. Нынешняя тенденция увеличения детского контингента продолжится еще несколько лет и в 2024-2025 гг., вслед за уменьшением численности потенциальных матерей, сменится на противоположную. Затем после 2035 года начнется новое увеличение детского населения. Но в отличие от динамики численности двух старших возрастных контингентов, будущая численность детей заметно различается по вариантам прогноза. Так, к 2050 г. по сравнению с 2019 по низкому варианту прогноза она незначительно уменьшится (на 1%), по среднему варианту – незначительно увеличится (на 7%), по высокому варианту увеличится на 14%.

**Численность населения трех возрастных групп (средний вариант прогноза), все население, оба пола Казахстан, 2019-2050 гг., (тыс. человек)**

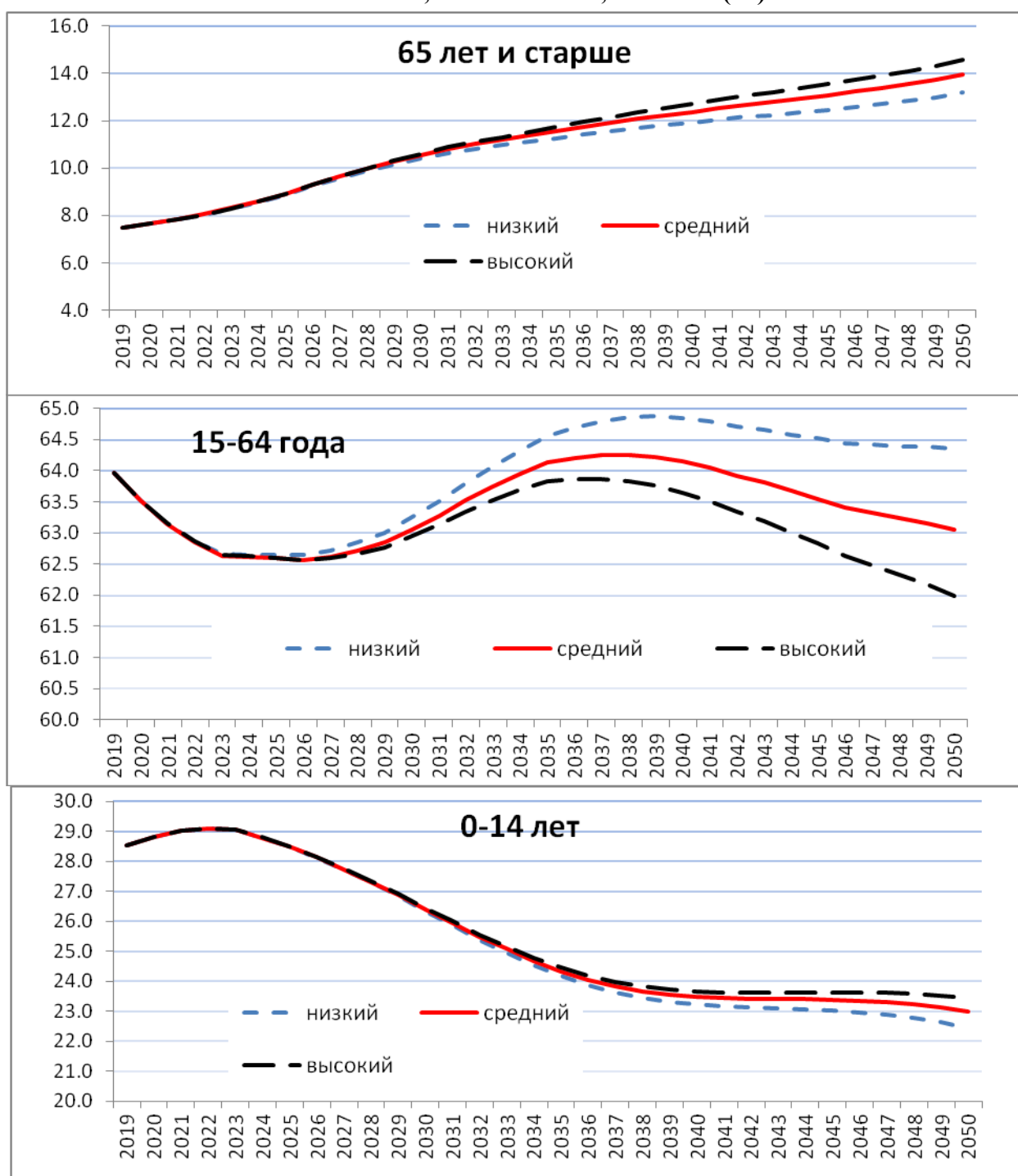


**Численность женщин в возрасте от 20 до 39 лет по разным вариантам прогноза, Казахстан, 2019-2050 гг. (тыс. человек)**



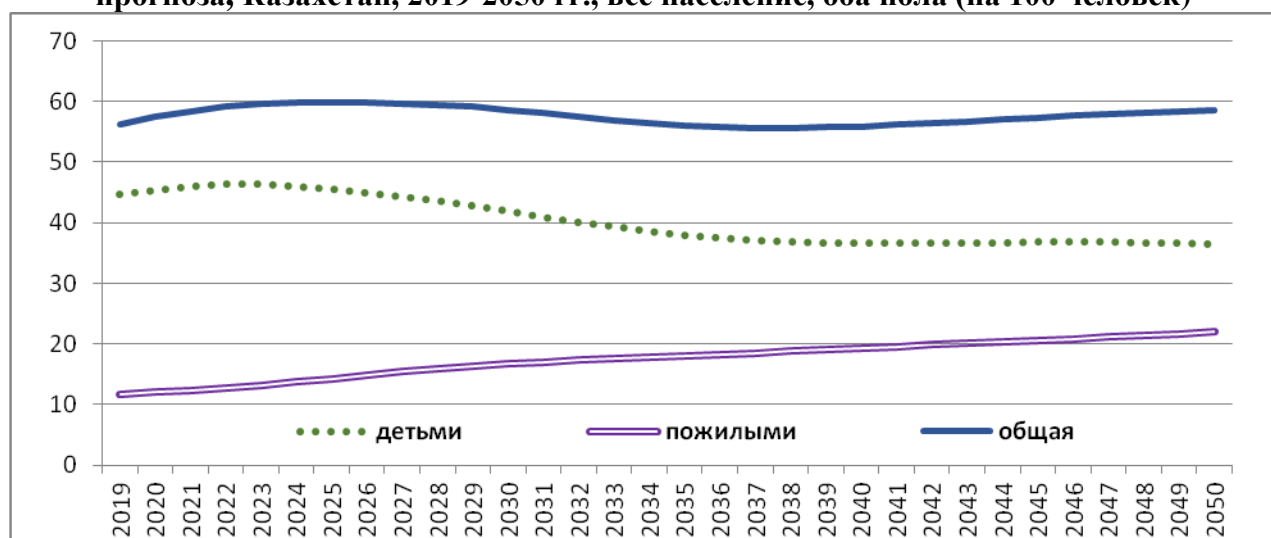
Различия в динамике численности трех возрастных контингентов изменяют их пропорции в населении. С каждым годом будет нарастать доля пожилых. К концу периода она увеличится, согласно среднему варианту прогноза, в 1,9 раза – с 7,5% в 2018 г. до более, чем 14% в 2050 (Рисунок 11.3.4 – верхняя панель). При этом существенных расхождений в оценках нашего прогноза и прогноза Отдела народонаселения ООН (2019) не наблюдается. Сравнение вариантов прогноза свидетельствует о том, что темпы старения населения Казахстана особенно после 2030 г. в первую очередь будут зависеть от того какими темпами будет снижаться рождаемость. Но, в любом случае даже в 2050 году Казахстан останется страной со сравнительно молодым населением. Так, по доле лиц в возрасте от 65 лет и старше в 2050 году – 13,2-14,6% - он только достигнет тех значений, которые наблюдались в Японии в 1990-е гг. или в Швеции в 1970-х гг. В 2050 г. доля лиц старшего возраста в этих странах по прогнозу ООН составит соответственно не менее 36% и 24%.

Доля населения трех возрастных групп по разным вариантам прогноза, Казахстан, 2016-2050 гг., все население, оба пола (%)



Рост доли пожилых будет сопровождаться сокращением доли детского населения. Согласно прогнозу, этот процесс начнется в примерно в 2022-2023 гг. и к 2050 г. пропорция детского населения уменьшится с 29% до 23% (Рисунок 11.3.4 – нижняя панель). Доля населения 15-64 лет будет меняться волнообразно (рис. 11.3.4 – средняя панель). Нынешняя тенденция к снижению в середине 2020-х гг. сменится на противоположную. Страна вновь вступает в период потенциального демографического дивиденда, который был прерван из-за деформаций в возрастной пирамиде и который продлится лет 14-16. Однако, размер потенциального дивиденда и общий итог изменений будет зависеть от того, насколько снизится рождаемость. В результате доля лиц в рабочем возрасте к 2040 г. будет выше, чем в 2019 г., затем возобновится снижение показателя.

**Демографическая нагрузка на население в возрасте 15-64 лет по среднему варианту прогноза, Казахстан, 2019-2050 гг., все население, оба пола (на 100 человек)**



Важным моментом в эволюции возрастного состава является изменение в соотношении детских и старших возрастов в пользу последних. В демографическом развитии страны наступает новый этап трансформации возрастной структуры населения. Как видно из рисунка 11.3.5, общий коэффициент демографической нагрузки по среднему варианту прогноза будет меняться в узких пределах. После небольшого понижения в 2030 гг. удельный вес населения в рабочих возрастах в 2050 г. приблизится к уровню 2024-2026 гг. и превысит уровень 2019 г. Но при этом структура демографической нагрузки заметно изменится: доля нагрузки пожилыми увеличится с 20.8% в 2019 г. до 37.8% в 2050, а доля детей снизится, соответственно, с 79.2% до 62.2%. Несомненно, эта структурная трансформация отразится на социально-экономическом развитии страны и должна быть учтена в планах развития.

#### 11.4. Демографический дивиденд

Изменения в возрастном составе населения самым непосредственным образом влияют на социально-экономические процессы. Так, в стране, с растущей долей иждивенцев в ее населении – детей или лиц пенсионных возрастов – больше ресурсов тратится на их обеспечение и меньше – на инвестиции, что может сдерживать экономический рост. Экономика страны, в населении которой увеличивается доля лиц в рабочих возрастах, может выиграть, во-первых, от растущего предложения труда, во-вторых, от перераспределения ресурсов в результате уменьшения доли иждивенцев в пользу инвестиций в человеческий и физический капитал. При прочих равных условиях доходы на душу населения также растут быстрее. Этот экономический выигрыш в научной литературе получил название первого демографического дивиденда.<sup>110</sup> Условия для его формирования закономерно возникают в процессе демографического перехода и являются следствием снижения рождаемости. Снижение рождаемости неизбежно приводит к уменьшению численности детей. При этом, продолжает увеличиваться население в трудоспособных возрастах. В итоге его доля достигает своего исторического максимума. Период действия этого дивиденда составляет в разных странах от 50 и более лет. Но продолжающееся снижение рождаемости замедляет темпы прироста населения в рабочих возрастах, а снижение смертности в старших возрастах ускоряет процесс демографического старения. В итоге демографический дивиденд может принять отрицательные значения и затормозить экономический рост. Многие из стран, пережившие

<sup>110</sup> Ли Р., Мейсон А. Что такое демографический дивиденд. Финансы и развитие. Сентябрь, 2006.

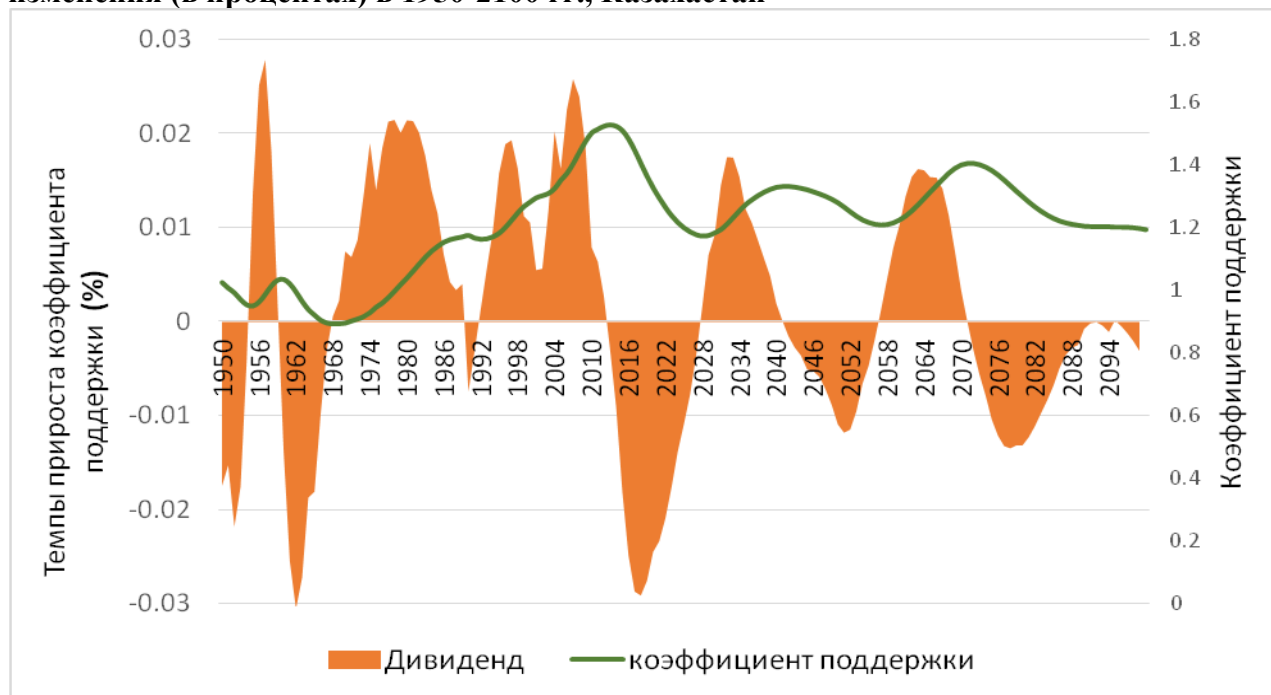
демографический переход или находящиеся на его средней стадии, излекли демографический дивиденд. Среди недавних примеров - Китай, ряд стран Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока и Латинской Америки. Но не всем удастся получить демографический дивиденд. Для этого требуется выполнение ряда условий, о которых будет сказано ниже.

Привели ли изменения в возрастном составе населения Казахстана к условиям, в которых формируется демографический дивиденд? В идеале для ответа на этот вопрос следует воспользоваться коэффициентом эффективной (экономической) поддержки, который рассчитывается в рамках системы Национальных трансфертных счетов и представляет собой отношение числа работников к числу потребителей. Темп прироста коэффициента эффективной поддержки измеряет полученный демографический дивиденд и оценивает прямой вклад демографических изменений в экономический рост.<sup>111</sup> В Казахстане система Национальных трансфертных счетов не разрабатывается. Поэтому для ответа на поставленный вопрос обратимся к показателю демографической поддержки, который представляет собой отношение числа лиц в трудоспособном возрасте к числу лиц в иждивенческих возрастах. Этот коэффициент является приближением к коэффициенту эффективной экономической поддержки. Он, в частности, не учитывает того факта, что иждивенцы имеются и среди лиц трудоспособного возраста, а работники бывают и в старших, и в детских возрастах.

В связи с тем, что мы не располагаем ежегодными оценками возрастного состава Казахстана за советский период, то было решено обратиться к оценкам Отдела народонаселения ООН, а также к результатам выполненным в нем прогнозов до 2100 года. При оценке коэффициента демографической поддержки рабочий возраст задавался границами от 20 до 64 лет, как это принято в методологии Национальных трансфертных счетов. Результаты расчетов коэффициента демографической поддержки и темпов его изменения с 1950 по 2100 г. приведены на рисунке 11.4.1.

Рисунок 11.4.1

**Коэффициент поддержки (число работников на одного иждивенца) и темпы его изменения (в процентах) в 1950-2100 гг., Казахстан**



Рассчитано по United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Population trends. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

<sup>111</sup> Mason A., Lee M., Abrigo M., Lee S. Support Ratios and Demographic Dividends: Estimates for the World //New - York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. – 2017

Рисунок 11.4.1 отражает нетривиальную демографическую историю Казахстана, на которую сильное влияние оказала вторая мировая война, социально-экономический кризис 1990-х гг., массовые миграции и сосуществование двух популяций с разными режимами воспроизводства. Коэффициент демографической поддержки начал устойчиво расти с конца 1960-х гг. Вероятно с этого времени можно говорить о формировании условий для демографического дивиденда. Максимум коэффициента был достигнут в 2013 г. Однако, на протяжении 150 лет периоды положительных и отрицательных изменений коэффициента поддержки четко чередовались, что объясняется особенностями возрастного состава населения страны. Последний период потенциально положительного демографического дивиденда наблюдался в 1990-х и 2000-х гг. В настоящее время страна находится в стадии отрицательных для экономики демографических изменений, что связано с вступлением в рабочие возраста малочисленных поколений 1990-х гг. рождения и с ростом рождаемости за последнее десятилетие.

Последствия изменений в возрастном составе для экономики зависят от множества факторов, включая особенности поведения населения и политику государства. Преодолению негативных последствий демографических изменений и вместе с тем созданию условий для извлечения демографического дивиденда в будущем способствует политика, направленная на: (1) минимизацию уровня безработицы; (2) увеличение вовлеченности в рынок труда женщин, в том числе матерей с маленькими детьми, и молодежи; (3) повышение уровня и отдачи от инвестиций в человеческий капитал (образование и здравоохранение). Дополнительный бонус дивиденду может дать эффективная миграционная политика, направленная на привлечение постоянных и временных мигрантов, востребованных экономикой страны.

Вместе с тем, в литературе отмечается, что в условиях старения возможен второй демографический дивиденд. В условиях длинной продолжительности жизни лица в страших пенсионных возрастах имеют сильные стимулы к накоплению активов (сбережения, недвижимость, отчисления в частные пенсионные фонды и пр.), особенно если они не уверены в достаточной поддержке семьи или государства. Расходование пожилыми людьми этих активов в пенсионный период может стать источником значительных инвестиций. Но как и в случае с первым дивидендом, второй дивиденд не появится автоматически без эффективной государственной политики. В данном случае речь идет о создании надежных финансовых институтов, вызывающих доверие у людей и способствующих накоплению активов.

### **11.5. Старение населения**

В начале 21-го века феномен старения население приобретает особую значимость. Темпы процесса старения населения являются беспрецедентными, не имеющими аналогов в истории человечества и носит долговременный характер. Население стареет, когда процентная доля людей старшего возраста в общей численности населения растет. К старению населения привели падение рождаемости и увеличение продолжительности жизни старших возрастных групп.

Увеличение доли пожилых людей (в возрасте 60 лет и старше) сопровождается уменьшением доли молодежи (в возрасте до 15 лет). Согласно прогнозу специалистов, к 2050 году число пожилых людей в мире превысит общую численность молодежи. В конце 20-го века такое кардинальное изменение соотношения доли стариков и молодежи уже произошло в более развитых регионах мира. Увеличение доли пожилых людей является результатом демографических изменений: снижения уровней рождаемости и смертности. Тенденция старения населения, в основном, необратима, и маловероятно, что когда-либо в будущем доля молодого населения приблизится к показателям, наблюдавшимся в прошлом.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> *World Population Ageing 1950-2050*. Population Division, DESA, United Nations.

Увеличение продолжительности жизни является одним из самых больших достижений человечества, достигнутого благодаря более правильному питанию, достижениям медицины, здравоохранению, образованию и экономическому благосостоянию. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении значительно увеличилась по всему миру. Предполагается, что родившиеся в 2045-2050 годах будут жить до 83 лет в развитых регионах и до 74 лет – в развивающихся. Продолжительность предстоящей жизни при рождении в настоящее время превышает 80 лет в 33 странах; пять лет назад такие показатели были лишь в 19 странах. В Японии люди старшего возраста составляют более 30 процентов населения; ожидается, что к 2050 году в число стран, в которых люди старшего возраста составляют более 30% населения войдут еще 64 страны.<sup>113</sup>

Старение населения является глобальным явлением, затрагивающим всех без исключения: мужчин, женщин и детей. Неуклонное увеличение доли людей старших возрастных групп в составе населения стран как в абсолютном выражении, так и по отношению к населению трудоспособного возраста непосредственно сказывается на лежащих в основе любого общества принципах справедливости и солидарности между поколениями и внутри поколений.<sup>114</sup>

Демографическая ситуация в Казахстане характеризуется увеличением доли пожилых людей в возрастной структуре населения страны (на начало 2018 года доля населения в возрасте старше 60 лет составляет 11,3% от всей численности населения страны, в возрасте 65 лет и старше – 7,3%)<sup>115</sup> и страна находится на начальной стадии демографического старения<sup>116</sup>.

Однако, рассмотрение регионального аспекта процесса старения в Казахстане свидетельствует о том, что в половине регионов страны 7-процентный порог, характерный для стареющей нации, уже преодолен.

Так, на северо-востоке страны и в части центрального Казахстана ситуация схожа со странами Европы, то есть происходит старение населения из-за быстрого увеличения численности пожилых людей по сравнению с молодыми (по причине незначительного естественного прироста населения и отрицательного сальдо миграции). А в южных и западных регионах республики, а также в городе Астане наблюдается увеличение рождаемости, в результате чего уменьшаются показатели старения населения<sup>117</sup>.

При сохранении существенных различий в продолжительности жизни мужчин и женщин диспропорция в численности мужского и женского населения

В 2002 году Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) было впервые сформулировано и оформлено в виде рамочной стратегии понятие активного долголетия («активного старения»). Согласно ВОЗ, активное долголетие является *«процессом оптимизации возможностей для обеспечения здоровья, участия в жизни общества и защищённости человека с целью улучшения качества его жизни в ходе старения»*. В том же, 2002-ом году, основные принципы активного долголетия были включены в итоговый документ Второй всемирной ассамблеи по старению – Мадридский международный план действий по проблемам старения.

ВОЗ выделила шесть основных детерминант активного долголетия: *поведенческие стили; индивидуальные биологические и психологические характеристики; медицинские и социальные услуги; физическое окружение; социальные факторы; экономические факторы.*

<sup>113</sup> Старение в XXI веке: триумф и вызов. Издание Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Нью-Йорк, и организации «Хелпэйдж Интернэшнл», Лондон. 2012.

<sup>114</sup> *Population Ageing 1999* (United Nations publication, Sales No. E.99.XIII.11) (*Старение населения, 1999 год*).

<sup>115</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Агентство Республики Казахстан по статистике. Астана. 2018.

<sup>116</sup> По классификации Организации Объединенных Наций, общество, в котором доля населения в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и более - относится к стареющему.

<sup>117</sup> Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. 2016.

усиливается, особенно в старших возрастных группах. Во всем мире женщины составляют большинство людей старшего возраста, Казахстан не является исключением. На каждых 100 женщин в возрасте 60 лет и старше приходится только 62 мужчин.

В «Стратегии Казахстан-2050» обращено внимание на общемировой тренд – старение человечества, подчеркнуто, что через 40 лет число людей в возрасте старше шестидесяти будет превышать число тех, кому меньше 15 лет. И хотя на сегодня Казахстан – относительно молодая нация, о тенденциях, последствиях и проблемах, порождаемых старением населения, следует думать заранее. Доля пожилых людей в возрасте 65 лет и старше составляя 7,3%, будет расти, как видно из приведенных прогнозных расчетов.

Процесс старения населения оказывает серьезное воздействие на все стороны жизни человека: экономический рост, сбережения, инвестиции и потребление, рынок труда, пенсии, налогообложение и трансферты между поколениями. В социальной сфере это сказывается на состоянии здоровья людей, составе семьи, образе жизни, жилищных условиях и миграции населения. Старение населения, являясь не только демографическим феноменом, может определять процессы в экономической и политической сферах, отражая старение электората и представленность интересов различных возрастных групп, а также рост зависимости пожилых людей от экономически и социально активного населения, состояние здоровья людей и систему здравоохранения, состав семьи и образ жизни, жилищные условия и миграцию населения.

Различия в занятости и доходах мужчин и женщин увеличивают гендерный разрыв в пенсионном обеспечении, повышая риск бедности для пожилых женщин. Проблема занятости в сфере общественного производства, адекватная оплата труда для женщин, создание условий для сокращения гендерных различий в пенсионных накоплениях мужчин и женщин, а также экономической и социальной поддержки пожилого населения в целом – задачи, которые необходимо решать при разработке государственных программ в сфере экономического и социального развития страны.

Казахстан только начинает вступать в категорию стран с преобладанием пожилого населения и вытекающие из этого в перспективе проблемы должны привести к развитию тех отраслей,

которые непосредственно связаны с обслуживанием старости. В значительной мере это коснется здравоохранения. Серьезные проблемы в отношении состояния здоровья пожилого населения, являются причинами инвалидности и смертности. В структуре хронической патологии преобладают болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, органов пищеварения, дыхания, глаз и их придатков. Высок уровень социально значимых

*Десять глобальных первоочередных мер по максимальному использованию возможностей, создаваемых старением населения*

1. Необходима подготовка всех заинтересованных сторон (правительств, гражданского общества, частного сектора, объединений сообществ и семей)...
2. Добиться, чтобы все люди старшего возраста жили в достойных условиях, были материально обеспечены, имели доступ к медицинским и социальным услугам и имели гарантированный минимальный доход. В основе этих действий должны быть долгосрочные стратегии, опирающиеся на твердую политическую волю и гарантированные бюджетные ассигнования.
3. Поддерживать местные сообщества и семьи, чтобы создать системы поддержки ... престарелым
4. Инвестировать в молодежь в целях улучшения жизни будущих поколений людей старшего возраста.
5. Поддерживать международные и национальные усилия по комплексному изучению вопросов старения, учитывающие гендерные и культурные аспекты, для принятия обоснованных политических решений.
6. Учитывать конкретные потребности женщин и мужчин преклонного возраста при проведении политики.
7. Обеспечить учет вопросов старения и потребностей людей старшего возраста при выполнении всех национальных стратегий и программ в области развития.
8. Обеспечить учет вопросов старения и потребностей людей старшего возраста в национальных планах.
9. Обеспечить адекватное отражение вопросов старения в повестке дня в области развития на период после 2015 года.
10. Взрастить новую культуру старения, основанную на соблюдении прав человека, и добиться изменения мировоззрения и отношения общества к старению и людям старшего возраста.

«Старение в XXI веке: триумф и вызов». Издание ЮНФПА и организации «Хелпэйдж Интернэшнл», 2012.



заболеваний. Высокие показатели заболеваемости населения старше 60 лет обуславливают уровень обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации, который в 2 раза выше, чем среди других возрастных групп. Учитывая особенности заболеваний в пожилом возрасте, необходимо увеличить число врачей – геронтологов, терапевтов и других специалистов, что надо учесть при определении приоритетов развития системы здравоохранения и образования в республике.

Одним из основных направлений формирования необходимой для пожилых людей инфраструктуры является развитие системы услуг работников местных организаций по обслуживанию пожилых и одиноких людей. При этом, доступное жилье и пригодные виды транспорта, которые дают возможность людям по-прежнему жить у себя дома, абсолютно необходимы для сохранения самостоятельности; эти факторы облегчают социальные контакты и позволяют людям старшего возраста оставаться активными членами общества.

Процесс старения населения представляет для страны новые вызовы, социальные, экономические и культурные, но в то же время создает новые возможности для улучшения жизни людей всех возрастов.

ООН и Европейская комиссия в рамках совместного проекта, разработали индекс активного долголетия (ИАД) - инструмент для измерения неиспользованного потенциала граждан старшего поколения для активного и здорового долголетия. ИАД позволяет измерить уровни автономной жизни граждан старшего поколения, их участия в оплачиваемой занятости и социальной деятельности, а также их возможности для ведения активной жизни.

Основные барьеры для развития активного долголетия в Казахстане сосредоточены в области состояния здоровья населения предпенсионных и пенсионных возрастов, а также в низких доходах лиц старших возрастов (кроме высококвалифицированных специалистов в сферах управления, финансов, в здравоохранении, образовании и науке).

Политика в сфере активного долголетия должна быть направлена на повышение качества жизни, самостоятельности и независимости в старших возрастах, увеличение продолжительности здоровой жизни населения, сохранение и укрепление здоровья, улучшение социального и психологического благополучия граждан старших поколений, расширение возможностей в старшем возрасте участвовать в различных сферах жизни общества, в социально-экономическом развитии страны. Инструментами реализации такой политики могли бы быть «Концепция активного долголетия» и разработанная на ее основе «Программа действий в интересах старших поколений».

## **12. Уровень жизни населения Казахстана**

### **12.1. Доходы, расходы и потребление домохозяйств**

В последние годы в Республике Казахстан отмечается устойчивый рост *номинальных денежных доходов*. Так, за период 2013-2017 гг. доходы выросли почти в 1,5 раза - на 47,1%. Максимальный рост доходов отмечен в областях Северного Казахстана: Костанайской (59,1%), Акмолинской (53,3%) и Северо-Казахстанской (52,1%) областях, минимальный – в Южно-Казахстанской (25,7%) и Актюбинской (30,1%) областях. (Приложение, табл. 12-1).

Максимальный уровень номинального дохода устойчиво отмечался в Атырауской области, минимальный – в Южно-Казахстанской. При этом размах вариации доходов между этими областями вырос с 76381 тенге в 2013 г. до 11951 тенге в 2017 г. Увеличился не только абсолютный, но и относительный разрыв в доходах: с 3,23 раза в 2013 г. до 3,63 раза в 2017г. Разрыв между максимальными доходами в Атырауской области и средними по Казахстану несколько сократился: с 1,95 раза в 2013 г. до 1,86 раза в 2017 г. В 2017 г. доходы в Атырауской области превысили средний уровень дохода на 86%, в Астане на 79,6%, в Алматы на 56,0%. В Южно-Казахстанской области доходы составили лишь 51,2% от средних, в Жамбылской – 66,9%.

Динамика *реальных денежных доходов* в Республике Казахстан отличается от динамики номинальных денежных доходов из-за инфляции, которая обесценивает номинальные доходы.

Во-первых, рост реальных доходов и в среднем по Казахстану и по всем регионам оказался существенно ниже. Так, за период 2013-2017 гг. реальные доходы выросли всего на 5,2%, в то время как номинальные - на 47,1%. (Приложение, табл. 12-2).

Во-вторых, только в трех регионах был отмечен устойчивый (из года в год) рост реальных доходов: Акмолинской (рост в целом за период на 10,8%), Костанайской (на 16,5% - максимальный из всех регионов) и Северо-Казахстанской (на 8,7%). Это те же регионы, в которых был отмечен максимальный рост номинальных доходов. Относительно высокий рост был также отмечен в г. Астана (10,0%), Жамбылской (9,5%), Западно-Казахстанской (9,4%) и Алматинской (8,7%) областях.

В-третьих, в целом за период 2013-2017 гг. произошло снижение реальных доходов в шести областях: Южно-Казахстанской (на 10,5%), Мангистауской (на 5,2%), Кызылординской (на 4,3%), Актюбинской (на 4,3%), Карагандинской (на 1,8%) и Атырауской (на 1,0%).

Максимальная разница в росте номинальных и реальных денежных доходов отмечена в Северо-Казахстанской (43,3%), Костанайской (42,8%), Акмолинской (42,6 %) и Восточно-Казахстанской (42,4 %) областях.

**Номинальные и реальные денежные доходы населения Рисунок 12.1.1**



Модель социальной поддержки Казахстана предполагает отказ от социального патернализма и иждивенчества, усиление ответственности граждан за результаты своего труда и активизацию деловой инициативы.

Для повышения доходов и поддержки малообеспеченных слоев населения государством проводятся активные *меры по обеспечению продуктивной занятости*.

Расширяется охват и усиливаются *меры поддержки малообеспеченных семей, в том числе многодетных семей, лиц с инвалидностью и оказавшихся в трудной жизненной ситуации*. Усовершенствован механизм назначения адресной социальной помощи (АСП): усилена адресность социальной помощи и расширен охват посредством увеличения порога бедности. Упрощен порядок назначения АСП: действует механизм социального контракта для трудоспособных членов семей.

Одной из значимых перемен 2019 года стала выплата ежемесячной *гарантированной помощи в рамках АСП на каждого ребенка из малообеспеченной семьи* (в размере 70% от прожиточного минимума). Для обеспечения занятости, открытия семейного бизнеса, роста доходов многодетных малообеспеченных сельских семей, в том числе лиц с инвалидностью проводится обучение и предоставляются государственные гранты и льготное кредитование на новые бизнес-идеи.

Добровольный национальный обзор Республики Казахстан  
О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого  
развития. 2019

Анализ **структуры денежных доходов** населения в 2017 году по регионам показывает значительную дифференциацию по **доле доходов от трудовой деятельности**, как в целом (от 87,0% в Мангистауской области до 64,2% в Северо-Казахстанской), так и от работы по найму (от 80,6% в Мангистауской области до 54,5% в Северо-Казахстанской), а также от самостоятельной занятости и предпринимательской деятельности (от 24,2% в Южно-Казахстанской области до 5,4% в Карагандинской области и г.Алматы). (Приложение, табл. 12-3).

Большая разница между регионами и в **доле в доходах пенсий** (от 25,5% в Северо-Казахстанской области до 9,0% в Мангистауской области) и **пособий** (от 5,1% в Кызылординской области до 1,4% в г.Алматы). Низкая доля пенсий в доходах в Мангистауской области (9,0%), а также Атырауской (12,9%), и Южно-Казахстанской (12,9%) областях predetermined относительно молодой структурой населения. А в областях с более старым населением (с большой долей населения старше трудоспособного возраста), таких как Северо-Казахстанской, Восточно-Казахстанской, Акмолинской, Павлодарской и Костанайской, доля пенсий в доходах составляет 20% и более.

По **доходам, использованным на потребление** (в среднем в месяц на душу населения) лидируют г.Алматы (70941 тенге в 2017 г.), г.Астана (60034 тенге), Карагандинская (58267 тенге) и Восточно-Казахстанская области (56506 тенге). Среди регионов-аутсайдеров Южно-Казахстанская (33459 тенге), Жамбылская (34845 тенге) и Кызылординская области (37171 тенге). (Приложение, табл.12-4 в приложении).

За период 2013-2017 гг. максимальный рост доходов, использованных на потребление, был отмечен в Северо-Казахстанской (54,0%), Восточно-Казахстанской (46,2%) и Акмолинской (40,9%) областях, минимальный – в Мангистауской (12,2%), Актюбинской (13,0%) и Кызылординской областях (15,5%) (Приложение, табл. 12-4).

В 2017 г. средний по Казахстану уровень среднедушевых доходов, использованных на потребление, составил 48619 тенге в месяц. В г. Алматы этот показатель был на 45,9%, а в г. Астана – на 23,5% выше среднего. Наибольшее отставание от среднего уровня отмечено в Южно-Казахстанской (на 31,2% меньше) и в Жамбылской (на 28,3% меньше) областях.

Денежные расходы населения за период 2013-2017 гг. выросли в среднем на 1/3. Рост был отмечен во всех регионах, максимальный рост доходов был отмечен в Северо-Казахстанской (56,6%) и Восточно-Казахстанской (50,1%) областях, минимальный – в Мангистауской (12,1%), Актюбинской (13,3%) и Кызылординской (15,0%) областях. (Приложение, табл. 12.5).

В 2017 г. средний по Казахстану уровень денежных расходов составил 555,8 тыс. тенге в год. В г.Алматы этот показатель был на 52,2%, а в г.Астана – на 28,2% выше среднего, в Южно-Казахстанской и в Жамбылской областях – почти на 30% меньше среднего уровня. При этом денежные расходы в г.Алматы более, чем вдвое превышали расходы в Южно-Казахстанской и в Жамбылской областях.



### **Цель 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах**

#### Задачи:

- 1.1. К 2030 году ликвидировать крайнюю нищету для всех людей во всем мире (в настоящее время крайняя нищета определяется как проживание на сумму менее чем 1.25 доллара США в день)
- 1.2. К 2030 году сократить долю мужчин, женщин и детей всех возрастов, живущих в нищете во всех ее проявлениях, согласно национальным определениям, по крайней мере наполовину
- 1.3. Внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения
- 1.4. К 2030 году обеспечить, чтобы все мужчины и женщины, особенно малоимущие и уязвимые, имели равные права на экономические ресурсы, а также доступ к базовым услугам, владению и распоряжению землей и другими формами собственности, наследуемому имуществу, природным ресурсам, соответствующим новым технологиям и финансовым услугам

Главная часть денежных расходов населения - потребительские расходы, т.е. расходы, направленные на приобретение потребительских товаров и услуг. Включают покупку продуктов питания, расходы на питание вне дома, покупку алкогольных напитков, табачных изделий, непродовольственных товаров и платных услуг.

Доля потребительских расходов в денежных расходах населения в среднем по Казахстану достаточно стабильна и колеблется в интервале 92,3-92,8%. (Приложение, табл. 12-6).

Региональная дифференциация этого показателя сохраняется примерно на одном уровне: от 85% до 97-98%.

Потребительские расходы в городе существенно выше, чем в сельской местности (более, чем в 1,4 раза). (Приложение, табл. 12-7). При этом разрыв несколько увеличился: с 1,42 раза в 2013 г. до 1,47 раза в 2017 г.

Расходы на продовольственные товары составляют около половины всех расходов. Выявлена тенденция роста этого показателя: в городах с 46,1% в 2013 г. до 48,8% в 2017 г., в селе – с 47,7% в 2013 г. до 53,3% в 2017 г. Доля расходов на питание в расходах на продовольственные товары более-менее стабильна и составляет около 90-91%, с небольшой тенденцией к росту (с 89,9% в 2013 г. до 91,4% в 2017 г.).

## 12.2. Неравномерность распределения доходов и уровень бедности

Для сравнительной оценки уровня жизни в динамике и в региональном разрезе можно использовать различные показатели. При этом важным параметром для такого анализа является прожиточный минимум, рассчитываемый по единой методике, но отдельно для каждого региона. Прожиточный минимум равен по величине стоимости минимальной потребительской корзины, которая состоит из стоимости продовольственной корзины и расходов на непродовольственные товары и услуги. На величину прожиточного минимума влияют нормы потребления продуктов питания, цены на эти продукты и установленное соотношение между продовольственными и непродовольственными расходами.

Этот показатель за период 2013-2017 гг. в среднем вырос немногим более, чем на треть (на 33,7%). Рост был во всех регионах, от 30% в Алматинской области до 40% в Актюбинской. В 2017 г. средний по Казахстану прожиточный минимум составил 23,8 тыс. тенге (в месяц). Максимальная величина была зафиксирована в Мангистауской области (28,7 тыс. тенге, на 20,5% выше среднего), а минимальная – в Жамбылской (21,3 тыс. тенге, на 10,3% ниже среднего). (Табл. 12.2.1).

Таблица 12.2.1

### Величина прожиточного минимума по регионам

	тенге					Рост величины ПМ за 2013-2017 гг. (в %)	Прожиточный минимум в 2017 гг. в % к среднему уровню
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>Республика Казахстан</b>	<b>17 789</b>	<b>19 068</b>	<b>19 647</b>	<b>21 612</b>	<b>23 783</b>	<b>133,7%</b>	<b>100,0</b>
Акмолинская	16 751	17 948	18 246	20 166	21 840	130,4%	91,8
Актюбинская	15 789	17 125	18 010	20 231	22 071	139,8%	92,8
Алматинская	18 855	19 995	20 557	22 327	24 476	129,8%	102,9
Атырауская	18 725	19 855	20 297	22 317	24 525	131,0%	103,1
Западно-Казахстанская	16 733	17 347	17 947	20 135	21 999	131,5%	92,5
Жамбылская	16 268	17 095	17 720	19 532	21 323	131,1%	89,7
Карагандинская	16 503	17 967	18 749	20 482	22 605	137,0%	95,0
Костанайская	16 449	17 907	18 350	20 109	21 991	133,7%	92,5
Кызылординская	16 751	17 738	18 121	19 567	21 813	130,2%	91,7
Мангистауская	21 644	23 357	24 023	26 338	28 664	132,4%	120,5
Южно-Казахстанская	16 262	17 439	18 153	20 037	22 545	138,6%	94,8
Павлодарская	16 555	17 474	17 654	19 492	21 676	130,9%	91,1

	тенге					Рост	Прожиточный
Северо-Казахстанская	16 272	17 620	18 200	20 301	21 726	133,5%	91,4
Восточно-Казахстанская	18 101	19 178	19 723	21 942	24 412	134,9%	102,6
г. Астана**	20 541	21 623	22 702	25 092	27 533	134,0%	115,8
г. Алматы	19 969	21 242	22 283	24 225	26 544	132,9%	111,6

\* В 2018 г. Из области был выведен г.Шымкент и область переименована в Туркестанскую.

\*\* В 2019 г. Столица Республики Казахстан Астана была переименована в Нур-Султан.

Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Табл. 4.1.

Покупательная способность денежных доходов домохозяйств может быть выражена через соотношение доходов, использованных на потребление, с прожиточным минимумом. Это соотношение за период 2013-2017 гг. в среднем по Казахстану мало изменилось: снизилось на 1% и составило в 2017 г. 204,4%. (Табл. 12.2.2).

В то же время в регионах мы видим разнонаправленную динамику: в 7 регионах покупательная способность доходов снизилась (максимум в Актыбинской области – на 19%), в 5 регионах – выросла (максимум в Северо-Казахстанской области – на 15%), в 4 регионах показатель остался на том же уровне. Максимальная покупательная способность доходов отмечена в г.Алматы и Карагандинской области – более 250%, минимальная – в Мангистауской и Южно-Казахстанской областях – менее 150%. (Табл. 12.2.2).

Таблица 12.2.2

**Соотношение доходов, использованных на потребление, с величиной прожиточного минимума по регионам (покупательная способность доходов) - в процентах**

	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2013
<b>Республика Казахстан</b>	<b>206,6</b>	<b>205,9</b>	<b>207,0</b>	<b>204,5</b>	<b>204,4</b>	<b>0,99</b>
Акмолинская	205,1	218,3	217,7	212,8	221,7	1,08
Актыбинская	239,8	230,0	217,9	203,6	193,8	0,81
Алматинская	226,9	223,1	221,2	229,1	214,2	0,94
Атырауская	177,4	174,8	175,6	179,8	179,8	1,01
Западно-Казахстанская	193,8	200,5	205,3	198,3	200,5	1,03
Жамбылская	175,9	173,5	161,8	155,8	163,4	0,93
Карагандинская	257,6	261,3	255,3	254,8	257,8	1,00
Костанайская	211,5	215,4	208,3	201,9	208,8	0,99
Кызылординская	192,1	184,7	165,1	163,4	170,4	0,89
Мангистауская	169,4	163,8	164,8	157,7	143,5	0,85
Южно-Казахстанская*	148,4	147,1	155,1	153,4	148,4	1,00
Павлодарская	226,4	221,9	226,7	218,9	227,3	1,00
Северо-Казахстанская	208,9	217,9	223,4	229,0	240,9	1,15
Восточно-Казахстанская	213,5	214,6	226,5	223,7	231,5	1,08
г. Астана**	217,7	218,6	217,8	213,5	218,0	1,00
г. Алматы	270,8	275,1	274,3	266,9	267,3	0,99

\* В 2018 г. из области был выведен г.Шымкент и область переименована в Туркестанскую.

\*\* В 2019 г. столица Республики Казахстан Астана была переименована в Нур-Султан.

Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Табл. 3.10.

В качестве критерия абсолютной бедности, как правило, используется величина прожиточного минимума или размер его продовольственной части. Для характеристики уровня бедности посмотрим на самый простой показатель – долю населения с доходами ниже величины прожиточного минимума. В последние годы этот показатель снижается (с 2,9% в 2013 г. до 2,6% в 2017г., и в 2,5 раза по сравнению с 2010 годом) (см. Рис. 12.2.1). Однако, в связи с тем, что с января 2018 г. структура прожиточного минимума была изменена (фиксированная доля расходов на непродовольственные товары и услуги установлена в размере 45% к стоимости минимальной потребительской корзины) величина данного показателя увеличилась в 2018 году до 4,3%. При этом, доля населения с доходом ниже стоимости продовольственной корзины составляет стабильно около 0,1%.



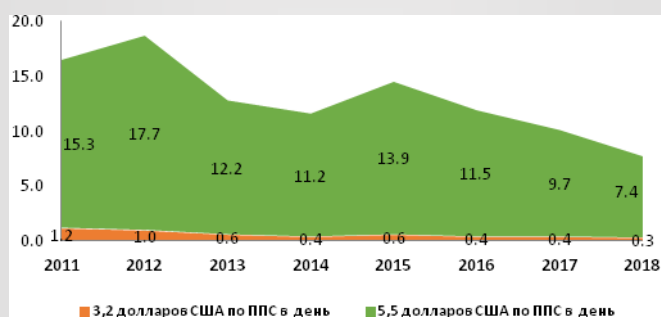
Уточнения: 1. Прожиточный минимум по регионам и типу местности определялся по 43 наименованиям продуктов питания, и процентное соотношение в нем продовольственной корзины составило 60%.  
2. С января 2018 г. изменена структура прожиточного минимума. Фиксированная доля расходов на непродовольственные товары и услуги установлена в размере 45% к стоимости минимальной потребительской корзины

Казахстан достиг определенных успехов в борьбе с бедностью и выполнил свои обязательства в рамках предыдущей повестки дня Целей развития тысячелетия. В 1996 году впервые после обретения Казахстаном независимости Агентством по статистике РК была проведена количественная оценка бедности в Казахстане, согласно которой 34,6% населения было зарегистрировано в качестве бедного населения. Согласно первоначальной оценке прогресса достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ), Задача 1А была достигнута в Казахстане в 2004 году, когда доля населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума, составила 16,1%.

В 2006 году в Казахстане была принята новая методология измерения прожиточного минимума<sup>118</sup>. Соответственно, скорректированный уровень бедности вырос в три раза с 16,1% до 33,9% в 2004 году. Исходя из перерассчитанных показателей бедности, Задача 1А была достигнута в 2007 году, когда 12,7% населения было зарегистрировано в качестве бедного населения (сокращение в 2,7 раз по сравнению с 1996 годом). С 2007 года уровень занятости и доходы населения неизменно росли, хотя темпы их роста значительно снизились. Уровень бедности в стране сократился в три раза: с 12,7% в 2007 году до 3,8% в 2012 году.

Сегодня Казахстан входит в группу стран с уровнем доходов выше среднего. В соответствии со стандартами Всемирного банка, для таких стран установлен порог бедности *на уровне 5,5 долл. США в день*. Согласно данному критерию, доля бедных снизилась с 15,3% в 2011 году до 7,4% в 2018 году.

**Доля населения, живущего за чертой бедности в соответствии со стандартами Всемирного банка, %**



*Источник: Комитет по статистике Министерства национальной экономики РК  
Лобовольный национальный обзор Республики Казахстан «О непазации»*

<sup>118</sup> Количество продуктов питания в продовольственной корзине увеличилось с 20 до 43 наименований, с отражением сезонной продукции. Стоимость продовольственной корзины составляет 60% прожиточного минимума. Критерий абсолютной бедности устанавливается на уровне прожиточного минимума или его продовольственной составляющей.

Несмотря на достижение поставленной цели в Казахстане, бедность по-прежнему остается серьезной проблемой, особенно в сельских регионах. В Национальном отчете по Целям развития тысячелетия за 2007 год был предложен новый целевой показатель ЦРТ1А+: сократить вдвое количество людей, проживающих в сельской местности, с доходом ниже величины прожиточного минимума, и увеличить к 2015 г. прожиточный минимум в два раза.

Казахстан достиг целевого показателя 1А+ в 2011 году, когда уровень бедности сократился до 9,1%, что составило половину от уровня бедности в 2007 году (18,1%); именно этот уровень бедности был взят в качестве основы для сравнения в Национальном отчете по Целям развития тысячелетия за 2007 год. С 2007 по 2012 год доля населения, проживающего в сельской местности и имеющего доход ниже величины прожиточного минимума, сократилась в 3 раза: с 18,1% в 2007 году до 6,1% в 2012 году. Однако уровень бедности в сельской местности по-прежнему выше, чем в городах - более чем в три раза в 2017 г. (в 3,75 раза) и в 2,7 раза в 2018 г. (см. рис. 12.2.1)

Несмотря на прогресс в сокращении доли людей, чей доход ниже прожиточного минимума, проблема искоренения бедности, по-прежнему, остается одной из наиболее важных, которые необходимо решить в рамках достижения Целей Устойчивого Развития. В Казахстане сохраняются региональные и поселенческие (город-село) различия по уровню бедности и несколько менее выраженные гендерные различия (см. Рис. 12.2.2 и 12.2.3)<sup>119</sup>.

Рисунок 12.2.2

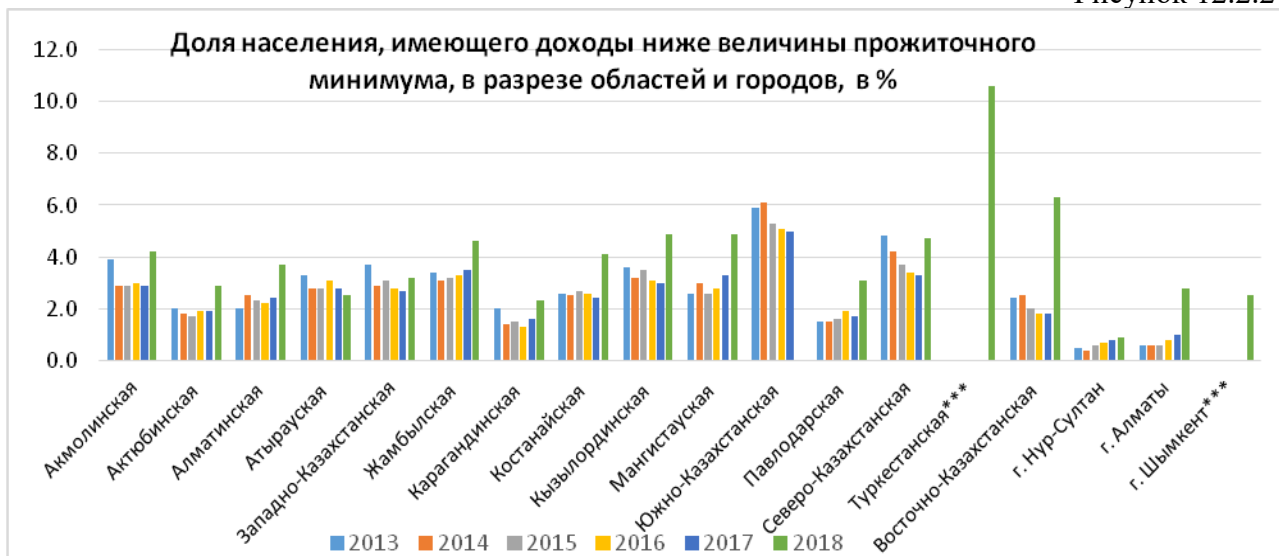


Рисунок 12.2.3



<sup>119</sup>\*\*С января 2018 г. изменена структура прожиточного минимума. Фиксированная доля расходов на непродовольственные товары и услуги установлена в размере 45% к стоимости минимальной потребительской корзины \*\*\* По Туркестанской области и г.Шымкент приведены оценочные данные.

Показатели глубины и остроты бедности практически остаются на одном уровне.<sup>120</sup> Однако неравномерность распределения доходов в 2017 г. несколько возрасла в сравнении с 2013-2016 гг. Коэффициент Джини увеличился до 0,273, а децильный коэффициент (соотношение доходов 10% наиболее и наименее обеспеченного населения). (Табл. 12.2.3).

**Неравномерность распределения доходов\*** Таблица 12.2.3

	Доля населения с доходами ниже		Глубина бедности (по величине прожиточного минимума)	Острота бедности (по величине прожиточного минимума)	Коэффициент Джини по 20% группам населения	Соотношение доходов 10% наиболее и наименее обеспеченного населения, раз
	величины прожиточного минимума	стоимости продовольственной корзины				
<b>2013</b>	2,9	0,1	0,4	0,1	0,263	5,6
<b>2014</b>	2,8	0,1	0,4	0,1	0,264	5,7
<b>2015</b>	2,7	0,1	0,3	0,1	0,265	5,6
<b>2016</b>	2,6	0,1	0,4	0,1	0,264	5,6
<b>2017</b>	2,6	0,1	0,4	0,1	0,273	5,9

\*Здесь и далее данные получены с использованием шкалы эквивалентности доходов. Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Табл. 4.2.

Для анализа региональных особенностей распространенности бедности можно сопоставить два показателя: долю бедных в регионе к общему числу бедных в республике и долю населения в регионе к общему числу населения в республике. Если это соотношение больше 1, то регион можно отнести к относительно бедным, в сравнении со средним уровнем по Казахстану.

Худшая ситуация в Южно-Казахстанской области, где доля бедных в 1,9 раза выше доли населения области в общем числе населения в республике. В этой области сосредоточено 31% всех бедных, проживающих в Казахстане. (Табл. 12.2.4). Относительно бедным можно считать население Жамбылской, Мангистауской и Северо-Казахстанской областей, где доля бедных в 1,3 раза больше, чем доля населения в общем населении страны.

Лучшая ситуация в городах Астана и Алматы, где доля бедных значительно меньше чем доля населения этих городов в населении Казахстана: в 3,4 и 2,5 раз соответственно. В этих крупнейших городах высокие уровни зарплат и занятости. К относительно «небедным» можно отнести промышленно развитые Карагандинскую и Павлодарскую области, где доля бедных в 1.6 раза ниже, чем доля населения этих областей в общей численности населения.

**Региональное распространение бедности в Казахстане, в %** Таблица 12.2.4

	Доля населения в регионе к общему числу населения в стране					Доля бедных в регионе к общему числу бедных в республике				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Республика Казахстан</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Акмолинская	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	5,8	4,4	4,7	4,8	4,4
Актюбинская	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	3,2	3,1	3,1	3,5	3,3
Алматинская	11,7	11,6	11,0	11,1	11,1	8,0	10,2	9,8	9,4	10,2
Атырауская	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4	3,7	3,3	3,6	4,1	3,7
Западно-Казахстанская	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	4,6	3,7	4,2	3,9	3,6
Жамбылская	6,3	6,3	6,3	6,2	6,2	7,4	6,9	7,5	7,9	8,1
Карагандинская	8,0	7,9	7,9	7,7	7,6	5,5	4,0	4,5	3,9	4,7
Костанайская	5,1	5,1	5,0	4,9	4,8	4,6	4,4	5,0	4,9	4,5

<sup>120</sup> Коэффициент глубины бедности – показывает среднее отклонение уровня дохода (потребления) людей, находящихся ниже прожиточного минимума от величины прожиточного минимума и выражается величиной суммарного дефицита дохода, соотнесенного с общим числом членов домохозяйств. Коэффициент остроты бедности показывает неравенство среди бедных – степень разброса доходов бедных от их среднего значения. Это средняя из квадратов отклонений доли дефицитов дохода членов обследуемых домохозяйств от установленного критерия. (Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Примечание к разделу 4.)



Кызылординская	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	5,0	4,7	5,4	5,0	4,6
Мангистауская	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6	3,0	3,7	3,5	3,9	4,6
Южно-Казахстанская*	16,0	16,3	16,1	16,1	16,3	32,3	34,8	32,2	31,6	30,8
Павлодарская	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	2,3	2,3	2,6	3,1	2,7
Северо-Казахстанская	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	5,5	4,9	4,5	4,1	3,9
Восточно-Казахстанская	8,1	8,0	7,9	7,8	7,6	6,5	7,1	6,1	5,4	5,3
г. Астана**	4,8	4,9	4,9	5,4	5,7	0,7	0,6	1,1	1,5	1,7
г. Алматы	8,8	8,9	9,7	9,8	9,9	1,9	1,9	2,3	3,1	3,9

Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Табл. 4.5.

Одним из факторов региональной дифференциации распространенности бедности является такой демографический фактор, как размер домохозяйств, который в свою очередь зависит от доли многодетных домохозяйств. Так, среди домохозяйств из 5 и более лиц доля населения с доходами ниже прожиточного минимума вдвое выше, чем в среднем по стране. (Табл. 12.2.5).

Доля низкодоходного населения в зависимости от размера домохозяйства, в % Таблица 12.2.5

	Доля населения, имеющего доходы ниже									
	величины прожиточного минимума					стоимости продовольственной корзины				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Домашние хозяйства, состоящие										
из 1 лица	0,10	0,07	0,05	...	0,04	...	...	...	...	...
из 2 лиц	0,18	0,22	0,15	0,14	0,07	...	...	0,01	0,01	...
из 3 лиц	0,66	0,56	0,45	0,39	0,38	0,06	...	0,03	0,02	0,02
из 4 лиц	1,58	1,16	0,99	1,12	1,15	0,05	0,04	0,06	0,08	0,11
из 5 и более лиц	6,02	6,12	5,77	5,47	5,34	0,26	0,21	0,22	0,14	0,26

Источник: Уровень жизни населения в Казахстане. 2013-2017. Статистический сборник. Астана, 2018. Табл. 4.7.

### Уязвимое население в контексте бедности

В Казахстане некоторые группы населения, остаются уязвимыми с точки зрения бедности, особенно те, которые проживают в сельской местности. К ним относятся самозанятые, многодетные и неполные семьи, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями и мигранты.

Большие семьи являются наиболее уязвимыми, семьи с четырьмя и более детьми, проживающие в сельской местности, имея доходы не более двукратного размера прожиточного минимума, находятся под угрозой бедности. Подавляющее большинство инвалидов (составляющих 3,5% от общей численности населения) попадают в категорию бедного населения и не получают достаточного пенсионного обеспечения, которое бы покрывало их потребности в связи с инвалидностью.



Многодетным семьям, имеющим четырех и более несовершеннолетних детей, выплачиваются специальное государственное пособие. В 2019 году оно составило 10 504 тенге (28 долларов). Такое пособие получает 271 тысяча семей.

С начала года многодетным семьям с доходами ниже 50% величины прожиточного минимума предусмотрена адресная социальная помощь (АСП). Ее размер не фиксирован, он зависит от общего дохода семьи. Недостающую сумму до 14 850 тенге (39 долларов) на каждого члена семьи государство выдает в виде адресной социальной помощи.

Таблица с данными о количестве многодетных семей в Казахстане (данные министерства труда и социальной защиты населения) <https://ru.sputniknews.kz>

Основными причинами бедности остаются безработица, непродуктивная занятость и низкий уровень доходов среди сельского населения, доходы которых составляют лишь половину от среднего показателя по стране. Тем временем, 65% лиц, занятых в сельском хозяйстве, являются самозанятыми и имеют доходы, недостаточные для поддержания достойного уровня жизни.

### 13. Гендерное равенство и искоренение гендерного насилия

Гендерное равенство подразумевает общество, в котором и женщины, и мужчины обладают равными возможностями, правами и обязательствами во всех сферах жизни. Равенство между женщинами и мужчинами – это когда представители обоих полов могут на равных иметь доступ к образованию и здравоохранению, управлению и власти, имеют равные возможности достичь финансовой независимости, реализации своих личностных и профессиональных потребностей и интересов. Расширение экономических, политических и социальных возможностей женщин – важнейший фактор, способствующий достижению гендерного равенства, содействия снижению уровня бедности и улучшению доступа к ресурсам и услугам.

Глобальные консультации по повестке дня развития после 2015 года показали, что гендерное неравенство остается одним из универсальных форм неравенства, существующих во всех обществах, и затрагивающие большую часть населения мира, чем любая другая форма неравенства.

Государства-члены ООН признали "незавершенным достижение Целей Развития Тысячелетия», что должно быть предусмотрено в новом контексте развития – Целей Устойчивого Развития.

Права женщин и расширение прав и возможностей женщин имеют ключевое значение для создания более справедливого и равноправного мира для всех и решения ключевых проблем, связанных с бедностью, неравенством, здоровьем и расширением прав и возможностей женщин. Повестка дня на период до 2030 года подтвердила, что гендерное равенство является неперенным условием устойчивого развития и в то же время необходимым его результатом. Повестка дня на период до 2030 года, наряду с ее 17 Целями устойчивого развития (ЦУР), определяет приоритетность реализации гендерного равенства и прав женщин в рамках всех ее экономических, социальных и экологических аспектов, наряду с отдельной целью по гендерному равенству и расширению прав и возможностей женщин и девочек (ЦУР 5).

Отдельно отведенная цель включает в себя обязательства по прекращению насилия в отношении женщин и девочек, равный доступ к образованию и занятости и равной оплаты за равный труд, прекращение всех форм дискриминации в отношении женщин всех возрастов, обеспечение равного участия женщин в процессе принятия решений, обеспечение равного доступа к активам и ресурсам. Критическим аспектом в достижении гендерного равенства является наделение женщин полномочиями, а также вовлечение мужчин в процесс достижения гендерного равенства.



**Цель 5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек**

*Задачи:*

*5.4. Признать и ценить неоплачиваемый труд по уходу и работу по ведению домашнего хозяйства*

*5.5. Обеспечить всестороннее и реальное участие женщин и равные для них возможности для лидерства на всех уровнях принятия решений в политической, экономической и общественной жизни*

*5.a. Провести реформы в целях предоставления женщинам равных прав на экономические ресурсы, а также доступа к владению и распоряжению землей и другими формами собственности, финансовым услугам, наследуемому имуществу и природным ресурсам в соответствии с национальными законами*

*5.b. Активнее использовать высокоэффективные технологии для содействия расширению прав и возможностей женщин*

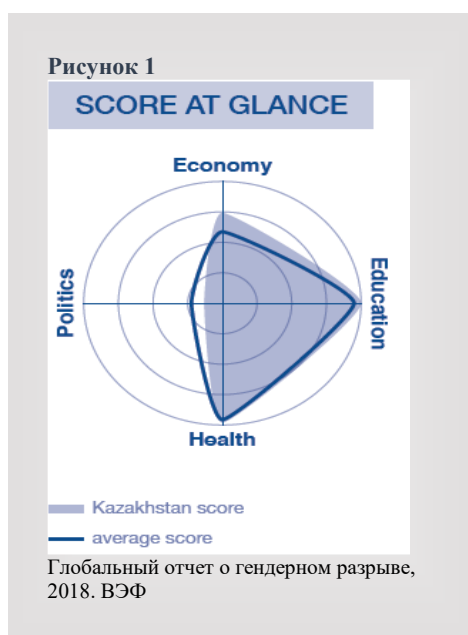
*5.c. Принимать и совершенствовать разумные стратегии и обязательные для соблюдения закона в целях поощрения гендерного равенства и расширения прав и возможностей всех женщин и девочек на*

Для достижения гендерного равенства Казахстан принял ряд важных документов, сформировавших платформу для развития гендерного равенства в стране. Основные принципы гендерной политики установлены Конституцией Республики Казахстан. В 2009 году в стране были приняты

гендерно-ориентированные законы «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин» и «Закон о профилактике бытового насилия». Казахстан подписал Пекинскую платформу действий (1995г.), ратифицировал Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) (1998 г.) и подписал Факультативный протокол CEDAW (2001 г.). Реализована Стратегия гендерного равенства и в 2016 году была утверждена Концепция семейной и гендерной политики Казахстана до 2030 года.

В рамках формирования институциональной основы гендерного равенства с 1995 года функционирует Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике, которая выступает консультативным органом при Президенте Республики Казахстан.

Гендерный паритет имеет основополагающее значение для процветания экономики и общества.



По глобальному Индексу гендерного неравенства по итогам 2018 года Казахстан занял 60-ое место среди 149 стран (табл. 1). В докладе о глобальном гендерном разрыве был оценен прогресс в 149 странах в достижении гендерного равенства по четырем тематическим направлениям: экономическое участие и возможности, уровень образования, здравоохранения и расширение политических прав и возможностей.

Не смотря на достигнутые страной успехи в гендерном равенстве, в частности, в сферах образования и здравоохранения, сохраняются значительные гендерные различия в экономической сфере, основанные во многом гендерной сегрегацией на рынке труда, разницей в оплате труда, доступом к ресурсам, а также в недостаточной степени представленности женщин на всех уровнях принятия государственных и политических решений (Рис. 1).

Для решения актуальных вопросов в гендерной политике принимаются меры по расширению участия женщин в экономике через создание равного доступа к рынку труда, финансовым и иным ресурсам. Женщины составляют 49% от общей численности рабочей силы. Активность женщин в малом и среднем бизнесе (МСБ) за последние 5 лет значительно увеличилась. Из числа зарегистрированных действующих предпринимателей доля женщин составляет 43,2% (на 01. 01. 2019 г.). Порядка 28% руководителей малых, средних и крупных предприятий в Казахстане составляют женщины.

Актуальной остается проблема, связанная с низким уровнем представленности женщин на всех уровнях принятия решений. Так, доля женщин в нижней палате

Таблица 1

Казахстан	2006		2018	
	ранг	значение	ранг	значение
<b>Глобальный гендерный разрыв</b>	<b>32</b>	<b>0.693</b>	<b>60</b>	<b>0.712</b>
Экономическое участие и возможности	16	0.713	32	0.741
Уровень образования	53	0.990	30	1.000
Уровень здравоохранения	36	0.979	42	0.979
Расширение политических прав и возможностей	69	0.089	94	0.130
<b>Число сравниваемых стран</b>	<b>114</b>		<b>149</b>	

Глобальный отчет о гендерном разрыве, 2018 г. Всемирный Экономический Форум

Парламента составляет 28%, в местных представительных органах – 22% (рис. 2). При этом доля женщин на государственной службе составляет 55,4% (50,3 тыс. человек).<sup>121</sup>

Участие в принятии государственных и политических решений государственных институтах - Парламенте, исполнительных органах и судах, особенно важно, так как эти институты создают законы и принимают решения, которые оказывают прямое влияние на права граждан, их поведение и выбор.

Данный вопрос нашел отражение еще в Стратегии гендерного равенства на 2006 - 2016 гг. и в Законе о равных правах и равных возможностях, который предусматривает введение квот в размере не менее 30 процентного представительства женщин среди руководителей государственных органов.

Процесс достижения ЦУР 5 в его экономической составляющей требует дальнейшего укрепления института гендерного равенства путем государственного регулирования и внедрения оценки гендерного воздействия в систему государственного и бюджетного планирования и обеспечения равного доступа мужчин и женщин ко всем видам ресурсов, необходимых для предпринимательской деятельности.

### Насилие в отношении женщин

Согласно ст.1 Декларации об искоренении насилия в отношении женщин - Насилие в отношении женщин означает любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, в общественной или личной жизни

Насилие в отношении женщин – общемировая проблема, для которой не существует культурных, географических, религиозных, социальных и экономических границ. Оно во множестве его форм и проявлений является нарушением прав человека и основных свобод. Насилию подвержены женщины во всем мире вне зависимости от возраста, класса, расы и национальности. Согласно последним

Рисунок 2  
Представленность женщин на уровне принятия решений, %



Источник: Парламент РК, Центральная избирательная комиссия РК



**Цель 5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек**

#### Задачи:

- 5.1. Повсеместно ликвидировать все формы дискриминации в отношении всех женщин и девочек
- 5.2. Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми и сексуальную и иные формы эксплуатации
- 5.3. Ликвидировать все вредные виды практики, такие как детские, ранние и принудительные браки и калечащие операции на женских половых органах
- 5.6. Обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и итоговыми документами конференций по рассмотрению хода их выполнения

<sup>121</sup> Добровольный национальный обзор Республики Казахстан. О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого развития. Июнь, 2019 г.

оценкам по всему миру - каждая третья женщина подвергается тем или иным видам насилия: избиению, принуждению к сексу, либо подвергается унижению иными способами - чаще всего, со стороны знакомых ей людей, включая ее мужа.

Каждая четвертая женщина подвергается насилию во время беременности. Насилие в отношении женщин имеет серьезные последствия для их здоровья и благосостояния, а также для здоровья их детей.

Насилие со стороны интимного партнера стало ведущей причиной убийств женщин в мире и оказывает множество других негативных последствий на их здоровье. Экономические и социальные затраты, связанные с насилием в отношении женщин, значительны.

Казахстан, как и многие другие страны-члены ООН, присоединился практически ко всем основным международным обязательствам в области обеспечения гендерного равенства и искоренения гендерного насилия, в том числе и к Целям устойчивого развития до 2030 года, где одной из главных задач 5-й Цели является искоренение насилия в отношении женщин.

Профилактика и борьба с явлением насилия в казахстанском обществе является одним из важнейших приоритетов в государственной политике и относится к обязательствам, принятым Казахстаном и реализуемых в настоящее время на национальном уровне.

В Концепции семейной и гендерной политики Казахстана до 2030 года особо отмечена необходимость активизировать применение положений Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в судебной практике, совершенствования законодательных актов в сфере пресечения всех форм дискриминации и насилия по признаку пола в соответствии с международными требованиями ООН, ЦУР и ОЭСР, а также механизмов мониторинга и отчетности по случаям проявления гендерной дискриминации и насилия.

С целью получения достоверной картины распространенности насилия в отношении женщин, а также получения исходных данных для дальнейшего его мониторинга, в 2015 году при технической поддержке ЮНФПА, ВОЗ и ООН Женщин, Комитет по статистике министерства национальной экономики РК провел первое национальное обследование по распространенности насилия в отношении женщин. Некоторые итоги этого исследования приведены ниже.

Проведенное исследование показало, что насилие в отношении женщин в Казахстане распространено достаточно широко. Согласно полученным данным:

- 17% женщин в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевших партнера, испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера (рис. 1); акты физического и сексуального насилия не были разовыми, а происходили многократно;

#### *Принятие и реализация мер в Казахстане по предотвращению гендерного насилия*

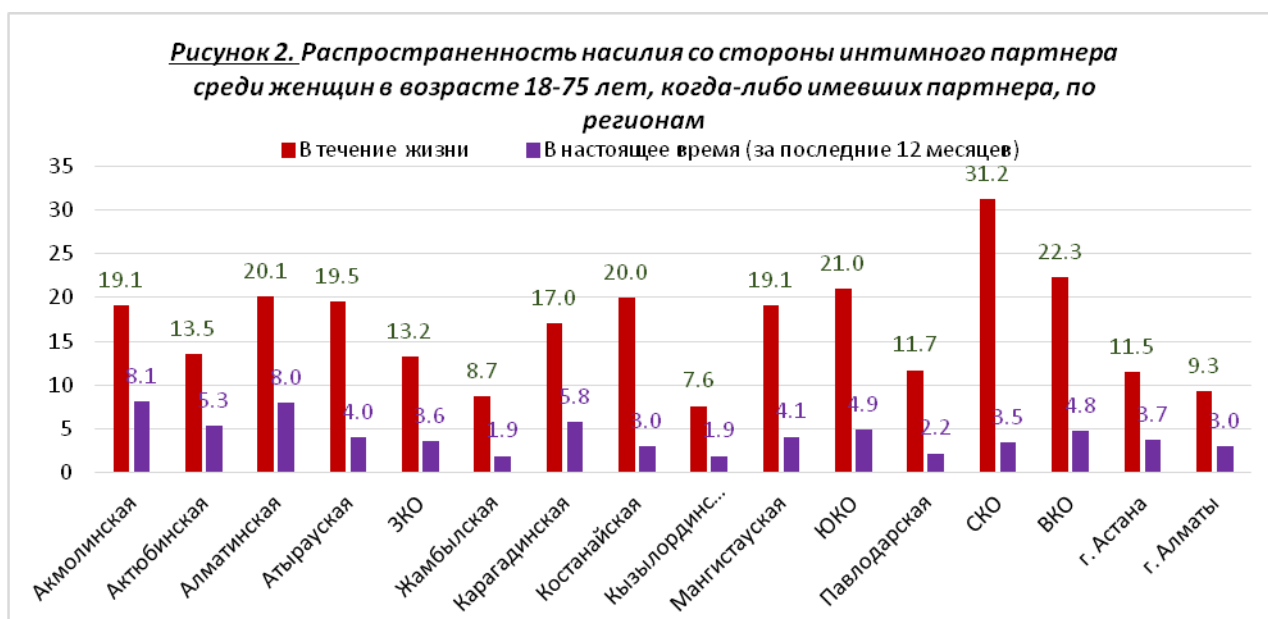
Создана Национальная Комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте РК (в декабре 1998 года)

Приняты:

- Стратегия гендерного равенства в Республики Казахстан на 2006-2016 гг.
- Закон о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин (2009 год),
- Закон о бытовом насилии (2009 год).
- дополнения и изменения в Закон РК «О профилактике бытового насилия» и соответствующие дополнения и изменения в Уголовный кодекс и Кодекс административной ответственности (2014)
- Кодекс Республики Казахстан "О браке (супружестве) и семье" устанавливает и регулирует семейно-брачные отношения. Главный принцип - равенство прав супругов в семье, приоритет семейного воспитания детей, защита прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи.
- Закон о пенсионном обеспечении (2013 год)
- В 2016 году принята Концепция гендерной и семейной политики на 2017-2030 годы
- Обеспечена официальная доказательная база данных по распространенности насилия в отношении женщин - проведено национальное обследование в 2015 году.

- каждая пятая (21%) женщина испытывала психологическое насилие со стороны интимного партнера в течение своей жизни;
- половина женщин, испытывавших физическое насилие со стороны интимного партнера, сообщали о жестоких формах физического насилия;
- каждая третья (33%) женщина испытала не менее раза в своей жизни проявление контролирующего поведения со стороны партнера;
- почти четверть (24%) женщин, испытывавших физическое, сексуальное или психологическое насилие, испытали все три формы насилия со стороны партнера за свою жизнь.
- женщины, чьи матери подвергались насилию, говорили о том, что сами испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны партнера в течение своей жизни.

Наибольшее распространение насилия со стороны интимного партнера среди женщин в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевших партнера, по регионам, наблюдается в Северо-Казахстанской области (31,2%), Восточно-Казахстанской (22,3%), Туркестанской (21,0%) и Алматинской (20,1%) областях. Несколько ниже значения показателей в южных областях, по-видимому, может быть объяснено тем, что в силу укоренившейся патриархальной ментальности женщин в этих областях они не склонны раскрывать случаи насилия со стороны интимного партнера<sup>122</sup> (рис.2).

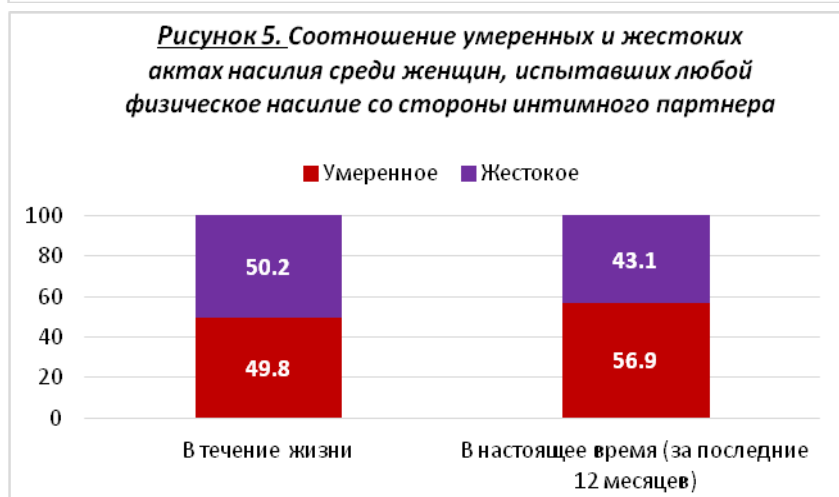


<sup>122</sup> «Выборочное обследование по насилию в отношении женщин. Казахстан». Астана, 2017 г.

Молодые женщины в возрасте 18-24 и 30-39 лет более подвержены риску насилия со стороны интимного партнера в настоящее время (6,2-6,3% сообщают о насилии, произошедшем в последние 12 месяцев), но на женщин в возрасте 30-49 и 50-59 лет приходится наивысший уровень распространенности насилия со стороны интимного партнера в течение жизни (свыше 18%) (рис.3). Городские и сельские женщины, когда-либо имевшие партнера, в равной степени подвергаются насилию со стороны партнера (16% городских женщин и 17% сельских).



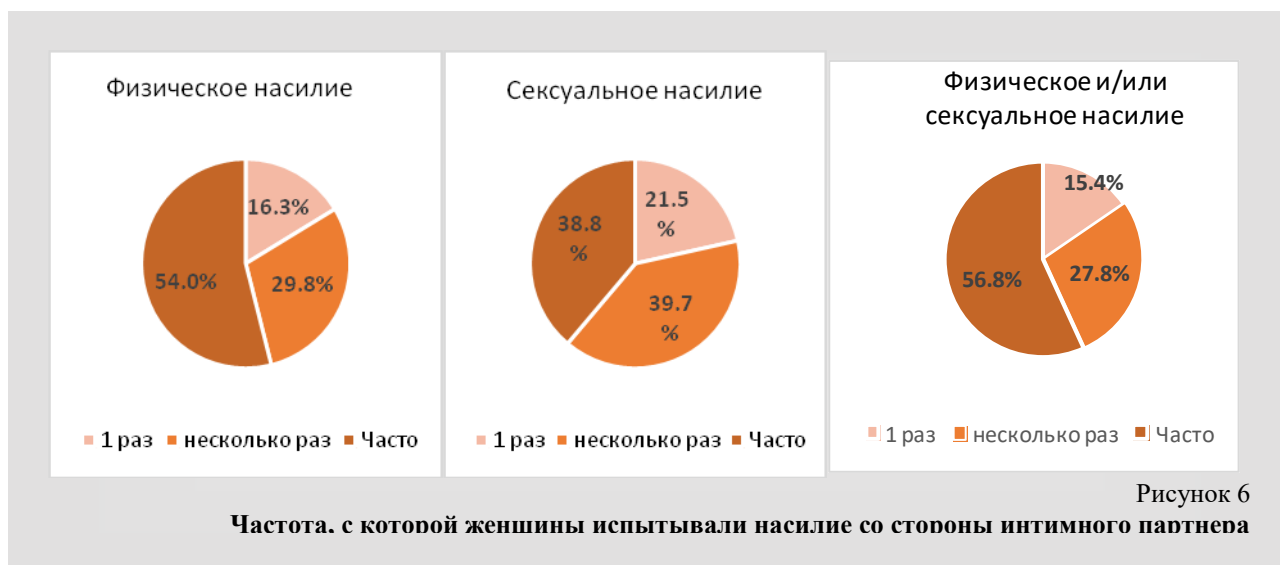
Женщины с начальным или неполным средним образованием в два раза чаще подвергаются насилию со стороны интимного партнера, чем женщины с более высоким уровнем образования, в частности, с высшим послевузовским образованием.



В целях анализа вопросы о физическом насилии со стороны интимного партнера разделены на то, что считается «умеренным» и «жестоким» насилием, а в основе деления насилия на умеренное и жестокое лежит вероятность нанесения физического вреда здоровью.

На Рисунке 5

показаны данные по умеренному и жестокому насилию среди женщин, когда-либо имевших партнера и испытавших любую форму физического насилия со стороны интимного



партнера. Женщины сообщали об относительно равной доле умеренного и жестокого физического насилия со стороны интимного партнера, но с более высокой распространенностью жестокого физического насилия в течение своей жизни (50,2%), что не намного отличается от ситуации за последние 12 месяцев.

На Рисунке 6 представлены данные по многократности, о которой сообщали женщины, испытавшие физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера в течение своей жизни. В целом, женщины с большей вероятностью испытывали скорее многократные акты насилия со стороны интимного партнера, чем разовые. Более половины женщин (57%), заявлявшие о каком-либо физическом и/или сексуальном насилии, испытывали его часто (более четырех раз), более четверти женщин - несколько раз (2-3 раза), а 15% - только один раз в своей жизни.

Таблица 1.

**Распространенность психологического и экономического насилия со стороны интимного партнера**

Психологическое и экономическое насилие со стороны интимного партнера	Эмоциональное насилие			Экономическое насилие		
	Кол-во	%	95% ДИ	Кол-во	%	95% ДИ
<b>Женщины в возрасте 18-75 лет (Кол-во = 12321)</b>						
В течение жизни	2540	20.6	18.5-22.9	771	6.3	5.3-7.3
В последние 12 месяцев	880	7.1	6.1-8.4	664	5.4	4.5-6.4
<b>Женщины в возрасте 18-49 лет (Кол-во = 8016)</b>						
В течение жизни	1572	19.6	17.5-21.9	556	6.9	5.8-8.3
В последние 12 месяцев	633	7.9	6.7-9.2	488	6.1	5.0-7.4

6% женщин в возрасте 18-75 лет испытывали экономическое насилие в течение жизни и 5% в течение последнего года. Данный показатель выше среди женщин в возрасте 18-49 лет – 7% (см табл. 1). Психологическому насилию подвергаются 20% женщин всех возрастов<sup>123</sup>.

<sup>123</sup> Более подробно с результатами исследования можно ознакомиться в отчете «Выборочное обследование по насилию в отношении женщин. Казахстан». Астана, 2017 г.



## Гендерное насилие в отношении людей с инвалидностью

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.

Инвалиды, как мужчины, так, и женщины, в равной степени подвергаются различным формам насилия со стороны общества и в семье.

Как показали результаты выше названных исследований<sup>124</sup>, проведенных в Казахстане при технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения, насилию в отношении инвалидов со стороны общества подвергаются инвалиды всех возрастных категорий, пола, практически в одинаковой степени (см. Рис. 7).

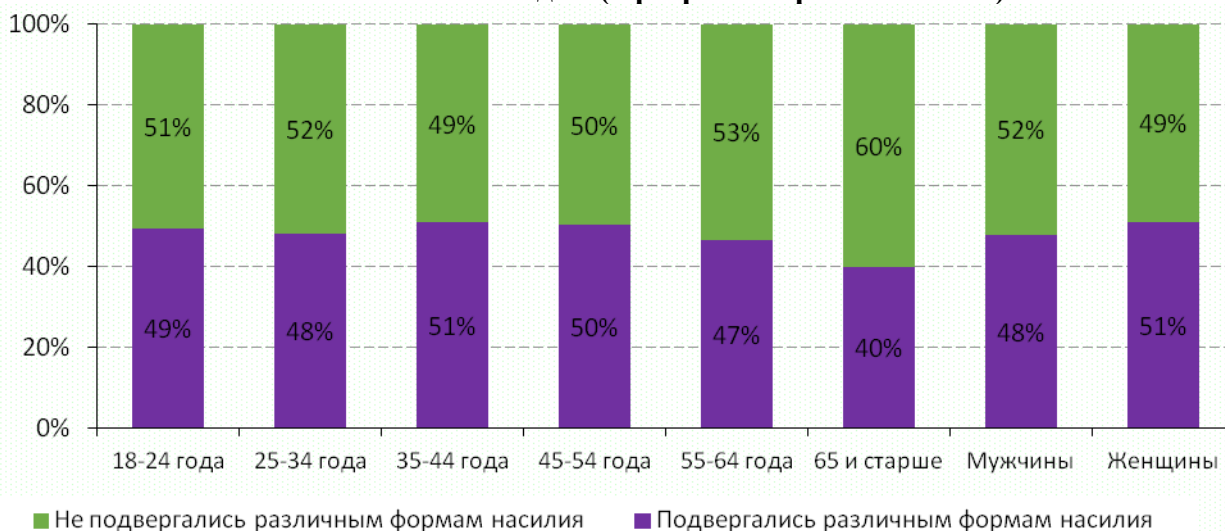
Исследования выявили, что в целом 39% респондентов, как мужчин, так и женщин, в равной степени подвергаются различным формам насилия со стороны общества. Чаще всего респонденты подвергаются различным формам экономического и психологического давления со стороны общества по признаку наличия инвалидности.

Помимо насилия со стороны общества, некоторые инвалиды подвергаются различным формам насилия в семье. Чаще всего, это контроль над доходами и расходами, а так же различные формы психологического давления

Всего, по результатам исследования, подвергались различным видам насильственного поведения со стороны членов семьи половина респондентов (49,4%). Насилие в отношении инвалидов со стороны семьи случаются с инвалидами всех возрастных категорий, пола, практически в одинаковой степени (рис. 7).

Рисунок 7

### Распространенность различных форм насилия со стороны членов семьи по отношению к инвалидам (в разрезе возрастов и пола)



<sup>124</sup> Исследования проведены Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) в рамках совместных проектов Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), при финансовой и технической поддержке ЮНФПА:

1). Оценка социально-экономического положения инвалидов по зрению и слуху в Казахстане (результаты социологического исследования). 2010 г.; 2). Оценка репродуктивного здоровья и социально-экономического положения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата в Казахстане (результаты социологического исследования). 2011 г.; 3). Оценка социально-экономического положения инвалидов с психическими и интеллектуальными нарушениями в Казахстане (результаты социологического исследования). 2011 г. 4). Репродуктивное здоровье и репродуктивные права людей с различными формами инвалидности в Восточно-Казахстанской области Казахстана/результаты социологического исследования/ 2012 г.

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 должны принимать 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.

Правовая неграмотность значительной части инвалидов зачастую делает их объектами насилия, жестокого обращения, обмана и прочих преступлений против личности. Отсутствует служба психологической помощи и телефона доверия со специалистами, имеющими знания и навыки работы с лицами с ограниченными возможностями. Программы профилактики домашнего насилия также не учитывают особые потребности инвалидов.

Социальные работники, медицинские работники, сотрудники кризисных центров или горячих линий - часто не имеют необходимой подготовки по вопросам предоставления информации о гендерном и бытовом насилии (ГБН) и соответствующих услугах женщинам и молодым инвалидам. Изоляция и отсутствие информации в доступных форматах еще более затрудняет получение женщинами и молодыми инвалидами информации об услугах ГБН. Женщины и молодежь с ограниченными возможностями не имеют доступа к информации или образованию о своих правах на свободу от ГБН, о том, как распознать его формы и как получить доступ к защитным услугам.

Отсутствие данных и информации о насилии, которому подвергаются женщины и молодые инвалиды в своих домах, препятствует развитию целевых услуг. Коммуникационные барьеры часто особенно остры для людей с сенсорными и интеллектуальными нарушениями и представляют собой барьеры для сообщения о насилии и получения кризисного консультирования, планирования безопасности и других услуг по защите. Физические

**Статья 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.

Для предоставления женщинам адекватной защиты, уважения их неприкосновенности и достоинства будет изучена правоприменительная практика и выработаны единые подходы по обеспечению эффективного доступа к правосудию жертвам изнасилований, сексуальных злоупотреблений и других видов насилия, а также оказанию гарантированной государством социальной, правовой и иной помощи женщинам из уязвимых групп населения.

Посредством скоординированных действий между секторами здравоохранения, социальной защиты и правоохранительных органов будет разработана и внедрена система межведомственного реагирования на гендерное насилие.

Будет усовершенствована система сбора и анализа статистической информации по насилию в отношении женщин.

Концепция семейной и гендерной политики  
в Республике Казахстан до 2030 года

барьеры - такие как отсутствие доступного транспорта к услугам или инфраструктура - могут лишить женщин и молодых инвалидов доступа к основным услугам служб реагирования.

Для противодействия и профилактики насилия в отношении женщин необходимо согласованные и скоординированные действия различных учреждений для обеспечения психосоциального благополучия, доступа к услугам правопорядка (полиция, прокуратура и управления юстиции) и здоровья пострадавшим от гендерного/бытового насилия – системы Межведомственного реагирования на гендерное насилие (МВР на ГН).

Межведомственное реагирование на гендерное насилие основано на межведомственном партнерстве и сотрудничестве, требующем наличия общей концепции для борьбы с насилием и следования принципам и стандартам, определяемым вовлеченными партнерами. Согласованная деятельность соответствующих учреждений и организаций улучшает качество и своевременность услуг, предоставляемых лицам, пережившим насилие.

В соответствии с требованиями выполнения принятых страной международных обязательств в рамках Конвенции по устранению всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) и платформы действий Пекинской декларации, развитие механизмов межведомственного реагирования на насилие в отношении женщин и девочек предусмотрены в Концепции семейной и гендерной политики Республики Казахстан до 2030 года, и в Программе «Казахстан без насилия в семье».

В Казахстане разработаны стандарты оказания услуг жертвам насилия и стандарты оказания услуг жертвам бытового насилия и трафика людей.

В рамках технической помощи ЮНФПА Правительству Казахстана в развитии механизмов межведомственного реагирования на насилие в отношении женщин и девочек, предусмотренных в Концепции семейной и гендерной политики до 2030 года под руководством Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Программе «Казахстан без насилия в семье», инициированной Генеральной прокуратурой Республики Казахстан в 2017-2018 гг. ЮНФПА оказал техническую поддержку по пилотированию системы межведомственного реагирования на бытовое насилие в Южно-Казахстанской области и применению стандартных операционных процедур по оказанию базовых услуг жертвам бытового насилия специалистами секторов здравоохранения, социальной поддержки и полиции.

Роль этих секторов является ключевой в данной системе - оказании помощи для эффективного выявления лиц, переживших насилие, предоставлении первой медицинской помощи, координации действий учреждений, оказывающих медицинскую, психологическую, социальную помощь и обеспечение доступа к правосудию и безопасности.

### **Ранние (детские) браки**

Одним из видов гендерного насилия являются практики, наносящие ущерб благополучию девочек, – *ранние (детские) и принудительные браки*.

Ранний, или как его часто называют, детский брак (брак несовершеннолетних) – это союз двух людей, один из которых, по меньшей мере, несовершеннолетний.<sup>125</sup> В силу несовершеннолетия, дети-супруги считаются неспособными давать добровольное, свободное и полное согласие, означающее, что детские браки являются нарушением прав человека и прав ребенка, и зачастую они являются принудительными.

Проблема детских и принудительных браков в Казахстане имеет место в некоторых этнических группах, особенно проживающих в сельских местностях<sup>126</sup>. Это связано с низкой осведомленностью девочек-подростков о своих правах, не всегда полным

<sup>125</sup> Ребенок – это «каждое человеческое существо в возрасте до 18 лет, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее». Конвенция о правах ребенка (1989), <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

<sup>126</sup> Обследование ранних браков в Казахстане. 2012 г. Инициировано и поддержано Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

исполнением юридических санкций в отношении лиц совершающих кражу невест, религиозной регистрацией браков с несовершеннолетними девочками, которая не имеет законной силы и не защищает права девочек, ставших супругами.

За последние пять лет в Казахстане, в среднем, ежегодно вступают в брак больше 1200 девочек, не достигших совершеннолетия - в возрасте до 18 лет (см. Рис. 7).<sup>127</sup> Удельный вес браков, заключенных с несовершеннолетними девочками, в общем числе браков, заключаемых в стране, составляет 7,1% в 2017 году, уменьшившись всего на 1,2% с 2013 года, когда он составлял 8,3%. В то время, как число несовершеннолетних юношей, вступающих в брак в 21 раз меньше, чем их сверстниц, т.е. примерно только каждая пятая девочка выходит замуж за своего сверстника (если предположить, что несовершеннолетние юноши женятся в основном на своих сверстницах, а не на девушках старшего возраста), а остальные девочки выходят замуж за более старших мужчин.

Рисунок 7.



Источник: Рассчитано по данным Демографического ежегодника Казахстана. 2018.

Если же рассматривать браки подростков в возрасте 15-19 лет<sup>128</sup>, то их число еще выше – 15253 в 2017 году, что составляет 10,8% от всего числа заключенных в стране браков, уменьшившись на 1,7% с 2013 года, когда удельный вес подростковых браков составлял 12,5%<sup>129</sup> (см. Рис. 8).

Рисунок 8



Источник: Рассчитано по данным Демографического ежегодника Казахстана. 2018.

<sup>127</sup> Демографический ежегодник Казахстана. 2018. <http://stat.gov.kz/official/industry/61/publication>

<sup>128</sup> Согласно терминологии Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), подростки - лица в возрасте 10-19 лет (ранний подростковый возраст – 10-14 лет; поздний подростковый возраст – 15-19 лет). <https://ru.wikipedia.org/>

<sup>129</sup> Демографический ежегодник Казахстана. 2018. <http://stat.gov.kz/official/industry/61/publication>

Детские браки – это гендерный феномен, который влияет на девочек и на мальчиков различным образом. В целом, как мы видим из расчетов, количество мальчиков вступивших в детские браки значительно меньше чем девочек.

Девочки-супруги часто уязвимы для домашнего и сексуального насилия в отношениях, которые не равны и если они беременеют, то часто сталкиваются с проблемами вынашивания ребенка, так как их тела физиологически не готовы к деторождению.

Вступая в брак, и мальчикам и девочкам часто приходится бросать учебу, чтобы начать работать и/или заниматься домашними обязанностями дома, что в дальнейшем ограничивает возможности реализации их жизненного потенциала.

Результаты проведенных в Казахстане Мульти-индикаторных кластерных обследований (МИКО) показали, что женщины-респонденты, вступившие в брак в юном возрасте, чаще допускают, что муж может бить свою жену/партнершу в той или иной ситуации - за допущенные «провинности» в отношении ухода за детьми, домашней работы и отказа от половой близости с мужем, и чаще подвергаются домашнему насилию.<sup>130</sup>

Девочки в раннем/насильственном браке вступают в порочный круг бедности, когда отсутствие образования и работы приводят к сильной зависимости от партнера, ранней беременности, невозможности закончить школу, проблем со здоровьем. Дети, воспитанные

на примере своих матерей, вступивших в ранний брак, часто сами становятся жертвами ранних и принудительных браков. Детские и принудительные браки нарушают права девочек на образование и их репродуктивные права, увеличивая риски заболеваний и материнской смертности.

Проблема детских браков в Казахстане привязана не только к экономическим причинам. Другими важными причинами являются социально-культурные факторы, а так же уровень образования женщин и девочек, и их проживание в сельской местности. Данное явление распространено в большинстве среди патриархальных сообществ и этнических групп населения, придерживающихся мусульманской религии.<sup>131</sup>

«Казахстан – светское государство. Обеспечивая гражданам свободу совести, государство тем не менее будет очень жестко противостоять самодельным попыткам навязывать обществу какие-либо общественные нормы, идущие вразрез с нашими традициями и законодательством. Мы должны создать все условия для того, чтобы девушки Казахстана могли получать качественное образование, хорошую работу и быть свободными. Девушка, женщина всегда была равноправным членом нашего общества, а мать – его самым почитаемым лицом. Необходимо воспитывать молодежь в духе ценности семьи».

**Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А.**  
**Стратегия "Казахстан-2050": новый политический курс состоявшегося государства»**

Правительству также следует обратить особое внимание на случаи

<sup>130</sup> Мульти-индикаторное кластерное обследование в Казахстане. 2005, 2010, 2015

<sup>131</sup> Обследование ранних браков в Казахстане. 2012 г. Иницировано и поддержано Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

похищения и насильственной выдачи девушек замуж, в особенности, в южных регионах страны.

Достоверной статистики браков с лицами младше 16 лет и принудительных браков не существует, и число таких браков не может быть точно определено.

Проблема детских и принудительных браков поднимает ряд очень важных проблем нарушения прав человека, в частности:

- детский брак нарушает права девочек, лишает их детства, препятствует получению образования, ставит под угрозу их здоровье и ограничивает их возможности. Никакие культурные, религиозные или экономические обоснования брака в детском возрасте не могут служить оправданием тех травм, которые эти браки наносят девочкам и их потенциалу.
- девочка должна иметь право выбирать, за кого она выйдет замуж и когда. Родители должны поддерживать выбор и решения своих дочерей в вопросах вступления в брак.
- когда девочка откладывает вступление в брак она имеет больше шансов продолжать обучение, работать и вкладывать свои доходы в семью; имеет больше возможностей выбирать когда и сколько детей иметь, сохраняя свое репродуктивное здоровье.

Когда в девочек вкладываются инвестиции, выигрывают все: общество в целом, их семьи, общины и самое главное сами девочки. Бездействие в области детского и принудительного брака обходится слишком дорого. Политики, парламентарии, общины и семьи должны целенаправленно решать этот вопрос.

#### **14. Особые нужды людей с инвалидностью**

В декабре 2008 года, подписав Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней, Казахстан продемонстрировал серьезные намерения присоединиться к международному соглашению; взять обязательства по решению вопросов, касающихся инвалидов, в соответствии с международными стандартами, по реализации прав человека и решению проблем социальной интеграции инвалидов. В соответствии со статьей 25 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов они имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности и должны получать тот же набор, качество и уровень платных или доступных услуг в сфере здравоохранения, что и другие люди.

В Казахстане 674,2 тысяч человек (3,7% населения) имеют правовой статус инвалидов. 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 некоторых регионах, превышает среднереспубликанский уровень и колеблется от 3,9 до 4,7%. Регионы с самыми высокими показателями инвалидности - это Карагандинская (4,7%), Туркестанская (4,15%) и Восточно-Казахстанская (4,1%) области. 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. Их социальная защита 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 январе 2012 года постановлением Правительства был принят 1-ый этап Плана мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012-2018 годы. Он предусматривает унификацию законодательства в сфере защиты прав, свобод и интересов инвалидов путем внесения изменений и дополнений в отдельные действующие нормативные правовые акты Республики Казахстан и соответствующие технические стандарты.

В рамках своих действий по обеспечению защиты, интеграции и равенства возможностей для людей и детей с ограниченными возможностями Республика Казахстан 11 декабря 2008 года подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов, которая была ратифицирована соответствующим Законом о Республика Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-В ЗРК.

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.

Вместе с тем, остается еще много проблем инвалидов, на которые надо обратить внимание государственным представительным и исполнительным органам и гражданскому обществу, в частности, вопросы обеспечения охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав людей с ограниченными возможностями. 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.

Репродуктивное здоровье тесно связано с обеспечением реализации репродуктивных прав, к которым относятся: право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, предупредить передачу половым путем ВИЧ и других возбудителей инфекций; право на доступ к качественной медицинской помощи, относящейся к репродуктивной сфере (включая безопасное материнство, диагностику и лечение ВИЧ инфекции, других инфекций, передаваемых половым путем, заболеваний репродуктивных органов, в том числе опухолевых, бесплодия; право на получение средств контрацепции и средств защиты от ВИЧ, других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также необходимых лекарств; право на законный и безопасный аборт; право на свободу от принуждения к беременности, стерилизации, аборту и контрацепции, а также защиту от нанесения травм и увечий, отражающихся на репродуктивных функциях, и др.

Результаты социологических обследований состояния сексуального и репродуктивного здоровья людей с различными формами инвалидности в Казахстане показали, что неудовлетворенные нужды инвалидов области в планировании семьи, распространенность среди них абортов и симптомов инфекций, передающихся половым путем, обусловленных небезопасным поведением и недостаточным доступом к услугам репродуктивного здоровья и планирования семьи, существенно выше, чем в общем населении<sup>132</sup>.

Остается ограниченным доступ к получению информации по репродуктивному здоровью женщинами и мужчинами с ограниченными возможностями. Подавляющее большинство инвалидов не имеет квалифицированной медицинской информации о своем сексуальном и репродуктивном здоровье, планировании семьи, методам регулирования рождаемости. Неудовлетворенные нужды в планировании семьи среди женщин-инвалидов составили 41,5%, что в 4 раза превышает значение данного индикатора среди всего населения<sup>133</sup>.

Крайне низкая осведомленность инвалидов о профилактике нежеланной беременности определяет высокое значение коэффициента абортов среди женщин-

---

<sup>132</sup> Исследования по Оценке социально-экономического положения инвалидов в Казахстане (результаты социологического исследования). проведены Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) в рамках совместных проектов Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), при финансовой и технической поддержке ЮНФПА:

<sup>133</sup> Неудовлетворенная потребность в контрацепции – 9.8% - Кластерное обследование по многим показателям, Казахстан. Заключительный отчет. 2015 г

инвалидов, которое превышает значение данного показателя по всему населению в 8 раз. Самый высокий коэффициент абортов - среди женщин - инвалидов с нарушениями слуха.

Ранней диагностикой заболеваний проводимой в рамках скрининговых обследований охвачены менее половины женщин-инвалидов. Так, менее половины женщин-инвалидов, которые по возрастному критерию должны проходить регулярный ежегодный скрининг на рак молочной железы и рак шейки матки, проходили эти обследования в течение последнего года. Только пятая часть мужчин-инвалидов в возрасте 51 года и старше проходили обследование на рак предстательной железы. Низкая осведомленность инвалидов об этих заболеваниях также свидетельствует о недостаточном доступе этой категории населения к необходимым знаниям. Доступ инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата к диагностике и лечению ИППП, недопустимо низкий (40%). Большинство респондентов (71%) не проходили обследование на ВИЧ.

Неудовлетворительные значения индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья характерны для всех групп инвалидов, сформированных по признакам пола, возраста и типа нарушений. Тем не менее, в отношении распространения ИППП и абортов наиболее уязвимыми являются инвалиды с нарушением слуха. Наибольшая распространенность половых контактов повышенного риска характерна для инвалидов по слуху - доля лиц, имевших половые контакты повышенного риска среди них – 11%, в то время как среди инвалидов по зрению – 5,7%, среди инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 6%. Женщины-инвалиды имеют очень низкий уровень знаний о профилактике нежеланной беременности - только 2% женщин репродуктивного возраста правильно ответили на три вопроса по профилактике нежеланной беременности.

## **15. Политика в области народонаселения**

### **15.1. Демографическая, семейная и гендерная политика**

Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев в октябре 1997 г. в своем послании народу страны «Казахстан-2030» поставил задачу: **«В ранг ведущих приоритетов национальной безопасности должна быть выдвинута сильная демографическая и миграционная политика.** Если наши государственные органы по-прежнему будут относиться к этому безучастно, то мы на пороге XXI века войдем вслед за Россией в ситуацию «демографического креста», когда численность населения снижается уже не только из-за процессов внешней миграции, но и естественным образом. Эта тенденция должна быть немедленно остановлена».

В декабре 2012 г. Лидер нации Нурсултан Назарбаев огласил Послание Президента Республики Казахстан «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». В этом стратегическом документе большое внимание было уделено проблемам народонаселения, демографическим вопросам.

Анализируя итоги реализации «Стратегии-2030» Президент отметил, что за последние 15 лет численность населения увеличилась с 14 почти до 17 миллионов человек, а продолжительность жизни выросла до 70 лет. За пять лет (1997-2012 гг.) материнская смертность снизилась почти в 3 раза, в полтора раза возросла рождаемость. Реализация программы «Балапан» позволила увеличить охват детей дошкольным образованием до 65,4%.

Среди десяти глобальных вызовов XXI века был выделен «глобальный демографический дисбаланс», суть которого в том, что низкая рождаемость и старение человечества во многих странах неизбежно провоцируют проблемы на рынке труда, в частности, нехватку трудовых ресурсов. Нарастающий демографический дисбаланс формирует новые миграционные волны и усиливает социальную напряженность по всему миру. Казахстан также сталкивается с миграционным давлением в отдельных регионах страны, где незаконные трудовые мигранты дестабилизируют местные рынки труда.



Однако, вполне вероятно, в обозримом будущем Казахстан может столкнуться и с обратным процессом – трудовой иммиграцией за пределы нашей страны.

В «Стратегии-2050» обращено внимание на общемировой тренд – старение человечества, подчеркнуто, что через 40 лет число людей в возрасте старше шестидесяти будет превышать число тех, кому меньше 15. Казахстан – молодая нация. Средний возраст в нашей стране составляет 35 лет, что создает возможность сохранить человеческий потенциал и правильно позиционировать себя в мире.

Важный раздел «Стратегии-2050» - Новые принципы социальной политики – социальные гарантии и личная ответственность. Поставлена задача гарантировать гражданам минимальный социальный стандарт, не допустить роста бедности. При этом минимальные социальные стандарты и гарантии должны прямо зависеть от роста экономики и бюджета.

Стандарты должны предполагать расширение списка потребностей индивида и включение в него статей на образование и здравоохранение (в том числе для безработных и нетрудоспособных с целью их большей социализации), здоровое питание и здоровый образ жизни, удовлетворение интеллектуальных и информационных запросов и т. д.; расчет стоимости потребностей индивида по реальным ценам; поэтапное качественное повышение стандартов качества жизни, увязанное с ростом экономики.

Обращено внимание на необходимость усилить адресность выделяемых нами средств: государство должно оказывать социальную поддержку только тем группам, которые в этом нуждаются. Государство будет нести полную ответственность за адресную поддержку социально уязвимых слоев общества – пенсионеров, инвалидов, нетрудоспособных, больных детей и др. Будет постоянно совершенствоваться система социального и пенсионного обеспечения, обеспечена защита материнства и детства.

Правительству было поручено совместно с акимами областей в 2013 году принять программу по развитию малых городов: «Она должна стать долгосрочной, создав целый ряд индустриальных проектов на их базе. Их задача – содействовать выстраиванию системы отраслевой специализации регионов, стать индустриально-производственными городами-спутниками крупных агломераций и в конечном итоге повысить уровень жизни местного населения и обеспечить работой сельскую молодежь».

Было указано на необходимость принять меры по комплексному решению проблем миграции, которые влияют на рынки труда в регионах страны, включая усиление контроля за миграционными потоками из сопредельных государств.

Правительству было поручено разработать и утвердить комплексный план по решению проблем миграции. Среди перспективных задач - создание благоприятных условий для отечественных квалифицированных кадров с тем, чтобы не допустить их чрезмерного оттока на зарубежные рынки труда.

Важнейшей составной частью социальной политики на новом этапе Президент объявил защиту материнства и детства: «Мы должны вернуть безусловное уважение к женщине – матери, супруге, дочери. Мы должны оберегать наше материнство. Государство должно помогать матерям, которые одни воспитывают ребенка. Мы должны предоставлять женщинам гибкие формы занятости, создавать условия для работы на дому». Была подчеркнута необходимость воспитывать молодежь в духе ценности семьи, пагубности разводов, потому что из-за них прежде всего страдают дети. Для поддержки одиноких матерей было предложено ужесточить наказание за неоплату алиментов.

Подчеркнута необходимость воспитывать молодежь в духе ценности семьи, пагубности разводов, потому что из-за них прежде всего страдают дети. Государство должно поддерживать одиноких матерей и ужесточить наказание за неоплату алиментов.

Правительству было поручено:

- Кардинально пересмотреть законодательство в сфере защиты материнства и детства, а также в области семьи и брака.

- Ужесточить наказание за преступления, направленные против материнства и детства, а также за нарушения законодательства в этой сфере, вплоть до самых мелких.
- Реформировать систему стимулирования рождаемости и поддержки многодетности – разработать комплекс мероприятий, включающий в себя материальные и нематериальные стимулы, такие как льготное налогообложение, медицинское и социальное обслуживание, предоставление новых возможностей на рынке труда и тому подобные меры.
- Не допускать в стране дискриминации по половому признаку и на практике обеспечить гендерное равноправие и равные возможности женщинам наряду с мужчинами.

Важный раздел «Стратегии-2050» посвящен здоровью нации как основе нашего успешного будущего. Поручено проработать вопрос введения новых подходов к обеспечению здоровья наших детей, охватить всех детей в возрасте до 16 лет всем спектром медицинского обслуживания, законодательно закрепить это в минимальных стандартах жизни.

Учитывая высокую рождаемость, продолжающийся демографический рост, я Президент принял решение продлить до 2020 года программу «Балапан», главная задача которой – выравнивание стартовых возможностей наших детей. С момента начала ее реализации было введено в действие 3 956 новых детских садов и мини-центров. Президент поставил задачу перед Правительством и акимами – добиться 100% охвата детей дошкольным образованием и воспитанием.

Указом Президента Республики Казахстан от 18 декабря 2012 года № 449 ,был утвержден «Общенациональный план мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан - 2050»: новый политический курс состоявшегося государства».<sup>134</sup>

Дважды в год, к 25 января и 25 июля, по итогам полугодия и года в Администрацию Президента Республики Казахстан представляется информация о ходе выполнения Общенационального плана.

В плане мер выделено направление: «Новые принципы социальной политики - социальные гарантии и личная ответственность». В этом разделе перечислены основные меры, нацеленные улучшение условий для воспроизводства и развития населения, среди них:

- Совершенствовать систему стимулирования рождаемости и поддержки многодетности, разработав комплекс мероприятий, включающий в себя материальные и нематериальные стимулы, такие как льготное налогообложение, медицинское и социальное обслуживание, предоставление новых возможностей на рынке труда и т.п.
- Разработать Закон Республики Казахстан о минимальных социальных стандартах и гарантиях для граждан, предусматривающий поэтапное повышение стандартов качества жизни с учетом роста экономики.
- Разработать долгосрочную программу по развитию малых городов, формированию на их базе индустриально-производственных городов-спутников крупных агломераций за счет реализации соответствующих индустриальных проектов с учетом отраслевой специализации регионов.
- Разработать Комплексный план по решению проблем миграции, усилению контроля за миграционными потоками из сопредельных государств, созданию благоприятных условий для отечественных квалифицированных кадров с тем, чтобы не допустить их чрезмерного оттока на зарубежные рынки труда.
- Выработать меры по поощрению государством усыновления сирот гражданами и строительству детских домов семейного типа.
- Внести изменения в законодательство в части ужесточения наказания за преступления, направленные против материнства и детства, а также нарушения в этой сфере, вплоть до самых мелких.

<sup>134</sup> [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31312028](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31312028)

- Выработать предложения по дальнейшему совершенствованию политики гендерного равенства в общественных, экономических и трудовых сферах на основе анализа фактов дискриминации по половому признаку.
- Внести предложения по введению новых подходов к обеспечению здоровья детей, включая законодательное закрепление в минимальных стандартах жизни охват детей всем спектром медицинского обслуживания.
- Внести изменения и дополнения в программу «Балапан», продлить срок реализации до 2020 года, обеспечить 100% охват детей дошкольным образованием и воспитанием и разработать новые методы дошкольного образования.

Для регулирования миграции был принят Закон Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам занятости и миграции населения», который предусматривает, в частности, ускоренное решение вопросов занятости для уменьшения оттока населения. С апреля 2016 г. активно начата реализация мероприятий Дорожной карты занятости 2020 (ремонт инфраструктурных проектов, выдача микрокредитов и т.д.).

Реализуются программы по снижению бедности и безработицы. Снижению уровня бедности в стране способствовала реализация Постановления Правительства Республики Казахстан «О Программе по борьбе с бедностью и безработицей на 2000-2002 годы».

С 2014 года реализуется проект «Өрлеу» по оказанию обусловленной денежной помощи малообеспеченным гражданам. Он предусматривает переход от безусловной формы адресной поддержки к принципам «взаимных обязательств» (система социального контракта). Реализация проекта способствовала увеличению среднедушевого дохода его участников более чем в 2 раза, вовлечению порядка 90% трудоспособных участников в меры содействия занятости.

Реализация программы «Дорожная карта по искоренению бедности» позволила снизить долю населения с доходами ниже прожиточного минимума снизилась за десять лет с 12,7% в 2007 году до 2,6% в 2017 году.

В марте 2018 года Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев выступил с Обращением к народу Казахстана и озвучил «Пять социальных инициатив Президента», направленных на решение вопросов приобретения жилья для каждой семьи, снижение налоговой нагрузки для повышения заработных плат низкооплачиваемых работников, повышение доступности и качества высшего образования и улучшение условий проживания студенческой молодёжи, расширение микрокредитования и дальнейшей газификации страны. Реализация этих планов нацелена на создание новых рабочих мест и содействие дальнейшему росту экономики страны.<sup>135</sup>

В Казахстане продолжается процесс старения населения. Доля пожилых людей в возрасте 65 лет и старше составляет 7,3%. В Казахстане принят соответствующий Закон о пенсионном обеспечении (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2018 г.). В соответствии с этим Законом, мужчины выходят на пенсию в Казахстане в 63 года, а согласно ст. 11 Закона с 1 января 2018 года возраст выхода на пенсию женщин в Казахстане будет постепенно повышаться в течении 10 лет (с 2018 по 2027 гг. включительно) ежегодно повышаясь на 6 месяцев и достигнув порога – 63 года, т.е. сравнявшись с возрастом выхода на пенсию мужчин. В соответствии с Законом, за каждый год более позднего выхода на пенсию размер пенсии будет существенно увеличиваться: даются дополнительные баллы, увеличивается фиксированная выплата.

Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2008 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» в Статье 87 (подпункт 8) всем гражданам страны гарантируется

<sup>135</sup> «Выполнение Программы Действий МКНР в Казахстане в период с 2014 -2018 гг.». Национальный доклад, подготовленный для Региональной конференции ЕЭК ООН «Возможность выбора: динамика численности населения и устойчивое развитие» (1 и 2 октября 2018 года, Женева).

свобода репродуктивного выбора, охрана репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав. Тем не менее в Казахстане сохраняется на низком уровне осведомленность населения в области планирования семьи, предупреждения нежелательной беременности, а также ограничен доступ населения к средствам и услугам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, особенно среди уязвимых групп (подростков и молодых людей, сельских женщин, лиц с ограниченными возможностями, лиц, живущих с ВИЧ, мигрантов).

Для решения этих задач разработана Стратегия развития службы планирования семьи и План мероприятий до 2021 года, который предусматривает предоставление качественных услуг, включая консультирование, контрацептирование, постабортную контрацепцию, поддержку молодежных центров здоровья. В отношении средств контрацепции, предусматриваются бесплатные контрацептивы или предоставление субсидий, а также регулирование рыночных цен (государственно - частное партнерство).

В Казахстане активно функционирует Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан, созданная в декабре 1997 г.

Государственная семейная политика является составной частью социальной политики Казахстана и представляет собой систему принципов, оценок и мер организационного, экономического, правового, научного, информационного и кадрового обеспечения, направленную на улучшение условий и повышение качества жизни семьи. Базовым нормативно-правовым документом является Кодекс Республики Казахстан, принятый в 2001 «О браке (супружестве) и семье».

В целях создания возможностей сочетания семейных обязанностей с трудовой деятельностью в трудовом законодательстве закреплены нормы о правах родителей на гибкие формы занятости и отпуск по уходу за ребенком, а также нормы, закрепляющие особенности регулирования труда женщин, беременных женщин и женщин, имеющих ребенка (детей).

В комплексе мер по поддержке семей с детьми государством проводится поддержка посредством социальных пособий и услуг. Система предоставления социальных выплат включает в себя пособия на рождение ребенка и по уходу за ребенком до одного года, на воспитание ребенка-инвалида, государственное пособие на детей до 18 лет, специальное государственное пособие для многодетных матерей и семей.

Учрежден День семьи, ежегодно проводится Национальный конкурс «Мерейлі отбасы», утвержден Общенациональный план по укреплению семейных отношений, морально-этических и духовно-нравственных ценностей на 2015 - 2020 годы, который реализуется по трем направлениям: укрепление семейных ценностей, формирование здорового образа жизни, построение Общества всеобщего труда, введен институт Уполномоченного по правам ребенка, призванный обеспечить защиту прав и законных интересов детей.<sup>136</sup>

В Казахстане успешно реализована Стратегия гендерного равенства на 2006–2016 годы. За годы реализации Гендерной стратегии была достигнута позитивная динамика в расширении прав и возможностей мужчин и женщин. Разработана, утверждена и реализуется Концепция семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года.

Постановлением Правительства от 3 марта 2017 г. утвержден «Плана мероприятий по реализации Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года».

---

<sup>136</sup> «Выполнение Программы Действий МКНР в Казахстане в период с 2014 -2018 гг.». Национальный доклад, подготовленный для Региональной конференции ЕЭК ООН «Возможность выбора: динамика численности населения и устойчивое развитие» (1 и 2 октября 2018 года, Женева).

На первом этапе (с 2017 - 2019 годы) планируется обеспечить реализацию мероприятий по дальнейшему развитию достигнутых результатов в семейной и гендерной политике.

На втором этапе (2020 - 2022 годы) планируется начать реализацию долгосрочных задач и мероприятий семейной и гендерной политики Казахстана.

На третьем этапе (2023 - 2030 годы) будут реализованы долгосрочные задачи и мероприятия семейной и гендерной политики Казахстана, направленные на достижение целей устойчивого развития, в свою очередь, способствующие вхождению в число 30-ти самых развитых государств мира.

Целевыми индикаторами в достижении поставленных целей является:

1. Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин относительно женщин к 2020 году составит 8,5 лет, к 2023 - 8 лет, к 2030 - 7 лет.
2. Доля средней заработной платы женщин к заработной плате мужчин составит в 2020 году - 70%, в 2023 - 73%, в 2030 - 75%.
3. Доля женщин относительно мужчин, владеющих материальным активом (земля, имущество, предприятия, ИП и пр.), к 2020 году увеличится на 5%, к 2023-на 7%, к 2030-на 10%.
4. Доля женщин в исполнительных, представительных и судебных органах власти, государственном, квазигосударственном и корпоративном секторах на уровне принятия решений составит к 2020 году 22%, к 2023 - 25%, к 2030-30%.
5. Доля женщин в обеспечении мира и безопасности составит к 2020 году - 8%, к 2023 - 8,5%, к 2030 - 10%.

Одним из индикаторов Концепции семейной политики являются показатели доли расторгнутых браков на количество зарегистрированных браков, которые к 2020 году составят 32%, к 2023 - 30%, к 2030 - 25%.

Для достижения поставленных целей по государственной семейной политике предусматривается решение следующих задач:

- совершенствование законодательства в сфере семейной политики, а также приведение его в соответствие с международными стандартами, рекомендациями ООН, ЦУР и ОЭСР;
- устранение разрывов в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, а также обеспечение необходимых условий для охраны их здоровья, включая планирование семьи;
- обеспечение прав и охраны интересов детей, содействие их физическому, интеллектуальному и духовному развитию;
- формирование позитивного образа семейной жизни, повышение духовно-нравственных ценностей общества, усиление воспитания подрастающего поколения;
- повышение эффективности системы защиты семей, нуждающихся в социальной защите, в том числе семей с несовершеннолетними детьми;
- снижение фактов насилия ко всем членам семьи, в том числе по признаку пола;
- повышение качества государственных социальных услуг, предоставляемых семье, до уровня стран ОЭСР.<sup>137</sup>

## **15.2. Рекомендации по учету результатов АПН в социально-экономическом планировании и мониторинге программ развития, включая вопросы совершенствования демографической и семейной политики**

Проведенный анализ положения в области народонаселения (АПН) необходим для учета тенденций и перспектив воспроизводства населения в планировании социально-

<sup>137</sup> «Выполнение Программы Действий МКНР в Казахстане в период с 2014 -2018 гг.». Национальный доклад, подготовленный для Региональной конференции ЕЭК ООН «Возможность выбора: динамика численности населения и устойчивое развитие» (1 и 2 октября 2018 года, Женева).

экономического развития Республики Казахстан, областей и городов республиканского подчинения.

Для всестороннего учета демографических факторов в управлении экономикой и социальной сферой Республики Казахстан рекомендуется:

- Готовить ежегодный аналитический мониторинговый доклад «Демографическое развитие Казахстана: тенденции, перспективы, последствия, принимаемые меры».
- Создать экспертную группу при Правительстве Республики Казахстан для мониторинга демографического положения, разработки и реализации мер демографической политики.
- Организовать ежегодное повышение специалистов-управленцев республиканского, областного и районного звена в области проблем населения.
- Подготовить курс лекций «Основы демографии и демографической политики» для ВУЗов Казахстана (при поддержке Представительства ЮНФПА в Казахстане).
- Подготовить кадры преподавателей и экспертов-аналитиков в области народонаселения из числа перспективных выпускников ВУЗов Казахстана (при поддержке Представительства ЮНФПА в Казахстане).
- Разработать программу демографического развития – Демографическую политику Республики Казахстан на период 2020-2030 гг. (при поддержке Представительства ЮНФПА в Казахстане) с целью поддержания режима расширенного воспроизводства населения, дальнейшего снижения смертности и повышения продолжительности жизни и сокращения миграционной убыли.

Подобная программа может включать в себя следующие направления:

- Поддержка рождаемости и семей с детьми. Укрепление семьи.
- Сокращение смертности и повышение продолжительности жизни.
- Регулирование и оптимизация миграции. Оптимизация внутриобластного расселения.

#### **1. Поддержка рождаемости и семей с детьми. Укрепление семьи.**

##### ***Основные задачи:***

- поддержание уровня рождаемости, обеспечивающего естественный прирост населения
- экономическая поддержка семей с детьми, обеспечивающая сокращение бедности (пособия при рождении детей, пособия по уходу за детьми, налоговые льготы)
- улучшение условий для сочетания занятости с выполнением родительских обязанностей (оплачиваемые отпуска, льготные режимы труда, развитие системы дошкольных учреждений)
- укрепление института семьи и пропаганда семейных ценностей
- улучшение жилищных условий семей с детьми
- поддержка молодых семей
- профилактика аборт и укрепление репродуктивного здоровья

##### ***Рекомендуемые целевые показатели и индикаторы:***

1. Суммарный коэффициент рождаемости
2. Суммарный коэффициент рождаемости по вторым, по третьим и последующим рождениям
3. Доля вторых, третьих и последующих рождений в общем числе родившихся
4. Доля рождаемости у женщин до 25 и до 30 лет в суммарном коэффициенте рождаемости
5. Средний возраст матери при рождении детей по очередности рождения (первые, вторые, третьи)
6. Среднее число рожденных детей в реальных поколениях женщин
7. Доля родивших второго ребенка среди родивших первого и доля родивших третьего ребенка среди родивших второго в реальных поколениях женщин

8. Число аборт (на 1000 женщин 15-49 лет; на 100 родов)
9. Доля родившихся в незарегистрированном браке
10. Число разводов (на 1000 населения)

## **2. Сокращение смертности и повышение продолжительности жизни**

### **Основные задачи:**

- сокращение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, от новообразований, от болезней органов пищеварения и дыхания, от инфекционных заболеваний, а также от внешних причин
- сокращение высокого уровня смертности в трудоспособных возрастах
- сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков
- укрепление здоровья населения, существенное снижение уровня социально значимых заболеваний, создание условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни

### **Рекомендуемые целевые показатели и индикаторы:**

1. Ожидаемая продолжительности жизни (при рождении) – оба пола, мужчины, женщины
2. Младенческая смертность
3. Материнская смертность
4. Смертность в трудоспособном возрасте (на 1000) - оба пола, мужчины, женщины
5. Стандартизованные коэффициенты смертности по основным классам причин (число умерших на 100000) – мужчины, женщины
6. Коэффициенты смертности в трудоспособном возрасте по основным классам причин (число умерших на 100000) - оба пола, мужчины, женщины

## **3. Регулирование и оптимизация миграции. Оптимизация внутриобластного расселения.**

### **Основные задачи:**

- повышение миграционной привлекательности Республики Казахстан для категорий мигрантов, способствующих экономическому росту и дальнейшему социально-демографическому развитию страны
- сокращение оттока молодежи из восточных и северных регионов Казахстана
- регулирование вопросов пребывания временных трудовых мигрантов на территории Казахстана
- содействию адаптации и интеграции мигрантов
- поддержка межобластной миграции из трудоизбыточных районов в трудонедостаточные

### **Рекомендуемые целевые показатели и индикаторы:**

1. Коэффициент миграционного прироста
2. Доля мигрантов с высшим и средним специальным образованием в общей численности прибывающих и выбывающих мигрантов трудоспособного возраста
3. Доля лиц в возрасте до 30 лет, имеющих профессиональное образование, в численности прибывающих и выбывающих
4. Показатели, характеризующие адаптацию и интеграцию мигрантов (участие в рынке труда, уровень доходов, охват обучением среди молодежи, участие в политической жизни)

## **16. Выводы и рекомендации по разделам отчета**

### **16.1. Динамика и прогноз численности населения Казахстана**

Казахстан является уникальной и многонациональной страной в которой проживает более 100 этносов и 18 конфессий, обладает девятой по величине территорией мира, имея при этом низкую плотность населения (средняя плотность населения – 6,8 человек на км) и занимает шестое место в мире по запасам природных ресурсов.

Казахстан вошёл в число стран с уровнем дохода выше среднего.

Согласно данным Доклада о человеческом развитии 2018 г., Казахстан вошел в список стран с очень высоким значением Индекса человеческого развития (0,800), заняв 59-е место среди 188 стран мира.

Казахстан – многонациональное государство - свыше 2/3 населения Казахстана составляют казахи (67,47%), почти пятая часть – русские (19,76%). Среди других национальностей наиболее многочисленны узбеки (3,18%), украинцы (1,53%), уйгуры (1,46%), татары (1,11%), немцы (0,99%).

Прирост численности населения Казахстана стабилен. Численность населения Казахстана ежегодно увеличивается, начиная с 2002 г. Переход к устойчивому росту численности населения был связан, главным образом, с прекращением значительной миграционной убыли населения, а также с увеличением естественного прироста населения. За годы независимости Казахстана существенно возросла численность и доля населения южных и западных областей. Продолжается аккумуляция населения в трех крупнейших городах Казахстана – Нур-султан, Алматы и Шымкент: их доля в общей численности населения страны достигла 21,4% на начало 2019 г.

В последние годы численность городского населения росла более существенными темпами, чем сельского, и в результате на начало 2019 г. доля городского населения в Казахстане составляла 58,2%, сельского – 41,8%.

Миграционные процессы влияют на демографическую ситуацию, но также тесно увязаны с социально-экономическим развитием страны, в целом. В ближайшее время республике необходимо внимательно отнестись к нарастающему демографическому давлению с Юга и, возможно, модернизировать существующую миграционную политику в разделах, относящихся, как к трудовым, так и постоянным мигрантам. Тем более, что отток квалифицированных специалистов в другие страны, пусть не в такой мере, как в 1990-х гг., продолжается.

Также остается на повестке дня и задача по регулированию внутренних миграционных потоков. В противном случае территориальные диспропорции в распределении населения станут тормозом социально-экономического развития. Северная часть страны не сможет развиваться в полной мере из-за недостатка работников, южная часть будет обременять государство разного рода социальными обязательствами.

Половозрастная структура населения, отражая в себе результаты как демографической, так и социально-экономической истории, в то же время, во многом, определяет будущую демографическую динамику, создает возможности и ограничения экономического и социального развития.

Трансформация возрастной структуры населения Казахстана в период после переписи населения 2009 г. проявляется в некотором сокращении доли населения трудоспособного возраста при одновременном увеличении доли населения старше и, особенно, моложе трудоспособного возраста, связанным с увеличением естественного прироста населения –ростом рождаемости и снижением смертности.

Коэффициент демографической нагрузки со стороны лиц моложе трудоспособного возраста (505 на 1000 на начало 2019 г) в 2,7 раза больше, чем со стороны лиц старше трудоспособного возраста (187).

Демографическая ситуация в Казахстане характеризуется увеличением доли пожилых людей в возрастной структуре населения страны (на начало 2018 года доля



населения в возрасте старше 60 лет составляет 11,3% от всей численности населения страны, в возрасте 65 лет и старше – 7,3%)<sup>138</sup> и страна находится на начальной стадии демографического старения<sup>139</sup>. Однако, рассмотрение регионального аспекта процесса старения в Казахстане свидетельствует о том, что в половине регионов страны 7-процентный порог, характерный для стареющей нации, уже преодолен.

Согласно проведенным прогнозным оценкам, по инерции или в условиях режима простого воспроизводства население Казахстана примерно за два поколения, т.е. за чуть более полувека, увеличится на 23%. Это немалый потенциал, составляющий 4.2 млн. человек от численности населения на 1 января 2019 года.

В предстоящие 30 лет возрастная структура населения Казахстана продолжит трансформироваться. Главное направление изменений – это увеличение абсолютной и относительной численности лиц в старших возрастах, или, иначе говоря, демографическое старение. По среднему варианту прогноза, число лиц в возрасте от 65 лет и старше увеличится к 2050 году в 2,5 раза по сравнению с 2019 годом с 1,4 до 3,4 млн. человек.

Основные барьеры для развития активного долголетия в Казахстане сосредоточены в области состояния здоровья населения предпенсионных и пенсионных возрастов, а также в низких доходах лиц старших возрастов (кроме высококвалифицированных специалистов в сферах управления, финансов, в здравоохранении, образовании и науке).

Политика в сфере активного долголетия должна быть направлена на повышение качества жизни, самостоятельности и независимости в старших возрастах, увеличение продолжительности здоровой жизни населения, сохранение и укрепление здоровья, улучшение социального и психологического благополучия граждан старших поколений, расширение возможностей в старшем возрасте участвовать в различных сферах жизни общества, в социально-экономическом развитии страны. Инструментами реализации такой политики могли бы быть «Концепция активного долголетия» и разработанная на ее основе «Программа действий в интересах старших поколений».

Численность населения в рабочих возрастах – от 15 до 64 лет - за этот период вырастет в 1,3 раза с 11,7 млн. до 15, 3 млн. человек.

Динамика числа детей до 15 лет следует за изменениями в уровне рождаемости и в численности репродуктивного контингента женщин. Нынешняя тенденция увеличения детского контингента продолжится еще несколько лет и в 2024-2025 гг., вслед за уменьшением численности потенциальных матерей, сменится на противоположную. Затем после 2035 года начнется новое увеличение детского населения - по среднему варианту прогнозов оно увеличится на 7%, по высокому варианту увеличится на 14%.

Изменения в возрастном составе населения самым непосредственным образом влияют на социально-экономические процессы. Так, в стране, с растущей долей иждивенцев в ее населении – детей или лиц пенсионных возрастов – больше ресурсов тратится на их обеспечение и меньше – на инвестиции, что может сдерживать экономический рост. Экономика страны, в населении которой увеличивается доля лиц в рабочих возрастах, может выиграть, во-первых, от растущего предложения труда, во-вторых, от перераспределения ресурсов в результате уменьшения доли иждивенцев в пользу инвестиций в человеческий и физический капитал. При прочих равных условиях доходы на душу населения также растут быстрее. Этот экономический выигрыш в научной литературе получил название первого демографического дивиденда.<sup>140</sup> Условия для его формирования закономерно возникают в процессе демографического перехода и являются следствием снижения рождаемости. Снижение рождаемости неизбежно приводит к уменьшению численности детей. При этом, продолжает увеличиваться население в трудоспособных возрастах. Последний период потенциально положительного

<sup>138</sup> Демографический ежегодник Казахстана. Агентство Республики Казахстан по статистике. Астана.2018.

<sup>139</sup> По классификации Организации Объединенных Наций, общество, в котором доля населения в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и более - относится к стареющему.

<sup>140</sup> Ли Р., Мейсон А. Что такое демографический дивиденд. Финансы и развитие. Сентябрь, 2006.

демографического дивиденда в Казахстане наблюдался в 1990-х и 2000-х гг. В настоящее время страна находится в стадии отрицательных для экономики демографических изменений, что связано с вступлением в рабочие возраста малочисленных поколений 1990-х гг. рождения и с ростом рождаемости за последнее десятилетие.

Последствия изменений в возрастном составе для экономики зависят от множества факторов, включая особенности поведения населения и политику государства. Наступающий в демографическом развитии страны новый этап трансформации возрастной структуры населения отразится на социально-экономическом развитии страны и эта трансформация должна быть учтена в планах развития.

Для преодоления негативных последствий демографических изменений и вместе с тем создания условий для извлечения демографического дивиденда правительству следует предусмотреть политику, направленную на:

- (1) минимизацию уровня безработицы;
- (2) увеличение вовлеченности в рынок труда женщин, в том числе матерей с маленькими детьми, и молодежи;
- (3) повышение уровня и отдачи от инвестиций в человеческий капитал (образование и здравоохранение).

Дополнительный бонус дивиденду может дать эффективная миграционная политика, направленная на привлечение постоянных и временных мигрантов, востребованных экономикой страны.

Эффективное использование демографического дивиденда достигается при наличии надлежащей политики, обеспечивающей доступ к универсальному качественному образованию для молодых людей, увеличение инвестиций в здравоохранение и улучшение социального обеспечения, а также гарантии трудовых и репродуктивных прав молодежи. Для разработки корректной и обоснованной политики и необходимых инвестиций для достижения и использования социально-экономических возможностей демографического дивиденда необходимы знание и понимание размера и распределения населения страны, его текущей и прогнозируемой возрастной структуры и темпов роста населения.

Разработка эффективной социально-экономической и демографической политики на национальном и региональных уровнях, учитывая межрегиональные различия в демографических и социальных индикаторах, а также соответствующие инвестиции в развитие человеческого капитала, позволит стране и регионам получить надлежащие выгоды от трансформационных изменений и обеспечению устойчивости и эффективного управления.

Инвестиции в человеческий капитал, достоинство и права являются основой устойчивого развития. Учитывая преимущества интеграции демографических данных и прогнозов в планирование развития, инвестирование в исследования является важным шагом на пути улучшения понимания факторов, влияющих на демографическую динамику и социально-экономические процессы.

Учитывая приоритеты Правительства по увеличению численности населения страны, оптимизации распределения населения по регионам и поддержки рождаемости, а также усиления качества человеческого потенциала, необходимо систематизировать вопросы демографического развития, прогнозирования динамики населения, и ее связи с устойчивым развитием, репродуктивным здоровьем и репродуктивными правами, а также усилением гендерного равенства, поддержки семьи и уязвимых групп населения, в единую государственную демографическую политику. В этой связи, целесообразно поддержать разработку данного национального документа. Для формирования желательного режима воспроизводства населения, тенденций в области динамики численности и структуры населения, темпов их изменений, динамики рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения, демографическая политика сможет информировать всех заинтересованные стороны и сектора о связях между вопросами населения и развития, таких как жилье, здравоохранение,

образование, сельское хозяйство, продовольствие, экономика, энергетика, окружающая среда, транспорт, безопасность, занятость, урбанизация и т. д.

## **16.2. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права**

Сохранение репродуктивного здоровья является одной из ключевых задач политики в области народонаселения. Она особо актуализируется в условиях откладывания рождений к более старшим возрастам, когда может иметь место некоторое ухудшение состояния здоровья вообще и репродуктивного в частности. Кроме фактора возраста может влиять еще и тот или иной анамнез, а также доступность и качество репродуктивных услуг. Поэтому решение задачи сохранения репродуктивного здоровья, кроме безусловного гуманистического значения, имеет еще и важный демографический аспект – обеспечить возможность рождения желаемого числа здоровых детей в любом возрасте репродуктивного периода жизни женщины.

Анализ индикаторов репродуктивного здоровья показал, что Казахстан достиг несомненных успехов в сфере безопасного материнства. Чтобы не допустить повышения уровня материнской смертности, правительство должно поддерживать и развивать эффективную перинатальную помощь через систему обеспечения качества услуг на уровне учреждений и вовлечение поставщиков медицинских услуг в процесс принятия решений; а также, внедрение инструментов конфиденциального аудита материнской смертности и показателей заболеваемости в целях принятия обоснованных стратегических решений. Вместе с тем, другие показатели, а именно, уровень знаний в сфере репродуктивного здоровья, использования методов контрацепции, в первую очередь современных, остаются стабильными и даже ухудшаются.

В стране остается низким уровень осведомленности населения в области планирования семьи, небезопасным поведение в отношении предупреждения нежелательной беременности, а также ограниченным доступ населения к средствам и услугам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, особенно среди уязвимых групп (подростков и молодых людей, сельских женщин, лиц с ограниченными возможностями, лиц, живущих с ВИЧ, мигрантов).

В Казахстане одной из серьезных проблем, остается сохранение репродуктивного здоровья подростков. Частота родов у девочек-подростков в возрасте 15-19 лет остается недопустимо высокой – 24,93 в 2017 г., снизившись по сравнению с 2014 г., когда она составляла 34,72 на 1000 девушек данной возрастной группы. Самые высокие значения данного показателя сохраняются в Жамбылской (35,47), Атырауской (30,99), Туркестанской (30,02), Алматинской (29,77) и в Мангыстауской областях, где его значение остается самым высоким – 39,81.

Значительную часть подростков не беспокоит практика половых связей с повышенным уровнем риска и их половое поведение небезопасно. При этом 91% из опрошенных не имеют достаточных знаний о болезнях, передающихся половым путём - ВИЧ и СПИД. Сочетание этой тенденции с недостаточной информированностью в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики нежеланных беременностей и ИППП/ВИЧ, приводит к росту числа аборт, заболеваний, передающихся половым путём и нарушению репродуктивного здоровья, в частности, бесплодию.

В связи с этим необходимо развивать клиники и центры здоровья дружественных молодежи, чтобы удовлетворить потребности всех молодых людей, особенно в сельской местности. Стандарты оказания услуг молодым людям в таких клиниках, требуют специальной подготовки специалистов, в виду особенностей подходов к подросткам и их нуждам, и должны соответствовать принципам Добровольности, Доступности, Доброжелательности, Доверия, Анонимности.

Так же, необходимо обеспечить репродуктивные права подростков:

- право на формальное образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, предупредить передачу половым путем ВИЧ и других возбудителей инфекций;
- право на доступ к качественной медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья;
- право на получение средств контрацепции и средств защиты от ВИЧ, других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также необходимых лекарств.

В нормативно-правовом регулировании страны до сих пор не используются понятия «уязвимые группы населения», что затрудняет продвижение интересов данных групп населения. Определение уязвимых групп населения объединяет термины и понятия, принятые за основу в Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 года - 70/1 [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R) и широко используются международными организациями, а также они отражены в ЦУР.

### **16.3. Смертность и продолжительность жизни**

Анализ декомпозиции динамики потерь продолжительности жизни по возрасту и причинам смерти показал, что несмотря на положительную динамику основных индикаторов, по-прежнему существуют значительные резервы по снижению смертности от таких заболеваний как острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), злокачественные новообразования, травмы, роды. Кроме того, анализ выявил проблемы, связанные с правильной кодировкой причин смертности, которые приукрашивают реальное положение по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований, а именно большое количество смертей с неустановленными причинами, а также резкое, не поддающееся рациональному объяснению увеличение значимости отдельных причин, которые пока не находятся в достаточном фокусе системы здравоохранения, например, болезней нервной системы, смертность от которых увеличилась среди мужчин в возрасте 65-69 лет в 18,7 раза, а для отдельных половозрастных групп – еще больше.

Основные резервы повышения продолжительности жизни находятся в снижении преждевременной смертности мужчин. В первую очередь необходимо обратить внимание на классы причин, демонстрирующих наибольший разрыв потерянных лет потенциальной жизни (ПЛПЖ) между мужчинами и женщинами – внешние причины (несчастные случаи, включая дорожно-транспортные происшествия, убийства и самоубийства), болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания и пищеварения. На наш взгляд, гендерные различия ПЛПЖ по этим классам причин обусловлены в первую очередь поведенческими факторами риска – злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, курением. Все это должно стать объектом особого внимания при разработке национальных социальной политики и политики в сфере здравоохранения и принятия мер по снижению смертности.

### **16.4. Особые нужды людей с инвалидностью**

В декабре 2008 года, подписав Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней, Казахстан продемонстрировал серьезные намерения присоединиться к международному соглашению; взять обязательства по решению вопросов, касающихся инвалидов, в соответствии с международными стандартами, по реализации прав человека и решению проблем социальной интеграции инвалидов. В соответствии со статьей 25 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов они имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности и должны получать тот же набор, качество и уровень платных или доступных услуг в сфере здравоохранения, что и другие люди, в частности в сфере охраны репродуктивного здоровья.

В Казахстане 674,2 тысяч человек (3,7% населения) имеют правовой статус инвалидов. 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 некоторых регионах, превышает среднереспубликанский уровень и колеблется от 3,9 до 4,7%. Регионы с самыми высокими показателями инвалидности - это Карагандинская (4,7%), Туркестанская (4,15%) и Восточно-Казахстанская (4,1%) области. 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. Их социальная защита 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 январе 2012 года постановлением Правительства был принят 1-ый этап Плана мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012-2018 годы. Он предусматривает унификацию законодательства в сфере защиты прав, свобод и интересов инвалидов путем внесения изменений и дополнений в отдельные действующие нормативные правовые акты Республики Казахстан и соответствующие технические стандарты.

В рамках своих действий по обеспечению защиты, интеграции и равенства возможностей для людей и детей с ограниченными возможностями Республика Казахстан 11 декабря 2008 года подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов, которая была ратифицирована соответствующим Законом о Республика Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-В ЗРК.

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 целом, план мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями на 2012-2018 годы, а также ратификации Конвенции о правах людей с ограниченными возможностями, означает смену парадигмы: от социальной защиты инвалидов к признанию прав и созданию равных условий.

Вместе с тем, остается еще много проблем инвалидов, на которые надо обратить внимание государственным представительным и исполнительным органам и гражданскому обществу, в частности, вопросы обеспечении охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав людей с ограниченными возможностями. До сих пор остаются пробелы в механизмах 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.

Репродуктивное здоровье тесно связано с обеспечением реализации репродуктивных прав, к которым относятся: право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, предупредить передачу половым путем ВИЧ и других возбудителей инфекций; право на доступ к качественной медицинской помощи, относящейся к репродуктивной сфере (включая безопасное материнство, диагностику и лечение ВИЧ инфекции, других инфекций, передаваемых половым путем, заболеваний репродуктивных органов, в том числе опухолевых, бесплодия; право на получение средств контрацепции и средств защиты от ВИЧ, других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также необходимых лекарств; право на законный и безопасный аборт; право на свободу от принуждения к беременности, стерилизации, аборту и контрацепции, а также защиту от нанесения травм и увечий, отражающихся на репродуктивных функциях, и др.

Результаты социологических обследований состояния сексуального и репродуктивного здоровья людей с различными формами инвалидности в Казахстане<sup>141</sup> показали, что неудовлетворенные нужды инвалидов области в планировании семьи, распространенность среди них абортов и симптомов инфекций, передающихся половым путем, обусловленных небезопасным поведением и недостоверным доступом к услугам репродуктивного здоровья и планирования семьи, существенно выше, чем в общем населении.

Остается ограниченным доступ к получению услуг по репродуктивному здоровью женщинами и мужчинами с инвалидностью. Подавляющее большинство инвалидов не имеет квалифицированной медицинской информации о своем сексуальном и репродуктивном здоровье, планировании семьи, методах регулирования рождаемости. Неудовлетворенные нужды в планировании семьи среди женщин-инвалидов составили 41,5%, что в 3,5 раза превышает значение данного индикатора среди всего населения.

Крайне низкая осведомленность инвалидов о профилактике нежеланной беременности определяет высокое значение коэффициента абортов среди женщин-инвалидов, которое превышает значение данного показателя по всему населению в 8 раз. Неудовлетворительные значения индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья характерны для всех групп инвалидов, сформированных по признакам пола, возраста и типа нарушений. Тем не менее, в отношении распространения ИППП и абортов наиболее уязвимыми являются инвалиды с нарушением слуха.

Широкомасштабные скрининговые обследования (ранняя диагностика заболеваний), в Казахстане внедряются с 2002 года. Однако, ранней диагностикой заболеваний проводимой в рамках скрининговых обследований охвачены менее половины женщин-инвалидов.

Особые потребности людей с инвалидностью в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья, доступа к качественным услугам планирования семьи и безопасного материнства, должны изучаться и учитываться в национальных программах улучшения жизни инвалидов, интегрироваться в программы здравоохранения и найти отражение в законодательных документах по гарантированию репродуктивных прав лиц с инвалидностью.

С этой целью правительству необходимо гарантировать инвалидам равный с остальным населением доступ к услугам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи и к информации и обучению вопросам предупреждения нежелательной беременности, передачи ВИЧ и ИППП в доступной для инвалидов форме, а также:

- активно привлекать общественные объединения инвалидов к формированию региональной политики в отношении инвалидов, подготовке и принятию решений, затрагивающих их интересы;
- принять к сведению индикаторы состояния сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав инвалидов в соответствии с повесткой дня Целей Устойчивого развития и принципом «не оставить никого позади/без внимания» и проводить мониторинг осуществления охраны репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав инвалидов.
- способствовать созданию специальных информационных материалов для женщин, девочек-инвалидов и мужчин, по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и охраны материнства с использованием языка Брайля, сурдоперевода, аудио- или видео- материалов;
- включить вопросы информационного обеспечения и специализированного обучения вопросам охраны репродуктивного здоровья, в том числе профилактики

---

<sup>141</sup> Исследования по оценке социально-экономического положения и репродуктивного здоровья инвалидов в Казахстане проведены Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) в рамках совместных проектов Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.

нежелательной беременности, передачи ВИЧ и ИППП в национальные долгосрочные планы развития по улучшению качества жизни людей с инвалидностью и государственный социальный заказ неправительственным организациям регионов

Необходимо обеспечить:

- доступность медицинских услуг для женщин с инвалидностью в поликлиниках, родильных домах и перинатальных центрах, а также диагностического оборудования;
- доступ к услугам и средствам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи лицам с ограниченными возможностями бесплатно или по сниженным ценам;
- доступ к услугам и средствам по профилактике ВИЧ и ИППП с особым фокусом на инвалидов по слуху в виду их большей уязвимости в вопросах получения соответствующей информации.
- Интеграцию нужд инвалидов в национальную систему меж-ведомственного реагирования на гендерное насилие в соответствии с международными стандартами.

### **16.5. Уровень жизни населения Казахстана**

В последние годы в Республике Казахстан отмечается устойчивый рост номинальных денежных доходов (за период 2013-2017 гг. почти в 1,5 раза - на 47,1%). Максимальный уровень дохода устойчиво отмечался в Атырауской области, минимальный – в Южно-Казахстанской. Однако, динамика реальных денежных доходов в Республике Казахстан отличается от динамики номинальных денежных доходов из-за инфляции, которая обесценивает номинальные доходы. Рост реальных доходов и в среднем по Казахстану и по всем регионам оказался существенно (более чем в 5 раз) ниже.

Показатель уровня бедности (доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума) в последние годы снижался незначительно (с 2,9% в 2013 г. до 2,6% в 2017 г.). Неравномерность распределения доходов несколько возросла: за 2013-2017 гг. коэффициент Джини увеличился с 0,263 до 0,273, а соотношение доходов 10% наиболее и наименее обеспеченного населения - с 5,6 до 5,9.

Для анализа региональных особенностей распространенности бедности были сопоставлены доля бедных в регионе к общему числу бедных в республике и доля населения в регионе к общему числу населения в республике. Если это соотношение больше 1, то регион можно отнести к относительно бедным, в сравнении со средним уровнем по Казахстану.

Худшая ситуация в Южно-Казахстанской области, где доля бедных в 1,9 раза выше доли населения. В этой области сосредоточено 31% всех бедных, проживающих в Казахстане. Относительно бедным можно считать население Жабьлской, Мангистауской и Северно-Казахстанской областей, где доля бедных в 1,3 раза больше, чем доля населения.

Лучшая ситуация в городах Астана и Алматы, где доля бедных значительно меньше чем доля населения этих городов в населении Казахстана: в 3,4 и 2,5 раз соответственно. В этих крупнейших городах выше уровни зарплат и занятости.

Казахстан достиг определенных успехов в борьбе с бедностью и выполнил свои обязательства в рамках предыдущей повестки дня Целей развития тысячелетия.

Несмотря на прогресс в достижении ЦРТ по бедности, проблема искоренения бедности, по-прежнему, остается одной из наиболее важных, которые необходимо решить в рамках достижения Целей Устойчивого Развития. В Казахстане сохраняются значительные региональные и поселенческие (город-село) различия по уровню бедности. Уровень бедности в сельской местности в 2,7 раза выше, чем в городской местности.

Одним из факторов региональной дифференциации распространенности бедности является такой демографический фактор, как размер домохозяйств, который в свою очередь зависит от доли многодетных домохозяйств. Так, среди домохозяйств из 5 и более лиц доля населения с доходами ниже прожиточного минимума вдвое выше, чем в среднем.

В Казахстане некоторые группы населения, остаются уязвимыми с точки зрения бедности, особенно те, которые проживают в сельской местности. К ним относятся самозанятые, многодетные и неполные семьи, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями и мигранты, что должно быть предметом отдельного обследования и изучения.

Большие семьи являются наиболее уязвимыми – семьи с четырьмя и более детьми составляют 97% всего населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума. 90% таких семей имеют среднедушевой доход, использованный на потребление, не более двукратного размера прожиточного минимума, и находятся под угрозой бедности. Подавляющее большинство инвалидов (составляющих 3,7% от общей численности населения) попадают в категорию бедного населения и не получают достаточного пенсионного обеспечения, которое бы покрывало их потребности в связи с инвалидностью.

Основными причинами бедности остаются безработица, непродуктивная занятость и низкий уровень доходов среди сельского населения, доходы которых составляют лишь половину от среднего показателя по стране. Тем временем, значительная часть (около 40%) населения, занятых в сельском хозяйстве, являются самозанятыми и имеют доходы, недостаточные для поддержания достойного уровня жизни. Численность самостоятельно занятого населения в стране составляет 2,1 млн. человек (24,5% от занятого населения) в 2017 году. В южных регионах страны статус самозанятого населения достигает 80% от занятого населения<sup>142</sup>

Продовольственная безопасность страны по основным видам продовольственных товаров обеспечивается местным производством более чем на 80%. В глобальном рейтинге продовольственной безопасности за 2018 год Казахстан занял 57-е место среди 113 государств<sup>143</sup>.

Вызовом для Казахстана является повышение производительности труда в сельском хозяйстве. Для решения этого вопроса в сельскохозяйственном секторе Государство активно проводит политику повышения конкурентоспособности агропромышленного сектора (АПК). Проводится работа по цифровизации АПК: оцифрованы 100% пахотных земель и 70% пастбищ в стране. В целом задача состоит в том, чтобы к 2021 году создать по стране не менее 20 цифровых и 2000 продвинутых ферм, которые будут применять элементы точного земледелия.<sup>144</sup>

Уменьшение бедности населения, устойчивое развитие человеческого потенциала, стабилизация социального уровня жизни должны быть достигнуты путем создания условий для реализации трудового потенциала, повышения уровня доходов, доступности и качества образовательных и медицинских услуг, осуществления адресной борьбы с бедностью посредством мер социальной адаптации, экономической реабилитации и социальной поддержки наиболее уязвимых слоев населения.

Национальная политика по сокращению бедности должна быть направлена не только на тех, кто по абсолютным меркам является бедным, но и тех, кто подвержен риску бедности (живущих на доходы, недостаточные для поддержания достойного уровня жизни).

Использование концепции относительной бедности для оценки эффективности социальной политики позволит разработать подход, направленный на предупреждение бедности.

Национальная политика должна быть направлена на решение проблем продуктивной занятости, безработицы среди женщин и молодежи, особенно в сельской местности.

Меры по сокращению бедности в сельской местности должны обеспечивать улучшение доступа к информации, субсидиям и финансированию для сельских

---

<sup>142</sup> Социальный портрет самозанятого населения в южных регионах Республики Казахстан/-Алматы, 2018. Казстатинформ

<sup>143</sup> GLOBAL FOOD SECURITY INDEX 2018. A report from The Economist Intelligence Unit

<sup>144</sup> Добровольный национальный обзор Республики Казахстан «О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого развития». 2019.



предпринимателей, улучшение сельской инфраструктуры и возможностей для достойной занятости населения. Необходимо повысить эффективность системы социальной защиты, усилить социальную защиту наиболее уязвимых групп, обращая особое внимание на сельских жителей, самозанятых, многодетные и неполные семьи, инвалидов, пожилых людей и мигрантов посредством:

- предоставления финансовой поддержки уязвимым слоям населения с мерами по их социальной интеграции и повышению конкурентоспособности на рынке труда; создание новых рабочих мест с достойной заработной платой;
- обеспечения доступа к качественному образованию и медицинскому обслуживанию;
- взаимодействия органов социального обеспечения и образования по обеспечению доступа к качественному профессиональному образованию для малообеспеченных и уязвимых семей в целях профилактики воспроизводства хронической бедности;
- обеспечения механизмов эффективного взаимодействия организаций социальной поддержки с бизнес-сообществом и организациями гражданского общества, специализирующимися на помощи отдельным незащищенным категориям населения, на условиях государственного социального заказа и грантов;
- создания реестров/регистров социально уязвимых групп для повышения эффективности программ, направленных на удовлетворение их потребностей использование данных для оказания адресной поддержки;
- создания нового измерения бедности, что приведет к расширению охвата нуждающихся граждан системой социальной защиты;
- повышение производительности труда в сельском хозяйстве за счет внедрения современных технологий, диверсификации сельхозпроизводства, а также развития аграрной науки и цифровизации АПК через создание цифровых и продвинутых ферм, автоматизация процессов и государственных услуг.

Для системы измерения бедности целесообразно определить черту бедности для различных категорий лиц и домохозяйств, с учетом их индивидуальных особенностей (возраст, пол, количество детей, инвалидность, регион, место жительства - город/село и др.) и инфляции. Бедная семья с детьми или инвалидами несет двойное бремя. Введение нескольких видов прожиточного минимума или черты бедности позволит более целенаправленно и эффективно перераспределять социальную поддержку.

Государственная социальная политика должна предусматривать адекватные цели по сокращению относительной бедности, то есть по сокращению социального неравенства. Для этого в соответствующих государственных программных и программных документах наряду с показателями сокращения абсолютной черты бедности должны быть установлены показатели относительной бедности.

## **16.6. Браки и разводы**

Динамика числа браков влияет на рождаемость, в частности на первые рождения, а также на формирование семьи, на семейную структуру и состав домохозяйств.

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что в последние годы в целом Казахстане и во всех регионах наблюдается сокращение числа браков и рост числа разводов. За 5 лет с 2013 по 2018 гг. число браков сократилось на 18%, при этом в Восточно-Казахстанской области – на 28%. Дальнейшее сокращение числа браков может стать фактором снижения числа первых рождений.

Число разводов за 2000-2018 гг. выросло в среднем в 2 раза. Рост показателя был отмечен во всех областях, но в разных масштабах: от 1,3 раза в Восточно-Казахстанской области до 2,8 раз в Алматинской области.

Наиболее высокий уровень разводимости населения присущ в основном северным и восточным областям страны, городам Нур-Султан и Алматы – в них уровень разводимости

выше среднего уровня по стране. Менее всего люди разводятся в южных и западных регионах страны.

Если в начале века, в 2000 году, в стране распадались третья часть браков – около 30%, то через пять лет это соотношение составляло одну четвертую, т.е. примерно каждый четвертый брак распался, и к 2018 году распадается уже почти 40% всех браков.

Возможен дальнейший рост числа разводов, что может стать фактором снижения числа вторых и последующих рождений. Укрепление семьи и профилактика разводов, особенно в семьях с детьми, должны быть учтены в программах семейно-демографической политики.

Правительство, обеспокоенное растущим числом разводов и ослаблением института семьи, выделило эти вопросы в число актуальных и требующих решения на государственном уровне, отразив их в Концепции семейной и гендерной политики до 2030 года, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан №384 от 6 декабря 2016 г.<sup>145</sup>

Ключевыми принципами реализации семейной политики были определены:

- 9) равенство прав, возможностей и обязательств супругов в выполнении семейных функций;
- 10) доступность условий для наилучшего функционирования семьи;
- 11) самостоятельность семьи в принятии решений относительно своей жизни;
- 12) ответственность семьи за воспитание, образование и развитие ребёнка (детей) и сохранение его здоровья;
- 13) партнерство семьи, общества и государства;
- 14) адресности и инклюзивности в реализации государственной семейной политики с учетом нужд и потребностей семей;
- 15) нулевой терпимости ко всем видам бытового насилия;
- 16) нетерпимости к аморальному поведению в обществе.

Целями государственной семейной политики Правительство определило поддержку, укрепление и защиту семей, создание необходимых условий, способствующих физическому, интеллектуальному, духовному, нравственному развитию семей и их членов, охрану материнства, отцовства и детства.

Для достижения этих целей разработан и утвержден План мероприятий по реализации Концепции семейной и гендерной политики (первый этап 2017-2019 годы)<sup>146</sup>, включающий в себя комплекс мероприятий государственных органов управления центрального и местного уровней (министерств и акиматов), гражданского общества, квази-государственного и частного секторов, включая изменение законодательства в сфере семейной и гендерной политики в соответствии с повесткой дня Целей Устойчивого Развития и заключительными замечаниями Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин, а также стандартами стран ОЭСР.

В целях создания возможностей сочетания семейных обязанностей с трудовой деятельностью в трудовом законодательстве закреплены нормы о правах родителей на гибкие формы занятости и отпуск по уходу за ребенком. Также нашли отражение нормы, закрепляющие особенности регулирования труда женщин, беременных женщин и женщин, имеющих ребенка (детей).

Наряду с этим, в комплексе мер по поддержке семей с детьми государством проводится поддержка посредством социальных пособий и услуг. Система предоставления социальных выплат включает в себя пособия на рождение ребенка и по уходу за ребенком до одного года, на воспитание ребенка-инвалида, государственное пособие на детей до 18 лет, специальное государственное пособие для многодетных матерей и семей. Эффективность принимаемых государством мер социальной поддержки материнства и детства подтверждается положительной статистикой рождаемости.

<sup>145</sup> <http://egov.kz/cms/ru/law/list/U1600000384>

<sup>146</sup> <http://dsm.gov.kz/ru/pages/ob-utverzhdenii-plana-meropriyatii-po-realizacii-koncepcii-semeynoy-i-gendernoy-politiki-v-rk>

Вместе тем, несмотря на предпринимаемые государством меры по комплексной поддержке семьи, в обществе происходят следующие тенденции, требующие неотложных решений: разводы и рождение ребенка вне брака имеют тенденцию к увеличению.

Для достижения поставленных целей по государственной семейной политике предусматривается решение следующих задач:

- совершенствование законодательства в сфере семейной политики, а также приведение его в соответствие с международными стандартами, рекомендациями ООН, ЦУР и ОЭСР;
- устранение разрывов в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, а также обеспечение необходимых условий для охраны их здоровья, включая планирование семьи;
- обеспечение прав и охраны интересов детей, содействие их физическому, интеллектуальному и духовному развитию;
- формирование позитивного образа семейной жизни, повышение духовно-нравственных ценностей общества, усиление воспитания подрастающего поколения;
- повышение эффективности системы защиты семей, нуждающихся в социальной защите, в том числе семей с несовершеннолетними детьми;
- снижение фактов насилия ко всем членам семьи, в том числе по признаку пола;
- повышение качества государственных социальных услуг, предоставляемых семье, до уровня стран ОЭСР.

Реализация семейной политики является важным ресурсом для укрепления казахстанской государственности и модернизации общества. В ней должны найти отражение как вопросы экономического благополучия, эффективного развития рынка труда, достойной продуктивной занятости, с особым фокусом на молодых людей, имущественной обеспеченности семей, доступности жилья молодым семьям, качественных услуг образования, здравоохранения (в частности, услуг охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи) и социальной поддержки.

Кроме того, также необходимо совершенствование законодательства в вопросах обеспечения равенства прав и возможностей мужчин и женщин в сфере семейных отношений, защиты материнства и детства, повышения ответственности родителей за воспитание детей, пресечения всех форм дискриминации и насилия по половому признаку.

Также необходимо продвижение вопросов активного участия мужчин в воспитании детей, ответственного родительства, семейных ценностей и межпоколенческих отношений. Все эти вопросы комплексно влияют на создание семей и прочность семейных отношений, и должны быть в центре внимания правительства при разработке национальных программ развития.

### **16.7. Гендерное равенство и искоренение гендерного насилия**

По глобальному Индексу гендерного неравенства по итогам 2018 года Казахстан занял 60-ое место среди 149 стран. В докладе о глобальном гендерном разрыве был оценен прогресс в 149 странах в достижении гендерного равенства по четырем тематическим направлениям: экономическое участие и возможности, уровень образования, здравоохранения и расширение политических прав и возможностей.

Не смотря на достигнутые страной успехи в гендерном равенстве, в частности, в сферах образования и здравоохранения, сохраняются значительные гендерные различия в экономической сфере, основанные во многом гендерной сегрегацией на рынке труда, разницей в оплате труда, доступом к ресурсам, а также в недостаточной степени представленности женщин на всех уровнях принятия государственных и политических решений.

Для решения актуальных вопросов в гендерной политике принимаются меры по расширению участия женщин в экономике через создание равного доступа к рынку труда,

финансовым и иным ресурсам. Женщины составляют 49% от общей численности рабочей силы. Активность женщин в малом и среднем бизнесе (МСБ) за последние 5 лет значительно увеличилась. Из числа зарегистрированных действующих предпринимателей доля женщин составляет 43,2% (на 01. 01. 2019 г.). Порядка 28% руководителей малых, средних и крупных предприятий в Казахстане составляют женщины.

Актуальной остается проблема, связанная с низким уровнем представленности женщин на всех уровнях принятия решений. Так, доля женщин в нижней палате Парламента составляет 28%, в местных представительных органах – 22%. При этом доля женщин на государственной службе составляет 55,4% (50,3 тыс. человек).<sup>147</sup>

Участие в принятии государственных и политических решений государственных институтах - Парламенте, исполнительных органах и судах, особенно важно, так как эти институты создают законы и принимают решения, которые оказывают прямое влияние на права граждан, их поведение и выбор.

Данный вопрос нашел отражение в Законе о равных правах и равных возможностях, который предусматривает введение квот в размере не менее 30 процентного представительства женщин среди руководителей государственных органов.

Процесс достижения ЦУР 5 в его экономической составляющей требует дальнейшего укрепления института гендерного равенства путем государственного регулирования и внедрения оценки гендерного воздействия в систему государственного и бюджетного планирования и обеспечения равного доступа мужчин и женщин ко всем видам ресурсов, необходимых для предпринимательской деятельности.

Казахстан, как и многие другие страны-члены ООН, присоединился практически ко всем основным международным обязательствам в области обеспечения гендерного равенства и искоренения гендерного насилия, в том числе и к Целям устойчивого развития до 2030 года, где одной из главных задач 5-й Цели является искоренение насилия в отношении женщин.

Профилактика и борьба с явлением насилия в казахстанском обществе является одним из важнейших приоритетов в государственной политике и относится к обязательствам, принятым Казахстаном и реализуемых в настоящее время на национальном уровне.

В Концепции семейной и гендерной политики Казахстана до 2030 года особо отмечена необходимость активизировать применение положений Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в судебной практике, совершенствования законодательных актов в сфере пресечения всех форм дискриминации и насилия по признаку пола в соответствии с международными требованиями ООН, ЦУР и ОЭСР, а также механизмов мониторинга и отчетности по случаям проявления гендерной дискриминации и насилия.

С целью получения достоверной картины распространенности насилия в отношении женщин, а также получения исходных данных для дальнейшего его мониторинга, в 2015 году при технической поддержке ЮНФПА, ВОЗ и ООН Женщин, Комитет по статистике министерства национальной экономики РК провел первое национальное обследование по распространенности насилия в отношении женщин. Проведенное исследование показало, что насилие в отношении женщин в Казахстане распространено достаточно широко. Согласно полученным данным:

- 17% женщин в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевших партнера, испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера (рис. 1); акты физического и сексуального насилия не были разовыми, а происходили многократно;
- каждая пятая (21%) женщина испытывала психологическое насилие со стороны интимного партнера в течение своей жизни;

---

<sup>147</sup> Добровольный национальный обзор Республики Казахстан. О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого развития. Июнь, 2019 г.

- половина женщин, испытывавших физическое насилие со стороны интимного партнера, сообщали о жестоких формах физического насилия;
- каждая третья (33%) женщина испытала не менее раза в своей жизни проявление контролирующего поведения со стороны партнера;
- почти четверть (24%) женщин, испытывавших физическое, сексуальное или психологическое насилие, испытали все три формы насилия со стороны партнера за свою жизнь.
- женщины, чьи матери подвергались насилию, говорили о том, что сами испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны партнера в течение своей жизни.

### ***Гендерное насилие в отношении людей с инвалидностью***

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.

Инвалиды, как мужчины, так, и женщины, в равной степени подвергаются различным формам насилия со стороны общества и в семье.

Как показали результаты выше названных исследований<sup>148</sup>, проведенных в Казахстане при технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения, насилию в отношении инвалидов со стороны общества подвергаются инвалиды всех возрастных категорий, пола, практически в одинаковой степени.

Исследования выявили, что в целом 39% респондентов, как мужчин, так и женщин, в равной степени подвергаются различным формам насилия со стороны общества. Чаще всего респонденты подвергаются различным формам экономического и психологического давления со стороны общества по признаку наличия инвалидности.

Помимо насилия со стороны общества, некоторые инвалиды подвергаются различным формам насилия в семье. Чаще всего, это контроль над доходами и расходами, а так же различные формы физического и психологического давления

Всего, по результатам исследования, подвергались различным видам насильственного поведения со стороны членов семьи половина респондентов (49,4%). Насилие в отношении инвалидов со стороны семьи случаются с инвалидами всех возрастных категорий, пола, практически в одинаковой степени.

В соответствии со статьей 16 Конвенции о правах инвалидов: свобода от эксплуатации, насилия и надругательств, государства-участники должны принимать 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.

Правовая неграмотность значительной части инвалидов зачастую делает их объектами насилия, жестокого обращения, обмана и прочих преступлений против личности. Отсутствует служба психологической помощи и телефона доверия со специалистами, имеющими знания и навыки работы с лицами с ограниченными возможностями. Программы профилактики домашнего насилия также не учитывают особые потребности инвалидов.

Социальные работники, медицинские работники, сотрудники кризисных центров или горячих линий - часто не имеют необходимой подготовки по вопросам предоставления

<sup>148</sup> Исследования по оценке социально-экономического положения инвалидов в Казахстане, проведены Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) в рамках совместных проектов Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), при финансовой и технической поддержке ЮНФПА.

информации о гендерном и бытовом насилии (ГБН) и соответствующих услугах женщинам и молодым инвалидам. Изоляция и отсутствие информации в доступных форматах еще более затрудняет получение женщинами и молодыми инвалидами информации об услугах ГБН. Женщины и молодежь с ограниченными возможностями не имеют доступа к информации или образованию о своих правах на свободу от ГБН, о том, как распознать его формы и как получить доступ к защитным услугам.

Отсутствие данных и информации о насилии, которому подвергаются женщины и молодые инвалиды в своих домах, препятствует развитию целевых услуг. Коммуникационные барьеры часто особенно остры для людей с сенсорными и интеллектуальными нарушениями и представляют собой барьеры для сообщения о насилии и получения кризисного консультирования, планирования безопасности и других услуг по защите. Физические барьеры - такие как отсутствие доступного транспорта к услугам или инфраструктура - могут лишить женщин и молодых инвалидов доступа к основным услугам служб реагирования.

Одним из видов гендерного насилия являются практики, наносящие ущерб благополучию девочек, – **ранние (детские) и принудительные браки**.

Ранний, или как его часто называют, детский брак (брак несовершеннолетних) – это союз двух людей, один из которых, по меньшей мере, несовершеннолетний. В силу несовершеннолетия, дети-супруги считаются неспособными давать добровольное, свободное и полное согласие, означающее, что детские браки являются нарушением прав человека и прав ребенка, и зачастую они являются принудительными.

Проблема детских и принудительных браков в Казахстане имеет место в некоторых этнических группах, особенно проживающих в сельских местностях<sup>149</sup>. Это связано с низкой осведомленностью девочек-подростков о своих правах, не всегда полным исполнением юридических санкций в отношении лиц совершающих кражу невест, религиозной регистрацией браков с несовершеннолетними девочками, которая не имеет законной силы и не защищает права девочек, ставших супругами.

За последние пять лет в Казахстане, в среднем, ежегодно вступают в брак больше 1200 девочек, не достигших совершеннолетия - в возрасте до 18 лет.<sup>150</sup> Удельный вес браков, заключенных с несовершеннолетними девочками, в общем числе браков, заключаемых в стране, составляет 7,1% в 2017 году, уменьшившись всего на 1,2% с 2013 года, когда он составлял 8,3%. В то время, как число несовершеннолетних юношей, вступающих в брак в 21 раз меньше, чем их сверстниц, т.е. примерно только каждая пятая девочка выходит замуж за своего сверстника, а остальные девочки выходят замуж за более старших мужчин.

Если же рассматривать браки подростков в возрасте 15-19 лет<sup>151</sup>, то их число еще выше – 10,8% от всего числа заключенных в стране браков, уменьшившись на 1,7% с 2013 года, когда удельный вес подростковых браков составлял 12,5%<sup>152</sup>

Детские браки – это гендерный феномен, который влияет на девочек и на мальчиков различным образом. В целом, число мальчиков вступивших в детские браки значительно меньше чем девочек. Девочки-супруги часто уязвимы для домашнего и сексуального насилия в отношениях, которые не равны и если они беременеют, то часто сталкиваются с проблемами вынашивания ребенка, так как их тела физиологически не готовы к деторождению.

Девочки в раннем/насильственном браке вступают в порочный круг бедности, когда отсутствие образования и работы приводят к сильной зависимости от партнера, ранней беременности, невозможности закончить школу, проблем со здоровьем. Дети, воспитанные

<sup>149</sup> Обследование ранних браков в Казахстане. 2012 г. Инициировано и поддержано Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

<sup>150</sup> Демографический ежегодник Казахстана. 2018. <http://stat.gov.kz/official/industry/61/publication>

<sup>151</sup> Согласно терминологии Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), подростки - лица в возрасте 10-19 лет (ранний подростковый возраст – 10-14 лет; поздний подростковый возраст – 15-19 лет). <https://ru.wikipedia.org/>

<sup>152</sup> Демографический ежегодник Казахстана. 2018. <http://stat.gov.kz/official/industry/61/publication>

на примере своих матерей, вступивших в ранний брак, часто сами становятся жертвами ранних и принудительных браков. Детские и принудительные браки нарушают права девочек на образование и их репродуктивные права, увеличивая риски заболеваний и материнской смертности.

Правительству также следует обратить особое внимание на случаи похищения и насильственной выдачи девушек замуж, в особенности, в южных регионах страны.

Достоверной статистики браков с лицами младше 16 лет и принудительных браков не существует, и число таких браков не может быть точно определено.

Проблема детских и принудительных браков поднимает ряд очень важных проблем нарушения прав человека, в частности:

- детский брак нарушает права девочек, лишает их детства, препятствует получению образования, ставит под угрозу их здоровье и ограничивает их возможности. Никакие культурные, религиозные или экономические обоснования брака в детском возрасте не могут служить оправданием тех травм, которые эти браки наносят девочкам и их потенциалу.
- девочка должна иметь право выбирать, за кого она выйдет замуж и когда. Родители должны поддерживать выбор и решения своих дочерей в вопросах вступления в брак.
- когда девочка откладывает вступление в брак она имеет больше шансов продолжать обучение, работать и вкладывать свои доходы в семью; имеет больше возможностей выбирать когда и сколько детей иметь, сохраняя свое репродуктивное здоровье.

Для противодействия и профилактики насилия в отношении женщин необходимо согласованные и скоординированные действия различных учреждений для обеспечения психосоциального благополучия, доступа к услугам правопорядка (полиция, прокуратура и управления юстиции) и здоровья пострадавшим от гендерного/бытового насилия – системы Межведомственного реагирования на гендерное насилие (МВР на ГН). Оно основано на межведомственном партнерстве и сотрудничестве, требующем наличия общей концепции для борьбы с насилием и следования соответствующим принципам и стандартам. Согласованная деятельность вовлеченных учреждений и организаций улучшает качество и своевременность услуг, предоставляемых лицам, пережившим насилие.

Особые потребности людей с инвалидностью в вопросах профилактики гендерного и бытового насилия, должны изучаться и учитываться в национальных программах улучшения жизни инвалидов, интегрироваться в механизмах меж-ведомственного (меж-секторального) реагирования на гендерное и бытовое насилие и в Стандартные Оперативные Процедуры выявления и сопровождения лиц, подвергшихся насилию, секторами здравоохранения, социальной поддержки и доступа к правосудию.

Для предупреждения ранних/детских и принудительных браков, правительству необходимо усилить законодательные акты по криминализации данного явления и поведения, посягающего на права и интересы личности в сфере брачно-семейных отношений, уголовно-правовой регламентации, дополнению уголовного законодательства соответствующими нормами.

## Библиография

1. Агентство Республики Казахстан по статистике. Методика расчета стандартизированных коэффициентов рождаемости и смертности // Методическое руководство. – Астана, 2012
2. Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Население Советского Союза: 1922—1991. М.: Наука, 1993
3. С.Ф.Беркинбаев и другие. Использование показателя потерянных лет потенциальной жизни для оценки преждевременной смертности в Казахстане./ Вестник КазНМУ. – Алматы: - 2018. - №3
4. Выборочное обследование по насилию в отношении женщин. Казахстан. Астана, 2017 г.
5. Выполнение Программы Действий МКНР в Казахстане в период с 2014 -2018 гг.». Национальный доклад, подготовленный для Региональной конференции ЕЭК ООН «Возможность выбора: динамика численности населения и устойчивое развитие» (1 и 2 октября 2018 года, Женева)
6. Глобальный отчет о гендерном разрыве, 2018 г. Всемирный Экономический Форум
7. Демографические ежегодники Республики Казахстан. Комитет по статистике министерства национальной экономики Республики Казахстан.
8. Демографическое развитие постсоветского пространства. М.: Экономический факультет МГУ имени М.В.Ломоносова, 2018
9. Добровольный национальный обзор Республики Казахстан. О реализации Повестки дня до 2030 года в области устойчивого развития. Июнь, 2019 г.
10. Зайончковская Ж.А. Миграционный кризис и миграционный взрыв в России в 1980-е и 1990-е годы // В кн. Россия и ее регионы в XX веке: территория – расселение – миграция / Под ред. О.Глезер и П.Поляна. М.: 2005
11. Земсков В.Н. Спецпоселенцы. Вопросы социологии 1990 № 11: 5-26
12. Кластерное обследование по многим показателям (MICS) в Республике Казахстан 2015г./ Мониторинг положения детей и женщин/Астана 2016
13. Комиссия по правам человека при Президенте Республики Казахстан, Специальный доклад «О ситуации с правами мигрантов в Республике Казахстан». Под общей редакцией Куаныша Султанова, Тастемира Абишева. Астана, 2013
14. Комиссия по правам человека при Президенте Республики Казахстан. Аналитический доклад «Актуальные проблемы защиты прав трудящихся-мигрантов и жертв торговли людьми в Республике Казахстан». Астана, 2017
15. Кульбаев Т. Все для фронта, все для Победы! — Алматы: Асыл сөз, 2015.
16. Ли Р., Мейсон А. Что такое демографический дивиденд. Финансы и развитие. Сентябрь, 2006
17. Женщины и мужчины Казахстана. Статистический сборник. 2013-2017. Комитет по статистике министерства национальной экономики Республики Казахстан. Национальный доклад «О ходе работы для ССГА ООН. Республика Казахстан. Отчетный период: январь 2006 года - декабрь 2007 года»
18. Неудовлетворенная потребность в контрацепции женщин в общей популяции по данным Кластерного обследования по многим показателям, Казахстан. Заключительный отчет. 2015
19. Ни В. Права трудящихся-мигрантов в Казахстане: анализ национального законодательства, международных стандартов и правоприменительной практики. – Алма-Ата: МОТ, 2008
20. Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. 2016
21. Садовская Е. Казахстан в системе международных трудовых миграций. Демоскоп-Weekly, 583-584 января -9 февраля 2014
22. Социальный портрет самозанятого населения в южных регионах Республики Казахстан/-Алматы, 2018. Казстатинформ



23. Социологическое исследование по изучению состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, их сексуального поведения и доступа к услугам и информации в области охраны репродуктивного здоровья. Алматы 2018
24. Старение в XXI веке: триумф и вызов. Издание Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Нью-Йорк, и организации «Хелпэйдж Интернэшнл», Лондон. 2012
25. Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Казахстан. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2017
26. Anderson B., Hancilova B. Migrant Labour in Kazakhstan: A cause for concern? Working Paper No. 69, University of Oxford, 2009
27. Andreev K., Gu D., Gerland P. Patterns of Mortality Improvement by Level of Life Expectancy at Birth.pdf. New Orleans, LA, USA, 2013
28. Human Development Indices and Indicators/ 2018 Statistical Update] (англ.). United Nations Development Programme.
29. Kazakhstan Demographic and Health Survey 1999
30. Mason A., Lee M., Abrigo M., Lee S. Support Ratios and Demographic Dividends: Estimates for the World //New - York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. – 2017
31. Population Ageing 1999 (United Nations publication, Sales No. E.99.XIII.11) (Старение населения, 1999 год)
32. Preston S., Heuveline P., Guillot M., Demography: Measuring and Modeling Population Process. Blackwell Publishers, 2001
33. Reproductive Health Indicators Reproductive Health and Research Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring
34. T/Sharmanov et al. The Prevalence of Anemia in women of Childbearing Age in Kazakhstan: Some Causes, Risk Factors and Interventions. European Journal of Nutrition & Food Safety5(5): 408-409, 201534. World Population Ageing 1950-2050. Population Division, DESA, United Nations