




АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН



Настоящий анализ был подготовлен Мэтью Науманном при участии Серика Айдосова по заказу ЮНИСЕФ.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и изложение материала не подразумевают выражения со стороны ЮНИСЕФ какого бы то ни было мнения в отношении правового статуса детей в Казахстане, той или иной страны или территории, или ее органов власти, или делимитации ее границ.

Издание распространяется бесплатно. При перепечатке, цитировании и ином использовании информации из обзора ссылка на данную публикацию обязательна.



Список сокращений

АСП	Адресная социальная помощь
БПКСВ	Бюро ПРООН по предотвращению кризисных ситуаций и восстановлению
ВАШ (WASH)	Вода, санитария и гигиена (Water, sanitation and hygiene)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВКНМ/ОБСЕ	Верховный комиссар ОБСЕ по делам национальных меньшинств
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ДМ	Дети и молодежь
ЕНТ	Единое национальное тестирование
ИГДР	Инициатива городов дружественных к ребенку
КАРРА	Оценка региональных рисков в Центральной Азии
КАР	Знание, отношения и практики
МОТ	Международная организация труда
МОТ/ИПЕК	Международная программа по искоренению детского труда
МИКС	Мульти-индикаторное кластерное обследование
МТР	Среднесрочный обзор
НПО	Неправительственная организация
ОДВ	Обусловленные денежные выплаты
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ООН	Организация объединенных наций
ОЭК	Организация экономического сотрудничества
ПМПК	Педагогическая, медицинская и психологическая консультация
ПРООН	Программа развития ООН
СНГ	Содружество независимых государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УВКПЧ	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
ХРПД	Хиогская рамочная программа действий
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦВЕ	Центральная и Восточная Европа
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНГАСС	Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНИСДР	Международная стратегия ООН по снижению рисков
USD	Доллар США

Содержание

Краткое содержание	4
Мать и дитя	9
Здоровье матерей и детей раннего возраста	9
Материнская и младенческая смертность	9
Вопросы управления и финансирования здравоохранения	11
Дети, живущие с ВИЧ	13
Питание	14
Содержание ферритина в крови	16
Фолиевая кислота	16
Витамин А	16
Грудное вскармливание	17
Безопасная вода и санитария	18
Когнитивное и эмоциональное развитие ребенка раннего возраста	20
Дети в семьях и сообществах	21
Здоровье и безопасность детей	21
Дети в семьях и сообществах	22
Семейная и детская бедность	22
Насилие, жестокое обращение и пренебрежение к нуждам детей	25
Дети с инвалидностью и специальными потребностями	28
Система социальной защиты	32
Институционализация детей	35
Утеря родительской опеки	35
Влияние институционализации на детей	36
Реформа интернатных учреждений	37
Патронат, опека и возвращение в семью	38
Усыновление	39
Дети-выпускники интернатных учреждений	40
Детское развитие и образование	41
Дошкольное образование	41
Школьное образование	42
Дети, не посещающие школы	42
Образование для детей этнических меньшинств	46
Насилие в школах	47
Школьники и стихийные бедствия	48
Подростки и молодежь	52
Участие подростков и молодежи в общественной жизни	52
Смертность среди молодежи	53
Здоровый образ жизни	54
Молодёжь и репродуктивное здоровье	54
Молодежь и ВИЧ	57
Браки несовершеннолетних	58

Уязвимость детей и молодежи к угрозе торговли людьми и сексуальной эксплуатации	59
Бездомная молодежь	60
Дети и система правосудия	62
Детский труд	65
Инвестирование в права детей и мониторинг соблюдения прав детей	67
Благополучие детей	67
Бюджетное обеспечение детей	67
Города, дружелюбные к детям	68
Мониторинг и обеспечение прав детей	68

Настоящий отчет представляет собой обзор положения детей в Республике Казахстан, основанный на результатах исследований и анализа благополучия детей за последние пять лет. Анализ включает результаты интервью, проведенных с государственными служащими, представителями органов местного самоуправления и отдельными экспертами, а также обзор ключевых отчетов, исследований, докладов и оценок, подготовленных ЮНИСЕФ и его партнерами по развитию в период с 2008 по 2013 годы в области обеспечения прав ребенка в Республике Казахстан. Основываясь на необходимости особого внимания на ключевых пробелах в информации, связанной с неравенством и материальным достатком детей, и содействуя привлечению всех заинтересованных сторон к данной проблеме, одной из целей настоящего Ситуационного Анализа является вклад в формирование национальных стратегий развития в соответствии со «Стратегией Казахстан-2050», с целью ускорения достижения национальных и международных целей, связанных с обеспечением справедливого отношения к детям.

Отчет состоит из нескольких разделов, отражающих жизненный цикл детей и молодежи в Республике Казахстан. В первом разделе рассматриваются вопросы, затрагивающие матерей и детей раннего возраста, в том числе материнское и младенческое здоровье, питание, когнитивное развитие детей в раннем возрасте и предотвращение институционализации детей. Далее следует раздел, в котором рассматриваются дети в семьях и сообществах с учетом таких факторов как здоровье и безопасность, бедность, социальные услуги, а также усилия по предотвращению и прекращению институционализации. В следующем разделе затрагивается тема детей в системе образования и прогресс, достигнутый в обеспечении всеобщего доступа к дошкольному образованию, а также в предоставлении качественного образования для всех детей. Далее, в разделе о молодежи и подростках рассматриваются некоторые из главных проблем для данной возрастной группы, в том числе самоубийства, трудоустройство, репродуктивное здоровье и ранние браки. В заключительном разделе отчета приводится краткое резюме мер, предпринимаемых в Республике Казахстан на данный момент для осуществления мониторинга обеспечения прав детей.

Матери и дети раннего возраста

На сегодняшний день в Республике Казахстан беременная женщина и ее ребенок имеют гораздо больше шансов выжить в период беременности и младенчества, чем когда-либо прежде. Показатели материнской и младенческой смертности снизились более чем наполовину с середины 1990-х годов. Тем не менее, сохраняются серьезные проблемы, особенно в перинатальный период, на который приходится более половины случаев младенческой смертности. Несмотря на благополучие Казахстана, младенческая смертность в стране зависит от причин, характерных, в основном, для развивающихся стран (такие как асфиксия, инфекции и травмы при рождении), которые относительно легко предотвратить. Показатель младенческой смертности остается высоким среди 40% беднейшего населения страны, а также в сельской местности. Существует необходимость в дальнейших усилиях по укреплению первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности, а также по улучшению системы перенаправления на более высокий уровень оказания помощи для осложненных беременностей.

За последние годы в Республике Казахстан достигнут значительный прогресс в профилактике ВИЧ-инфекции среди детей раннего возраста. Во многом, этот результат достигнут благодаря широкому охвату тестированием на ВИЧ и предоставления матерям доступа к высокоэффективной антиретровирусной терапии во время беременности, а также поощрения отказа от кормления грудью. В Казахстане с 2007 года не было зарегистрировано ни одного случая передачи ВИЧ-инфекции в больницах, что, по-видимому, стало результатом принятых эффективных мер по предотвращению применения опасных практик повторного использования одноразовых шприцев и капельниц. Главными нерешенными проблемами, связанными с ликвидацией ВИЧ-инфекции среди детей раннего возраста, являются отсутствие возможности наблюдения беременности у женщин, употребляющих наркотики, а также отсутствие доступа к дородовым услугам для женщин из маргинальных групп, не имеющих документов женщин, в том числе наркозависимых и нелегальных мигрантов.

Состояние питания матерей и детей раннего возраста в Республике Казахстан оставалось проблемой, без значительных улучшений в пе-

риод между 2006 и 2010 годами. В 2010 году у 13,1% детей наблюдалась задержка в росте, что является признаком хронического недоедания. Проблема была наиболее распространена в сельских районах, особенно, в Актюбинской области, а также среди детей, матери которых не имели высшего образования. Тем не менее, младенцы с избыточным весом также стали серьезной проблемой, особенно среди мальчиков, детей в возрасте от 6 до 11 месяцев также и в Актюбинской области. Между тем, распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста составила 38,9% в 2011 году и 35,2% у детей младше пяти лет. Это частично связано с низкими показателями фортификации (обогащения) муки питательными веществами и витаминами, составившими около 26,6% в 2011 году. Несмотря на повышение уровня исключительного грудного вскармливания с 16,8 до 31,8% в период с 2006 по 2010 годы, низкая распространенность раннего начала грудного вскармливания все еще приводит к проблемам с заболеваниями органов дыхания, гипотермии, диареи и инфекционных заболеваний среди детей младшего возраста в стране. Наличие данных вопросов предполагает, что существует необходимость в большей информированности общественности о важности питания матерей и маленьких детей.

Среди основных причин смертности среди детей младше пяти лет в Республике Казахстан присутствуют пневмония (17%) и желудочно-кишечные заболевания (14%). Обе причины могут быть предотвращены путем обеспечения доступа к чистой воде и улучшению условий гигиены и санитарии. Тем не менее, плохой доступ к безопасным объектам водоснабжения и санитарии остается широко распространенной проблемой, особенно в сельских районах и в недавно построенных городских поселениях. В результате, почти четверть населения употребляет небезопасную, некачественную питьевую воду. Если у семей со средним уровнем доходов в доступе к безопасной воде были заметны улучшения, то у беднейшей части населения они отсутствовали. В то же время, высокий уровень диареи и глистных инфекций среди детей свидетельствует о необходимости улучшения санитарного обеспечения, особенно, в сельских районах.

Родители, учителя и опекуны определяют уровень развития младенцев и детей младшего возраста через взаимодействие и игры. Участие в них взрослых имеет решающее значе-

ние для раннего обучения и закладывает основу для дальнейшего обучения в школе. В 2010 году было установлено, что, в частности, отцы редко принимают участие в подобной практике со своими детьми. В Казахстане только 47,8% детей младше пяти лет живут в семьях, в которых имеются, по крайней мере, три детских книги, сельские дети особенно ощущают такую нехватку. Между тем, у детей, чьи матери имеют низкий уровень образования, живущие в бедных семьях, и у детей из Южно-казахстанской и Атырауской областей гораздо меньше шансов иметь два различных вида развивающих игр. Это также свидетельствует о необходимости более активной поддержки родителей по оказанию помощи их детям младшего возраста в развитии.

Дети в семьях и общинах

Дети, которые выжили в первый год своей жизни, имеют гораздо больше шансов достичь зрелого возраста. Уровень смертности всех детей в возрасте до пяти лет в стране составляет 18,7 на 1000 живорожденных, таким образом, 85% случаев смертности среди детей младше пяти лет приходится на детей в возрасте до одного года (показатель которой составляет 16,7 на 1000 живорожденных). Основные причины смерти среди детей в возрасте от одного до четырех лет включают такие заболевания, как пневмония и диарея, которые можно предотвратить, используя такие известные, доступные, несложные по вмешательству меры, как вакцинация, нормальное питание, исключительно грудное вскармливание, антибиотики, используемые надлежащим образом и безопасные пищевые продукты, безопасная вода, гигиена и санитария, а также совершенствование знаний опекунов. К сожалению, в 2010 году знания родителей о признаках опасности, при которых необходимо направлять детей в медицинские учреждения, снизились по сравнению с показателями 2006 года. Между тем, в Республике Казахстан существует высокий уровень смертности среди детей от несчастных случаев; утопление, в особенности, представляет серьезную проблему в стране.

Наряду с экономическим ростом за последние десять лет значительно вырос уровень жизни в Республике Казахстан. Тем не менее, дети в стране имеют высокий риск проживания в бедности. 45% всех детей в возрасте до 18 лет живут за чертой бедности, а 7% находятся

ниже черты абсолютной бедности. Бедность в значительной степени сосредоточена среди больших семей с маленькими детьми, молодых семей с детьми и семей с одним родителем, а также семей, имеющих детей с инвалидностью, и семей мигрантов. Недавние исследования также показали, что семьи, в которых основным взрослым добытчиком является женщина, особенно уязвимы к бедности. Уровень бедности и абсолютной бедности в сельской местности значительно выше, чем в городах. Как ни парадоксально, но самый высокий уровень бедности приходится на Мангистаускую область, несмотря на то, что это нефтяной регион, и что данная область занимает третье место в стране по отчислениям в республиканский бюджет. Среди сельского населения Мангистауской области 35% живут в абсолютной бедности, и почти 90% всех детей считаются бедными. Существует несколько видов социальных пособий, предназначенных для беднейших слоев населения и других уязвимых семей, такие, как детские пособия и адресная социальная помощь, но их небольшие размеры ограниченно влияют на борьбу с бедностью.

Сектор превентивных услуг по защите детей до сих пор остается слаборазвитым и фрагментированным в силу незначительного обмена информацией о детях, подверженных риску насилия, безнадзорности и эксплуатации, между больницами, врачами, школами и дошкольными учреждениями и органами защиты детей при подозрении на совершение насилия. В результате, случаи обращения очень часто ограничиваются отделами полиции по делам несовершеннолетних, сотрудники которых подготовлены для расследования преступлений, а не для оценки потребностей детей или предоставления социальных услуг для детей. Тем не менее, Правительство РК взяло на себя обязательство реформировать систему, что нашло отражение в Законе РК «О специальных социальных услугах». Таким образом, данный Закон определил функции социальной работы и возложил их исполнение на Министерства труда и социальной защиты, образования и здравоохранения, а также органы местного самоуправления. Все три министерства начали разработку необходимой нормативной базы по предоставлению социальных услуг, но это было сделано в рамках их ведомственных полномочий, что означает отсутствие на центральном уровне какого-либо органа, отвечающего за раннее выявление и предотвращение жесто-

кого обращения с детьми. Центры поддержки семьи, созданные в Восточно-Казахстанской области за последние годы, являются важным нововведением, целью которого является раннее вмешательство для предотвращения жестокого обращения с детьми и сохранения семьи.

С принятием Закона РК «О специальных социальных услугах» меньшее количество родителей отказываются от детей с инвалидностью, так как имеют возможность обращаться к медицинским и социальным работникам для оказания им помощи в развитии детей. Тем не менее, еще существуют препятствия для их полноценной жизни в обществе. Поддержка на местном уровне по всей стране ограничена дефицитом финансовых ресурсов, неточными стандартами, отсутствием понимания социальной модели инвалидности, а также отсутствием местного потенциала для удовлетворения потребностей детей с инвалидностью. Несмотря на то, что меньшее количество детей со специальными потребностями в настоящее время помещены в интернатные учреждения, очень редко их можно увидеть в сообществе, так как отсутствие инфраструктуры осложняет их передвижение, а среди населения, по-прежнему, присутствует стигма по отношению к таким детям.

Дети в интернатных учреждениях

Помещение детей в интернатные учреждения является предметом серьезной обеспокоенности из-за вреда, причиняемого здоровью и развитию ребенка. Учитывая эти проблемы, государство делает все возможное, чтобы переместить детей из интернатных учреждений. С 2000 года доля детей в возрасте 0-3 лет в детских интернатных учреждениях снизилась почти в два раза. Тем не менее, на конец 2012 года 1 558 детей все еще находились в Домах ребенка, что остается высоким показателем по международным стандартам и является причиной для беспокойства. Необходимо постоянно поддерживать усилия по профилактике социального сиротства и снижения числа детей, помещенных в интернатные учреждения.

По-прежнему присутствует чрезмерная зависимость от помещения детей более старшего возраста, оставшихся без попечения родителей, в интернатные учреждения, хотя общее

число проживающих в интернатных учреждениях сократилось с 15 116 в 2009 году до 10 887 в 2012 году. Несмотря на такое снижение, каждый год около 2 000 детей в Республике Казахстан помещаются в интернатные учреждения. Дети также могут быть приняты под государственную опеку в связи с отсутствием у родителей возможности обеспечить им надлежащий уход. Это зачастую связано с проблемами семей с алкогольной или наркотической зависимостью или плохими условиями жизни, при этом детская инвалидность является менее распространенным фактором. Существует необходимость уделять больше внимания предоставлению в сообществе услуг по укреплению подверженных риску семей и поиску альтернативных решений, обеспечивающих воспитание детей в заботливых и благополучных семьях.

Развитие и образование ребенка

За последние годы в Казахстане наблюдался быстрый темп роста дошкольного обучения: 81,6% первоклассников в 2010 году прошли какие-либо виды подготовки к школе по сравнению с 39,5% в 2006 году. Тем не менее, посещаемость дошкольных учреждений для детей младшего возраста ограничена. Согласно Государственной программе развития образования на 2011-2020 гг. набор детей в возрасте от трех до шести лет в дошкольные учреждения должен достичь 100% к 2020 году. В настоящее время, обеспечение дошкольными образовательными учреждениями в городах выше, чем в селах, в то время, как высокая стоимость частных детских садов в сочетании с ограниченным количеством мест в государственных дошкольных учреждениях означает, что только 18,7% детей в возрасте пяти и шести лет из беднейшего слоя населения посещают дошкольные образовательные учреждения по сравнению с 60,5% детей из наиболее обеспеченного слоя.

Переполненность школ в некоторых городах означает, что дети могут обучаться в две или три смены. Между тем, в удаленных сельских районах функционируют школы с низким потенциалом и недостаточными ресурсами. В 2012 году было выявлено, что 66% школьников подвергаются насилию или дискриминации в какой-либо форме в школах. Казахстан до сих пор не имеет единой базы данных, обеспечивающей своевременной и подробной

информацией о качестве образования и показателях охвата по всей стране. Абсолютные показатели охвата немного различаются по регионам: наиболее низкие показатели отмечены в Алматинской области и городе Алматы, Восточном Казахстане и Западном Казахстане. В целом, 90% детей, не посещающих школы, - из бедных и неблагополучных семей. Большинство обучающихся детей с инвалидностью, как правило, не интегрированы в школы, и обучаются по домашним программам, реализация которых сильно зависит от содействия семьи ребенка. В сельской местности, в частности, наблюдается острая нехватка инклюзивных школ, отсутствие доступа к службам здравоохранения и реабилитации, и, в целом, высокая стоимость медицинского обслуживания становится ограничением для детей с инвалидностью, что приводит к их значительной социальной изоляции. Дети из многих этнических меньшинств имеют меньше шансов получить образование в ВУЗах Казахстана, в связи с меньшими возможностями продолжать учебу на их родном языке.

Подростки и молодежь

В июне 2012 года Правительство РК впервые в истории страны создало Комитет по делам молодежи и молодежной политике. Комитет входит в состав Министерства образования и науки РК и отвечает за разработку молодежной политики и контроль за ее выполнением. Департаменты по делам молодежи были созданы во всех шестнадцати регионах Республики Казахстан.

В Казахстане наблюдается самый высокий уровень самоубийств молодежи среди стран СНГ, Восточной и Центральной Европы. В 2010 году в стране 20,3 молодых людей на каждые 100 000 чел. покончили жизнь самоубийством. Показатель среди девочек-подростков (14,8 на 100 000 чел.) почти в два раза выше, чем в России, занимающей второе место по этому показателю. Данная проблема заставила Правительство РК и его партнеров разработать совместный план по исследованию причин самоубийств среди несовершеннолетних на 2012-14 годы и разработать меры по их предотвращению. Эти меры включают в себя обеспечение доступа детей к консультантам в школе, совершенствование механизмов выявления конфликтов в семье и оказание помощи, а также повышение доступности внеклассных мероприятий.

Молодежь в возрасте от 15 до 29 лет остается в центре эпидемии ВИЧ-инфекции и составляет почти 80% всех случаев. Это группа высокого риска инфицирования ВИЧ, поскольку молодежь часто не имеет доступа к необходимой информации и адресным услугам, и более склонна к рискованному поведению, такому как незащищенный секс и употребление наркотиков. Молодые бездомные люди особенно уязвимы к ВИЧ. Показатели употребления наркотиков и алкоголя среди молодых людей снижаются, хотя существуют значительные региональные различия, причем наибольшее число молодых людей, получающих лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости, приходится на города Алматы и Астана. Обширная национальная кампания в поддержку образования молодежи о вреде употребления наркотиков была запущена через ряд крупнейших молодежных организаций.

В то время как 33% молодых людей имели первый сексуальный опыт в возрасте до 18 лет и, по оценкам экспертов, приблизительно 22 000 несовершеннолетних беременеют каждый год, просвещение подростков по вопросам репродуктивного здоровья и половых отношений на регулярной основе практически отсутствует. Кроме того, если они не состоят в браке, молодежь в возрасте до 18 лет не вправе получить полное медицинское обследование без согласия или участия родителей или законных опекунов.

Одна группа часто упускается из виду – это несовершеннолетние, состоящие в браке; в Казахстане от такой практики преимущественно страдают девочки, в основном, в сельской местности, и особенно среди некоторых групп этнических меньшинств, таких как турки, уйгуры и дунгане. Наиболее распространены такие случаи в Алматинской области. Несовершеннолетние браки существенно влияют на возможность девочек-подростков иметь хорошее здоровье (в частности, репродуктивное здоровье), завершить свое образование, участвовать в общественной, экономической и политической жизни, а также пользоваться всеми благами развития. Также такие браки подвергают их повышенному риску насилия по признаку пола, ранней беременности и заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ.

В 2010 году в Уголовный кодекс РК были внесены поправки, усиливающие наказание за сексуальную эксплуатацию несовершеннолет-

них. Тем не менее, уголовным и уголовно-исполнительным правом слабо рассматриваются вопросы, связанные с торговлей детьми, и требуется дальнейшая работа по интеграции международных стандартов по недопущению торговли детьми в национальное законодательство. Около 65% случаев торговли детьми в Казахстане происходит в стране, а в 35% случаев дети вовлечены в международный трафик. Дети и молодежь, ставшие объектом эксплуатации и торговли, часто вынуждаются их торговцами и эксплуататорами к рискованному поведению, такому как употребление алкоголя и наркотиков, и незащищенному сексу. Значительная доля пострадавших также призналась в занятии членовредительством и суицидальном поведении из-за физического и сексуального насилия и оказания на них серьезного эмоционального давления со стороны лиц, занимающихся торговлей и эксплуатацией.

В Казахстане основной проблемой в отношении детей и системы правосудия является 54%-ный рост числа преступлений, совершенных против детей за последние годы (5 769 в 2008 году и 8 896 в 2011 году). Преступления против детей включают в себя: вымогательство денег, кражи, грабежи и сексуальное насилие. Данная тенденция должна быть должным образом проанализирована и рассмотрена. Напротив, количество преступлений, совершенных детьми, снижается. По всей стране развивается система судов по делам несовершеннолетних, которой необходима поддержка в обеспечении специально подготовленными сотрудниками и доступными услугами по защите прав детей.

Большое количество детей в Казахстане задействованы в опасных формах детского труда в сельском хозяйстве. Они часто работают по 10-13 часов в сутки. В результате предыдущих исследований и пропагандистских кампаний, использование детского труда в культивировании табака резко сократилось за последние годы в Алматинской области. Тем не менее, дети по-прежнему активно участвуют в выращивании хлопка и овощей. Дефицит рабочей силы в Южном Казахстане является основной причиной использования детского труда на хлопковых полях.

Мать и дитя

Здоровье матерей и детей раннего возраста

В последние годы наблюдается улучшение ситуации в области здравоохранения Казахстана. Затраты на здравоохранение увеличились более чем в два раза: наблюдается фактическое увеличение расходов со 120 долларов США¹ на душу населения в 2005 году до свыше 224 долларов США² на душу населения в 2010 году. Данный рост государственных расходов сопровождался улучшением условий доступа к услугам здравоохранения, благодаря расширению пакета предоставляемых услуг согласно универсальной системе здравоохранения. За те же пять лет продолжительность жизни увеличилась с 60 до 63,5 лет для мужчин и с 71,8 до 73,3 лет для женщин в 2010 г.³

Материнская и младенческая смертность

В настоящее время в Казахстане у забереневшей женщины гораздо ниже вероятность умереть вследствие беременности, чем раньше. Показатели материнской смертности снизились с 77 смертей на 100 000 живорожденных в 1995 году до 13,5 смертей на 100 000 живорожденных в 2012 году.⁴ Несмотря на это, показатель материнской смертности в Казахстане остается относительно высоким по сравнению с другими странами с аналогичным уровнем экономического развития, и, по-видимому, маловероятно, что страна достигнет поставленной Цели Развития Тысячелетия, т.е. 14 смертей на 100 000 живорожденных к 2015 году. Анализ ситуации по регионам за 2010 год показывает, что самые высокие показатели материнской смертности наблюдаются в г. Алматы (47), г. Кызылорда (38) и г. Атырау (38).⁵

С момента обретения независимости Казахстан достиг значительных успехов в отношении младенческой смертности, снизив ее на 64%: с 45,8 на 1000 живорожденных до 16,7 на 1000 живорожденных в 2012 году.⁶ Также в стране на 65% снизилась смертность детей в возрасте до 5 лет: с 54,1 на 1000 живорожденных в 1990 году до 18,7 на 1000 живорожденных в 2012 году.⁷ Снижение является результатом значительного увеличения государственных расходов, в частности, на охрану здоровья матери и ребенка, а также внедрения высокоэффективных техноло-

гий, способствовавших улучшению медицинского обслуживания в целом.⁸ Результатом увеличения затрат стало внедрение высокоэффективных медицинских технологий в систему здравоохранения и повышение уровня доступности специализированной помощи. Также значительные ресурсы были направлены на обучение работников здравоохране-



1. Это составляет около 16 000 тенге по среднему обменному курсу за 2005 год. В этом отчете показатели в «\$» соответствуют доллару США
2. Это составляет около 33 000 тенге по среднему обменному курсу за 2010 год
3. Саниджест, Анализ равенства в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан, 15 июня 2012г., с.3
4. Аппарат Премьер-Министра, Результаты выполнения государственной программы «Саламатты Казахстан» за 2012г., 2013 г., на веб-сайте <http://www.primeminister.kz/program/progress/index/21?lang=en>
5. Мединфо, 2010г.
6. Отчет межведомственной группы ООН по оценке детской смертности, июль 2013.
7. Отчет межведомственной группы ООН по оценке детской смертности, июль 2013.
8. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012г.
9. Интервью, ВОЗ, 28 ноября 2012г.

ния.⁹ К тому же, тот факт, что значительная доля такого снижения приходится на группы населения с наименьшим уровнем дохода, говорит о том, что Казахстану в данной области удалось снизить влияние неравенства, основанного на уровне дохода.¹⁰ Тем не менее, материнская смертность в Казахстане остается более высокой, чем в других странах с аналогичным уровнем экономического развития. Хотя имело место существенное снижение смертности детей в возрасте до пяти лет от диареи и пневмонии за последние 10 лет, эти причины по-прежнему требуют внимания. Причины смертности новорожденных, такие как недоношенность, асфиксия и инфекции по-прежнему обуславливают около 60% смертности детей в возрасте до пяти лет по всему Казахстану.¹¹

В более широком смысле, многие задачи, касающиеся здоровья матери и ребенка остаются нерешенными. Имеет место неравномерное распределение по стране больничных коек, докторов и медсестер. В целом, уровень обеспечения больничными койками выше уровня, предусмотренного нормами наилучшей международной практики, что способствует отвлечению необходимых ресурсов от ключевых областей, таких как первичная медицинская помощь. Более того, в некоторых регионах наблюдается переукомплектование штата специалистами и нехватка квалифицированных специалистов в других областях, что не только негативно влияет на здоровье матери и ребенка, но также оказывает влияние на результаты работы докторов и медсестер. Между тем, увеличивается бремя хронических заболеваний, негативно воздействующих на здоровье женщин и детей: заболевания сердечнососудистой системы, диабет и астма, которым следует уделить особое внимание через оказание лучшей первичной медицинской помощи и мероприятий по стимулированию изменений в образе жизни. В действительности, число летальных исходов от заболеваний сердечнососудистой системы превышает количество летальных исходов в результате осложнений, возникших в процессе беременности и родов более чем в соотношении 5 к 1, а уровни летальных исходов от рака шейки матки приравниваются к текущим уровням материнской смертности.¹²

Многие заболевания матерей и детей можно легко предупредить за счет улучшения гигиенических и санитарных условий. Госпитализации можно было бы избежать во многих случаях, если бы болезни лечились на уровне первич-

ной медицинской помощи. Госпитализация без необходимости и длительное пребывание в больнице ведут к бесполезной трате ресурсов и ухудшению бытовых условий для женщин и детей, вследствие того, что во многих случаях, критерии госпитализации не являются обоснованными. В данном контексте, первичная медицинская помощь должна быть усилена для обеспечения доступности и качества минимального объема медицинских услуг и, при необходимости, использования ее вместо вторичной и третичной помощи.¹³ Тем не менее, попытки развить систему первичной медицинской помощи в последние годы столкнулись с рядом проблем, в том числе, с нехваткой персонала: согласно данным, предоставленным областными и городскими управлениями здравоохранения, в 2009 году дефицит кадров составил 6 700 сотрудников.¹⁴

Во всех регионах страны свыше 50% младенческой смертности составляют случаи летального исхода в перинатальный период.¹⁵ В недавно проведенном углубленном исследовании отмечается, что основными причинами младенческой смертности являются причины, которые в основном присущи развивающимся странам (асфиксия, инфекции и родовые травмы), которые относительно легко предупредить.¹⁶ Лишь 65,6 % беременных женщин становятся на учет по беременности в медицинских учреждениях в течение 12 недель после наступления беременности, в связи с чем, могут возникать затруднения для постановки диагноза плоду на раннем сроке внутриутробного развития.¹⁷ Доступ к антенатальной помощи лишь косвенно связан с уровнем дохода, при этом среди самых бедных слоев 40% имеют в среднем около 11 дородовых посещений по сравнению с примерно 12 посещениями среди 60% самых обеспеченных слоев населения.¹⁸ Между тем, систематическое исследование основных социально-экономических причин перинатальной смертности не проводилось.¹⁹

Существуют также некоторые региональные различия в уровнях младенческой, детской и материнской смертности, отражающие региональные различия в отношении равенства и различий в уровнях доходов. Кроме того, в 2010 году, показатели младенческой смертности были на 50% выше для 60% беднейших слоев населения, чем у детей из более состоятельных семей. Смертность детей в возрасте до пяти лет оказалась на 80% выше в социальных группах с самым низким уровнем доходов, чем среди де-

тей групп с самым высоким уровнем доходов. Тем не менее, как показатель снижения неравенства, смертность детей в возрасте до пяти лет снизилась на 18% в период с 2008 по 2010 гг. среди беднейших 60% населения, по сравнению с состоятельными 40% населения, где не наблюдалось каких-либо изменений. Вероятность летального исхода у мальчиков до достижения ими пяти лет на 30% выше, нежели у девочек (как показывает мировая статистика), в то же время вероятность летального исхода у сельских детей в возрасте до пяти лет в 1,5 раза выше, нежели у их городских сверстников.²⁰

Вопросы управления и финансирования здравоохранения

Несмотря на увеличение затрат, в 2011 году затраты на здравоохранение составили 22% от государственного бюджета, или 3,2% от национального ВВП,²¹ это один из самых низких показателей в странах Европейского региона по данным ВОЗ.²² В последние годы наблюдается уравнивание затрат на здравоохранение между областями: в то время как в 2001 году затраты на медицинскую помощь на душу населения составляли в 4,2 раза больше в областях с самыми высокими показателями затрат, чем в областях с низкими показателями затрат, к 2008 году этот разрыв снизился до 2,1 раза.²³ Тем не менее, значительная доля неравенства продолжает существовать, что выражается в значительной разнице распределения врачей и больничных коек между регионами. Другой ключевой вопрос в области равенства заключается в излишней концентрации специализированных услуг в областных центрах.²⁴

Что касается здоровья матери и ребенка, большую долю ресурсов необходимо направить на программы по оказанию первичной медицинской помощи, и акцентировать внимание на слабых сторонах оказания медицинской помощи матери и ребенку. Согласно действующей системе финансирования, оплата за больничное лечение и дневной стационар финансируется за счет республиканского бюджета, в то время как за счет местных бюджетов финансируется оказание первичной медицинской помощи, в том числе поликлиническая помощь для амбулаторных больных, лечение туберкулеза, психических расстройств, инфекционных заболеваний, а также реабилитацию лиц с

10. Данные МИКС 2006 и 2010-11 гг. показывают снижение младенческой смертности на 16 % среди трех самых бедных групп населения, в то время как показатели двух самых состоятельных групп остаются фактически неизменными. Агентство по статистике РК и ЮНИСЕФ, Мульти-индикаторное кластерное исследование, 2006 г. и 2010-11 гг.

11. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

12. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

13. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г., с. xi-xii

14. ВОЗ, Системы здравоохранения в переходный период: Казахстан, 2012 г., http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/161557/e96451.pdf, с. 98

15. Мединфо, 2010 г.

16. Дмитро Добрянский, «Результаты оценки качества медицинской помощи в сфере охраны здоровья матери и ребенка на уровне медицинского учреждения в Восточно-Казахстанской области и общие рекомендации по улучшению качества перинатальной помощи», Государственный Медицинский Университет г. Семей, 2008 г., с. 1

17. Мединфо, 2010 г.

18. Саниджест, Анализ равенства в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан, 15 июня, 2012 г.

19. Интервью, ВОЗ, 28 ноября 2012 г.

20. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

21. Данные Министерства здравоохранения РК

22. ВОЗ, Системы здравоохранения в переходный период: Казахстан, 2012 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/161557/e96451.pdf, с. 42

23. ВОЗ, Системы здравоохранения в переходный период: Казахстан, 2012 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/161557/e96451.pdf, с. 48

24. Саниджест, Анализ равенства в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан, 15 июня, 2012 г., с. 9

25. Постановление Правительства 1702: О правилах возмещения затрат организациям здравоохранения из государственного бюджета от 7 декабря 2009 года, поправка от 30 декабря 2011 года.

наркозависимостью.²⁵ Данный принцип двойственности усложняет финансовую мотивацию поставщиков услуг и вызывает затруднения при интегрировании помощи для матери и ребенка. Существует необходимость во включении данных специализированных услуг в основной пакет услуг и бюджеты первичной медицинской помощи. Тем не менее, выплаты на основе результатов работы в области первичной медицинской помощи могли бы обеспечить возможность привязывания финансирования к определенным целям, хотя исключительно количественный подход может привести к снижению качества услуг и меньшей сосредоточенности внимания на уязвимых, труднодоступных группах населения. Другим возможным способом повышения результатов в сфере здравоохранения могут быть обусловленные денежные выплаты, которые, к примеру, могут поощрять женщин соблюдать график получения антенатальной помощи и вакцинации.²⁶

Оказание медицинской помощи в сельской местности – проблема, заслуживающая особого внимания. До недавних пор в некоторые сельские медицинские учреждения не поставлялись медикаменты, а техническое обслуживание и ремонт оборудования были проблематичными. Для решения вопроса с нехваткой персонала областные администрации внедрили льготные социальные пакеты для новых специалистов в сельской местности, в том числе, подъемные средства на проезд и проживание, предоставление земельного участка на выгодных условиях и оказание помощи при решении коммунальных вопросов, обеспечение транспортом и дошкольным образованием детей. Такие меры привели к некоторому улучшению оказания медицинской помощи в сельской местности, но в 2009 году все еще наблюдалась нехватка 2 000 терапевтов в сельской местности.²⁷

Есть несколько способов укрепления системы первичной медицинской помощи. К ним относятся: разработка новых критериев госпитализации и обучение персонала для снижения уровня избыточной госпитализации и длительного пребывания в стационаре; повышение уровня доступности основного оборудования для оказания первичной медицинской помощи, в том числе услуги по постановке диагноза и транспортировке пациентов; улучшение здоровья беременных женщин и женщин репродуктивного возраста путем профилактики дефицита микронутриентов; акцентирование внимания на анемии, артериальной гиперто-

нии, раннее выявление и лечение инфекций, передающихся половым путем и туберкулеза; обеспечение доступа к планированию семьи. Информация должна быть в большей степени общедоступной в поликлиниках и больницах для информирования семей об основных вопросах здравоохранения и повышения их ответственности за свое собственное здоровье. К другим услугам, которые нуждаются в развитии на уровне первичной медицинской помощи, относятся забота о подростках, ведение пациентов, психическое здоровье населения и акушерство общего профиля.²⁸

Население в сельской местности имеет очень ограниченный доступ к специализированным услугам по охране здоровья матери и ребенка, поскольку данные услуги сосредоточены в областных медицинских учреждениях. Неадекватная система перенаправления пациентов, слаборазвитая транспортная инфраструктура и отсутствие соответствующего транспорта для пациентов означает, что многие сельские жители испытывают трудности в попытке добраться до них. Более того, наблюдается неравномерное распределение специалистов здравоохранения по стране, которые, как правило, предпочитают проживать в городах, в частности, в Астане и Алматы. Такое положение опять же повышает вероятность того, что женщины и дети, проживающие в наиболее удаленных сельских местностях, не имеют возможности получить доступ к надлежащей медицинской помощи.²⁹ В то время как областные администрации пытаются решить данную проблему с помощью компенсационного механизма для привлечения врачей в свои села, более бедные области, такие как Павлодарская, Костанайская и Карагандинская, неспособны предложить привлекательные льготные пакеты, от чего страдает качество медицинского обслуживания.³⁰

В 2009 году в Восточно-Казахстанской области были зарегистрированы самые высокие показатели младенческой смертности в стране – значительно выше среднего показателя по стране, что является результатом, в первую очередь, асфиксии или инфекций, каждый из которых является предотвратимым. Медицинский персонал, работающий в акушерском, родильном и неонатальном отделениях медицинских учреждений в Восточном Казахстане, как сказано в отчете за 2008 г., не имели доступа к материалам и оборудованию, необходимым для эффективного исполнения своих обязанностей (в том числе, в некоторых случаях, к

предметам первой необходимости, таким как доступ к горячей воде поскольку водоснабжение было недоступно, или оборудование находилось в неисправном состоянии. Также в этом отчете были отмечены низкие стандарты ухода в шести медицинских учреждениях, в которых проводилось исследование.³¹

В данном контексте, в 2011 году стартовала региональная программа по улучшению качества перинатальной помощи в этой области. Два основных медицинских учреждения по охране здоровья матери и ребенка в области в настоящее время не только выполняют функции по оказанию третичной медицинской помощи, но также отвечают за качество перинатальной помощи в регионе. Среди инноваций можно отметить следующее: дополнительное отопление для поддержания надлежащей температуры в родильных домах и бесперебойная подача электроэнергии и водоснабжения. В дополнение к этому, в круглосуточном доступе имеются медицинские препараты, такие как свежемороженая плазма и препараты крови, ВИЧ-тесты и антиретровирусные препараты. В первый год реализации программы, доля перинатальной смертности в Восточно-Казахстанской области снизилась с 20,2% до 17,6%, ранняя неонатальная смертность – с 11,8 до 8,0%, и неонатальная смертность – с 12,8 до 9,3%.³²

В последние годы в Казахстане участились случаи отказов от получения вакцины, которые в некоторых областях, по-видимому, являются результатом религиозных убеждений, в то время как в г. Алматы, по-видимому, информация, размещенная в Интернете, посеяла сомнения среди родителей. Все это находит отражение в Мульти-индикаторном кластерном исследовании, проведенном в 2010-2011 гг. (МИКС), которое указывает на то, что менее 85% детей, охваченных исследованием, получили полный пакет иммунизации с незначительными различиями между состоятельными и малообеспеченными семьями.³⁴ В этой связи, правительство разработало информационные кампании, чтобы преодолеть скептицизм общественности по поводу безопасности и эффективности иммунизации.³⁵

Дети, живущие с ВИЧ

В последние годы в Казахстане наблюдается значительный прогресс в области профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. По состоянию на 2010 год, женщины составили 37%

26. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012г, с. 109-110

27. ВОЗ, Системы здравоохранения в переходный период: Казахстан, 2012 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/161557/e96451.pdf, с.102

28. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г., сс. xi-xii

29. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

30. Интервью, Министерство здравоохранения РК, 28 ноября 2012г.

31. Дмитро Добрянский, «Результаты оценки качества медицинской помощи в сфере охраны здоровья матери и ребенка на уровне медицинского учреждения в Восточно-Казахстанской области и общие рекомендации по улучшению качества перинатальной помощи», Государственный Медицинский Университет г. Семей, 2008г.

32. Ион Бологан и Дмитро Добрянский, Внедрение технологий эффективной перинатальной помощи и ухода: Отчет о Миссии 2 июля - 23 июля 2012г., ЮНИСЕФ в Казахстане

33. Интервью, Министерство здравоохранения РК, 28 ноября 2012г.

34. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблицы 3.1-3.14 Вакцинация, Астана, 2012 г.

35. Карен Мэлоун и Мэрион Старджест, Дружественный к детям Казахстан: история развития, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011г., стр. 5

зарегистрированных случаев носителей ВИЧ в стране, и данное количественное соотношение растет, частично благодаря государственной политике по проверке женщин в период беременности. По результатам МИКС за 2010-2011 гг., 86,5% опрошенных женщин было предложено пройти тесты на ВИЧ в рамках антенатальной помощи.³⁶ Такой подход оказал положительное воздействие. В 2012 году 342 беременных женщины были зарегистрированы в качестве живущих с ВИЧ. Тем не менее, всего 33 новых случая ВИЧ были выявлены у детей.³⁷ Исследование передачи ВИЧ от матери к ребенку, проводимое на протяжении последних четырех лет в пяти регионах страны, показало снижение показателей диагностирования ВИЧ у женщин во время родов или после рождения детей с 26% до 9%.³⁸ На протяжении последних двух лет показатель передачи ВИЧ за год от матери к ребенку снизился с 7,4% в 2006 г. до 2,6% в 2012 г. благодаря широкому охвату ВИЧ-тестами и тому, что матери имеют доступ к высокоэффективной антиретровирусной терапии во время беременности и стимулированию отказа от грудного вскармливания.³⁹

Показатели наркомании и алкогольной зависимости находились на высоком уровне среди женщин-роениц с ВИЧ (одна из шести употребляла наркотики в свое время). По имеющимся данным 44,3% отцов детей этих женщин употребляли наркотики. В то же время, эти женщины с ВИЧ, скорее всего, не имели высшего образования или были замужем за своими партнерами, как большинство женщин-роениц в Казахстане. Другим важным фактором является то, что многие женщины из этой группы не имели документов, подтверждающих статус резидента в их месте проживания, т.е. имели очень ограниченный доступ к медицинским услугам. Данный факт был выявлен в исследовании в качестве существенного барьера в отношении раннего диагностирования ВИЧ. Этот анализ показал, что ключевые нерешенные проблемы в области предупреждения передачи ВИЧ от матери к ребенку связаны с нормативными ограничениями и отсутствием возможности наблюдать за протеканием беременности у женщин, употребляющих наркотики, а также отсутствием доступа к антенатальным услугам для женщин из социально уязвимых групп населения, женщин без документов, в том числе, нелегальных мигрантов.⁴⁰

Другая причина инфицирования младенцев и детей вирусом ВИЧ была связана с оказанием

медицинской помощи: небезопасное переливание крови и/или использование нестерильного оборудования для инъекций. В 2006-2007 гг. порядка 150 детей были инфицированы таким образом в государственных больницах г. Шымкента и других частях Южно-Казахстанской области. Начиная с 2006 года, зарегистрированы случаи летальных исходов десяти из этих детей, тем не менее, в настоящее время, выжившие дети получают медицинскую, психологическую и финансовую поддержку. Учитывая все эти обстоятельства, начиная с 2007 года, в Казахстане не зарегистрировано ни одного случая инфицирования вирусом ВИЧ, связанного с оказанием медицинской помощи.⁴¹

По состоянию на 1 января 2013 года, в общей сложности 339 детей в Казахстане были зарегистрированы, как живущие с ВИЧ⁴². Из них 211 детей живут в Южно-Казахстанской области⁴³. В недавнем докладе EurasiaNet.org указано, что родители этих детей в целом удовлетворены уровнем медицинских услуг, которые они получают. Тем не менее, родители указали на социальную стигму, связанную с ВИЧ, в качестве главной проблемы. Многие пытаются скрыть положительный ВИЧ-статус своих детей.⁴⁴ Также сообщалось об инцидентах, когда детей исключили из частной школы из-за опасений в связи с негативным влиянием на бизнес, хотя в государственных школах области местные чиновники, как сообщается, заняли более активную позицию в борьбе с дискриминацией, вмешавшись в ситуацию, когда государственная школа не хотела принимать детей, живущих с ВИЧ.⁴⁵

Питание

В 2010-11гг. в Казахстане 3,7% детей в возрасте до пяти лет имели недостаток в весе, в том числе, 1,2% детей были отнесены к группе со значительным дефицитом веса. В то же самое время у 13,1% детей наблюдается задержка в росте, в том числе у 5,4% из них наблюдается значительное замедление роста. Между тем, у 4,1% детей наблюдается истощение (по показателю отношения веса к росту), а у 1,7% детей степень истощения оценена как критическая. При использовании сопоставимых цифр, данные показатели сохраняются в целом без изменений с момента проведения МИКС в 2006 году.⁴⁷

Из всех детей в возрасте до 18 лет, 4% имели умеренно сниженный вес, а 1,5% детей были

классифицированы как имеющие критическое отставание в весе. В Актюбинской области дети чаще всего страдают дефицитом массы тела для своего возраста (11,9%) и задержкой в росте (36,2%). Между тем, самая высокая доля детей со сравнительно низким весом для их возраста (истощение) наблюдается в Актюбинской области (8,6%) и Восточно-Казахстанской области (8,1%). В городах имеет место пропорциональное распределение детей с умеренным дефицитом массы тела и истощенных детей, в то время как в сельских районах дети в большей степени страдают задержкой в развитии роста. У детей, чьи матери имели высшее образование, с меньшей вероятностью встречается дефицит массы тела (3,4%), задержка в росте (11,5%) или истощение (4%), нежели у детей, чьи матери имеют неоконченное среднее образование.⁴⁸

Как и в других странах со средним уровнем доходов, показатели питания в Казахстане отражают двойственность нарастающей проблемы детей в возрасте до пяти лет, страдающих избыточным весом, в особенности, в возрасте от 1 до 2 лет, а также проблемы недостаточного питания среди некоторых слоев общества и в некоторых регионах.⁴⁹ Порядка 13,3% детей, участвовавших в исследовании МИКС, страдали избыточной массой тела, при этом наибольшая вероятность возникновения данной проблемы наблюдалась у мальчиков, нежели у девочек (14,8% мальчиков по сравнению с 11,8% девочек). Самая высокая доля детей, страдающих избыточной массой тела, выявлена в Актюбинской области (33,5%), Астане (22,1%) и в Жамбылской области (21,3%). Наибольшая вероятность избыточной массы тела наблюдалась у малышей в возрасте от 6 до 11 месяцев (19%).⁵⁰

Правительство РК предприняло некоторые шаги для того, чтобы решить проблемы питания. К примеру, в Казахстане продажа нейодированной соли для потребления человеком и животными является незаконной.⁵¹ По состоянию на 2006 год, Министерство здравоохранения РК заявило о достижении цели по универсальному йодированию соли.⁵² В последние годы Правительство РК также проводит совместную работу с международными партнерами по обогащению пшеничной муки железом, цинком, фолиевой кислотой (витамин В9), тиамин (В1), рибофлавином (В2), ниацином (В3) и кобаламином (В12). В число мероприятий входит повышение уровня информирован-

36. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица НА.7 Консультирование и тестирование на ВИЧ во время оказания антенатальной помощи, Астана, 2012г.

37. Статистика Национального центра по профилактике и борьбе со СПИД, январь, 2013г.

38. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК, Результаты оценки уровня передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и эффективности программы по профилактике вертикальной трансмиссии в Алматинской, Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях и в г. Алматы Республики Казахстан, Алматы, 2011 г.

39. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК, апрель 2013 г., <http://www.zakon.kz/4549562-v-kazakhstan-e-vich-pozitivnye.html>

40. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК, Результаты оценки уровня передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и эффективности программы по профилактике вертикальной трансмиссии в Алматинской, Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях и в г. Алматы Республики Казахстан, Алматы, 2011г.

41. Джоанна Лиллис, Казахстан: ВИЧ-скандал в Шымкенте, Шесть лет спустя, Eurasianet.org, 16 декабря, 2012, <http://www.eurasianet.org/node/66286>

42. Данные, представленные Национальным Центром по борьбе со СПИДом, январь 2013 г.

43. Данные, представленные Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК, февраль 2013 г.

44. Джоанна Лиллис, Казахстан: ВИЧ-скандал в Шымкенте, Шесть лет спустя, Eurasianet.org, 16 декабря 2012г., <http://www.eurasianet.org/node/66286>

45. Джоанна Лиллис, Казахстан: ВИЧ-скандал в Шымкенте, Шесть лет спустя, Eurasianet.org, 16 декабря 2012г., <http://www.eurasianet.org/node/66286>

46. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблицы NU.1 и NU.1A Питание, 2012г.

47. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2006г., Таблица NU.1 Питание, 2007г.

48. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица NU.1 Питание, 2012г.

49. Гаврилович М., Харпер К., Джонс Н., Маркус Р. и Перезнието П., Влияние экономического кризиса, волатильности цен на продукты питания и энергоносители на детей и женщин Казахстана, 2009 г. Институт международного развития, Лондон; Кити Ролен и Франциска Гассман, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ, июль 2012 г.

50. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица NU.1 Питание, 2012г.

51. Закон «О профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода», введен в действие 14 ноября, 2003г.

52. Министерство здравоохранения, Досье о достижении цели УИС в Казахстане, Астана, 2007г.

ности потребителей и спроса на обогащенную муку; разработка системы тщательного мониторинга и системы оценки фортификации; обучение мукомолов улучшению качества внутреннего контроля фортификации.⁵³ В результате проведения таких мероприятий показатели потребления обогащенной пшеничной муки возросли с 2% домохозяйств в 2008 году до 26,6% в 2011 году.⁵⁴

Уровень распространенности анемии среди женщин репродуктивного возраста снизился с 44,7% в 2008 году до 38,9% в 2011 году, в то время, как среди детей в возрасте до пяти лет уровень распространенности данного заболевания снизился с 47,4% в 2008 году до 35,2% в 2011 году.⁵⁵ Железодефицитная анемия, в частности, широко распространена в Актюбинской и Кызылординской областях.⁵⁶

Содержание ферритина в крови⁵⁷

В 2011 г. у 62,9% беременных женщин в Казахстане был зафиксирован низкий уровень содержания ферритина в крови, по сравнению с 43,8% небеременных женщин в возрасте 15-49 лет. К тому же, у более чем 54,5% женщин с низким уровнем содержания ферритина в крови была выявлена железодефицитная анемия.

Доля детей в возрасте 6-59 месяцев с низким уровнем ферритина в крови составила 38,1%, а у 52,1% детей с низким уровнем ферритина в крови была выявлена анемия. У 46,4% детей в возрасте 6-23 месяцев наблюдается низкий уровень ферритина в крови, и 63,1% из них страдают анемией: среди детей в возрасте 24-59 месяцев, эти показатели составили 35,2% и 47% соответственно.

Самые высокие показатели детей с низким уровнем ферритина в крови зарегистрированы в Актюбинской (61,8%) и Южно-Казахстанской (55,2%) областях, а самые низкие показатели зарегистрированы в Западно-Казахстанской (23,3%) и Северо-Казахстанской (14,3%) областях, наряду с г. Алматы (21,1%). Самый высокий процент заболевания анемией среди детей с низким уровнем ферритина в крови зарегистрирован в Кызылординской (81,8%) и Мангистауской (76,7%) областях, а самый низкий – в Жамбылской (27,6%) и Западно-Казахстанской (29,4%) областях.

Фолиевая кислота⁵⁸

В ситуации с фолиевой кислотой в целом наблюдается прогресс: к 2011 году дефицит фолиевой кислоты у детей в возрасте 6-59 месяцев составил 12%, что говорит о снижении уровня с 2008 года (57,7%) более чем в четыре раза. Из них у 11,4% наблюдался умеренный дефицит, а у 0,6% – острый. Дефицит фолиевой кислоты у беременных женщин составил 8%, что практически наполовину меньше показателя для небеременных женщин в возрасте 15-49 лет (15,3%). Тем не менее, у значительной части детей в возрасте 6-59 месяцев (42,3%), беременных женщин (31,8%), и небеременных женщин (39,7%) наблюдается пограничный уровень содержания, таким образом, безопасный уровень содержания фолиевой кислоты в крови наблюдается лишь у 45,7% детей, у 60,2% беременных женщин и у 45% небеременных женщин.



Витамин А⁵⁹

Средний уровень содержания витамина А в сыворотке крови у детей в возрасте 6-59 месяцев (29,3 мкг/л) был значительно ниже, нежели у беременных женщин (44,9 мкг/л), и небеременных женщин репродуктивного возраста (50,4 мкг/л). Это указывает на то, что обеспечение детей витамином А оказалось хуже, нежели у женщин. Самый низкий показатель среднего уровня витамина А в крови беременных женщин зарегистрирован в Восточно-Казахстанской (37,1 мкг/л) и Западно-Казахстанской (37,9 мкг/л) областях, а самый высокий – в Алматинской (59,0 мкг/л) и Северо-Казахстанской

(60,2 мкг/л) областях, а также в г. Алматы (59,8 мкг/л). Среди детей самые низкие показатели среднего уровня витамина А в крови выявлены в Костанайской (20,9 мкг/л), Кызылординской (24,6 мкг/л) и Актюбинской (23,1 мкг/л) областях, а самые высокие – в г. Алматы, а также в Северо-Казахстанской и Карагандинской областях.

Доля дефицита витамина А у детей в возрасте 6-59 месяцев, составила 23,2%, что вдвое меньше показателя 2006 года, как для умеренного, так и острого дефицита витамина А. Другие 35,4% детей имеют пограничный уровень витамина А в крови, что означает, что лишь 41,4% детей имеют безопасный уровень витамина А. Самый высокий показатель дефицита витамина А у детей зарегистрирован в Кызылординской (33,7%), Акмолинской (38,7%) и Павлодарской (42,6%) областях, а также в г. Астана (37,4%), а самый низкий – в Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Восточно-Казахстанской и Мангыстауской областях, а также в г. Алматы. Среди беременных женщин случаев дефицита витамина А не выявлено, в то время как дефицит среди небеременных женщин выявлен лишь у 1,8%. В общей сложности пограничный уровень содержания витамина А в крови отмечается среди 19% беременных женщин и 10% других женщин, что означает, что 81% и 88% соответственно имеют безопасный уровень витамина А в крови.

Грудное вскармливание

Данные относительно исключительно грудного вскармливания до шести месяцев по Республике Казахстан остаются поводом для беспокойства. В то время как уровень исключительно грудного вскармливания повысился с 16,8% в 2006 г. до 31,8% в 2010-2011 гг.,⁶⁰ проблемы с задержкой кормления грудью непосредственно после родов, по-прежнему, приводит к заболеваниям органов дыхания, гипотермии, диарее и инфекционным заболеваниям среди детей младшего возраста в стране.⁶¹ Респираторные заболевания являются причиной смерти до 9% детей, погибающих в возрасте до одного года.⁶² Исключительно грудное вскармливание наблюдается чаще в городской местности, чем в сельской (34,4 и 29,2% соответственно). В старших возрастных группах городские дети продолжают получать грудное молоко чаще, чем сельские дети. Дети матерей с высшим образованием в большей степени находятся на

53. Глобальный Альянс по Улучшению Питания, Проект по обогащению пшеничной муки в Казахстане, дата неизвестна, <http://www.gainhealth.org/project/kazakhstan-wheat-flour-fortification-project>

54. Казахская Академия Питания и ЮНИСЕФ, Национальное Исследование Питания, 2008г. и 2011г.

55. Казахская Академия Питания и ЮНИСЕФ, Национальное Исследование Питания, 2008г. и 2011г.

56. ЮНИСЕФ, Лучшее начало жизни для каждого ребенка, дата неизвестна, http://www.unicef.kz/en/services/health_development/?sid=cds68hfr0vha06ug3fb04te4b4

57. Казахская Академия Питания и ЮНИСЕФ, Национальное Исследование Питания, 2008г. и 2011г.

58. Казахская Академия Питания и ЮНИСЕФ, Национальное Исследование Питания, 2008г. и 2011г.

59. Казахская Академия Питания и ЮНИСЕФ, Национальное Исследование Питания, 2008г. и 2011г.

60. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица NU.3 «Грудное вскармливание», 2012 г., и Агентство РК по статистике и ЮНИСЕФ, МИКС-2006, Таблица NU.3 «Грудное вскармливание», 2007 год

61. ЮНИСЕФ Казахстан «Сделать грудное вскармливание более легким для матерей», 1 августа 2012 года, в <http://www.unicef.kz/en/news/item/425/?sid=cds68hfr0vha06ug3fb04te4b4>. Мета-анализ исследований, проведенных в развитых странах, показал, что риск развития тяжелых респираторных заболеваний дыхательных путей, которые привели к госпитализации более чем в три раза выше среди детей, которых не кормят грудью, по сравнению с теми, кто находится на исключительно грудном вскармливании в течение четырех месяцев [Гальтон Бахрах VR и др. «Грудное вскармливание и риск госпитализации по причине респираторных заболеваний в младенчестве. Мета-анализ». 2003, ArchPediatrAdolescMed 157:237-243]

62. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания Совершенствование услуг в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстане: оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

исключительно грудном вскармливании, чем у женщин с более низким уровнем образования (34,8% по сравнению с 30,1%).⁶³ Необходимы дополнительные исследования причин, почему уровень исключительно грудного вскармливания остается настолько низким в Казахстане, и что можно сделать, чтобы исправить это положение.

Анализ по квинтилям (пять основных групп населения, различающихся по уровню доходов) показывает, что у 20% детей из наименее обеспеченных семей наблюдается значительно более высокий уровень неполноценного питания, чем у 20% детей из наиболее обеспеченных семей. Дети из наименее обеспеченных семей не набирают вес более чем в пять раз чаще по сравнению с 20% детей из наиболее обеспеченных семей, при том, что в рамках теста роста к возрасту соотношение частоты случаев 4 к 1.⁶⁴

Безопасная вода и санитария

В Казахстане среди причин смертности среди детей в возрасте до пяти лет пневмония (17%) и диарея (14%) являются наиболее значительными. Оба заболевания могут быть предотвращены путем обеспечения доступа к чистой воде и улучшения гигиенических и санитарно-бытовых условий.⁶⁵ Тем не менее, недостаточный доступ к безопасной воде и санитарным объектам остается широко распространенной проблемой, в частности, в сельской местности (в 2006 году только 57,2% сельских семей имели доступ к безопасной питьевой воде, хотя Отраслевая программа по обеспечению питьевой водой (Этап 2) на 2006-2010 годы⁶⁶ была призвана увеличить этот показатель на 20% к 2010 году) и в недавно построенных городских поселениях. В результате, почти четверть населения страны пользуется небезопасной питьевой водой.⁶⁷

От 60 до 65% детей имеют доступ к источнику безопасной воды на разумном расстоянии, а также к санитарно-гигиеническим сооружениям.⁶⁸ Тем не менее, доступ к питьевой воде является особой проблемой для более 50% населения Мангистауской, Жамбылской и Западно-Казахстанской областей. Исследование показало, что значительная доля детей в Мангистауской области употребляет воду из защищенных скважин в качестве питьевой. В Жамбылской области многие дети живут в домах, где источником питьевой воды служат ко-



лодцы или скважины. Ни один из них не считается безопасным источником питьевой воды. Дети, проживающие в Алматинской области, также имеют выше среднего риск подвергнуться воздействию небезопасной воды и неблагоприятных санитарных условий. Возможные объяснения связаны с отставанием областей в экономическом развитии (Алматинская и Жамбылская области), высоким уровнем бедности (Мангистауская область) и большой долей сельского населения (Алматинская область).⁶⁹

По результатам расчетов глобальных стандартов ЮНИСЕФ, 93,9% населения в Республике Казахстан (99,1% в городской местности и 87,9% в сельской местности) пользуется улучшенными источниками питьевой воды. Ситуация в Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях значительно хуже, чем в других регионах; только 89,1%, 87,6% и 87,4% населения соответственно используют питьевую воду из улучшенных источников.⁷⁰ Тем не менее, по состоянию на 1 июля 2010 года только 41% сельских населенных пунктов имели доступ к централизованной водопроводной системе.⁷¹ В рамках программы «Ак Булак» к 2020 году Правительство РК планирует увеличить этот показатель до 80% в сельских населенных пунктах (а также до 100% в городской местности).⁷²

Существует серьезное неравенство в соответствии с доходом относительно доступа к безопасной воде. В то время как 99% из 20-процентного квинтиля самых обеспеченных домохозяйств имеют водопроводное снабжение в своих домах, только 46% семей в квинтиле беднейшей части населения имеют водопровод в домах. В то же время, менее

60% наименее обеспеченных семей очищают воду перед ее использованием по сравнению с более чем 80% наиболее обеспеченных семей. Данный факт подчеркивает отсутствие понимания важности очистки воды перед ее употреблением. С 2006 года произошли существенные усовершенствования в прокладке сети водоснабжения для населения, представленного во втором и третьем квинтилях. В этих квинтилях более 28% семей получили доступ к водопроводной воде, в то время как в 20% наименее обеспеченных семей этот показатель улучшился лишь на 1,5%.⁷³

Почти каждый житель Казахстана проживает в домохозяйствах с улучшенными санитарно-техническими сооружениями (99,4%); оценка, проведенная в 2012 году, показала, что 98% жителей в сельской местности и 97% в городах пользовались улучшенными санитарно-техническими средствами.⁷⁴ Тем не менее, в Мангистауской области почти каждый пятый ребенок пользуется выгребной ямой без бетонного покрытия, которая, как правило, является антисанитарным сооружением.⁷⁵ Одной из ключевых проблем являлся вопрос утилизации фекалий детей в возрасте 0-2 лет. Многие утилизировали их небезопасным образом в Алматинской (31,1%), Жамбылской (38,6%), Мангистауской (45,8%) областях и в г. Астана (36,2%). В этих регионах высокий процент детских фекалий был утилизирован вместе с бытовым мусором.⁷⁶

Обеспечение школ страны чистой питьевой водой и улучшенными санитарными условиями осуществляется также неравномерно: 79% школ сообщили о том, что они имеют доступ к качественному водоснабжению, и 67% школ имеют доступ к улучшенным санитарным условиям. Тем не менее, в 2012 году было порядка 7 000 сельских школ в Казахстане, где туалеты представляют собой только выгребные ямы, учащиеся не имеют возможности для мытья рук около уборной или при ближайшем входе в школу туалете. Министерство образования и науки РК осознает важность обеспечения всех школ безопасной питьевой водой и надлежащими санитарными условиями, и планирует запустить программу по улучшению водоснабжения и санитарно-технических условий в сельских школах, а также содействовать повышению информированности общественности посредством межсекторального сотрудничества с министерствами труда и здравоохранения.⁷⁷

63. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица NU.3 «Грудное вскармливание», 2012 год

64. ЮНИСЕФ «Анализ справедливости в вопросах охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан», 15 июня 2012 года. Это относится к z баллов по весу.

65. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

66. Постановление правительства РК № 93 от 23 января 2002 года

67. Гаврилович М., Харпер К., Джонс Н., Маркус Р. и Перезнието П., Влияние экономического кризиса, волатильности цен на продукты питания и энергоносители на детей и женщин Казахстана, 2009 г. Институт международного развития, Лондон; ссылка на ЮНИСЕФ «Кластерное обследование по методу совокупных показателей (МИКС) в Казахстане. Заключительный отчет», ЮНИСЕФ и АРКС, Алматы, 2006 год. Томас Алветег «Консультации ВАШ (WASH) (водоснабжение, санитария и гигиена) по региону ЦВЕ / СНГ - доклад о визите в Казахстан в июне 2012 г.», 2012 год

68. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года. Данные заимствованы из Мульти-индикаторного кластерного исследования, Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, 2010-11гг.

69. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года.

70. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица WS.1 Использование усовершенствованных источников воды, Астана, 2012 год

71. Данные Министерства сельского хозяйства, приведенные в программе Правительства Республики Казахстан «Ак Булак» на 2010-2020 гг. 2010 год

72. Правительство Республики Казахстан, Программа «Ак Булак» на 2010-2020 гг. 2010 год

73. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица WS.1 «Использование усовершенствованных источников воды», Астана, 2012 год. Агентство по статистике и ЮНИСЕФ, МИКС 2006г., Таблица WS.1 «Обеспечение усовершенствованными источниками воды», 2007 год.

74. Совместная программа ВОЗ / ЮНИСЕФ по мониторингу сектора водоснабжения и санитарии, оценке использования усовершенствованных санитарно-гигиенических объектов, ВОЗ / ЮНИСЕФ, 2012 год

75. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие ребенка в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года.

76. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица WS.7 «Утилизация фекалий ребенка», 2012 год

77. Томас Алветег «Консультации ВАШ (WASH) (водоснабжение, санитария и гигиена) по региону ЦВЕ / СНГ - доклад о визите в Казахстан в июне 2012 г.», 2012 год

Когнитивное и эмоциональное развитие ребенка раннего возраста

Первые пять лет жизни ребенка являются важным периодом активного развития мозга. Качественный уход на дому в этот период имеет решающее значение для развития ребенка. В этой связи, занятия взрослых с детьми, наличие детских книг в доме и условия ухода за детьми являются важными показателями качества домашнего ухода. Дети должны быть физически здоровыми, умственно развитыми, эмоционально уравновешенными, социально ответственными и готовыми к обучению. В 2011 году 91,5% детей в возрасте до 5 лет были заняты старшими членами семьи более чем в четырех видах деятельности по раннему развитию в течение трех дней, предшествовавших проведению исследования.⁷⁸ В то же время, менее половины (49,1%) отцов были вовлечены в указанные виды деятельности вообще.⁷⁹

В Казахстане только 47,8% детей в возрасте до пяти лет живут в семьях, где имеются, по крайней мере, три детские книги. Доля детей, имеющих доступ к 10 или более книгам, составила только 26%. Хотя никаких существенных гендерных различий не наблюдается, городские дети, по всей видимости, имеют более широкий доступ к детским книгам, по сравнению с детьми, которые живут в сельской местности. Существует также массовое несоответствие между регионами: в то время как 72-80% семей в городах Астана и Алматы имеют 10 и более детских книг, в Кызылординской, Мангистауской, Южно-Казахстанской и Жамбылской областях цифры варьируются в диапазоне между 2,4 и 6% семей. В сельской местности только 13,9% семей соответствуют этому показателю по сравнению с 38,9% в городах. Другими характерными чертами семей с меньшим количеством книг являются бедность, низкий уровень образования матери и принадлежность к казахской национальности.⁸⁰

В то же время 44,8% детей в возрасте до пяти лет имели два и более различных вида игрушек для игры дома. В общей сложности 94,6% детей играют с игрушками, купленными в магазинах, и 41,7% детей играют с предметами домашнего обихода. В гендерном разрезе и по месту проживания (сельская местность/город) по данному показателю существует незначительное различие. Тем не менее, дети матерей с низким уровнем образования, дети, живущие в малоимущих семьях, и дети из Южно-Казахстанской и Атырауской областей значительно реже имеют два и более вида игрушек.⁸¹

В общей сложности, за неделю до обследования 3,4% детей в возрасте до пяти лет остава-

лись под присмотром других детей, а 2% оставались одни: в общей сложности в этот период 4,4% детей были предоставлены сами себе или оставались под присмотром других детей. Недостаточный уход превалировал среди детей, чьи матери имели более низкий уровень образования (10,2%) в отличие от детей, чьи матери имели высшее образование (3,3%). Дети в возрасте от 2 до 4 лет оставались без надлежащего ухода чаще (6,2%), чем дети до двух лет (1,7%).⁸²



78. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CD.2, Астана, 2012 год. Необходимо отметить, что в ходе МИКС было обследовано 16 380 домохозяйств, что является репрезентативной выборкой для Казахстана.

79. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Астана, 2012 год

80. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-2011 гг., Таблица CD.2. Поддержка обучения, Астана, 2012 год

81. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-2011 г.г., Таблица CD.3. Учебные материалы, Астана, 2012 год

82. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CD.4. Ненадлежащий уход, Астана, 2012 год

83. Medinfo, 2010 год

84. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.

85. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CH.8.

86. Динеш Сети «Европейский доклад о профилактике детского травматизма», ВОЗ, 2008 г., http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, с. 26

87. Мединфо, 2010 год

Дети в семьях и сообществах

Здоровье и безопасность детей

Дети, выжившие в первый год жизни, имеют гораздо больше шансов достичь зрелого возраста. Уровень смертности детей в возрасте до пяти лет в стране составляет 18,7 на 1000 живорожденных, 85% смертей среди детей младше пяти лет происходит среди младенцев. Этот показатель значительно различается по областям: от 26,5 на 1000 живорожденных в Кызылорде до 9,8 в Актобе (данные за 2010 год). Южно-Казахстанская область, имеющая самый высокий показатель рождаемости за год, занимает второе место по уровню детской смертности – 23,5 на 1000 живорожденных.⁸³

Основными причинами смерти среди детей в возрасте от одного до четырех лет являются такие заболевания, как пневмония и диарея, которые можно предотвратить с помощью известных, доступных, технически несложных вмешательств.⁸⁴ Знание лицами, осуществляющими уход за детьми случаев, когда необходимо срочное оказание медицинской помощи, является важным фактором, влияющим на уровень заболеваемости и смертности у детей. Ключевой проблемой, выявленной в ходе МИКС в 2010-2011 годах, является тот факт, что по сравнению с 2006 годом выявлен более высокий уровень нежелания родителей, доставлять детей в медицинские учреждения немедленно при появлении симптомов опасного заболевания. Данные МИКС также четко показывают неравенство в том, что при появлении у детей опасных симптомов наименее обеспеченные семьи менее склонны незамедлительно доставлять своих детей в медицинское учреждение.

Кроме того, с 2006 года количество матерей и ухаживающих лиц, которые могут различить два опасных симптома пневмонии, снизилось на 10%. Согласно МИКС, только 22,2% женщин были знакомы с этими симптомами пневмонии (учащенное и затрудненное дыхание). Показатель снижается до 15,7 и 15,8% для двух беднейших квинтилей – социальных групп. Это свидетельствует о необходимости национальной образовательной кампании для разъяснения признаков, рисков и последствий недоленности таких заболеваний, как пневмония.⁸⁵

В Казахстане дети по мере роста сталкиваются с широким спектром вопросов безопасности. В своем Европейском докладе о профилактике детского травматизма за 2008 год, ВОЗ указала, что в период между 2003 и 2005 годами Казахстан занимал второе место среди стран Европы, находящихся под эгидой ВОЗ, по детской смертности (после Российской Федерации) в результате случайных травм с показателем 32 смерти на 100 000 населения.⁸⁶ Самые высокие показатели смертности от «травм» зарегистрированы в Павлодарской области (45 случаев на 1000 детей в возрасте до пяти лет), городе Алматы (33,9), Северо-Казахстанской области (29,0) и Алматинской области (25,1).⁸⁷

В летнее время часто сообщается о случаях утопления во многих реках и озерах страны, а также в незащищенных колодцах. В Казахстане риск гибели детей в результате утопления был в 20 раз выше, чем в Великобритании, стране с самым низким показателем детской смертности в результате утопления. Эти данные соответствуют показателям стран с низким и средним уровнем доходов в Африке и Восточном

Таблица 1.
Симптомы, требующие незамедлительной доставки ребенка в медицинское учреждение

	Самые бедные	Второй квинтиль	Средние	Четвертый квинтиль	Самые богатые	Всего
Ребенок не может пить или сосать грудь	14%	20%	25%	29%	26%	23%
Ухудшение состояния ребенка	35%	37%	46%	51%	54%	44%
У ребенка появляется высокая температура	76%	87%	90%	95%	94%	88%
У ребенка учащенное дыхание	26%	27%	37%	41%	44%	35%
У ребенка затрудненное дыхание	29%	34%	45%	54%	59%	44%
В стуле ребенка есть кровь	16%	19%	26%	34%	37%	26%
Ребенок пьет мало жидкости	9%	11%	15%	20%	21%	15%

Источник: Sanigest Internacional на основе МИКС в 2011г.

Средиземноморье. Сотрудники регионального ведомства по чрезвычайным ситуациям в Восточном Казахстане подтвердили, что утопление остается серьезной проблемой для детей,⁸⁹ и средства массовой информации страны продолжают сообщать о случаях утопления.⁹⁰

В то же время, по данным доклада ВОЗ за 2008 год, Казахстан занимал третье место в странах Европы и Центральной Азии по показателю отравления среди детей до 18 лет.⁹¹ Кроме того, в течение первых девяти месяцев 2012 года в Республике Казахстан в результате дорожно-транспортных происшествий погибло 193 ребенка.⁹²

Семейная и детская бедность

Параллельно с экономическим ростом, за последнее десятилетие значительно вырос уровень жизни в Казахстане. Оценки уровня бедности с 2010 года, показывают, что доля бедного населения, глубина и острота бедности резко снизились в период с 2001 до 2009 года, несмотря на всплеск, последовавший за мировым экономическим кризисом в 2008-2009 годах.⁹³ Тем не менее, в Казахстане дети имеют высокий уровень риска проживания в семьях,

где средний уровень потребления ниже прожиточного минимума. В общей сложности, 45% всех детей в возрасте до 18 лет живут за чертой бедности, при этом дети в возрасте до 18 лет составляют всего 33% населения в целом. 7% детей живут в семьях, где уровень потребления составляет менее 60% прожиточного минимума, то есть они живут в условиях крайней нищеты. Во всех областях страны уровень бедности несколько выше для детей в возрасте до пяти лет, чем для детей старшего возраста, и значительно выше, чем у взрослых.⁹⁴

Бедность в значительной степени характерна для больших семей с маленькими детьми, молодых семей с детьми и семей с одним родителем. Недавнее исследование также показало, что семьи, в которых основным источником дохода семьи являются доходы женщины, особенно подвержены бедности.⁹⁵ В частности, после развода матери зачастую сталкиваются с проблемами взыскания алиментов со своих бывших супругов, о чем свидетельствует более чем 50-процентное увеличение количества судебных решений о взыскании алиментов в период между 2008 (101 050) и 2011 годами (156 426), при этом только 15% таких решений приводится в исполнение. Имеет место увеличение числа лиц, скрывающихся от правосудия по этому



поводу.⁹⁶ В ответ на эту проблему ведутся дискуссии о возможности создания Алиментного фонда в Республике Казахстан для оказания финансовой поддержки матерям-одиночкам, которых не поддерживают бывшие партнеры и супруги. В Стратегии Казахстан-2050 Президент РК заявил, что предотвращение роста бедности является ключевым приоритетом, воспитание детей является обязанностью обоих родителей, но если мать остается одна воспитывать ребенка, то отец ребенка должен платить алименты. Он также высказался за усиление наказания за неуплату алиментов.⁹⁷

Почти половина всех семей (49%), имеющих трех и более детей в возрасте до шести лет, были малоимущими в 2008 году по сравнению с 11% семей, не имеющих детей. Уровень бедности незначительно упал для семей, имеющих трех или более детей в возрасте до шести лет, по сравнению с семьями, не имеющих детей или имеющих одного ребенка.⁹⁸

Эти данные показывают, что бедность является важным фактором, влияющим на уязвимость семей и детей.⁹⁹ Выводы дополняются опросными исследованиями, проведенными Академией государственного управления в 2012 году. Около половины респондентов указали на то, что они имели трудности в выживании на свои доходы («сводить концы с концами»), и что они жили в условиях бедности и уязвимости. Треть респондентов также заявили, что их материальное благополучие является наиболее важным аспектом обеспечения благополучия их детей.¹⁰⁰

Уровень жизни в селах, по-прежнему, значительно ниже, чем в городах. Например, в Павлодарской и Северо-Казахстанской областях, вероятность бедности среди сельского населения в три раза выше, чем среди городского. Различия между городскими и сельскими поселениями по наличию фактических случаев крайней бедности наиболее выражены.¹⁰¹

Существуют также сезонные колебания уровня бедности, особенно в сельской местности и небольших городах, которые, по данным обследования бюджетов домашних хозяйств, показали чуть более высокий уровень бедности во втором квартале 2009 года. В то время как 25% населения (в том числе 60% людей, которые считались бедными) жили в бедности в течение всех четырех кварталов, 16% из тех, кто считался бедным, испытывали бедность только в течение одного квартала. Уровень постоянной или изменяющейся в течение года бедности,

88. Динеш Сети «Европейский доклад о профилактике детского травматизма», ВОЗ, 2008 г., http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, с.47

89. Интервью ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года. См., например, tengrinews.kz «Трое детей погибли при пожаре в Северном Казахстане», 8 ноября 2012, <http://tengrinews.kz/events/troe-detey-pogibli-pri-pojare-v-severnom-kazahstane-223085/>

90. См., например, Казинформ «5 взрослых и 3 детей утонули в воде в Республики Казахстан», 19 июня 2012 года www.inform.kz/eng/article/2473215, Казинформ. «3 взрослых, 3 детей утонули за последние 24 часа в Казахстане», 7 июля 2012 года, [inform.kz/eng/article/2477859](http://www.inform.kz/eng/article/2477859) и [Gazeta.kz](http://www.gazeta.kz) «6 человек, включая 2 детей, утонули в регионах Республики Казахстан», 20 июля 2012, engnews.gazeta.kz/art.asp?aid=366878 20 июля 2012 - Eng.Gazeta.kz «6 человек, в том числе 2 детей, утонули в регионах Республики Казахстан».

91. Динеш Сети «Европейский доклад о профилактике детского травматизма», ВОЗ, 2008 г., http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, с.58

92. Total.kz «Около 200 детей погибли на дорогах Казахстана», 5 ноября 2012 года, http://total.kz/society/2012/11/05/okolo_200_detey_pogibli_na

93. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан», 2010, г. Астана; Гаврилович, М., Харпер, К., Джонс, Н., Маркус, Р. и П. Перезнието «Влияние экономического кризиса и неустойчивости цен на продукты питания и топливо на детей и женщин в Республике Казахстан, 2009, Overseas Development Institute, Лондон.

94. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года. стр. 24

95. Гаврилович М., Харпер К., Джонс Н., Маркус Р. и Перезнието П., Влияние экономического кризиса, волатильности цен на продукты питания и энергоносители на детей и женщин Казахстана, 2009 г. Институт международного развития, Лондон; Всемирный банк «Целевое исполнение и влияние бедности на социальные выплаты в Казахстане: данные за 2007 год обследования бюджетов домашних хозяйств», 2009 год.

96. Годовой отчет Омбудсмена Казахстана за 2011 год / http://www.ombudsman.kz/publish/docs/doklad_zhyl/detail.php?ID=2023

97. Послание Президента РК «Стратегия «Казахстан-2050»: Новый политический курс состоявшегося государства», 14 декабря 2012 года, <http://www.zakon.kz/4530853-poslanie-prezidenta-rk-narodu.html>

98. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010»

99. Карэн Малоун и Марион Стеррджес «Дружественный к детям Казахстан: история», ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., с.2-3

100. Академия государственного управления РК «Качественные исследования по вопросу детского благополучия», 2012 год

101. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010»

значительно отличается по регионам. В Южном Казахстане, например, почти 25% населения испытывают бедность один, два или три квартала в год. И хроническая бедность, и сезонные различия могут иметь далеко идущие последствия для детей.¹⁰²

Наряду с городскими и сельскими различиями, существуют также значительные региональные различия в уровне бедности, которые затрагивают детей. Как ни парадоксально, самый высокий уровень бедности отмечается в Мангистауской области, в то время как эта область является высокодоходной из-за нефтедобычи. Показатели доходов маскируют абсолютную бедность сельского населения области: 35% сельчан в Мангистау живут в крайней нищете, и почти 90% всех детей области считаются бедными. В Южном Казахстане, занимающем второе место по уровню бедности, 58% детей живут в бедности; за ЮКО следует Атырауская (45%) и Алматинская области (43%). Самые низкие показатели детской бедности наблюдаются в двух крупных городах: Алматы (18%) и Астане (22%).¹⁰³ Тем не менее, следует отметить, что бедность традиционно выше в сельской местности, и, несмотря на городские и сельские различия, имело место значительное сокращение масштабов бедности в городах: от 3 000 000 людей, живущих ниже прожиточного минимума в 2005 году, до 700 000 в 2011 году.¹⁰⁴

Социальная исключенность, затрагивающая некоторые группы населения, также формирует детскую бедность в Республике Казахстан. В частности, ребенок, живущий в семье, где один или несколько взрослых имеют инвалидность или специальные потребности, и дети из семей мигрантов (как внутренних мигрантов, так и тех, которые мигрировали из соседних стран) относятся к группе высокого риска бедности. Зачастую мигранты, в том числе дети из семей мигрантов, также не могут зарегистрироваться по новому месту жительства, а это означает, что они не могут получить доступ к социальным услугам и выплатам, которые могут улучшить положение семьи.¹⁰⁵

Бедность ведет к широкому спектру уязвимости для детей. Согласно исследования в 2012 г., в общей сложности 57,3% опрошенных жертв торговли людьми заявили, что они росли в условиях бедности, из них только 16,5% сообщили, что их семьи получали поддержку со стороны государства или общества в форме денежных выплат, направленных на снижение бедности.¹⁰⁶

102. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан “Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010”

103. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан “Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010”

104. Данные предоставлены Министерством труда и социальной защиты населения РК, апрель 2013г.

105. Гаврилович М., Харпер К., Джонс Н., Маркус Р. и Перезнието П., Влияние экономического кризиса, волатильности цен на продукты питания и энергоносители на детей и женщин Казахстана, 2009 г. Институт международного развития, Лондон

106. Робин Н. Хаар «Экспресс-оценка уязвимости детей к рискованному поведению, сексуальной эксплуатации и торговле людьми в Республике Казахстан», UNICEF_2012г., в <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>

107. Закон 114-IV ЗРК о специализированных социальных услугах от 13 февраля 2009 года, доступно на сайте (на русском языке) на <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83933/93012/F1119530410/KAZ83933.pdf>

108. Кодекс “О браке и семье” от 26 декабря 2011 года, доступно на сайте (на русском языке) на <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/90202/103845/F-1555877289/KAZ90202.pdf>

109. Несмотря на достижения, законодательство еще не в полной мере соответствует международным нормам, в частности, когда речь идет о таких вопросах, как “тайна усыновления, способность приемных родителей изменить информацию о рождении ребенка, дату рождения и имя ребенка”.

110. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., и Агентство по статистике и ЮНИСЕФ, ЮНФПА, МИКС-2006, Таблица СР.4 “Наказание ребенка”, 2012 и 2007 годы.

111. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год

112. Органы опеки и попечительства несут ответственность за оценку и рекомендации, предоставляемые Комиссии по делам несовершеннолетних о том, что ребенок должен быть направлен в интернатное учреждение. Органы опеки и попечительства относятся к Управлению образования в областном акимате. Закон гласит, что соотношение сотрудников органов опеки и попечительства к населению должно быть 1:5000, но на практике, акиматы не имеют возможности привлечь достаточное количество сотрудников для достижения этого соотношения, и этот вопрос во многом остается невыполненным.

113. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год

Насилие, жестокое обращение и пренебрежение к нуждам детей

Спустя 21 год после обретения независимости Казахстан продолжает полагаться на систему институционализации, и сектор профилактических услуг для детей до сих пор остается неразвитым и фрагментарным. В то же время, Правительство РК взяло на себя обязательства по осуществлению реформ, результаты этого процесса уже заметны в Законе РК «О специальных социальных услугах»,¹⁰⁷ который обеспечивает общую основу для развития услуг по защите уязвимых детей. Кроме того, в стране в результате длительных обсуждений принят новый Кодекс РК о браке (супружестве) и семье,¹⁰⁸ который в большей степени учитывает международные нормы процесса усыновления, внедрил новые положения в отношении опеки над детьми, альтернативных форм семейного устройства, а также других семейных вопросов, которые нашли развитие после обретения страной независимости.¹⁰⁹

В Республике Казахстан мало данных о масштабах и характере жестокого обращения с детьми, пренебрежения их нуждами и насилия в семье и обществе. Согласно результатам МИКС за 2010-2011 годы, чуть меньше половины детей в возрасте от 2 до 14 лет подверглись различным формам психологического или физического наказания со стороны родителей, что указывает на незначительное снижение по сравнению с 52% по результатам МИКС 2006 года. Показатели за 2010-2011 годы являются самыми низкими в Алматы (27,3%), Астане (38,6%) и Южно-Казахстанской области (38,9%), а самый высокий показатель отмечен в Костанайской области (72,6%) и Мангистауской области (65,3%). Девочки, дети из богатых семей, а также дети в семьях, где глава семьи имеет высшее образование, подвержены меньшему риску получить такое наказание, кроме того отсутствует разделение между сельской местностью и городами в этом вопросе.¹¹⁰ Однако неясно, отражают ли эти показатели весь масштаб проблемы. Это связано с тем, что отсутствует централизованная база данных, в которой дети будут фиксироваться в случае предположительно совершенных актов жестокого обращения с ними, в то же время, на местном уровне учет таких данных также не всегда ведется.¹¹¹

В целом, при подозрении на жестокое обращение и насилие в отношении ребенка от больниц, врачей, школ и дошкольных учреждений в органы опеки и попечительства¹¹² поступает мало информации о детях, которые подверже-

ны риску насилия, пренебрежения их нуждами и эксплуатации. Отчасти это связано с некоторыми пробелами в системе перенаправления таких случаев на рассмотрение в соответствующие организации. Даже когда информация о таком случае передана в соответствующие организации, несколько факторов, включая недостаточный уровень профессиональной подготовки, недостаточное понимание того, что дети нуждаются в защите от возможной угрозы их жизни, отсутствие механизма борьбы с насилием и незначительные возможности на местном уровне, могут во многих случаях означать, что решение проблемы не будет адекватным. Таким образом, в то время как относительно большое число детей находится в государственных учреждениях опеки, неясно являются ли эти дети наиболее подверженными риску жестокого обращения, эксплуатации или пренебрежения. Вполне вероятно, что многие дети, которые подвергаются угрозе жестокого обращения, пренебрежения их нуждами и насилия остаются невыявленными.¹¹³

Работники, оказывающие первичную медицинскую помощь, являются ключевой группой специалистов, которые могут помочь в выявлении насилия на ранней стадии, особенно в отношении детей младшего возраста. Министерство здравоохранения РК разрабатывает руководство для медицинских работников, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РК №№172 и 124 по выявлению и реагированию\перенаправлению на случаи насилия и жестокого обращения в отношении детей младше пяти лет.

В настоящее время, услуги по защите детей на местном уровне раздроблены. Нет единого министерства на общенациональном уровне, которое бы несло полную ответственность за защиту прав детей. Поэтому Министерство образования и науки РК, включая Комитет по защите прав детей, Министерство внутренних дел РК, Министерство труда и социальной защиты населения РК, Министерство здравоохранения РК, Межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве РК – имеют определенную функцию в обеспечении защиты прав детей. На местном уровне Управления по защите прав детей, органы опеки и попечительства, полиция по делам несовершеннолетних и Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав – все также играют свою определенную роль. Система имеет тенденцию быть только реаги-

рующей, а не проактивной, при этом органы опеки и попечительства ожидают, что родители сами обратятся к ним за помощью (часто из-за бедности, распада семьи, смерти в семье или недееспособности), а не выявляющей нуждающихся детей по своей инициативе. Услуги, как правило, предлагаются для удовлетворения финансовых потребностей семьи, а не исходя из потребностей ребенка.¹¹⁴

Роль органов опеки и попечительства при Управлениях образования заключается в том, чтобы определить, следует ли оставить детей в семье или отдать их на попечение государства. Тем не менее, недостаток профессиональной подготовки, возможностей и ресурсов в сочетании со слабой координацией, недостаточной правовой базой, а также отсутствием четких руководящих принципов при оказании помощи в защите детей означает, что ни местные органы по защите детей,¹¹⁵ ни органы образования и опеки и попечительства, вместе взятые, не в состоянии предложить эффективные услуги по защите детей. В результате, обращения за помощью слишком часто перенаправляются в отделы полиции по делам несовершеннолетних, которые прошли подготовку для расследования преступлений, а не для оценки потребностей детей или предоставления услуг по проведению социальной работы с детьми.¹¹⁶

Закон РК «О профилактике бытового насилия» предусматривает специализированные социальные услуги, предоставляемые жертвам домашнего насилия, в том числе, детям. Согласно закону, полиция несет ответственность за выявление «родителей или лиц, ухаживающих за ребенком, которые не выполняют свои родительские обязательства и совершают противоправные действия».¹¹⁷ Полиция также проводит подготовку дел для обоснования необходимости защиты¹¹⁸ и вносит предложения в суд относительно вида наказания для лиц, признанных виновными в насилии в семье. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам обеспокоен высоким уровнем насилия в отношении женщин и детей в Казахстане, очевидной безнаказанности за насилие в семье и признаки того, что закон недостаточно гарантирует защиту и реабилитацию жертв, а также того, что правовые процедуры начинаются только после официальной жалобы от жертв насилия.¹²⁰ Согласно статистическим данным Генеральной прокуратуры РК за 2011 год,¹²¹ сотрудниками правоохранительных органов было



зарегистрировано всего четыре случая насилия в отношении детей за год.

В ответ на эти опасения, Законом «О специальных социальных услугах» в Казахстане была введена система социальной работы. Закон был принят для регулирования оказания специализированной социальной поддержки лицам и семьям, имеющим особые потребности.¹²² Статьями 8-10 Закона предоставлены полномочия конкретным органам, ответственным за социальную защиту, образование и здравоохранение для реализации положений Закона. Закон включает в себя требования к квалификации и аттестации социальных работников, хотя в нем четко не установлена роль социальных работников. Поскольку это является важным начинанием, законом функции по социальной работе были переданы трем ведомствам центрального уровня (Министерствам труда и социальной защиты, образования и здравоохранения), а также местным органам власти. Все три министерства издали подзаконные акты для регулирования системы оказания социальных услуг, каждое в рамках своей компетенции.¹²³ В соответствии с этими подзаконными актами, Министерство здравоохранения РК несет ответственность за лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации, Министерство образования РК – за детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей-инвалидов и

детей с ограниченными возможностями, безнадзорных детей, детей с поведенческими проблемами и семей в социально опасном положении; Министерство социальной защиты в числе прочего несет ответственность за детей с психоневрологическими нарушениями, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также лиц без определенного места жительства.¹²⁴ Несмотря на эти изменения, кажется, что в настоящее время нет определенного органа власти на центральном уровне, который бы активно взял на себя роль по обеспечению раннего выявления и профилактики насилия над детьми.¹²⁵

В этом контексте, а также в рамках тестирования Закона «О специальных социальных услугах», в Восточно-Казахстанской области были открыты два центра поддержки семьи: в г. Усть-Каменогорске и в г. Семей. Затем Акиматы ВКО и г. Семей ускорили данный процесс и открыли еще шесть центров по всему региону.¹²⁶ Эти центры призваны оказывать существенную поддержку семьям в трудных жизненных ситуациях, которые затрудняются обеспечить заботу о своих детях. По существу, эти службы работают для предотвращения направления детей в государственные учреждения опеки. Согласно отчетам, условия в этих центрах в значительной степени приближены к международным стандартам.¹²⁷

Центры поддержки семьи в Восточном Казахстане подотчетны городским отделам образования и предоставляют бесплатную социальную, психологическую и правовую поддержку семьям и детям. Семьи направляются в центры в особых случаях пренебрежения к нуждам детей, а также в случаях, когда родители обращаются с просьбой принять детей под государственную опеку. Обычно пренебрежение к нуждам детей является результатом пренебрежения, которое матери испытывали в детстве, и, как следствие, они испытывают трудности с развитием привязанности к собственным детям. Материальная бедность также может быть фактором небрежного отношения к детям. Тем не менее, случаи жестокого обращения с детьми имеют место во всех социальных слоях общества.¹²⁸

114. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год

115. Территориальные Департаменты по защите прав детей Комитета по охране прав детей Министерства образования и науки РК в 2013 г. были расформированы, а при акиматах были созданы Управления по защите прав детей, функции которых находятся на стадии утверждения.

116. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год

117. Закон о профилактике бытового насилия, статья 10 (4).

118. Закон о профилактике бытового насилия, статья 10 (4).

119. Закон о профилактике бытового насилия, статья 10 (4).

120. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, заключительные замечания 21 мая 2010 года.

121. Официальный ответ в ЮНИСЕФ, 17 августа 2011 года, п.11k-4-1-92-9199

122. Закон РК 114-IV ZRK. О специальных социальных услугах от 13 февраля 2009 г., доступно онлайн на русском языке: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83933/93012/F1119530410/KAZ83933.pdf>

123. Приказ Министерства здравоохранения РК № 630 от 30 октября 2009 года «Об утверждении стандартов предоставления социальных услуг в области здравоохранения»; Приказ Министерства образования РК №526 от 18 ноября 2009 года «Об утверждении стандартов предоставления социальных услуг в области образования» и Постановление Правительства РК № 1222 от 28 октября 2011 г. «Об утверждении стандартов социальных услуг в области социальной защиты».

124. Информация предоставлена Министерством труда и социальной защиты населения, апрель 2013 г.

125. Интервью, ноябрь 2012г.

126. Центр поддержки семьи Отдела образования г. Усть-Каменогорска совместно с ЮНИСЕФ “Карта расположения специализированных социальных служб в ВКО”, 2012 год.

127. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год.

128. Интервью от 30 ноября 2012 года.

Дети с инвалидностью и специальными потребностями

В Казахстане на 1 января 2013 г. численность детей с инвалидностью составила 65 844, в том числе в возрасте до 16 лет – 57 627 (или 1,2% от общей численности детей в возрасте до 16 лет в стране)¹²⁹. Тем не менее, этот показатель намного ниже обычного показателя инвалидности в индустриально развитых странах, который определен на уровне 2,5% (при этом 1% имеет тяжелые состояния).¹³⁰ В отличие от этих данных, Министерство образования и науки сообщает, что в стране 151 216 детей с ограниченными возможностями.¹³¹ Даже если иметь виду, что эта цифра включает в себя детей до 18 лет, все равно это очень высокий процент.

Такая разница в данных связана с тем, что разные министерства оценивают состояние детей по-разному. Данные Министерства образования и науки РК включают в себя детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, также детей с интеллектуальными нарушениями, эмоциональными и поведенческими расстройствами и с множественными нарушениями. Между тем, Министерство труда и социальной защиты населения ведет учет детей, имеющих стойкое расстройство функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами и их последствиями, и дефектами, которые приводят к ограничениям в их жизни и необходимости социальной защиты.¹³²

Когда Министерство труда и социальной защиты населения РК идентифицирует детей как имеющих инвалидность, им предоставляются

соответствующие льготы и приспособления\ аппараты, однако это не относится к более чем половине детей со специальными образовательными потребностями, идентифицированными Министерством образования и науки РК. Это говорит о том, что отсутствует всесторонний межотраслевой подход к решению нужд и потребностей всех детей с инвалидностью и особыми потребностями. В данном анализе анализа используется понятие «дети со специальными потребностями» в отношении всех детей с инвалидностью и специальными потребностями, независимо от того были они зарегистрированы как таковые или нет.

Несмотря на усилия, предпринятые государством для облегчения жизни детей с инвалидностью и специальными потребностями, все еще существуют препятствия на пути к их полноценной жизни в обществе. Например, общественный транспорт, жилые дома, офисные здания, тротуары, подземные переходы и общественные туалеты не приспособленные для нужд людей со специальными потребностями, установлено недостаточное количество звуковых светофоров, подающих аудиосигнал для безопасного пересечения дороги.¹³³ Социальные программы для детей со специальными потребностями и инвалидностью являются недостаточными, и Министерство труда и социальной защиты РК приступило к внедрению службы дневного ухода в 2009 г. в связи с реформированием системы социальной защиты и закрытием некоторых специализированных



учреждений.¹³⁴ Несмотря на то, что Министерство труда и социальной защиты населения РК наняло 12 101 социальных работников для работы с детьми со специальными потребностями и инвалидностью¹³⁵, а Министерствами здравоохранения, образования и науки и труда и социальной защиты была разработана система для междисциплинарной оценки нужд и потребностей таких детей и создания индивидуальных планов по реабилитации,¹³⁶ остаются проблемы, связанные со стратегическим планированием, заключением договоров и управлением социальными службами, поскольку система управления социальной работой еще не определена. Между тем, дети со специальными потребностями и инвалидностью, как правило, не интегрированы в общеобразовательные школы.¹³⁷ Кроме того, в стране наблюдается недостаточный объем производства товаров для лиц со специальными потребностями, нет достаточного количества организаций гражданского общества (НПО), работающих на политическом уровне для поддержки лиц со специальными потребностями и инвалидностью.¹³⁸ Казахстан подписал Конвенцию ООН О правах инвалидов, также в стране действует законодательство, гарантирующее образование для лиц со специальными потребностями, но местные и национальные законы не всегда единообразны и последовательны, существуют сдерживающие факторы для их реализации: отсутствие инструкций о порядке действий, неясность стандартов, двусмысленность функций и отсутствие местного потенциала для выполнения обязанностей в рамках социального сектора и участия в межсекторальном подходе к решению проблем детей со специальными потребностями. Для детей со специальными потребностями становится доступным все большее количество учреждений, в основном для профилактики и реабилитации, но доступ в здания затруднен и наблюдается нехватка квалифицированных учителей в сфере образования. Многие дети со специальными потребностями остаются дома со своими семьями и, возможно, вообще не получают образования. Отношение общественности остается крайне негативным, и дискриминация часто приводит к социальной и экономической исключенности, как для ребенка, так и для его/ее семьи. Родственники женского пола людей со специальными потребностями, в частности, могут страдать от снижения возможностей для вступления в брак.¹³⁹

129. Информация предоставлена Министерством труда и социальной защиты населения РК, апрель 2013г.

130. См. Европейская академия для детей с ограниченными возможностями, предоставления услуг для детей с ограниченными возможностями в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ, ЮНИСЕФ, декабрь 2003г.

131. Информация, предоставленная Министерством образования и науки, декабрь 2012г.

132. Информация, предоставленная Министерством труда и социальной защиты, апрель 2013г.

133. С. Булекбаева. "Проблемы детей с инвалидностью". Научно-практический медицинский журнал "Вестник КазНМУ". Сентябрь 2011 года

134. Информация предоставлена Министерством труда и социальной защиты населения, апрель 2013г.

135. Министерство труда и социальной защиты населения РК, Государственная социальная помощь, 1 ноября 2012г., декабрь 2012г. на: <http://kontrast.enbek.gov.kz/en/node/267821>

136. Приказ Министерства здравоохранения РК №186 от 18 марта 2010г., Приказ Министерства образования и науки РК №125 от 18 марта 2010г., Приказ Министерства труда и социальной защиты населения №89-р от 17 марта 2010г.

137. Более подробно об этой проблеме см. в разделе "Образование" ниже.

138. С. Булекбаева. "Проблемы детей-инвалидов". Научно-практический медицинский журнал "Вестник КазНМУ". Сентябрь 2011 года. Должно быть отмечено, тем не менее, что уровень предоставления помощи детям со специальными потребностями со стороны НПО начинает играть все большую роль: число НПО, вовлеченных в предоставление подобных услуг по государственному социальному заказу, увеличилось с 4 организаций в 2007г. до 47 в 2012г. (информация предоставлена Министерством труда и социальной защиты населения РК)

139. ИОО (Институт Открытое Общество) "Дети с особыми образовательными потребностями в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане", 2009 год., <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/special-education-en-20091207.pdf>, стр. 9

В Казахстане в годы, предшествовавшие независимости, и в 90-е годы большинство детей со специальными потребностями помещались в интернатные учреждения. Это было особенно характерно для сельской местности, где отсутствие интегрированных учебных заведений для детей со специальными потребностями означало, что наличие в семье ребенка с инвалидностью являлось огромным финансовым бременем для семей с низким уровнем дохода.¹⁴⁰ В начале 2000-х годов, было принято несколько новых законов, затрагивающих детей со специальными потребностями и их опекунов: Закон РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», Закон «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан» и Закон «О государственных социальных пособиях по инвалидности, потере кормильца и по возрасту в Республике Казахстан». Эти законы представляют собой важный шаг в развитии в стране социальной защиты детей со специальными потребностями.¹⁴¹

Особую актуальность имеет Закон «О специальных социальных услугах» 2008 г., который обеспечивает межведомственную координацию в оказании социальных услуг, особенно, между органами образования, здравоохранения и социальной защиты.¹⁴² Исполнение закона, как представляется, привело к изменению отношения родителей, которые теперь с большей вероятностью не откажутся от детей со специальными потребностями, а скорее оставят своих детей и обратятся за помощью к медицинским и социальным работникам для оказания помощи в развитии детей.¹⁴³

Оценка реализации Закона РК «О специальных социальных услугах», проведенная ЮНИСЕФ в 2012 году, показывает, что не все дети, имеющие право на получение таких услуг в соответствии с законом, могут на самом деле воспользоваться этими услугами. В то время как в соответствии с законом дети со специальными потребностями имеют право на доступ к учреждениям дневного пребывания, анализ показывает, что они сталкиваются с проблемой очередей для приема в эти учреждения, хотя они по-прежнему с легкостью могут быть приняты в интернатные учреждения. В Астане в июле 2012 г. 26 детей со специальными потребностями находились на очереди в центр дневного пребывания, в связи с недостатком бюджетных

средств на введение дополнительных штатных единиц для удовлетворения спроса. В Восточно-Казахстанской области в 2009 г. не менее 650 детей получали предоставляемые НПО специальные социальные услуги, в то время как в 2011 году всего 350 детей смогли воспользоваться такими услугами. В некоторых сельских районах, где отсутствуют государственные центры дневного ухода и поставщики социальных услуг из числа НПО, дети со специальными потребностями и с инвалидностью вообще не имеют доступа к услугам дневного пребывания и ухода.¹⁴⁴

Анализ также показывает, что существуют значительные региональные различия в стоимости специальных социальных услуг. В Атырауской области средняя стоимость ухода на дому в год на ребенка со специальными потребностями составляет 80 000 тенге (530 долл. США), а в Алматы она составляет 218 000 тенге (1440 долл. США).¹⁴⁵ Значительные различия между областями существуют также в учреждениях интернатного и полунтернатного типов для детей со специальными потребностями и с инвалидностью, что означает, что дети в различных регионах могут получить услуги разного качества.¹⁴⁶ Тем не менее, Министерство труда и социальной защиты РК в настоящее время работает над определением общего подхода к финансированию социальных услуг и нормативным требованиям к организациям, оказывающим социальные услуги, с учетом региональных особенностей, и тем самым над созданием общего механизма расчета стоимости социальных услуг на человека в день.¹⁴⁷

Оценка 2012 года также показывает, что мониторинг специализированных социальных услуг ориентирован на их объем (виды услуг, количество услуг, количество посещений, демографические характеристики клиента), а не на качество услуг. Следует ввести конкретные показатели, измеряющие качество специализированных социальных услуг и прогресс их получателя для более эффективного контроля результатов и степени воздействия.¹⁴⁸

Между тем, оценка поддержки детей со специальными потребностями по-прежнему направлена на медицинскую классификацию инвалидности ребенка, а не на определение потребностей конкретного ребенка. Это может привести к неверному восприятию потребностей ребенка. Такая оценка проводится членами Психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК) – группой специалистов

по различным дисциплинам, целью которых является описание и определение возможных дополнительных потребностей детей для того, чтобы они могли получить определенный уровень или тип образования. ПМПК может рекомендовать Органу опеки и попечительства забрать ребенка из семьи или отправить в специальную школу. Эксперты предлагают, чтобы ПМПК отошла от изоляции детей с дополнительными потребностями путем ограничения образовательных и социальных возможностей, и стала организацией, содействующей образовательной и социальной интеграции детей.¹⁴⁹

Другое недавнее исследование отмечает, что даже при сокращении числа детей с инвалидностью и особыми потребностями, которые помещены в интернатные учреждения государственного попечения, можно редко увидеть этих детей в обществе. Слабая инфраструктура затрудняет перемещение детей со специальными потребностями. Более того, есть недостаток постоянной поддержки для родителей детей со специальными потребностями с точки зрения временного ухода, финансовой поддержки, а также соответствующих учебных помещений.¹⁵⁰

140. Карэн Малоун с Марион Стерджес “Дружественный к детям Казахстан: история”, исследование инициатив городов, дружественных к детям, и развитие стандартов сертификации для городов, дружественных к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г.

141. Александр Ковалевский “Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей”, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года

142. Закон № 114-IV 3 от 29 декабря 2008 года. Более подробную информацию о законе см. в разделе “Жестокость, пренебрежение и насилие в отношении детей” выше.

143. Александр Ковалевский “Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей”, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года

144. Александр Ковалевский “Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей” ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года.

145. Александр Ковалевский “Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей”, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года, с.50.

146. Александр Ковалевский “Реализация Закона Республики Казахстан о специальных социальных услугах в отношении детей и членов их семей: оценка положения” Проект, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года,

147. Информация, предоставленная Министерством труда и социальной защиты, апрель 2013г.

148. Александр Ковалевский “Реализация Закона Республики Казахстан о специальных социальных услугах в отношении детей и членов их семей: оценка положения”, Проект, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года

149. Правовой детский центр, Университет Эссекса “Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета”, 2010 год

150. Карэн Малоун с Марион Стерджес “Дружественный к детям Казахстан: история”, исследование инициатив городов, дружественных к детям, и развитие стандартов сертификации для городов, дружественных к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г. с.4

Система социальной защиты

В настоящее время Казахстан преобразует свою систему социальной защиты. Это трехступенчатый процесс, который направлен на сокращение 65 видов социальных платежей до двух, и он должен быть завершен к 2016 году¹⁵¹. В настоящее время денежные пособия предоставляются семьям, воспитывающим детей, в том числе усыновленным, детей, находящихся под опекой, и детей с инвалидностью. Пособия на ребенка либо разделены на категории или ориентированы на бедных (зависят от уровня доходов)¹⁵². По закону дети прямо или косвенно подпадают под следующие виды социальной помощи: пособия на детей (социальные пособия), адресная социальная помощь (АСП), специальные социальные льготы и льготы для детей с особыми потребностями.¹⁵³

В 2012 году Министерство труда и социальной защиты населения РК приступило к анализу системы социальной помощи, обращая особое внимание на социальные выплаты для семей с детьми. Фокус-групповые дискуссии с семьями, имеющими право на получение социальных выплат, выявили неудовлетворенность размером этих пособий, особенно детских пособий. Все родители отметили, что размер пособия не покрывает даже минимальных потребностей их детей. Однако все респонденты отметили важность этих пособий для своих семей, несмотря на их небольшой размер.¹⁵⁴

Адресная социальная помощь (АСП) предоставляется семьям, испытывающим финансовые трудности. Согласно Закону о государственной адресной социальной помощи, семьи со среднемесячным доходом ниже черты бедности имеют право на получение АСП. После проверки получаемых доходов, семьи получают разницу между средним семейным доходом на каждого члена семьи и показателями региональной черты бедности.¹⁵⁵ Закон гласит, что все нуждающиеся семьи имеют право на получение АСП, если они являются гражданами Республики Казахстан, репатриантами, лицами, имеющими статус беженца, иностранцами или лицами без гражданства, постоянно проживающими в Республике Казахстан, и имеют доход на душу населения ниже порогового уровня доходов. Закон гласит, что все нуждающиеся семьи имеют право на получение АСП. Местные комиссии уполномочены выявлять и информировать о количестве граждан, нуждающихся в государственной помощи. В соответствии с законом, лица, подающие заявку на АСП, должны предоставить документы о составе семьи,

доходе, получаемом членами семьи и о любых земельных участках, принадлежащих домохозяйству¹⁵⁶. Тем не менее, высказывается обеспокоенность тем, что семьям, стремящимся получить пособие, приходится тратить значительное время и деньги на сбор документов, подтверждающих, что они имеют право на пособие, и что система не является полностью прозрачной, и люди, которые уехали на заработки в другие регионы страны, где они не зарегистрированы, не могут зарегистрироваться на получение пособия.¹⁵⁷

Общие годовые расходы на АСП сократились с 5,1 (34 млн. долл.) до 1,9 (12,6 млн. долл.) млрд. тенге в период между 2005 и 2011 годами¹⁵⁸, что значительно ниже, чем затраты на выплату пенсий и социальных пособий. Министерство труда и социальной защиты РК утверждает, что это прямое следствие шестикратного снижения количества населения, живущего ниже уровня минимального потребления за этот период¹⁵⁹. В ноябре 2012 года среднемесячный размер АСП составлял 1 657 тенге (11 долл. США)¹⁶⁰. В последние годы средний размер АСП растет, хотя и не в такой же пропорции, как уровень доходов и средней заработной платы по стране. Тем не менее, в основном из-за повышения уровня жизни, число получателей АСП снизилось с 505 000 в 2005¹⁶¹ году до 97 280 в 2012 году. В 2012 году АСП получали 60 573 детей в возрасте до 18 лет¹⁶². В 2009 году Всемирный банк подсчитал, что только три процента из беднейшего квинтиля населения получали АСП, несмотря на то, что более 70 % выплат по АСП получают представители этой квинтильной группы населения. В отличие от других пособий (в том числе пенсионной системы), АСП не оказывает почти никакого заметного влияния на уровень бедности¹⁶³.

Другие денежные выплаты предоставляются семьям некоторых категорий, в том числе имеющим усыновленных детей, а также находящихся под опекой в приемных семьях и с ограниченными возможностями. Суммы варьируются в зависимости от типа социального пособия и не всегда отвечают минимальным потребностям семей. Пособие по уходу за ребенком ниже прожиточного минимума, в то время как пособия для семей с ребенком-инвалидом лишь немного выше этого уровня. Кроме того, закон не предусматривает ни надзора за процедурой предоставления этих выплат, ни стандартной процедуры их оплаты¹⁶⁴. В то время как, число бенефициаров

оставалось практически неизменным в течение долгого времени, общий ежегодный объем выплачиваемого пособия увеличился с 52 млрд. тенге (390 млн. долларов США) в 2005 году до 119 млрд. тенге в 2009 году (800 млн. долларов США). Среднемесячное социальное пособие для семей с детьми-инвалидами, усыновленными или взятыми на воспитание детьми увеличилось с 5 600 тенге (42 долл. США) до 12 900 тенге (86 долл. США) за тот же период¹⁶⁵. Несмотря на недавнее повышение, средний размер пособия значительно ниже, чем прожиточный минимум. Дети с особыми потребностями, в том числе дети, воспитывающиеся в многодетных семьях, часто живут в условиях бедности¹⁶⁶.

Социальная поддержка детей с инвалидностью осуществляется в соответствии с Законом о социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с особыми потребностями, Законом РК о специальных социальных услугах и Законом о социальной защите инвалидов в РК. Закон РК о социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей со специальными потребностями также обеспечивает защиту прав детей на получение медицинских, образовательных и социальных услуг. Оказание соответствующей поддержки со стороны государства для детей, требующих особого внимания, предусматривается Национальным долгосрочным Планом действий (2012 год) по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012–2018 годы.¹⁶⁷

Все регионы финансируют предоставление материальной поддержки детям-инвалидам, которые воспитываются в своих семьях. Трудо-способным членам семей, в которых имеются дети с инвалидностью, также предоставляются налоговые льготы. Кроме того, получателям специальных государственных пособий и семьям с низким уровнем доходов предоставляются жилищные субсидии для оплаты коммунальных услуг. Семьи с низким уровнем дохода имеют право на такие субсидии, если их фактические расходы на ЖКХ превышают определенный процент от общего дохода семьи¹⁶⁸.

Многие получатели пособий для детей-инвалидов испытывают стресс во время медико-социальной экспертизы. Чтобы пройти экспертизу, некоторых детей следует привезти на комиссию, что часто может быть связано со значительными расходами, особенно для семей из отдаленных районов, хотя комиссии имеют

151. Аппарат Премьер-министра, к 2016 году социальная помощь и выплаты будут оптимизированы - Министерство труда, 12 декабря 2012 года на сайте <http://primeminister.kz/news/show/26/do-2016-goda-budut-optimizirovany-vidy-sotsialnoj-pomoschi-i-vyplat-mintrudark/12-12-2012?lang=ru>

152. Всемирный банк, Эффективность адресных программ и влияние социальных пособий на бедности в Казахстане: данные за 2007 Обследования бюджетов домашних хозяйств. Записка, подготовленная Всемирным банком в рамках оказания технического содействия FY09 JERP, 2009 г.

153. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года, с.46-47

154. Научно-исследовательский центр Сандж «Качественная оценка эффективности и социальных выплат для детей и их семей в Республике Казахстан», Астана, 2012, с.40

155. Гаврилович М., Харпер С., Джонс Н., Маркус Р. и Перензието П., Воздействие экономического кризиса и неустойчивости цен на продукты и топливо на женщин и детей в Казахстане, 2009, Институт развития зарубежных стран, Лондон

156. Информация, предоставленная Министерством труда и социальной защиты, апрель 2013 г

157. ЮНИСЕФ «Сохранение семьи: создание более эффективной социальной защиты для детей», 2012 год, http://www.unicef.org/ceecis/2012_on_social_protection.pdf, с.4

158. Согласно обменному курсу на тот период, эта сумма уменьшилась с 38 млн. долл. США до 13 млн. долл. США

159. Информация, предоставленная Министерством труда и социальной защиты, апрель 2013 г.

160. Билсон А. (2010), «Развитие функций курирования в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ. Уроки Болгарии, Казахстана и Украины», Университет Центрального Ланкашира, с. 12-13

161. Семейный центр «Исследование причин отказов от детей (в возрасте от 0 до 3 лет) в Карагандинской области», 2011 год

162. Данные за 2012 г. предоставлены Министерством труда и социальной защиты, апрель 2013 г.

163. Всемирный банк, «Целевое исполнение и влияние социальной выплаты на уровень бедности в Казахстане: данные за 2007 год обследования бюджетов домашних хозяйств», 2009 год

164. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года

165. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года

166. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года, стр. 48

167. Кити Роэлен и Франциска Гасман «Благополучие детей в Республике Казахстан», ЮНИСЕФ, июль 2012 года стр. 48. Реализацию первого этапа плана см. на <http://www.enbek.gov.kz/node/250916>.

расписание посещения районов¹⁶⁹, находящихся за пределами районных центров, а в исключительных случаях, состояние можно оценить заочно. Для состояний, которые зарегистрированы в качестве имеющих реабилитационный потенциал, дети могут проходить осмотр один раз в шесть месяцев, один раз в год, один раз в два года, пять лет, и снова до достижения 16-летнего возраста, и снова в возрасте 17 и 17 с половиной лет.¹⁷⁰

Как уже говорилось ранее, Закон о специальных социальных услугах был инновационным в Центральной Азии в качестве шага вперед к интегрированным социальным услугам, с помощью которых обеспечиваются потребности в социальной защите, образовании и здравоохранении. Этим законом также установлены правила проведения тендеров для организаций гражданского общества на предоставление социальных услуг¹⁷¹. Тем не менее, до сих пор, интеграция между социальной работой и финансовой поддержкой уязвимых семей была недостаточной. Связь между бедностью и такими проблемами, как отсутствие заботы, пренебрежение интересами детей и помещение детей в интернатные учреждения хорошо признают профессионалы на всех уровнях в Республике Казахстан. Тем не менее, в настоящее время имеются уязвимые группы риска, которые, как представляется, не получают никакой систематической поддержки подобной той, которую получают, например, лица с ограниченными возможностями¹⁷².

В этом контексте, возможно, необходимо будет изучить, как система социальной работы может быть расширена для решения социальных проблем более широкой группы семей, которые живут в бедности в более широком смысле, чем просто путем оказания финансовой поддержки. Общественный Фонд БОТА, в партнерстве со Всемирным банком, тестирует предоставление обусловленных денежных выплат для наиболее уязвимых групп женщин, детей и молодежи. Фонд предоставляет денежные пособия малоимущим семьям, которые приводят своих детей в медицинские центры или центры раннего развития детей младшего возраста, или для участия в курсах профессионального или группового обучения.¹⁷³ В целях повышения адресности и снижения затрат, выплаты производятся непосредственно получателям через банковскую систему, при этом привлекаются волонтеры для того, чтобы мобилизовать потенциальных бенефициаров и поддерживать и обучать их, соблюдение правил контролируется на постоянной ос-

нове. По состоянию на конец апреля 2013 года, в общей сложности были определены 59 945 активных бенефициаров, живущих в домохозяйствах, и имеющих в общей сложности более чем 347 000 членов семей. Эффективность такого метода будет тщательно оцениваться Правительством РК и другими ключевыми участниками. Если он окажется успешным, то он может быть применен по всей стране¹⁷⁴.

168. Гасман Ф. «Защита уязвимых семей в Центральной Азии: бедность, уязвимость и воздействие на экономический кризис», Инноченти, 2011, на сайте: http://europeandcis.undp.org/uploads/public1/files/vulnerability/Senior%20Economist%20Web%20site/iwp_2011_5.pdf

169. Научно-исследовательский центр Сандж «Качественная оценка эффективности социальных выплат для детей и их семей в Республике Казахстан», Астана, 2012 год, с.41

170. Данные предоставлены Министерством труда и социальной защите населения, апрель 2013 г.

171. Александр Ковалевский «Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей» ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года

172. Интервью, проведенное в ноябре 2012 г.

173. Общественный фонд «Бота». Программа обусловленных денежных выплат на сайте: <http://www.bota.kz/en/index.php/pages/index/61/program/2>

174. Информация предоставлена Общественным фондом «Бота», май 2013 г.

175. Данные доступны на веб-сайте Комитета по защите прав ребенка, <http://www.bala-kkk.kz/en/node/594>, по состоянию на январь 2013 года

176. Р.Шер, Председатель Комитета по защите прав ребенка МОН РК. Заявление на Презентации заключения экспертов: Реализация Национального плана по правам человека на 2009-2012 годы. Раздел: Права ребенка.

177. Данные доступны на веб-сайте Комитета по защите прав ребенка, <http://www.bala-kkk.kz/en/node/594>, по состоянию на январь 2013 года. Рассчеты произведены авторами анализа.

178. Р. Шер, руководитель Комитета по защите прав ребенка МОН РК. Заявление на Презентации заключения экспертов: Реализация Национального плана по правам человека на 2009-2012 годы. Раздел: Права ребенка.

179. ЮНИСЕФ Казахстан «Защита детей», доступно: http://unicef.kz/en/services/child_welfare/?sid=murehph8oubs8iu1r4v5opk1p4

180. Карэн Малоун с Марион Стерджес «Доброжелательный к детям Казахстан - Записки с совещания главных акционеров», исследование инициатив городов, доброжелательных к детям, и развитие стандартов сертификации для детей сертификации городов, доброжелательных к детям, и схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г. с. 18

Институционализация детей

Утеря родительской опеки

Система защиты детства в Республике Казахстан помимо других предоставляет услуги детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и детям с инвалидностью и специальными потребностями. Институционализация этих категорий детей до сих пор имеет место, хотя усилия по снижению уровня ее применения привели к сокращению числа детей, оставшихся без попечения родителей в интернатных учреждениях с 15 116 в 2009 году до 10 887 в 2012 году.¹⁷⁵ Из них ежегодно около 500 детей не подлежат усыновлению, поскольку по-прежнему имеется надежда, что биологические родители заберут их обратно.¹⁷⁶

В таблице ниже показаны тенденции последних лет в отношении детей, оставшихся без попечения родителей и подпадающих под различные формы попечения. Учреждения Министерства образования и науки, в которых размещается большинство детей, находящихся на государственном попечении в возрасте старше трех лет, достигли наибольшего успеха в снижении численности таких детей. Меньшее сокращение числа детей наблюдалось в учреждениях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РК (для детей младшего возраста, смотрите ниже) и Министерства труда и социальной защиты населения РК (для детей с психоневрологическими патологиями).

Несмотря на сокращение количества, каждый год около 2 000 детей в Республике Казахстан помещаются в интернатные учреждения.¹⁷⁸ Дети также могут быть приняты на государственное попечение в связи с невозможностью родителей обеспечить им надлежащий уход. Это часто связано с проблемами алкогольной или наркотической зависимости в семье.¹⁷⁹ Интервью, проведенное в 2011 году с властями города Астаны, показало, что хотя город имел возможности заниматься детьми младшего возраста, он столкнулся с растущими проблемами ухода за детьми старшего возраста, оставленными родителями.¹⁸⁰

Основными причинами, почему дети, имеющие близких живых родственников, помещаются в интернатные учреждения, является низкий уровень жизни семьи, безработица и отказ родителей содержать и воспитывать своих детей. Исследовательский проект¹⁸¹, осуществленный в Восточно-Казахстанской области, показал, что около 40% случаев отказа от детей можно было бы предотвратить, если бы будущей

Рисунок 1.

Дети, оставшиеся без попечения родителей¹⁷⁷



Рисунок 2.

Дети в государственных учреждениях опеки



матери была предоставлена поддержка. По данным опроса, в большинстве случаев лишение ребенка родительского попечения было вызвано отсутствием материальных средств для обеспечения ребенка; наличие инвалидности у ребенка было более редкой причиной. Между тем, отсутствие финансовой поддержки и жилья, отсутствие отца ребенка, а также отсутствие поддержки со стороны родственников и специалистов также указывались в качестве основания для отказа от ребенка. Как правило, женщины не рассказывают своим родственникам о беременности и пытаются решить проблему самостоятельно, поскольку они считают, что мнение их родственников о нежелательной беременности будет отрицательным. Почти все матери, оставившие своих детей в родильных домах и опрошенные в ходе исследования, считают, что дети должны воспитываться в семьях (84%). Это означает, что еще многое предстоит сделать для поддержки матерей, живущих в трудных условиях для того, чтобы у них появилась уверенность в себе и способность самим воспитывать своих детей.¹⁸²

Исследование, проведенное в Карагандинской области, показало, что специалисты, как правило, сосредоточены на «антисоциальном образе жизни» матери, как ключевом факторе отказа от ребенка, в то время как матери ссылаются на отсутствие необходимых документов и доступа к социальной инфраструктуре. Кроме того, когда матери просят, чтобы их ребенка поместили на попечение, не проводится никакой подробной социальной оценки ситуации ребенка, и предлагается очень незначительная поддержка для родителей или семьи, если они готовы ухаживать за ребенком. Органы опеки и попечительства зачастую появляются только тогда, когда мать уже исчезла, и уже слишком поздно, чтобы предотвратить отказ от ребенка.¹⁸³ Большинство матерей, которые отказались от своих детей, ничего не знали о государственных органах, которые обеспечивают поддержку во время беременности, при родах и после родов. Это подчеркивает потребность в оказании более серьезных и заметных социальных услуг на уровне сообществ.

В Казахстане дети, находящиеся на государственном попечении в возрасте до трех (или четырех в случае детей с особыми потребностями) лет, живут в домах ребенка в ведении Министерства здравоохранения РК. При Министерстве здравоохранения РК существует 25 домов ребенка, по крайней мере, по одному в

каждой области страны.¹⁸⁴ С 2000 года доля детей в возрасте 0-3 лет, живущих в детских интернатных учреждениях, снизилась почти в два раза. В 2000 г. 286 из каждых 100 000 детей в возрасте от 0 до 3 лет в Республике Казахстан проживали в специальных интернатных учреждениях. К 2011 году это соотношение снизилось до 169 на 100 000 детей.¹⁸⁵ В 2012 году было отмечено дальнейшее снижение. В начале года на попечении Министерства здравоохранения РК по всей стране было 1 647 младенцев. В общей сложности 1 340 детей поступили в дома ребенка в 2012 году, при этом 1 429 были выписаны, это означает, что в конце 2012 года на их попечении находилось 1 558 детей.¹⁸⁶ Однако этот показатель все еще остается высоким по международным стандартам. От многих детей в стране отказались в родильных домах при рождении.¹⁸⁷ В марте 2012 года 20% детей в домах ребенка имели ограниченные возможности.¹⁸⁸

Влияние институционализации на детей

Институционализация (помещение в интернатные учреждения) детей вызывает серьезную озабоченность из-за ущерба, причиняемого ею здоровью и развитию детей. Международные исследования показали, что воздействие на физическое и умственное развитие, на эмоциональную безопасность и привязанность, на культурное и личностное развитие и на развитие умений и навыков может оказаться необратимым.¹⁸⁹ Дети пяти лет и младше находятся на ранних стадиях социального и эмоционального развития. Учитывая, что их естественные, врожденные агрессивные импульсы еще не социализированы, когда они злятся, они могут выплескивать их словесно или физически на других детей. В этом возрасте, если дети не видят четко границ и ограничений, установленных родителями или опекунами, эти природные склонности малыша выплескивать все наружу будут развиваться в запугивание и другие формы агрессии и насилия. Недавние исследования показали, что 40,8% сотрудников в домах ребенка сообщили о фактах насилия среди детей в домах ребенка.¹⁹⁰

Дети старшего возраста направляются в различные типы учреждений с проживанием, находящихся в ведомстве Министерства образования и науки РК. Дети переводятся из Дома

ребенка в интернатные учреждения в возрасте трех или четырех лет. Они остаются там до 18-летнего возраста, если не вернуться в свои семьи или не будут переданы на альтернативный уход.¹⁹¹

В результате исследования, проведенного в 2011 году, было выявлено, что насилие среди детей в интернатных учреждениях является серьезной проблемой. Почти 43% детей, живущих в приютах, и 50% детей в детских домах и учреждениях для детей с девиантным поведением рассказали о том, что они были свидетелями насилия среди детей в учреждениях. Кроме того, 40% сотрудников домов ребенка, 69% сотрудников учреждений для детей с психоневрологическими нарушениями и тяжелыми формами инвалидности, и 80% сотрудников специальных коррекционных учебных заведений рассказали о том, что они были свидетелями насилия среди детей в интернатных учреждениях. В то же время, как дети, так и сотрудники показали, что насилие в отношении детей со стороны сотрудников также является серьезной проблемой в указанных учреждениях. В частности, 26% детей в приютах для бездомных детей (ЦАНах), 35% детей, живущих в детских домах и 41% живущих в учреждениях для детей с девиантным поведением рассказали о том, что они были свидетелями совершения актов насилия со стороны персонала в отношении вверенных им детей. Между тем, почти 22% сотрудников домов ребенка, 51% сотрудников учреждений для детей с психоневрологическими нарушениями и тяжелыми формами инвалидности и 56% сотрудников специальных коррекционных учебных заведений рассказали о том, что они были свидетелями применения сотрудниками насилия в отношении детей. Исследование также выявило, что от 25 до 53% сотрудников, работающих в различных типах интернатных учреждений, поддерживают применение телесных наказаний в отношении детей.¹⁹²

Реформа интернатных учреждений

Сокращение числа детей, оставшихся без попечения родителей, в интернатных учреждениях произошло в соответствии со снижением количества детских интернатных учреждений в результате осуществления государственной программы «Дети Казахстана»¹⁹³. Эта програм-

181. SSPI "Результаты исследований по проекту разработки новых методов взаимодействия и междисциплинарного подхода к системе по выявлению и принятию мер в отношении беременных женщин в группе риска и семей по предотвращению институционализации детей в возрасте от 0 до 3 лет и сокращения помещения детей в возрасте от 3 до 6 в государственные учреждения опеки", ЮНИСЕФ.

182. Билсон А. (2010), "Развитие функций курирования в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ. Уроки Болгарии, Казахстана и Украины", Университет Центрального Ланкашира, с. 12-13

183. Правительство РК и ПРООН, Национальный план действий по правам человека на 2009-2012, 2009г. на: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/NHRA/Kazakhstan2009-2012.pdf>

184. Информация предоставлена Республиканским центром развития здравоохранения, январь 2013 г.

185. ЮНИСЕФ, Дети до трех лет, находящиеся на попечении государства в странах ЦВЕ / СНГ: анализ ситуации в регионе с точки зрения соблюдения прав ребенка, Проект, май 2012 года. Со ссылкой на данные, предоставленные Комитетом по защите прав ребенка

186. Информация предоставлена Республиканским центром развития здравоохранения, январь 2013г.

187. ЮНИСЕФ Казахстан, Защита детей, см.: http://unicef.kz/en/services/child_welfare/?sid=murehph8oubs8iu1r4v5opklp4

188. Данные предоставлены Министерством здравоохранения, март 2012 г.

189. ЮНИСЕФ / УВКПЧ, Прекратить размещение детей в возрасте до трех лет в интернатные учреждения: Призыв к действию, 2012 год. На сайте: http://www.unicef.org/ceecis/media_17370.html

190. Робин Н. Хаар, Насилие в отношении детей в государственных интернатных учреждениях Казахстана: оценка, ЮНИСЕФ и Бюро омбудсмана, май 2011 года, на сайте http://www.ceecis.org/ccc/publications/Violence_against_children_in_state-run_residential_institutions_in_Kazakhstan_2011_ENG.pdf

191. Правовой детский центр, Университет Эссекса, "Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета", 2010 г.

192. Робин Н. Хаар. Насилие в отношении детей в государственных интернатных учреждениях Казахстана: аналитическая оценка, ЮНИСЕФ и Офис Омбудсмана РК, май 2011г., см. на: http://www.ceecis.org/ccc/publications/Violence_against_children_in_state-run_residential_institutions_in_Kazakhstan_2011_ENG.pdf

193. «Дети Казахстана» - национальная программа, проводилась с 2007 по 2011 год с целью улучшения качества жизни детей путем обеспечения социальных и правовых гарантий. Бюджет программы составил 10 507 047 миллионов тенге (около 69400000.долл. США по среднему обменному курсу за 2009-13г.г.). Программа была разработана Министерством образования и науки РК



ма предусматривала развитие альтернативных форм опеки над детьми в приемные, патронатные и усыновляющие семьи, а также открытие детских деревень, детских домов семейного типа и домов юношества.¹⁹⁴ В настоящее время задачи по сокращению числа детей в интернатных учреждениях перечислены в Программе развития образования до 2020¹⁹⁵: нет отдельной программы по защите детей или долгосрочного видения реформы системы по уходу за детьми и модернизации системы в целом. Тем не менее, Стратегия Казахстан-2050 содержит еще раз подтвержденное стремление перейти от крупных интернатных учреждений к усыновлению и детским домам семейного типа.¹⁹⁶

После того, как Комитет ООН по правам ребенка выразил обеспокоенность по поводу детей, оставшихся без попечения родителей, которые содержались в условиях похожих на тюремные в 2007 году¹⁹⁷, в 2011 году Правительство РК преобразовало центры временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних при Министерстве внутренних дел РК в центры адаптации несовершеннолетних при Министерстве образования и науки РК.¹⁹⁸ В 2012 г. было обнаружено 4 925 безнадзорных и бездомных детей (в основном, полицией) и доставлено в центры адаптации МОН РК.¹⁹⁹ Хотя многие из этих детей имеют близких родственников, которые могли бы заботиться о них, 25% направляются в интернатные учреждения, где они полностью обеспечиваются за счет государства.²⁰⁰

Патронат, опека и возвращение в семью

Правительство РК применяет несколько стратегий, чтобы сократить число детей в государственных интернатных учреждениях. На международном уровне доказано, что патронатное воспитание в приемной семье является полезным краткосрочным решением для детей, лишенных родительской опеки, до того, как будет найдено долгосрочное решение, такое как реинтеграция в семью, усыновление или другой вид опеки. Однако, патронатное воспитание в казахстанском обществе стало возможным только с 2004 года.²⁰¹ В рамках Национальной программы «Дети Казахстана», в течение 2006–2010 гг. наблюдался существенный прогресс в количестве патронатных приемных семей, их число увеличилось, и за этот период было зарегистрировано 476 сирот, переданных на патронатное воспитание в приемные семьи.²⁰² Однако система патронатных приемных семей для ухода за детьми младше трех лет все еще не развита в полной мере.

В Казахстане передача на патронатное воспитание не может быть осуществлена, если родители не отказались или не были лишены родительских прав; только те дети, чьи родители официально утратили свои родительские права, могут иметь альтернативные семьи по уходу за ними. Это исключает из процесса таких детей, как «социальные сироты», которые находятся на попечении государства, но чьи родители по-прежнему несут юридическую ответственность за них. Большинство из этих детей не может быть передано на патронатное воспитание или усыновление, поскольку их опека, по-прежнему, определяется потребностями и пожеланиями их семей.²⁰³ В результате, многие дети младшего возраста де-факто лишены семейного окружения и проводят время в одном из 25 домов ребенка, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РК; в то же время дети, от которых навсегда отказались биологические родители, находятся в более выгодном положении, потому что их можно устроить в альтернативную семью.²⁰⁴

Что касается младенцев, в 2012 г. из 1 647 детей в домах ребенка (на начало года) 494 детей (30 %) были возвращены в семьи, 477 (29 %) были усыновлены, а еще 161 ребенок (9,8%) направлен на патронатное воспитание или под опеку.²⁰⁵ Согласно действующему законода-

тельству, граждане, которые хотят усыновить детей в возрасте до одного года имеют право сначала официально взять на себя статус «патронатного родителя» или опекуна. В 2012 г. всего 47 детей в возрасте от 0 до 3 лет, находились под патронатом.²⁰⁶ В целом в 2012 г. около 30% детей младше 3 лет остались в интернатных учреждениях. Из детей, которые вернулись в свои семьи, большинство было включено в группу «Надежда», которые не имеют права быть усыновлены или переданы в приемную семью. В конце 2012 года в этой группе было 416 детей, чуть больше, чем годом ранее. Обнадёживает то, что в общей сложности 245 из этих детей (68,6 %) вернулись к своим матерям²⁰⁷.

Усыновление

В общей сложности, начиная с 1999 года, более 47 000 детей из Казахстана были усыновлены, более 38 000 из них имеют местных приемных родителей, и более 8 800 детей были усыновлены иностранцами²⁰⁸. В течение последних трех лет наблюдается увеличение числа людей в Казахстане, зарегистрированных в качестве кандидатов на усыновление.²⁰⁹ Кроме того, за последние годы в Казахстане было создано 87 «школ» для лиц, желающих усыновить детей, а также 58 Служб поддержки семьи²¹⁰.

Тем не менее, потенциальные приемные родители-казахстанцы, как правило, хотят усыновить очень маленьких и здоровых детей. Среди старших воспитанников интернатных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 80% имеют ту или иную форму инвалидности или заболевания с долгосрочными последствиями такие, как сердечно-сосудистые заболевания, детский церебральный паралич, синдром Дауна, венерические заболевания и др.²¹¹ Шансы для этих детей найти приемных родителей в Казахстане очень малы, но они могут быть усыновлены родителями из-за рубежа. Тем не менее, в 2010 году был введен мораторий на международное усыновление в результате опасений по поводу финансовой выгоды, плохого ухода и незаконной деятельности международных агентств по усыновлению.²¹² После введения этого Моратория 1 ноября 2010 года Казахстан ратифицировал Гаагскую конвенцию от 29 мая 1993 года о защите детей и сотрудничестве в отношении иностранного усыновления (Гаагская Конвенция об усыновлении 1993 года), Комитет по защите прав детей МОН РК получил поручение привести процедуру о га-

194. Александр Ковалевский «Оценка ситуации по реализации Закона о специальных социальных услугах в Республике Казахстан в отношении детей и членов их семей», ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года,

195. Министерство образования и науки, Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011 –2020 гг.

196. Президент Казахстана, Стратегия «Казахстан-2050»: Новый политический курс состоявшегося государства, Астана, 2012 г.

197. Комитет ООН по правам ребенка, заключительные замечания: Казахстан. На сайте: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co/CRC.C.KAZ.CO.3.pdf>

198. Робин Н. Хаар. Экспресс-оценка уязвимости детей в отношении рискованного поведения, сексуальной эксплуатации и торговли людьми в Республике Казахстан / ЮНИСЕФ_2012 на сайте: <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>,

199. Данные представлены ЮНИСЕФ Правительством РК, январь 2013 г.

200. Правительство Республики Казахстан и ПРО-ОН, Национальный План действий Республики Казахстан по правам человека на 2009–2012гг., 2009 г., на сайте <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/NHRA/Kazakhstan2009-2012.pdf>

201. ЮНИСЕФ, Дети до трех лет, находящиеся на попечении государства в странах ЦВЕ/СНГ: анализ ситуации в регионе с точки зрения соблюдения прав ребенка, Проект, май 2012 года.

202. Кити Роэлен и Франциска Гасман. «Благополучие детей в Республике Казахстан». ЮНИСЕФ, Казахстан, июль 2012 г., стр. 51

203. Карэн Малоун и Марион Стерджес «Дружественный к детям Казахстан: история», ЮНИСЕФ Казахстан, 2011г., с.3

204. ЮНИСЕФ «Программа предупреждение отказа от детей». Миссия в Казахстане с 20 по 29 июля 2011г., с. 9-10 Правовой детский центр, Университет Эссекса «Системы защиты детей в Республике Казахстан: Проект предварительного отчета», 2010 год. Данные обновлены с сайта Комитета по защите прав ребенка, <http://www.bala-kkk.kz/en/node/594>, на 1 января 2013 года

205. Информация предоставлена Республиканским Центром развития здравоохранения, май 2013 г.

206. Информация предоставлена Министерством образования и науки РК, февраль 2013 г.

207. Информация предоставлена Республиканским Центром развития здравоохранения, май 2013 г.

208. Информация предоставлена Министерством образования и науки РК, февраль 2013 г.

209. Комитет по защите прав детей МОН РК. «Усыновление в Казахстане», <http://www.bala-kkk.kz/en/node/587>, январь 2013 года.

210. Р. Шер, руководитель Комитета по защите прав детей МОН РК. Заявление о презентации заключения экспертизы. Реализация Национального плана по правам человека на 2009-2012 годы. Раздел: Права ребенка

211. Комитет по защите прав детей МОН РК. «Усыновление в Казахстане», <http://www.bala-kkk.kz/en/node/587>, январь 2013 года.

212. ЮНИСЕФ «Дети в возрасте до трех лет, находящиеся на попечении государства, в странах ЦВЕ / СНГ: Регионального анализа ситуации в отношении соблюдения прав ребенка», проект, май 2012 года.

рантиях по международному усыновлению в соответствии с Конвенцией.²¹³ Постоянное бюро Гаагского Комитета по международному праву в 2011 году также сообщило, что действовавшее ранее семейное законодательство РК позволяло потенциальным приемным родителям выбирать своих детей лично в нарушение добросовестной практики в области международного усыновления, и что функции и обязанности по усыновлению были разрозненными²¹⁴.

В декабре 2011 года был утвержден новый Кодекс РК о браке (супружестве) и семье, который более соответствует требованиям Конвенции об усыновлении, а также наилучших практик. Сейчас мораторий на международное усыновление снят, и теперь любое международное усыновление должно осуществляться исключительно через аккредитованные международные агентства.²¹⁵ По состоянию на 18 января 2013 года, 20 международных агентств по усыновлению получили аккредитацию в Республике Казахстан.²¹⁶

Дети-выпускники интернатных учреждений

По данным Комитета по защите прав детей МОН РК за 2009-2012 гг. значительное число детей, выпустившихся из интернатных учреждений, продолжили свое обучение: обычно это профессионально-техническое обучение, значительно меньшая часть сразу устроилась на работу, тогда как 25 выпускников направились под опеку для окончания своего среднего образования, и 4 были осуждены за уголовные преступления.²¹⁷ Важной проблемой представляется тот факт, что, несмотря на законодательство, гарантирующее покидающим интернатное учреждение детям право на предоставляемое государством жилье, около 12 000 детей все еще не обеспечены жильем после выхода из интернатных учреждений.²¹⁸

Правительственные источники утверждают, что выпускникам интернатных учреждений либо предоставляется общежитие по месту учебы, либо жилье в домах юношества до достижения ими 23 лет. В стране функционируют 34 дома юношества, в которых проживают в общей сложности 1 398 молодых людей в возрасте от 16 до 23 лет. С 2009 года были внесены изменения в Закон РК «О жилищных отношениях», определяющие, что не только сироты, но и дети, оставшиеся без попечения родителей, должны быть

социально защищены. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, признаны в качестве нуждающихся в государственном жилье, они могут быть поставлены в очередь на получение жилья из государственного жилищного фонда.²¹⁹ 13 апреля 2013 года, Парламент РК утвердил норму, согласно которой дети, относящиеся к этой категории, имеют первоочередное право на получение жилья²²⁰. Между тем, Правительство РК запустило пилотный проект в трех областях республики с целью помочь воспитанникам интернатных учреждений адаптироваться к самостоятельной жизни²²¹.

213. Карэн Малоун и Марион Стерджес “Доброжелательный к детям Казахстан: обзор литературы”, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г.

214. Дженнифер Деджеллинг и Лаура Мартинес-Мора, Отчет о миссии в Казахстан 9-12 мая 2011 года, Постоянное бюро Гаагской конференции по частному международному праву, 2011г., <http://www.hcch.net/upload/2011kh-rpt33.pdf>, стр. 5-6

215. Кодекс о браке и семье, 518-IV ЗРК 518 от 26 декабря 2011г.

216. Комитет по защите прав детей МОН РК. “Усыновление в Казахстане: официальная информация”, 18 января 2013 года, <http://www.bala-kkk.kz/ru/node/476>

217. Комитет по защите прав детей МОН РК. Основные показатели в сфере охраны прав детей Республики Казахстан за 2011 год, 2012г.

218. Экспертная рабочая группа “Обзор реализации Национального плана по правам человека на 2009-2012 годы”, Глава о правах ребенка.

219. Информация предоставлена Министерством образования, февраль 2013г.

220. Информация предоставлена ЮНИСЕФ, май 2013

221. Информация предоставлена Министерством образования, февраль 2013г.

222. Указ Президента 1118 от 7 декабря 2010 г., Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011 – 2020 гг., www.ibe.unesco.org/International/ICE/.../Kazakhstan_Scan.pdf.

223. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CD.1: Образование для детей младшего возраста, Астана, 2012 г.

224. Закон об образовании от 7 июля 1992 г. (в редакции от 27 июля 2007 г.)

225. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан “Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010”.

226. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: справочные материалы», Исследование инициатив удобных для проживания детей городов, развитие стандартов сертификации удобных для детей городов, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр.4

Дошкольное образование

Уровень обеспечения и доступности дошкольного образования широко варьируется по стране. В целом, в стране на 100 мест в детских садах приходится 111 детей.²²²

По результатам МИКС за 2010–2011 гг., дошкольные учреждения посещали лишь 37% детей в возрасте 3-4 лет при значительной разнице в обеспечении между селом (29,4%) и городом (45,3%), и также между областями. Обеспеченность дошкольными учреждениями в рамках указанной возрастной группы выше в Костанайской, Западно-Казахстанской, Павлодарской, Карагандинской и Северо-Казахстанской областях (от 56,8 до 69,4%), тогда как самая низкая обеспеченность была зафиксирована в Алматинской, Южно-Казахстанской и Мангистауской областях (соответственно: 15,1, 17,4 и 18,1 %). Исходя из результатов исследования, гендерный аспект в обеспечении детей дошкольными учреждениями значения не имеет, при этом существенные различия связаны с социально-экономическим положением каждой семьи. Обучающими программами охвачены примерно 52,4 и 60,5% детей из семей, которые относятся к четвёртому и наиболее обеспеченному квинтилям, по сравнению с 29,4 и 18,7% детей из семей, которые относятся ко второму и беднейшему квинтилям.²²³

В соответствии со статьёй 23 Закона РК «Об образовании», дошкольное обучение для детей в возрасте 5 и 6 лет является обязательным, и должно осуществляться в семье, дошкольных организациях или школах в рамках общеобразовательной программы. В государственных образовательных учреждениях такое образование должно быть бесплатным²²⁴. Тем не менее, количество детей в возрасте пяти лет, охваченных дошкольным обучением, относительно невелико, в общем, дошкольные учреждения посещает лишь 41% детей из этой возрастной группы. Данный показатель для городов является более высоким, так как в городской местности соответствующих учреждений больше. Самые высокие показатели обеспеченности дошкольными учреждениями отмечаются в Западном Казахстане (66%), Павлодаре (63%) и городе Астане (60%). И, наоборот, в Алматинской области дошкольные учреждения посещают лишь 16% пятилетних детей. Сравнительно низкий уровень данного показателя в этом регионе объясняется высоким популя-

ционным давлением и ограниченным количеством соответствующих учреждений²²⁵. Места в государственных детских садах ограничены, очереди составляют 2-3 года, что вынуждает родителей ставить своих детей в очередь на место в детском саду сразу после их рождения. Для тех, кто не смог получить место в государственном учреждении, ограничивающим фактором является также и стоимость обучения в частных детских садах, где оплата варьируется в пределах 45 000-90 000 тенге (от 300 до 600 долларов США) в месяц, что далеко выходит за рамки бюджета многих семей²²⁶, учитывая, что среднемесячная заработная плата составляет 108 857 тенге (примерно 720 долларов США) в месяц²²⁷, а минимальная – 18 600 тенге (примерно 125 долларов США)²²⁸. Вышеизложенная ситуация отражается в результатах МИКС за 2010 – 2011 гг.: в указанном возрасте посещали дошкольные учреждения лишь 18,7% детей из беднейшего квинтиля по сравнению с 60,5% детей из наиболее обеспеченного квинтиля²²⁹.

Тем не менее, ко времени поступления в школу большинство детей уже проходит предшкольную подготовку в той или иной форме. Согласно МИКС в 2010 – 2011 гг. 81,6% первоклассников годом ранее посещали дошкольные учреждения. По сравнению с 39,5% по данным МИКС за 2006 г., очевидно явное улучшение ситуации²³⁰. Также показатели по городским территориям (85,6%) существенно превышают показатели сельских регионов (78%). По регионам, наименьший процент обеспечения дошкольными учреждениями был зафиксирован в Кызылординской и Южно-Казахстанской областях (соответственно, 67,2 и 70,1%), наиболее высокие показатели – в Павлодарской, Актюбинской и Западно-Казахстанской областях, а также в городе Алматы (95,7 – 98,6%).

В целом обеспеченность дошкольными учреждениями увеличилась в два раза с 2006 по 2010 годы. В рамках Государственной программы развития образования на 2011–2020 гг. обеспеченность детей в возрасте от трёх до шести лет дошкольными учреждениями должна достичь 73,5% к 2015 г. и 100% к 2020г.²³¹ Программа «Балапан» МОН РК, завершение которой планируется в 2015 г., была разработана с целью увеличения количества мест в государственных и частных дошкольных учреждениях. В результате реализации этой программы дополнительно создано 219 000 мест в детских садах, при этом количество частных дошкольных учреждений увеличилось более

чем вдвое.²³² Например, в проекты новостроек необходимо включать центр дневного пребывания или детский сад, при этом предусмотрен пересмотр существующих требований лицензирования²³³. В г. Усть-Каменогорске с 2009 по 2010 гг. было построено шесть новых детских садов, в результате чего появилось свыше 1 400 мест для детей. Кроме того, было организовано 30 мини-центров, которые дали возможность получить дошкольное образование 6 600 детям. В 2011 г. в городе Алматы было запланировано создание ещё семи детских садов и 11 мини-центров, в результате чего уровень удовлетворения потребности в детских садах должен достичь 76%, что значительно выше среднего по стране. В городе Семей с 2009 по 2011 гг. было создано 1 960 новых мест в детских садах. В г. Павлодар также было открыто 20 новых дошкольных мини-центров, в результате чего в городе было создано 1 333 новых мест в детских садах, при этом в городе ведётся строительство пяти новых центров дневного пребывания для детей младшего возраста²³⁴. В целом по стране, потребность значительно превышает существующие возможности, так, в 2010 г. в очереди в дошкольные учреждения стояло 260 000 детей.²³⁵

Школьное образование

В соответствии с Законом Республики Казахстан «Об образовании»,²³⁶ школьное образование включает в себя три ступени: (а) начальное (четырёхлетняя программа); (б) основное среднее (пять лет), и (в) старшее среднее (два года). При этом Государственная программа развития образования предусматривает переход к 2020 г. на модель 12-летнего обучения.²³⁷

В соответствии с отчётом за 2010 г. о ходе достижения Казахстаном Целей развития тысячелетия (ЦРТ), в ряде школ обучение проводится в несколько смен, некоторые городские школы переполнены. В 2009 – 2010 учебном году примерно 66% дневных средних общеобразовательных школ вели занятия в две или три смены. В целом 37,1% учащихся занимались после полудня. Как ожидается, в результате увеличившегося уровня рождаемости нагрузка на школы возрастёт даже несмотря на строительные программы по возведению дополнительных школ.²³⁸ Неравенство, касающееся качества образования в сельской и городской местности, представляет собой значительную проблему. Отдалённые поселения в сельской местности

обычно обслуживают небольшие школы с незначительными возможностями. Государственная программа развития образования включает в себя ряд мер по улучшению условий работы указанных школ,²³⁹ включая создание ресурсных центров по улучшению их возможностей, инвестирование в информационные технологии, поддержку обучения в альтернативных школах и обеспечение транспортом.²⁴⁰

При этом в Казахстане по-прежнему отсутствует единая база данных с реальной и детальной информацией в отношении уровня охвата\посещаемости по стране, которую можно было бы регулярно обновлять.²⁴¹ Отсутствие подробной информации, например, по вопросам качества, может осложнить оценку возможного неравенства школ, работающих в сельской местности или обслуживающих сообщества этнических меньшинств. В качестве элемента запланированного перехода страны на 12-летний цикл обучения Правительство РК приняло меры по формированию национальной системы тестирования, в рамках которой будет проводиться стандартизованное тестирование по окончании начальной, основной, средней и профессиональной школ. Это станет ещё одним серьёзным шагом на пути повышения эффективности выявления неравенства в системе образования и реагирования на него²⁴².

Дети, не посещающие школы

Международное исследование в Казахстане указывает на категории детей, в отношении которых существует вероятность их исключённости из процесса школьного образования. К ним относятся:

- Дети с инвалидностью и/или имеющие специальные образовательные потребности;
- Дети, проходящие обучение с более младшими детьми, поскольку они ранее не получили необходимого образования;
- Дети с низкой самооценкой;
- Мальчики-подростки;
- Беременные девочки-подростки и матери в том же возрасте;
- Дети, не имеющие идентификационных и/или регистрационных документов;
- Работающие дети;
- Дети с иными факторами уязвимости, например, находившиеся в интернате, состоящие в браке, или являющиеся родителями;

- Дети, которые часто меняют место своего проживания или школу;
- Дети, которые проживают далеко от школы и не обеспечиваются транспортом.²⁴³

В среднем 86% детей из соответствующей возрастной категории посещают начальную школу. При этом вероятность посещения школ семилетними детьми намного более высокая, чем шестилетними, что приводит к общим показателям посещаемости в начальной школе в 111%.²⁴⁴ Столь значительная разница в охвате школьным образованием, вероятно, объясняется тем фактом, что многие родители предпочитают не отдавать детей в школу с шести лет. Снижение уровня охвата является ещё более существенным у детей 15-16 лет. У детей в возрасте 15 лет уровень охвата составляет почти 100%, при этом у детей 16 лет этот показатель составляет лишь 38%, у детей 17 лет – 34%. Снижением показателя можно объяснить тем, что посещающие младшие классы средней школы дети 15 лет включаются в отчетность об охвате обучающихся в «чистом» виде, тогда как дети в возрасте 16 или 17 лет при посещении младших классов не включаются в эту отчетность. Если бы посещение младших классов школы для указанных возрастных групп также считалось бы обязательным для их возраста, то уровень достигал бы почти 100%.²⁴⁵ В соответствии с отчетом ЦРТ за 2010 г., 90% детей, не посещающих школы, из бедных или неблагополучных семей.²⁴⁶ Учитывая это, Правительство РК разработало план ЦРТ+, который в основном сосредоточен на среднем образовании, повышении качества образования и увеличении посещаемости детьми из уязвимых групп, например, детей со специальными потребностями и учеников из социально неблагополучных семей.²⁴⁷

Уровень посещаемости по регионам различается незначительно. Уровни посещаемости ниже среднего зафиксированы в Алматинской области, городе Алматы, Восточном Казахстане и Западном Казахстане. Самый высокий уровень посещаемости образовательных учреждений среди 17-летних – в Актобе, Атырау и Павлодаре. Уровень посещаемости у детей 17 лет в Западном и Восточном Казахстане является особенно низким, и составляет, соответственно, 15 и 22%.²⁴⁸ Последний отчет о детских браках в Казахстане свидетельствует о том, что ранние браки являются для девушек 11-16 лет серьезным препятствием в завершении среднего образования. Особенно это акту-

227. Данные Агентства по статистике РК, март 2013г.

228. Размер установлен в государственном бюджете на 2013г.

229. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CD.1: Образование для детей младшего возраста, Астана, 2012г.

230. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица CD.1: Образование для детей младшего возраста, Астана, 2007

231. Указ Президента 1118 от 7 декабря 2010 г., Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011 – 2020 гг., www.ibe.unesco.org/International/ICE/.../Kazakhstan_Scan.pdf.

232. Bnews.kz, Более 1500 дошкольных учреждений было создано по программе «Балапан», 8 августа 2012, доступно на <http://bnews.kz/en/news/post/94841/>

233. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружелюбный к детям: история», Исследование инициатив город дружественный к детям, развитие стандартов сертификации города дружественного к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр.4

234. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружелюбный к детям: история», Исследование инициатив городов дружественных к детям, развитие стандартов сертификации городов дружественных к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр.9

235. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010».

236. Закон РК «Об образовании» от 7 июля 1992 г. (в редакции от 27 июля 2007 г.)

237. Министерство образования и науки РК, Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011 – 2020 гг. доступно: http://www.edu.gov.kz/en/legislation/state_program_of_education_development_in_the_republic_of_kazakhstan/state_program_of_education_development_in_the_republic_of_kazakhstan_for_20112020/

238. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010», стр. 40.

239. В сельских районах Казахстана существует 7500 так называемых «небольших школ», которые слабо укомплектованы и являются непригодными для высокого уровня образования. [TengriNews, Казахстанские школы в 2015 – 2020 гг. будут переводиться на 12-летнюю систему обучения, 29 июня 2012 г. en.tengrinews.kz/edu/Kazakhstan-schools-will-be-transferred-to-12-year-education-in-2015-2020-11157/] Использование английских материалов Tengrinews необходимо сопровождать гиперссылкой на en.Tengrinews.kz

240. Кишор Сингх, Доклад Специального докладчика по праву на образование, приложение: командировка в Казахстан, 11 мая 2012 г., документ ООН /HRC/20/21/Add.1, стр. 7

241. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010», стр. 48

ально для девушек из групп этнических меньшинств мусульманского происхождения на юге Казахстана.²⁴⁹

Ещё одним препятствием для школьного образования могут оказаться растущие финансовые расходы, которые ожидаются от семей. В 2009 г. школы собрали с каждой семьи в среднем по 45 000 тенге (300 долларов США) и больше.²⁵⁰

Образование представляет серьёзную проблему для детей с инвалидностью. Как уже обсуждалось выше, дети со специальными потребностями проходят обследование в Психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК). Такое обследование завершается выдачей справки, в которой указывается, имеет ли ребенок возможность участвовать в образовательном процессе, и если да, то каков уровень образования, на прохождение которого его/её допустимо направить. В 2010–2011 гг., согласно отчётности, было 5 649 детей, не посещавших школу по причине проблем со здоровьем, включая тяжёлые или комплексные расстройства здоровья. В 2011–2012 гг. этот показатель составлял 5 230 детей (из которых 3 159 проживали в сельской местности). Вышеуказанные показатели составляют 0,2% от общей численности учащихся.²⁵¹

Лишь 56,2% из 151 216 зарегистрированных на территории Казахстана детей с особыми потребностями имели доступ к специальным образовательным программам,²⁵² даже несмотря на то, что Закон «О социальной защи-

те инвалидов в Республике Казахстан» от 2005 г. гарантирует детям с инвалидностью доступ к бесплатному общему начальному, базовому среднему и общему среднему образованию. Одним из приоритетов Государственной программы развития образования на 2011–2020 гг.²⁵³ является развитие инклюзивной системы образования. При этом большинство проходящих обучение детей со специальными потребностями в целом в общеобразовательные школы не интегрированы, они обучаются в специальных коррекционных школах или в рамках домашних программ, которые серьёзно зависят от поддержки со стороны семьи ребёнка. В частности, в сельской местности острый недостаток школ с возможностями инклюзивного образования, недостаток доступа к медицинским и реабилитационным службам, и в целом, высокая стоимость медицины приводят детей с инвалидностью и специальными потребностями к жёсткой социальной изоляции, что способствует более высокому уровню институционализации детей с инвалидностью. В городах ситуация несколько лучше, поскольку для детей со специальными потребностями доступен ряд дневных школ.²⁵⁴ Данные Министерства образования и науки РК свидетельствуют о том, что в общей сложности на территории страны 21 801 ребёнок со специальными потребностями посещает 1 462 обычные школы.²⁵⁵ Из этих школ, лишь 12 находятся в сельской местности.²⁵⁶



В последние годы особые проблемы с доступом к образованию возникли у детей мигрантов. В 2010 г. Генеральная прокуратура РК после проверки школ внесла предписание об исключении детей иностранных граждан, которые не представили доказательств статуса своего постоянно проживания на территории Казахстана. В результате совместных усилий соответствующих заинтересованных сторон, Министерство образования и науки РК приняло решение, отменяющее это исключение, и позволяющее вышеуказанным детям продолжить обучение.²⁵⁷ Мониторинг школ в Алматы, Таразе и Караганде силами НПО также выявил ряд случаев, когда государственные школы исключали или не допускали детей беженцев без местной регистрации и разрешения на работу.²⁵⁸

В соответствии с официальной статистикой, количество детей, не посещавших школу более чем 10 дней без уважительной причины, снизилось за последние пять лет. В 2008–2009 гг. отчётность показала, что школу не посещает 3 512 учащихся, из которых 347 человек не были возвращены в школу до конца учебного года.²⁵⁹ К маю 2012 г. вышеуказанный показатель снизился, соответственно до 894 и 188 детей²⁶⁰. Тем не менее, необходимо отметить, что вышеуказанные данные не являются достоверно точными, поскольку школы не всегда сообщают местным властям о том, что ребёнок отсутствует более 10 дней, а предпочитают решать проблемы внутри школы. Это означает, что общее количество детей, пропускающих школу более чем 10 дней подряд, скорее всего, больше, чем приведённые выше показатели. Кроме того, необходимо отметить, что определение «возврат в школу» зачастую включает детей, направляемых в учреждения для детей с девиантным поведением, обычно – вдалеке от мест их проживания²⁶¹.

НПО также предоставили информацию о посещаемости школ на основании исследований, проведённых по небольшим выборкам респондентов в отдельных областях. В докладе НПО в Комитет ООН по правам человека в отношении реализации в Республике Казахстан Международного пакта о гражданских и политических правах приводятся результаты исследования НПО в отношении работающих и беспризорных детей, из которого следует, что большинство работающих детей в растущей прогрессии выпадают из системы школьного образования либо временно, либо окончательно.²⁶² В том

242. Кишор Сингх, Доклад Специального докладчика по праву на образование, приложение: командировка в Казахстан, 11 мая 2012 г., документ ООН /HRC/20/21/Add.1, стр.7-8

243. Летиция Антонович, Выявление и мониторинг не посещающих школу детей, прекращение занятий учащимся, Казахстан, Проект, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г.

244. Чистый коэффициент охвата обучением - численность учащихся официальной возрастной группы данной ступени образования, в процентном отношении к численности населения соответствующей (официальной) возрастной группы. Общий коэффициент охвата обучением - общая численность учащихся на определенной ступени образования, независимо от возраста, в процентном отношении к численности населения официальной возрастной группы данной ступени образования. Общий коэффициент охвата обучением может быть выше 100%, если ученики младше или старше возраста, установленного для соответствующей ступени обучения. В Казахстане валовый показатель для начальной школы составил 111% в 2010г. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002180/218003e.pdf>

245. Кити Ролен и Франциска Гассманн, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ, июль 2012 г.

246. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010», стр.47

247. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010», стр.39

248. Кити Ролен и Франциска Гассманн, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ, июль 2012 г.

249. ЮНФПА, Казахстан: браки несовершеннолетних, октябрь 2012г., доступно на <http://unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/Kazakhstan%20English.pdf>

250. Организация Объединенных Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан «Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010», стр.48

251. Данные Комитета по защите прав детей МОН РК, Астана, 2012 г.

252. Данные предоставлены Министерством образования и науки, декабрь 2012 г.

253. Доступно онлайн на сайте Министерства образования и науки http://www.edu.gov.kz/en/legislation/state_program_of_education_development_in_the_republic_of_kazakhstan/state_program_of_education_development_in_the_republic_of_kazakhstan_for_20112020/

254. Гаврилович М., Харпер К., Джонс Н., Маркус Р. и Перезнието П., Влияние экономического кризиса, волатильности цен на продукты питания и энергоносители на детей и женщин Казахстана, 2009 г. Институт иностранного развития, Лондон.

255. Данные предоставлены Министерством образования и науки, декабрь 2012 г.

256. Веб-сайт Агентства по статистике

257. Приказ № 468 от 28 сентября 2010 г. «Об утверждении Правил получения дошкольного, начального, основного среднего и общего среднего образования иностранцами и лицами без гражданства, постоянно проживающими в Республике Казахстан».

же отчёте дополнительно подчёркивается, что дети, работающие на хлопковых полях с августа по ноябрь, пропускают школу, поскольку их средний рабочий день составляет от 8 до 9 часов.²⁶³

Образование для детей этнических меньшинств

Закон РК «Об образовании»²⁶⁴ гарантирует каждому свободный выбор изучения и использования своего родного языка. При том, что в подавляющем большинстве школ Казахстана обучение ведётся на казахском и/или русском языках, в Казахстане существует 60 средних школ, в которых обучение ведётся полностью на узбекском языке, в 14 – на уйгурском, и в двух – на таджикском языке²⁶⁵. Кроме того, существует 190 специализированных лингвистических центров, в которых дети и взрослые обучаются 30 языкам²⁶⁶. Тем не менее, ряд НПО в 2009 г. отмечали, что с момента обретения независимости РК, ни одной школы с преподаванием на языке национального меньшинства открыто не было, тогда как количество таких школ сокращается. В 2003 г. в стране работало на 20 узбекских средних школ больше, чем в настоящее время. С 2004 г. были также закрыты одна уйгурская и одна таджикская средняя школа. С другой стороны, имеет место увеличение количества средних школ с казахским языком обучения, что привело к оттоку сотрудников и учащихся из школ с преподаванием на языках национальных меньшинств.²⁶⁷ При этом, необходимо дополнительно отметить, что ряд школ был реорганизован из средних школ с преподаванием на языке меньшинств в средние школы с преподаванием на нескольких языках, то есть в школах работают казахская и, например, узбекская секции. Таким образом, в 49 школах существуют классы, обучение в которых ведётся на уйгурском языке, параллельно с классами на казахском и/или русском языках; в 10 школах существуют классы с преподаванием на таджикском языке; в 79 школах – на узбекском языке.²⁶⁸ В результате, в настоящее время такие школы управляются этническими казахами, но в них продолжают вести обучение, в том числе, на узбекском языке.²⁶⁹

Комитет ООН по ликвидации расовой дискриминации выразил озабоченность недостатками в области качества образования и ситуацией с языками меньшинств, особенно – в отношении

детей из числа этнических меньшинств. Кроме того, Комитет выразил обеспокоенность тем, что школьные учебники не учитывают надлежащим образом культуру, традиции и историю меньшинств, а также их вклад в развитие казахстанского общества.²⁷⁰

С 2006 по 2010 гг. количественное соотношение учащихся, посещающих средние школы с обучением на русском языке, снизилось на 16%. В основном это обусловлено снижением численности населения славянского происхождения. При этом в этот же период наблюдалось снижение численности учащихся, проходящих обучение на узбекском языке (примерно на 3%) и уйгурском языке (примерно на 10%), хотя пропорциональное соотношение населения в социально-демографической структуре страны указанных этнических групп не снижалось. Число детей, проходящих обучение на казахском языке, также уменьшилось (примерно на 0,2%).²⁷¹

В Казахстане снижается вероятность поступления в университеты детей из числа этнических меньшинств. Пропорциональное соотношение студентов университетов – этнических узбеков или представителей других малых этнических групп составляет менее половины их пропорционального соотношения к общему населению страны; например, среди уйгуров в 1,75 раза меньше студентов, чем их пропорциональная доля в населении страны.²⁷² Одним из препятствий является Единое национальное тестирование (ЕНТ) для поступления в университет, которое необходимо проходить на казахском или русском языке. В результате, родители заинтересованы направлять своих детей в средние школы с преподаванием на казахском или русском языках, особенно в городах, где существует реальный выбор различных средних учебных заведений. Это является основной причиной снижения количества учащихся в уйгурских школах.²⁷³

Насилие в школах²⁷⁴

Исследование, проведенное в 2012 г., показало, что насилие в школах является серьёзной проблемой.²⁷⁵ Из 4 207 опрошенных детей за 2011-12 учебный год более 66% пострадали от насилия и дискриминации (во всех формах) в школе. А именно, за этот год 63% наблюдали насилие и дискриминацию среди детей, 44% оказались жертвами насилия и дискриминации среди детей, 24% сами были виновниками насилия и дискриминации в отношении других детей в школе. В отношении физического насилия среди школьников за последний год около 53% детей подверглись физическому насилию в школах; 47% стали его свидетелями; 21% от него пострадали; 15% сами оказались виновниками физического насилия в школе.

В отчёте указывается, что дети подвергались насилию также и со стороны сотрудников школы. В частности, почти 24% опрошенных детей сообщили о применении учителями насилия и/или дискриминации по отношению к ним. А именно, 16% детей сообщили о том, что школьные учителя применяли к ним психологическое насилие, в отношении 13% – физическое насилие, и 5% заявили о том, что учителя их дискриминировали в предыдущем исследовании году. Более 22% школьных учителей заявили о том, что они применяли психологическое/физическое насилие для установления дисциплины, а также дискриминировали детей в прошедшем году.

По результатам исследования, примерно треть детей, которые оказались свидетелями насилия в школе среди детей, никому об инциденте не рассказывали, при этом также никому не рассказали об этом 23% детей, которые сами оказались жертвами насилия. Во многих школах принято молчать о насилии. Дети молчат потому, что боятся возмездия со стороны виновников в случае, если они заговорят, либо опасаются, что направленное против них насилие станет более суровым. Если ребёнок и рассказывает кому-либо, то, чаще всего, родителям, сверстникам и друзьям; менее вероятно сообщение о фактах насилия в школе директору школы, учителям или сотрудникам.

Лишь 50% сотрудников школ и 55% директоров школ сообщили о том, что официальные регулятивные нормы или принципы требовали от них учёта и информирования о фактах насилия в школах (19% сотрудников и 7% директоров не смогли ответить на поставленный вопрос). Кроме того, лишь 52% школьных директоров заявили о том, что в их школе существу-

258. Отчёт Казахских НПО, представленный в Комитет по правам человека на его 102-й сессии (2010 г.), стр. 59

259. Организация Объединённых Наций в Казахстане и Правительство Республики Казахстан “Цели развития тысячелетия в Республике Казахстан - 2010”.

260. Данные Комитета по защите прав детей МОН РК

261. Летиция Антонович, Выявление и мониторинг не посещающих школу детей, прекращение занятий учащимися, Казахстан, Проект, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г.

262. Летиция Антонович, Выявление и мониторинг не посещающих школу детей, прекращение занятий учащимися, Казахстан, Проект, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г.

263. Рабочая группа казахских НПО «По защите прав детей», Альтернативный отчёт неправительственных организаций с комментариями к Четвёртому периодическому отчёту Правительства Республики Казахстан «Исполнение Конвенции о правах ребёнка, а также – Рекомендаций Комитета ООН о правах ребёнка», Алматы, 2012 г.

264. Закон № 316 от 7 июля 1999 г., с изменениями от 2011 г.

265. Информация за 2012 - 13 учебный год предоставлена Министерством образования

266. С. Айдосов, Предупреждение дискриминации национальных, религиозных и ЛГБТ меньшинств: практика соблюдения их социально-экономических прав и свобод в Республике Казахстан, Социологический ресурсный центр, 2012 г.

267. Комментарии казахских НПО к четвёртому и пятому периодическим отчётам Правительства РК об исполнении Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, представленные в качестве единого документа в Комитет ООН по ликвидации расовой дискриминации в соответствии со статьёй 9 Конвенции, 2009, на http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/ngos/JointReport_Kazakhstan_76.pdf

268. Информация за 2012 - 13 учебный год предоставлена Министерством образования

269. Информация предоставлена Сериком Айдосовым, национальным экспертом ОБСЕ/ Верховный комиссар по делам национальных меньшинств, январь 2013 г.

270. Комитет ООН по ликвидации расовой дискриминации, Заключительные Наблюдения: Казахстан, 6 апреля 2010 г., документ ООН CERD/C/KAZ/CO/4-5

271. Агентство РК по статистике, Регионы Казахстана в 2010г., 2011 г., цитируется в работе: Серик Айдосов, Предупреждение дискриминации национальных, религиозных и ЛГБТ меньшинств: практика соблюдения их социально-экономических прав и свобод в Республике Казахстан, Социологический ресурсный центр, 2012 г.

272. Агентство РК по статистике, Статистический ежегодник Казахстана 2010г. - Социально-демографические показатели, цитируется в работе С. Айдосова, Предупреждение дискриминации национальных, религиозных и ЛГБТ меньшинств: практика соблюдения их социально-экономических прав и свобод в Республике Казахстан, Социологический ресурсный центр, 2012 г.

273. Информация предоставлена Сериком Айдосовым, национальным экспертом ОБСЕ/ Верховный комиссар по делам национальных меньшинств, январь 2013 г.

ют специальные инструкции или регламенты, которые должны выполняться для информирования о фактах насилия в школе. Крайне незначительное количество директоров смогли сообщить, какие официальные указания или регулирующие нормы обязывают их учитывать факты насилия в отношении детей или информировать о таких случаях соответствующие органы.

Лишь 36% сотрудников школ знали о каких-либо официальных регулирующих нормах или принципах в отношении применения учителями в школах телесных наказаний, при этом 28,4% знали об официальных регулирующих нормах или принципах, регламентирующих привлечение к ответственности сотрудников школ, применяющих к школьникам физические наказания. Что удивительно, почти треть респондентов не знала о каких-либо официальных регулирующих нормах или принципах в отношении наказания детей и/или использования телесных наказаний в школах.

Правительство РК активно ищет пути решения проблемы насилия в школах. Одной из форм реагирования было введение в школах института школьного инспектора полиции. В Национальном плане действий в области прав человека на 2009–2012 гг. было предусмотрено, что каждую среднюю школу должен контролировать свой инспектор полиции. Даная мера была реализована в полном объеме. В некоторых крупных школах работает два постоянных инспектора полиции. Их работа финансируется из бюджетов местных органов государственного управления.²⁷⁶ Тем не менее, следует отметить, что решение проблемы насилия в школах требует комплексного подхода, в том числе, укрепления законодательства, разработки и реализации типовой программы профилактики насилия в школе, решения конкретных потребностей уязвимых групп с учетом гендерных аспектов, обучения персонала, мониторинга, повышения эффективности системы подачи жалоб, механизмов реагирования и поддержки в случаях насилия, а также повышения осведомленности о проблеме.²⁷⁷

Это исследование послужило началом конструктивного диалога на высоком уровне по вопросу о необходимости решения проблемы детской уязвимости и жестокого обращения на межведомственном уровне. Предотвращение насилия в учебных заведениях было выделено в качестве одного из приоритетных направлений работы Министерства образования и науки,

при этом Комитет по охране прав детей МОН РК в 2012 году направил и местным органам власти инструкции по профилактике насилия в отношении детей.²⁷⁸

Школьники и стихийные бедствия

Казахстан, как и другие страны Средней Азии, расположен в зоне значительной сейсмической активности. Юго-Восточная часть (25% территории страны, включая город Алматы) расположена в зоне высокого риска землетрясений силой 8 баллов по шкале Рихтера, при этом 43,6% населения страны проживает в зонах от средней до очень высокой степени сейсмической опасности. Несмотря на засушливость климата, для ряда территорий Казахстана, как и для Средней Азии, в целом, существует опасность наводнений, в основном, весной и летом, а также вдоль основных рек и их притоков²⁷⁹. Существует примерно 800 рек длиной свыше 40 км, на которых возможны наводнения. Проблема наводнений, а также вопрос полноценной защиты от их разрушительного воздействия зависит, в том числе, и от управления трансграничными водными ресурсами региона, и необходимости совершенствования методик оценки опасности наводнения²⁸⁰. В общей сложности 13% территории суши страны, включая город Алматы²⁸¹, находится под угрозой оползней. Кроме того, вред несут сходы лавин и экстремальные температуры.²⁸²

Казахстан лучше подготовлен к возможным стихийным бедствиям и смягчению их последствий, чем его страны-соседи в Средней Азии, тем не менее, перечисленные риски растут вследствие следующих причин: ухудшения состояния жилищного фонда, который имеет высокий риск разрушения в случае стихийного бедствия, что может привести в результате к серьезным травмам и жертвам; ненадлежащего обслуживания объектов инфраструктуры, предназначенной для защиты от стихийных бедствий (например, плотин); либеральных норм безопасности, деградации окружающей среды и плохого управления ресурсами. Кроме того, вся Центральная Азия испытывает более частые и интенсивные засухи вследствие изменения климата. Особенно это влияет на сельские районы, где проживает основная часть бедного населения региона (в том числе, в Казахстане).²⁸³

Как и в других регионах женщины и дети оказываются особенно уязвимыми перед стихийными бедствиями: они находятся дома при возникновении чрезвычайной ситуации, обладают меньшими физическими навыками, которые бы позволили им спастись, и располагают меньшим доступом к средствам и кредитам, которые могли бы обеспечить им восстановление после стихийного бедствия.²⁸⁴

В целях сокращения риска стихийных бедствий Правительство приняло ряд нормативных актов. К ним относятся «Правила информирования, пропаганды знаний, обучения населения и специалистов в области чрезвычайных ситуаций» (от 2003 г., с изменениями в 2012 г. в части строительства государственных объектов в целях подготовки к стихийным бедствиям)²⁸⁵. Кроме того, в 2005 г. Казахстан подписал Хиогскую рамочную программу действий (ХРПД) – глобальную инициативу, содержащую руководящие принципы и практические средства для предупреждения стихийных бедствий и уменьшения их последствий. В Казахстане была сформирована Национальная платформа ХРПД, включающая регулярные межсекторные совещания соответствующих министерств и представление отчетности о реализации ХРПД в Секретариат Международной Стратегии ООН по уменьшению опасности стихийных бедствий. Приоритетная сфера 3 индикатор 2 ХРПД именуется «Школьная программа, образовательные материалы и соответствующие тренинги по сокращению риска от стихийных бедствий, концепции восстановления и практические вопросы». Согласно отчету Казахстана за 2009-2011 гг., в вышеуказанной области удалось добиться серьезных успехов, при этом, существуют и признаваемые ограничения по ряду ключевых вопросов, например, доступности финансовых ресурсов и наличия действующих мощностей. В настоящее время существует необходимость определить цель финансирования в сфере обучения и образования населения и сотрудников государственного сектора по вопросам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, и улучшения материальной и образовательной базы.²⁸⁶

В данном контексте Закон о чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан гласит, что готовность к чрезвычайным ситуациям должна являться неотъемлемой частью дошкольного, начального и среднего образования в стране.²⁸⁷ При этом возможности снижения риска стихийных бедствий в настоящее время не яв-

274. Если не указано иное, настоящий раздел заимствован из работы Робин Н.Харр, Оценка насилия против детей в школах Казахстана, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г.

275. Исследование проведено ЮНИСЕФ и Офисом Омбудсмана РК

276. Заключение группы экспертов. Реализация Национального плана по правам человека за 2009-2012 годы. Глава: Права ребенка.

277. Смотрите: Робин Н. Хаар, Оценка масштабов насилия в отношении детей в школах Республики Казахстан, ЮНИСЕФ, декабрь 2012 года. Глава 6: Рекомендации

278. Информация представлена ЮНИСЕФ, май 2013 г.

279. Международная стратегия ООН по уменьшению последствий стихийных бедствий, Передовой опыт и подходы во внедрении темы риска снижения бедствий в систему образования стран Центральной Азии, 2009 г., http://www.unisdr.org/files/12164_CompendiumEng.pdf

280. ПРООН, Водные ресурсы Казахстана в новом тысячелетии, 2004, на <http://waterwiki.net/images/a/ad/KazakhstanWater.pdf> стр. 42-43

281. Майкл Турман, «Риски стихийных бедствий в Средней Азии: анализ», Программа развития ООН / Бюро по предотвращению кризисов и ликвидации их последствий, 2011 г., стр. 14, 16.

282. Международная стратегия ООН по уменьшению последствий стихийных бедствий, Передовой опыт и подходы во внедрении темы риска снижения бедствий в систему образования стран Центральной Азии, 2009 г., http://www.unisdr.org/files/12164_CompendiumEng.pdf

283. Майкл Турман, «Риски стихийных бедствий в Средней Азии: анализ», Программа развития ООН / Бюро по предотвращению кризисов и ликвидации их последствий, 2011 г.; Йоханес Ф.Линн, Региональная оценка рисков в Центральной Азии, Управление сложными рисками в Центральной Азии: региональный обзор, конференция: «Совершенствование региональной координации в управлении сложными рисками в Центральной Азии», Алматы 14-15 апреля 2011г.

284. Майкл Турман, «Риски стихийных бедствий в Средней Азии: анализ», Программа развития ООН / Бюро по предотвращению кризисов и ликвидации их последствий, 2011 г.

285. Постановление Правительства № 1394 от 2 ноября 2012 г., доступно онлайн по адресу: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1200001394>

286. Министерство по чрезвычайным ситуациям. Казахстан: предварительный национальный отчет о ходе работы по реализации Хиогской рамочной программы действий (2009-2011 гг.), 15 марта 2011 г., http://www.preventionweb.net/files/18406_kaz_NationalHFAprogress_2009-11.pdf, стр. 12-13

287. Закон № 19 от 5 июля 1996 г., с изменениями по состоянию на 10 июля 2012 г. Статья 17. Доступно онлайн по адресу: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1006148

ляются частью школьной программы. С 2008 г. Правительство РК работало над интеграцией вопроса снижения риска стихийных бедствий в школьную программу, и включения элементов сокращения риска стихийных бедствий в национальные и местные программы развития, а также в бюджеты в пределах страны.²⁸⁸ Эксперты в сфере образования и чрезвычайных ситуаций объединились для того, чтобы разработать методические материалы для учителей, учебные материалы для школ и дошкольников в отношении снижения риска стихийных бедствий. Материалы использовались для обучающих курсов в четырёх пилотных регионах. Кроме того, международными и национальными экспертами были разработаны рекомендации по включению элементов сокращения риска в образовательные программы и школьные учебные планы. В соответствии с Постановлением Правительства РК № 1080 от 23 августа 2012 г. в 2013-2014 учебном году предмет «Основы безопасности жизнедеятельности» будет проводиться в рамках ряда занятий (Окружающий нас мир, физкультура, начальная военная подготовка).²⁸⁹ Новый учебник по основам безопасности планируется использовать интерактивным образом и по завершении его апробации будет запущен по всей стране. При этом, учитывая, что данный предмет не является частью формальной учебной программы школы, учителя в настоящее время не имеют достаточных знаний и навыков по вопросам преподавания

снижения риска стихийных бедствий и оценки знаний учащихся и эффективности программы. В 2013 г. Национальная академия образования должна закончить разработку стандартов и программы обучения для 12-летней школы, и предмет «Снижение рисков стихийных бедствий» будет включен в них.²⁹⁰

Исходя из проведённого в январе 2013 г. базового исследования знаний, навыков, практики и поведения детей в отношении снижения риска стихийных бедствий, 90% проживающих на территории возможных стихийных бедствий (Восточно-Казахстанская, Алматинская, Южно-Казахстанская области и город Алматы) школьников с первого по шестой класс знают, каким образом вести себя во время землетрясений и пожаров. При этом они показали отсутствие знаний и навыков защиты от экстремально низких температур, оползней и селей. Исследование также показало, что дошкольники менее подготовлены к стихийным бедствиям, чем школьники, поскольку в школах более часто проводятся подготовительные мероприятия и обучение на практике.²⁹¹

В Казахстане отсутствует стандартизованная общегосударственная система проверки готовности школ и дошкольных учреждений к стихийным бедствиям. Все школы на юге и юго-востоке были проверены местными властями, и в некоторых регионах власти попросили переместить небезопасные школы в другое место.²⁹²



Противопожарная служба при Министерстве по чрезвычайным ситуациям РК ежегодно проводит оценку пожарной безопасности образовательных учреждений в два этапа. В марте и апреле проводится комплексное тестирование пожарной безопасности всех учебных заведений в стране. В июле и августе проводится повторная инспекционная проверка для определения того, в какой степени были решены выявленные проблемы до начала учебного года. Наиболее типичные вопросы – это проблемы со строительством и использованием обогревателей и печей в образовательных учреждениях в сельской местности. Кроме того, вопреки требованиям пожарной безопасности, администрации не удаляют металлические решетки с окон. Есть случаи, когда администрация не следит за техническим состоянием и использованием электропроводки и электрооборудования во всем учреждении, что приводит к возникновению проблем. Наконец, часто бывают случаи, когда либо нет системы пожарной сигнализации, либо она не работает должным образом.²⁹³

В этом контексте Министерство по чрезвычайным ситуациям РК поддерживает идею об интегрированной общегосударственной оценке безопасности школ. Такого рода проверки в последние годы проводились в соседних странах, например, в 2004 г. программа была заявлена Правительством Узбекистана, и завершена в декабре 2009 г. Почти 10 000 школ прошли техническую оценку, после чего было проведено переоборудование, реконструкция или, в ряде случаев, снос опасных школьных зданий. В то же время, в 2012 г. в Кыргызстане также была проведена оценка безопасности всех школ. Поскольку типы зданий и строительные нормы на территории всего бывшего Советского Союза были одинаковыми, то вышеуказанные меры было бы относительно несложно воспроизвести в Казахстане.²⁹⁴ Вышеуказанная оценка безопасности школ охватывает оценку рисков по отношению к таким бедствиям как пожары, землетрясение, наводнение и другие вопросы безопасности.²⁹⁵ Тем не менее, стоимость такой оценки будет высокой, а стоимость модернизации, реконструкции и сноса должны быть как-то покрыты. Министерство по чрезвычайным ситуациям РК будет ведущим рабочей группы по адаптации международных индикаторов безопасности школ к национальным критериям оценки готовности школ к стихийным бедствиям. Эта рабочая группа будет состоять из экспертов по чрезвычайным ситуациям, образованию и строительству.²⁹⁶

288. Крис Шуепп, В Казахстане: обеспечение учёта мнения молодёжи по вопросу сокращения риска чрезвычайных ситуаций, ЮНИСЕФ, 17 октября 2012 г. http://www.unicef.org/infobycountry/kazakhstan_66204.html

289. Постановление правительства РК №1080 от 23 августа 2012г. «Об установлении государственных общеобразовательных стандартов соответствующего уровня образования». Доступно на сайте: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31246547

290. Информация предоставлена Министерством по чрезвычайным ситуациям РК и ЮНИСЕФ, ноябрь 2012г. и май 2013г.

291. ЮНИСЕФ, Базовое исследование познаний, навыков, привычек и поведения детей в отношении готовности к чрезвычайным ситуациям, Проект, январь 2013 г.

292. Интервью, Министерство по чрезвычайным ситуациям, ноябрь 2012г.

293. Информация предоставлена Министерством по чрезвычайным ситуациям РК, март 2013 г.

294. Международная стратегия ООН по уменьшению последствий стихийных бедствий, Пятая международная конференция ЭКО по уменьшению риска стихийных бедствий, 2010 г., <http://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/events/view/15355>

295. Интервью, Министерство по чрезвычайным ситуациям РК, ноябрь 2012 г.

296. Информация предоставлена Министерством по чрезвычайным ситуациям в марте 2013 г. и ЮНИСЕФ в мае 2013 г.

Подростки и молодежь

Участие подростков и молодёжи в общественной жизни

Население Республики Казахстан в возрасте от 14 до 29 лет увеличилось с 3,8 млн. в 1999 году до 4,7 млн. в 2012 году.²⁹⁷ В июне 2012 г. Правительство РК создало Комитет по делам молодёжи и молодежной политике – первый орган подобного рода в стране. Комитет подотчётен Министерству образования и науки РК, и будет заниматься разработкой молодежной политики и её мониторингом. Во всех 16 регионах Казахстана были созданы управления по делам молодёжи.²⁹⁸

Разработка законодательства по делам молодёжи также вызывает озабоченность. Новая концепция государственной молодежной политики принята в 2013 г., необходимо будет также пересмотреть закон о государственной молодежной политике. Основной задачей молодежной политики является формирование курса и направлений государственной молодежной политики в экономической, социальной и политической сферах. Молодёжные ассоциации активно участвовали в обсуждении проекта документа в рамках ряда круглых столов и встреч. За утверждением документа о молодёжной политике последует принятие комплекса норм

регулирования, включая находящийся в настоящее время на рассмотрении в Парламенте РК законопроект о молодёжной политике.²⁹⁹

По информации пресс-службы Премьер-министра РК, участие молодёжи в социальной и политической жизни Казахстана за последние несколько лет существенно возросло. Количество молодёжных объединений выросло со 150 в 2000 г. до 1 043 в 2011 г. Финансирование реализации молодёжной политики в целом составило в 2011 г. 947,2 млн. тенге (6,3 млн. долларов США), и в 2012 г. увеличилось ещё на 200 млн. тенге (на 1,3 млн. долларов США).³⁰⁰ Это десятикратное увеличение по сравнению с уровнем расходов 2000 года.

При проведении консультаций с молодыми людьми в начале 2013 года, дети и молодые люди указали некоторые из своих основных проблем. К ним относятся вопросы семейного благополучия, образования, занятости, системы здравоохранения и окружающей среды. Они также выразили озабоченность по поводу распространённой социальной несправедливости и коррупции, поэтому они меньше доверяют правительству и ищут самостоятельные пути для своего развития. Почти 60 % детей и молодых людей заявили, что с их мнением не достаточно считаются при принятии решений.



Большинство считает, что это происходит потому, что в обществе распространено убеждение, что «взрослые знают лучше». Молодые люди выразили озабоченность тем, что их голос не слышен, поэтому они не могут на себя брать ответственность за свой выбор и деятельность. Молодые люди желали бы более активно участвовать в жизни своих сообществ в качестве волонтеров, играть активную роль в школах и вузах, а также они желали бы, чтобы их решения принимались с уважением³⁰¹.

Смертность среди молодежи

Казахстан занимает второе место по уровню смертности молодёжи (в возрасте 15-24 лет) среди всех стран СНГ, Центральной и Восточной Европы, при этом показатель среди юношей более чем в два раза выше (3 258 человек в 2008 г.), чем среди девушек (1 287 человек в 2008 г.). Уровень смертности среди молодёжи в стране отличается от региона к региону, самая высокая смертность молодёжи в возрасте от 15 до 19 лет фиксируется в Восточно-Казахстанской, Павлодарской и Акмолинской областях; самая низкая в Мангистауской области и в городе Алматы. Наиболее распространённой причиной смерти признаются несчастные случаи, отравления и травмы³⁰².

Самоубийство среди детей и молодёжи представляет для Казахстана особую проблему. В стране отмечается самый высокий уровень самоубийств молодёжи среди всех стран СНГ, Восточной и Центральной Европы: с 1999 по 2008 гг. количество совершивших самоубийство среди молодёжи возросло в группе 15-19-летних на 22,6%, а среди 20-24-летних на 18,5%.³⁰³ В 2010 г. показатели составили 14,8 на 100 000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет, и 24,8 на 100 000 юношей в возрасте 15-19 лет.³⁰⁴ В частности, показатели для девушек превышают в два раза уровень России, страны, занимающей в списке второе место (7,6).³⁰⁵ Информация Генеральной прокуратуры Республики Казахстан свидетельствует о том, что количество случаев самоубийств среди подростков за первые девять месяцев 2012 г. составило 167, что на 16,1% меньше, чем за аналогичный период 2011 г. (199). Тем не менее, зафиксированное количество попыток самоубийств возросло по сравнению с тем же периодом на 4,9% (с 428 за первые девять месяцев 2011 г. до 449 в том же периоде 2012 г.).³⁰⁶ Международный опыт показывает, что на каждое самоубийство приходится

297. Правительство РК, Концепция государственной молодежной политики до 2020г., одобрена в феврале 2013г.

298. Ольга Павловская, Казахстан планирует пересмотреть политику по делам молодёжи. Центральная Азия Онлайн, 31 июля 2012 г. Доступно онлайн по адресу: http://centralasiaonline.com/en_GB/articles/caii/features/main/2012/07/31/feature-01

299. Интервью, Комитет по делам молодежи, декабрь 2012 г. изменено на основе Концепции государственной молодежной политики Правительства РК до 2020г., одобренной в феврале 2013г.

300. Ольга Павловская, Казахстан планирует пересмотреть политику по делам молодёжи. Центральная Азия Онлайн, 31 июля 2012 г. Доступно онлайн по адресу: http://centralasiaonline.com/en_GB/articles/caii/features/main/2012/07/31/feature-01

301. А.Абсеметова. Косультации для Среднесрочного Обзора с Комитетом по делам молодежи РК. Проект отчета, 9 марта 2013г.

302. ЮНИСЕФ и Национальный центр здорового образа жизни, Здоровье подростков и молодёжи является в Казахстане национальным достоянием, ЮНИСЕФ, Алматы, 2009 г.

303. ЮНИСЕФ Здоровье подростков и молодёжи является в Казахстане национальным достоянием, ЮНИСЕФ, Алматы, 2009 г.

304. Комитет по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан, Информация о количестве учтённых случаев самоубийств (включая покушение на самоубийство) среди несовершеннолетних в 2010 и 2011 гг., Правительство Республики Казахстан, Астана, 2011 г.; База TransMonee, 2012 г.

305. ЮНИСЕФ, База данных Transmonee, 2012 г. Данные за 2010 г.

306. Информация, предоставленная в ЮНИСЕФ Генеральной прокуратурой РК

от 100 до 200 попыток суицида, поэтому можно предположить гораздо большее фактическое количество попыток.

Приведённая выше статистика вызывает беспокойство, но, скорее всего, полной картины не показывает. Систематизированные данные о частоте самоубийств являются скудными, зачастую непоследовательными и противоречивыми, слабый уровень информации и социальное табу вокруг темы самоубийств означает, что вышеизложенную статистику невозможно признать точной.³⁰⁷ Кроме того, согласно настоящему отчёту, информация в отношении конкретных причин совершения самоубийств детьми в Казахстане или способов их совершения отсутствует.³⁰⁸

В последние годы высокие показатели самоубийств детей и молодёжи в Казахстане вызвали широкое обсуждение среди государственных деятелей и иных заинтересованных лиц, которое привело к разработке совместного плана на 2012-14 гг. по предотвращению самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних и молодёжи. Указанный план включает в себя комплекс мер, в том числе обеспечение доступа детей к консультированию в школе, улучшение механизмов выявления конфликтов в семье и обеспечения поддержки доступности досуга для детей и подростков во внеурочное время.³⁰⁹ Министерство здравоохранения РК в настоящее время проводит исследования, чтобы понять причины и факторы риска, ведущие к попыткам самоубийства, пути своевременного определения попыток самоубийства, способы реагирования на такие попытки и эффективно предотвращения самоубийств.³¹⁰

Здоровый образ жизни

Наиболее распространёнными заболеваниями среди молодёжи Казахстана являются болезни органов дыхания, при этом в течение пяти лет до 2009 г. наблюдался рост случаев заболеваний эндокринной системы и расстройств пищеварения, заболеваний нервной системы, травм и отравлений, а также психических и поведенческих расстройств. Среди опрошенной в рамках проведённого в 2007 г. исследования молодёжи 33,5% заявили, что испытывали депрессию, 25,9% чувствовали раздражительность, 37,5% – нервозность и беспокойство и 21,2% имели проблемы со сном.³¹¹

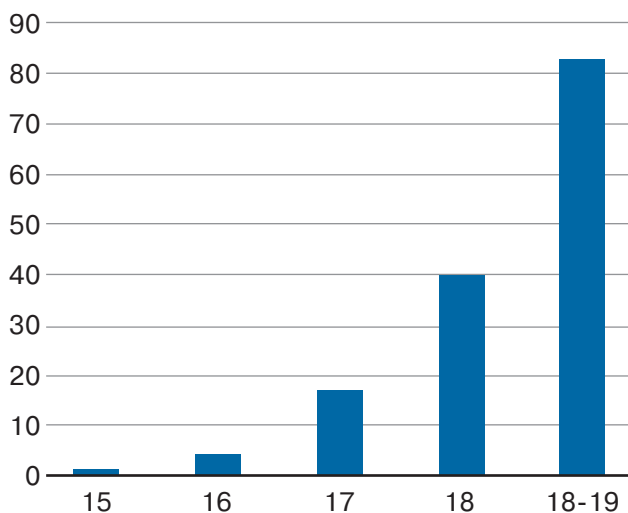
Уровень употребления наркотиков и алкоголя среди молодёжи, очевидно, сокращается,

при этом между регионами существует значительная разница: наибольшее число молодёжи, проходящей лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости, приходится на города Алматы и Астана. Уровень употребления алкоголя выше, чем наркотиков, при этом за период с 2003 по 2008 г. имеет место общее сокращение его употребления. Тем не менее, уровень потребления алкоголя подростками младшего возраста (от 11 до 14 лет) сократился лишь незначительно – от 9,9% в 2004 г. до 9,5% в 2007 г.; у подростков 15-17 лет потребление снизилось ещё меньше – с 21,5% в 2004 г. до 21,3% в 2007 г. Кроме того, имело место незначительное снижение количества курящей молодёжи (с 12,7% в 2004 г. до 11,2% в 2008 г.), при этом отмечается, что уровень употребления табачных изделий девушками и молодыми женщинами возрастает.³¹² С помощью ряда крупных молодёжных организаций была запущена обширная общенациональная кампания по поддержке обучения молодёжи по вопросам вреда от наркотиков. Кроме того, в течение 2010 г. на национальном и местном уровне были проведены соответствующие форумы.³¹³

Молодёжь и репродуктивное здоровье

Проведённое в 2011 г. исследование медицинского персонала, работающего в клиниках, обслуживающих молодёжь и женщин города Алматы, показало, что подростки рано начинают сексуальную жизнь на фоне незначительного уровня использования средств контрацепции и недостаточного количества специализированных медицинских, консультационных и психологических служб и образовательных программ для подростков. Существующие в стране программы для предупреждения нежелательной беременности, продвижения средств контрацепции и защиты репродуктивного здоровья подростков и молодёжи, в том числе образовательные, информационные и медицинские программы и службы не достигают большинства детей и подростков, которые проживают в сельской местности, небольших населённых пунктах и районных центрах.³¹⁴ Тем временем в Казахстане растёт проблема неудовлетворённой потребности в службе планирования семьи. В 2010 г. 11,6% имеющих регулярных сексуальных партнёров женщин репродуктивного возраста, не планирующих иметь детей в ближайшие два года, не пользовались никаки-

Рисунок 3. Показатель деторождения по отношению к возрасту, в возрастной группе 15-18 лет, в целом по Казахстану, 2011 г., на 1000 девочек/женщин в процентах³²⁰



ми средствами контрацепции, тогда как в 1999 г. приведённый выше показатель составлял 8,7%.³¹⁵ Проведённое ЮНФПА в 2012 году исследование среди лиц 15-19 лет показало, что у 13% женщин указанной категории существует неудовлетворённая потребность в контрацептивах.³¹⁶

Исследование ЮНФПА также показало, что 10% молодёжи получили свой первый сексуальный опыт до 16 лет, 22% – до 17 лет и 33% – до 18 лет.³¹⁷ При этом регулярное сексуальное и репродуктивное образование в области здравоохранения для подростков практически отсутствует. Включённый в учебный план с 2007 г. пилотный курс сексуального и репродуктивного здоровья был в 2009 г. прекращён без объяснения причин. Отсутствием сексуального образования среди молодёжи были обеспокоены несколько комитетов ООН по защите прав человека.³¹⁸

В результате описанной выше практики сексуальной жизни и вступления в брак детей (см. данные ниже), примерно 2,7% девушек в возрасте 15-19 лет уже рожали, а 1,1% были беременны первым ребёнком. Наиболее значительное количество беременностей и родов в данной возрастной группе было зафиксировано в Костанайской области, на территории которой на момент проведения исследования, 6,2% девушек в возрасте от 15 до 19 лет уже рожали, и 0,9% были беременны первым ребёнком. Для

307. Робин Н. Хаар, «Детские самоубийства в Казахстане», ЮНИСЕФ Казахстан, без даты, стр.6

308. Робин Н. Хаар, «Детские самоубийства в Казахстане», ЮНИСЕФ Казахстан, без даты, стр. 14, со ссылкой на Робин Н. Хаар, «Насилие в отношении детей в государственных интернатных учреждениях в Казахстане: Оценка», ЮНИСЕФ Казахстан, 2010 г.

309. Правительство Республики Казахстан, Межведомственный план действий по предупреждению суицидов на 2012-2014 годы, проект, март 2012г.

310. Ажар Тулегалиева, Анализ распространенности, основные причины и факторы риска, факторы защиты от самоубийства и попыток самоубийства среди детей и молодых людей в Казахстане, презентация Power Point, Министерство здравоохранения, май 2013 г.

311. ЮНИСЕФ, «Здоровье подростков и молодёжи - национальное достояние Казахстана», ЮНИСЕФ, Алматы, 2009 г.

312. ЮНИСЕФ, «Здоровье подростков и молодёжи - национальное достояние Казахстана», ЮНИСЕФ, Алматы, 2009 г.

313. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: справочные материалы», Исследование инициатив городов дружественных к детям, развитие стандартов сертификации городов дружественных к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр.5

314. Интервью с сотрудником системы здравоохранения РК, декабрь 2012г.

315. Динамические ряды гендерных индикаторов к Стратегии гендерного равенства на 2006-16 гг., www.stat.kz (по состоянию на 5 августа 2012 г.).

316. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни, ЮНФПА и Министерство здравоохранения РК, 2012 г.

317. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни, ЮНФПА и Министерство здравоохранения РК, 2012 г. Данные свидетельствуют о том, что во всех указанных возрастных группах мальчики являются более сексуально активными, чем девочки, это частично обусловлено склонностью мальчиков преувеличивать, а девочек – преуменьшать свой сексуальный опыт.

318. См., напр., Комитет по защите прав человека, Итоговые наблюдения: Казахстан, 19 августа 2011 г.; Комитет по ликвидации дискриминации против женщин, Итоговые наблюдения: Казахстан, 2 февраля 2007 г.

проживающих в сельской местности женщин был характерен более высокий уровень ранней беременности, чем в городских районах. Учитывая иные факторы, наиболее высокий уровень ранней беременности (предшествующее рождение живого ребёнка и первая беременность) был зафиксирован среди женщин со средним специальным образованием (соответственно, 4,0 и 1,9), а также среди женщин беднейшего квинтиля (4,3 и 1,9).³¹⁹ К сожалению, никакой официальной статистики по уровню беременности у девушек младше 18 лет не существует, при этом, по мнению экспертов, ежегодно беременными становятся примерно 22 000 несовершеннолетних. Отсутствует информация о материнской и младенческой смертности в возрастной группе 15-19 лет.

Противоречия в национальном законодательстве приводят к ситуации, когда возраст сексуального согласия составляет 16 лет, но молодёжь младше 18 лет не вправе принимать самостоятельное решение о защите своего сексуального и репродуктивного здоровья. Если 16-летняя девочка обращается за медицинской помощью, то, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РК № 70, врач не вправе провести полное медицинское обследование без уведомления и участия родителей или опекунов. При том, что законодательство предоставляет 16-летним молодым людям право принимать решение о своём участии в сексуальной жизни, оно не позволяет им принимать независимые решения в отношении использования контрацептивов или лечения заболеваний, передающихся половым путём. Это ограничивает доступ молодёжи к медицинским услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и, снижает эффективность услуг клиник дружественных к молодёжи.³²¹ Результаты проведённого в 2012 г. Министерством здравоохранения РК и ЮНФПА исследования подтвердили вышеизложенную проблему, поскольку отсутствие конфиденциальности являлось второй по значимости наиболее вероятной причиной, которую называли девушки 15-19 лет в качестве основания для необращения за медицинской помощью при наличии у них симптомов заболеваний, передаваемых половым путём.

Девушки младше 18 лет, официально вступившие в брак до получения полной дееспособности, приобретают возможность получать медицинскую помощь. При этом на практике замужние девушки зачастую вынуждены по-

лучать разрешение на посещение больницы у своих супругов и/или свекрови.³²³

Проведённое министерством здравоохранения РК и ЮНФПА в 2012 г. исследование показывает, что распространённость симптомов заболеваний передаваемых половым путём среди молодёжи 15-19 лет составляет 3%. Данный показатель существенно более высок среди молодёжи 18-19 лет, а также – у городского населения.³²⁴ Среди девушек 15-19 лет, которые состояли в браке или гражданском браке, использование контрацептивов за период с 2006 г. (31,7%) по 2010 г. (19,1 %) снизилось в два раза.³²⁵

Таблица 2. Количество родов и абортов у девушек Казахстана в возрасте 15-18 лет (2011 г.).³²⁶

Количество зарегистрированных родов	Количество зарегистрированных абортов
4639 (из общего числа в 372 544 родов на территории Казахстана)	2837

Таблица 3. Количество абортов (в тысячах) у девушек 15-18 лет в 2007 – 2011 гг.

2007	2008	2009	2010	2011
5.9	5.2	4.0	3.3	2.8

Рисунок 4. Количество абортов (в тысячах) у девушек 15-18 лет в 2007 – 2011 гг.³²⁷

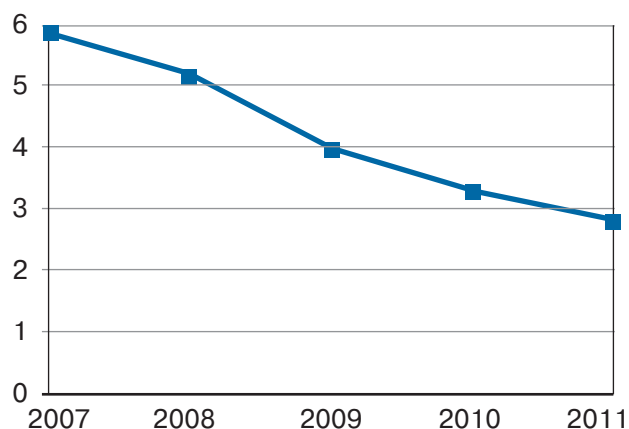


Таблица 3 и Рисунок 4 показывают устойчивое снижение абортов среди 15-18 летних в последние годы, хотя этот показатель все еще остается на тревожно высоком уровне. Исследование, проведенное ЮНФПА в 2012г., демонстрирует распространённость абортов

среди девушек в возрасте 15-19 лет, который составляет 22 случая на 1000 девушек.³²⁸ Это значительно выше, чем у женщин репродуктивного возраста в целом (15-49 лет), для которых общее количество абортс составило 6,9 на 1000 женщин в течение двухлетнего периода.³²⁹

Молодежь и ВИЧ

Молодежь в возрасте от 15 до 29 лет остается в центре эпидемии ВИЧ – на вышеуказанную возрастную группу приходится почти 80% всех случаев заболевания. Данная группа характеризуется высоким риском инфицирования ВИЧ, поскольку зачастую не имеет доступа к информации и целевым услугам, а также отличается более высокой вероятностью рискованного поведения, как незащищенный половой контакт и употребление наркотиков. Согласно информации за 2008 г., содержащейся в страновом отчете Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД по Казахстану, лишь 19% опрошенной молодежи оказались способны верно указать пути передачи ВИЧ.³³⁰ Проведенное Министерством здравоохранения РК и ЮНФПА в 2012 г. исследование показывает, что лишь 12,4% молодежи в возрасте 14-19 лет были способны верно ответить на вопросы о путях передачи ВИЧ.³³¹ В то же время, лишь 67,2% опрошенных в рамках исследования женщин в возрасте 15-24 года, опрошенные в 2010-2011 г.г. знали о двух основных путях передачи ВИЧ, что меньше, чем в любой иной группе опрошенных женщин.³³²

Бездомная молодежь особенно уязвима перед ВИЧ. Отсутствие семейных связей, родительского воспитания и поддержки со стороны семьи относятся к факторам, повышающим вероятность вовлечения в рискованное поведение, при этом жизнь в нищете, физическое или сексуальное жестокое обращение, перемещение или миграция делают бездомную молодежь особенно уязвимой к заражению ВИЧ. В настоящее время нет адекватного ответа в связи с перечисленными выше факторами уязвимости, и для бездомной молодежи и детей из социально-маргинализированных семей услуги остаются в основном недоступными.³³³

Павлодарская область являлась одним из регионов, с которых в конце 1990-х годов началась эпидемия ВИЧ в Казахстане, по состоянию на 1 октября 2011 г. здесь зарегистрировано 1730 ВИЧ-положительных случаев. Анализ данных,

319. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица RH.1: Показатель рождаемости и общий уровень фертильности подростков, Астана, 2012 г.

320. Агентство РК по статистике, Демографический ежегодник, Астана, 2012 г., <http://www.stat.kz>

321. «Казахстан: браки несовершеннолетних», ЮНФПА, октябрь 2012 г.

322. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК и ЮНФПА, 2012, стр. 14-15. Наиболее часто в качестве причины указывался стыд.

323. «Казахстан: браки несовершеннолетних», ЮНФПА, октябрь 2012 г. <http://unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/Kazakhstan%20English.pdf>

324. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК и ЮНФПА, 2012

325. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица RH1: Репродуктивное здоровье, Астана, 2012 г.; и Агентство РК по статистике и ЮНИСЕФ, МИКС 2006, Таблица RH1: Репродуктивное здоровье, Астана, 2007г.

326. Министерство здравоохранения, Официальные формы статистического учета и отчетности Ф№32У и Ф№13У, 2011 г.

327. Агентство РК по статистике, Демографический ежегодник, Астана, 2012 г., <http://www.stat.kz>

328. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК и ЮНФПА, 2012 г.

329. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица RH 10.В Где проходили роды

330. Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДУ. Национальный отчет: Казахстан, 2008г.

331. Б. Жусупов, Состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей в возрасте 15-19 лет (анализ индикаторов), Национальный центр здорового образа жизни ЮНФПА и Министерства здравоохранения, 2012, стр. 12

332. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица HA.1, Знание о передаче ВИЧ, Астана, 2012 г.

333. Екатерина Лукичева, Картирование бездомной молодежи в Алматы: идентификация особенностей молодежной бездомности, итоговый отчет, ЮНИСЕФ, Алматы 2011 г.

проведенный ЮНИСЕФ, показал, что возраст большинства живущих в Павлодаре людей с ВИЧ составлял около 20 лет. При этом на учёте находилось в общей сложности 175 подростков, значительное число, учитывая, что эпидемия в Павлодаре началась относительно недавно. При том, что какая-либо информация в отношении путей передачи вируса подросткам отсутствовала, представляется, что в рассматриваемой ситуации передача ВИЧ была в основном связана с употреблением наркотиков в инъекционной форме. Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании МЗ РК разработал программу лечения злоупотребления препаратами у детей и подростков в городских условиях, в состав которой входит комплексная система перенаправления к врачам-специалистам, работа с родителями, учителями, социальными работниками и психологами.³³⁴

Браки несовершеннолетних

Нередко из сферы внимания выпускается социальная группа молодёжи, состоящей в браках с участием несовершеннолетних; в Казахстане такая практика, в основном, касается девочек. В целом, в Казахстане количество состоящих в браке или сожительстве девочек-подростков невелико (согласно данным переписи населения от 2009 г. – 1% девочек в возрасте 15-17 лет и, согласно МИКС за 2010–2011 гг. – 4,5% девочек в возрасте 15-19 лет), при этом необходимо отметить, что в некоторых регионах и среди некоторых проживающих тесными сообществами мусульманских этнических групп (например, турков, уйгуров и дунган) вышеуказанная практика встречается более часто.³³⁵

По информации МИКС, самый высокий процент браков, заключенных несовершеннолетними наблюдается в Алматинской области (12,3% девочек в возрасте 15-19 лет состоят в браке или сожительстве), тогда как самый низкий – в городе Алматы (1,4%) и городе Астане (0,0%), при этом доля таких браков выше в сельской местности (5,8%), чем в городах (3,4%). Девочки часто выходят замуж против своей воли (или их заставляют считать, что брак является для них единственным вариантом), за мужчин, которые по возрасту старше их. Браки несовершеннолетних серьёзно влияют на возможность девочек-подростков поддерживать хорошее состояние своего здоровья (особенно, репродуктивного здоровья), завершить своё обучение, участвовать

в гражданской, экономической и политической жизни, пользоваться возможностями развития. Кроме того, в результате у них возникают повышенные риски подвергнуться гендерному насилию, ранней беременности и инфекциям, передаваемым половым путём, в том числе ВИЧ. Кроме того, дети, рождённые от матерей-подростков, с большей вероятностью вырастают в бедности, страдают от неполноценного питания и неудовлетворительного состояния здоровья. Как сообщила одна из опрошенных в рамках недавнего исследования несовершеннолетняя супруга: «Я стала матерью слишком рано, в то время я всё ещё была маленькой девочкой (16 лет). Я так по-настоящему ничего в жизни и не видела, а теперь самая замечательная её часть уже прошла».³³⁶

В рамках исследования, проведенного Общественным фондом «Аман-Саулык» в 2011 г. большинство состоящих в браке респондентов из Южно-Казахстанской области, а также половина из Алматинской области, в первые годы супружеской жизни не имели представления о контрацепции, и обычно не принимали осознанного решения в отношении планирования семьи.³³⁷ Результаты исследования ЮНФПА это подтверждают: все участвовавшие в исследовании несовершеннолетние супруги отметили, что они о контрацепции не знают. Даже после рождения своего второго ребёнка в большинстве случаев планированием беременности они не занимаются. Как отмечается в отчёте за 2011г. Общественного фонда «Аман-саулык», по традиционным представлениям родственников мужа, ребёнок должен родиться в первый год супружеской жизни независимо от возраста жены. Планирование семьи является возможным только после того, как жена родит детей обоих полов: традиционное предпочтение в пользу мальчиков требует от женщины продолжать рожать до тех пор, пока не родится мальчик, и только после этого семья согласится, чтобы она применяла контрацепцию.³³⁸

Несовершеннолетние супруги женского пола в Казахстане часто подвергаются физическому и сексуальному насилию со стороны своих (зачастую значительно старше возрастом) мужей, а также со стороны родителей супруга и иных членов семьи. Кроме того, несовершеннолетние супруги зачастую подвергаются в семье трудовой эксплуатации, изолируются от родителей и друзей, их дистанцируют от потенциальных источников поддержки.³³⁹

Уязвимость детей и молодежи к угрозе торговли людьми и сексуальной эксплуатации³⁴⁰

В Докладе Госдепартамента США за 2011 г. о торговле людьми³⁴¹ утверждается, что Правительство Республики Казахстан приняло законодательство о криминализации торговли людьми. В 2010 году в Уголовный кодекс РК были внесены поправки с усилением наказания для виновных в торговле детьми с целью сексуальной эксплуатации (статья 132 (1)). Тем не менее, уголовное и пенитенциарное законодательство, непосредственно касающиеся торговли детьми, слабы, и требуется дальнейшая работа по интеграции в национальное законодательство международных стандартов по противодействию торговле детьми.³⁴² Между тем, Межведомственная рабочая группа по противодействию торговле людьми под председательством министра юстиции, собирается ежеквартально для обсуждения прогресса в реализации Плана мероприятий Правительства Республики Казахстан по борьбе, предотвращению и профилактике преступлений, связанных с торговлей людьми. Правительство РК поддерживает информационно-образовательные кампании, в том числе финансирование мероприятий, организуемых неправительственными организациями или международными организациями, такими как информационные щиты по борьбе с торговлей людьми и горячие линии. НПО также получают гранты от правительства для реализации профилактических мероприятий.³⁴³

До проведения в 2011 г. глубинного исследования ЮНИСЕФ и офиса Уполномоченного по правам человека в РК, какого-либо изучения детей как наиболее уязвимой части населения по отношению к рискованному поведению, сексуальной эксплуатации и торговле людьми в Казахстане не проводилось. Отсутствию информации по данному вопросу способствовал скрытый характер торговли людьми. В материалах исследования ЮНИСЕФ и Уполномоченного по правам человека в РК подчёркивается, что значительный объём торговли людьми осуществляется в пределах Казахстана. Отчёт не является репрезентативным в отношении всей страны³⁴⁴, но его результаты свидетельствуют о том, что примерно 65% объёма торговли людьми осуществляется в пределах страны и 35% за её пределами. Дети и молодежь, которые являются объектами торговли и эксплуатации, часто насильно принуждаются совершать рискованные действия, такие как употребление алкоголя, наркотиков или участие в небезопасных половых контактах. Значительная часть жертв также признавалась в причинении себе

334. ЮНИСЕФ, Отчёт о миссии в Павлодар, Казахстан, 7-11 ноября 2011 г.

335. Рабочая группа казахстанских НПО «О защите прав детей», Альтернативный отчёт негосударственных организаций с замечаниями на Четвёртый периодический отчёт Правительства Республики Казахстан об исполнении Конвенции о правах ребёнка, а также – Рекомендаций Комитета ООН по правам ребёнка, Алматы, 2012 г.

336. «Казахстан: браки несовершеннолетних», ЮНФПА, октябрь 2012 г. <http://unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/Kazakhstan%20English.pdf>. Агентство РК по статистике, ЮНИСЕФ и Фонд ООН по народонаселению, МИКС 2010-11гг., Таблица СР.5: Ранние браки женщин, ЮНИСЕФ, Астана, 2012 г.

337. Женская лига творческой инициативы (при поддержке Фонда Сорос-Казахстан). Аналитический отчет по проблемам ранних и принудительных браков в Казахстане, 2011 г.

338. Общественный фонд «Аман-саулык», Отчёт о республиканской конференции «Доступ женщин и молодежи к услугам по обеспечению репродуктивного и сексуального здоровья, включая планирование семьи», 28 ноября 2011 г.

339. «Казахстан: браки несовершеннолетних», ЮНФПА, октябрь 2012 г. <http://unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/Kazakhstan%20English.pdf>

340. Если не указано иное, информация получена из работы Робин Н. Хаар. Краткая оценка уязвимости детей перед рискованным поведением, сексуальной эксплуатацией и торговлей людьми в Казахстане/ ЮНИСЕФ, 2012 г. <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>

341. Госдепартамент США, Отчет о торговле людьми за 2011г., доступно на: <http://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2011/>

342. Робин Н. Хаар. Краткая оценка уязвимости детей перед рискованным поведением, сексуальной эксплуатацией и торговлей людьми в Казахстане/ ЮНИСЕФ, 2012 г. <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>

343. Госдепартамент США, Отчет о торговле людьми за 2011г., доступно на: <http://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2011/>

344. Опрос был проведен в семи городах с респондентами из различных типов жилья силами государственных служащих и НПО

вреда и суицидальном поведении в результате физического и сексуального насилия, а также серьёзного эмоционального стресса, причиненных им лицами, которые их продают и эксплуатируют.

Многие обнаруженные в ходе исследования потерпевшие дети, несмотря на контакт с полицией, системой защиты детей и НПО, ранее выявлены не были. В частности, девушки в возрасте от 15 до 17 лет, жертвы торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации, сотрудниками полиции зачастую не выявлялись, поскольку они не проходили надлежащей процедуры скрининга. Нередко дети вышеуказанной возрастной группы, жертвы торговли несовершеннолетними с целью сексуальной эксплуатации, передавались сотрудниками полиции обратно эксплуатирующим их лицам, при этом иные признанные неблагополучными дети передавались в систему защиты детей и Центры адаптации несовершеннолетних. Очевидно, отсутствует надлежащая система назначения независимых опекунов для жертв торговли несовершеннолетними, в целях максимального выявления и обеспечения их интересов, а также информирования о состоянии их дел.

Исходя из результатов исследования, большинство жертв торговли людьми либо не имеют образования, либо являются малообразованными. Из числа жертв торговли людьми в возрасте младше 18 лет, 56% не получили среднее образование, лишь 32% посещали школу и лишь 15% посещали её регулярно. Дети, проживающие у торговцев людьми, не посещали школу и не получали никакой иной формы образования. У многих жертв старше 18 лет, которые были проданы в детском возрасте, образование было прервано. Жертвы торговли людьми ранее проживали в городах (45,6%), иных малых городах (32%), а также в сельской местности (22,3%). Зачастую имеет место размывание границ между детьми из группы риска, потерпевшими от торговли людьми, и работниками секс-услуг, в связи с чем при осуществлении вмешательства важно обеспечить учёт всего спектра потребностей каждого индивидуума.³⁴⁵

Исследование также показало, что из числа опрошенной молодёжи 28% детей из групп риска, 20% жертв торговли несовершеннолетними и 12% вовлечённых в сферу сексуальных услуг покинули свой дом в результате того, что у одного или обоих их родителей имелись проблемы с употреблением алкоголя и/или

наркотиков. Многие из числа вышеуказанной молодёжи дополнительно сообщили, что их родители грубо обращались с ними физически или не занимались их воспитанием; в частности, их не обеспечивали пищей, либо не было денежных средств на приобретение еды, поскольку они были израсходованы на алкоголь и/или наркотики. Кроме того, они заявляли о том, что наблюдали факты насилия между их родителями. Многие из числа молодёжи в такой ситуации покидали свой дом либо убежали из дома по причине проблем у своих родителей, зачастую, когда их родители находились под воздействием алкоголя и/или наркотиков, и они понимали существование неизбежной опасности насилия в отношении них.³⁴⁶

Бездомная молодёжь

Проведённое в 2011 г. в городе Алматы картографическое исследование позволило получить определённую информацию в отношении молодёжи, живущей на улице. Охваченная исследованием молодёжь, как правило, проживала на окраинах города, совместно с группами бездомных взрослых, с целью избежать рейдов полиции в центре города, и передачу их в государственные учреждения. Большинство сообщило о сохранении связей со своими семьями, однако, в результате бедности, конфликтов и жестокого обращения дома молодёжь проводила основную часть своего времени на улице. Многие приезжают в Алматы из других регионов страны в поисках работы, и/или какое-то время находились в детских домах либо в интернатных учреждениях. Основными источниками для выживания являлись попрошайничество, сбор и сдача на вторсырьё бутылок и металлолома. Охваченная настоящим исследованием молодёжь сообщала о том, что подвергается насилию и жестокому обращению, многие ведут рискованный образ жизни. Кроме того, они не имели доступа к объектам здравоохранения и санитарии, и у них не имелось надлежащих документов. Доступные для бездомных несовершеннолетних государственные услуги, как представляется, более ориентированы на предотвращение преступлений и сдерживание от их совершения, чем на предоставление поддержки и помощи с тем, чтобы обеспечить им возможность покинуть улицу, устранить причины бездомности несовершеннолетних; предоставляемые НПО услуги направлены на предоставление консультаций и поддержку, но без оказания помощи нуждающимся (кроме

распространения питания и одежды). В отчёте по результатам исследования подчёркивается необходимость разработки и расширения служб по оказанию помощи нуждающейся молодёжи, живущей на улице, которая бы отвечала текущим потребностям молодёжи и была направлена на реальные причины бездомности несовершеннолетних, и позволяла бы молодёжи интегрироваться в общество.³⁴⁷

345. Робин Н. Хаар. Краткая оценка уязвимости детей перед рискованным поведением, сексуальной эксплуатацией и торговлей людьми в Казахстане/ ЮНИСЕФ, 2012 г. <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>

346. Робин Н. Хаар. Краткая оценка уязвимости детей перед рискованным поведением, сексуальной эксплуатацией и торговлей людьми в Казахстане/ ЮНИСЕФ, 2012 г. <http://www.unicef.kz/files/00000612.pdf?sid=2c41u4mai4gr8s94tcm7t6a4a4>

347. Екатерина Лукичёва, Картографирование бездомной молодёжи: выявление тенденций бездомной молодёжи, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г.

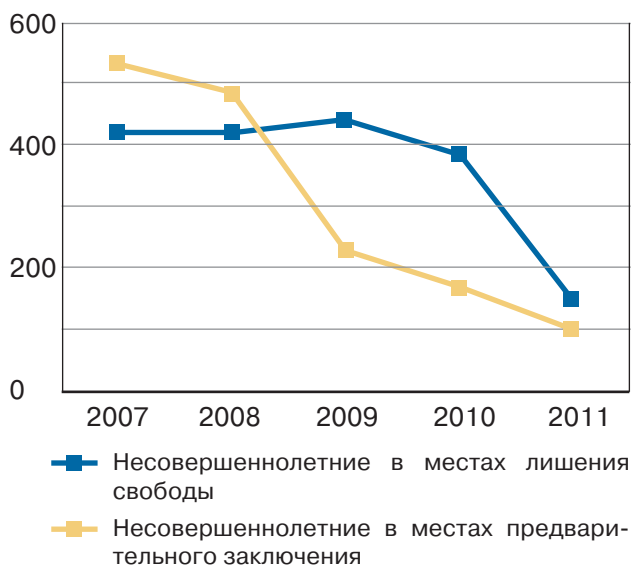
Дети и система правосудия

В Казахстане основной проблемой является рост за последние пять лет на 54% количества преступлений, совершенных против детей за последние пять лет (с 5 769 в 2008 г. до 8 896 в 2011 г.).³⁴⁸ Преступления против детей, среди прочего, включают вымогательство, кражи, грабежи и сексуальное насилие. Указанную тенденцию необходимо надлежащим образом проанализировать с целью укрепления систем защиты детей – жертв и свидетелей. Системы защиты должны включать в себя специалистов-профессионалов, работающих с жертвами и свидетелями, следует разработать программы распространения специальных знаний в целях поддержки таких специалистов.

С другой стороны, количество правонарушений, совершаемых детьми, снижается. Подростковая преступность возросла в годы, последовавшие за объявлением независимости, но с 1994 г. начала снижаться, и к 1996 г. снизилась ниже уровня правонарушений, зафиксированных в последний год до объявления независимости. В последние годы количество правонарушений продолжало сокращаться с 8 799 в 2006 г. до 6 651 в 2009 г. Количество осужденных несовершеннолетних преступников с 2000 г. снизилось более чем в два раза. Количество несовершеннолетних, которым были вынесены приговоры, связанные с лишением свободы, также существенно снизилось с 1 668 в 2000 г. до 178 в 2012 г., что соответствует региональному и общемировому среднему уровню. Снижение в основном является результатом более широкой «гуманизации» политики в отношении уголовно-исполнительной системы, как предусмотрено в Концепции правовой политики Республики Казахстан на 2010-2020 гг., введенной в действие Указом Президента от 24 августа 2009 года.³⁴⁹ В последние годы большинство колоний для несовершеннолетних были закрыты, в настоящее время остаётся лишь одна колония для юношей в г. Алматы. Девушки, приговорённые к лишению свободы, содержатся в отдельном блоке на территории Алматинской женской колонии³⁵⁰. Позитивная тенденция продолжается, что следует из нижеследующего графика 5.³⁵¹

В 2008 г. ООН приняла единый подход к Правосудию в отношении детей с тем, чтобы полностью интегрировать принципы верховенства закона в правосудие в отношении детей, и далее в реформы юстиции. Этот подход направлен на обеспечение полномасштабного применения международных норм и стандартов ко

Рисунок 5. Молодежь в местах лишения свободы и предварительного заключения, данные по годам



всем детям, которые соприкасаются с системой правосудия в качестве потерпевших, свидетелей и предполагаемых правонарушителей, либо по иным основаниям, требующим юридического вмешательства, например, в случае установления попечительства, опеки или защиты. Кроме того, к числу задач относится обеспечение доступа детей к правосудию при обращении за возмещением ущерба по уголовным и гражданским делам.³⁵²

Парламент РК в настоящее время занят разработкой нового закона, направленного на решение вопросов, относящихся к несовершеннолетним в уголовном, уголовно-процессуальном и административном кодексах. В конце 2012 г. указанный законопроект рассматривался в профильном комитете Мажилиса Парламента РК. Кроме рассмотрения ряда аномалий в системе ювенальной юстиции и движения к созданию системы правосудия для несовершеннолетних, также предполагается, что закон будет обеспечивать меры поддержки несовершеннолетних пострадавших и свидетелей. Одним из требующих решения вопросов является возмещение ущерба потерпевшим.³⁵³

При том, что Генеральная прокуратура РК ведет подробную статистику о преступлениях, совершенных несовершеннолетними, а также об отбывании наказаний в виде лишения свободы и содержании в местах предварительного заключения несовершеннолетних, статистика о несовершеннолетних потерпевших и свидете-

лях преступлений остается ограниченной и несколько разобобщенной. В результате, достаточно сложно, например, выяснить, где помощь требуется больше всего. Кроме того, не существует общегосударственной базы работающих с детьми адвокатов или организаций гражданского общества. Не существует механизма, который бы обеспечивал скоординированную работу НПО по вышеуказанным вопросам. Были инициированы тендеры по предоставлению социальных услуг, но их результаты увидеть сложно, поскольку в стране существует лишь несколько достаточно сильных НПО, которые способны добиться реальных изменений.³⁵⁴ Между тем, отсутствуют социальные работники, оказывающие услуги детям, соприкасающимся с законом, в том числе детям, ставшим жертвами и свидетелями преступлений.³⁵⁵

Реформы и изменения в системе правосудия в последние годы были сосредоточены главным образом на детях и молодежи, находящихся в конфликте с законом. В момент провозглашения независимости системы ювенальной юстиции в Казахстане не существовало. Дела обвиняемых в совершении преступлений несовершеннолетних рассматривались в обычных судах в соответствии с Уголовным кодексом и Уголовно-процессуальным кодексом РК.³⁵⁶ С 2000 г. несколько международных организаций оказали Правительству РК поддержку в проведении реформ, которые привели к созданию подписанной Президентом РК в августе 2008 г. «Концепции развития системы ювенальной юстиции».³⁵⁷ Концепция подтверждает, что лишение свободы несовершеннолетних не является оптимальным средством решения вопроса ювенальной преступности, поскольку это отрицательным образом сказывается на поведении и психологическом развитии, что осложняет последующую реабилитацию и реинтеграцию в общество.³⁵⁹ Деятельность по недопущению рассмотрения вопросов детей в системе уголовного правосудия для взрослых также была поддержана принятием в 2011 г. Закона РК о медиации.³⁵⁹

Существенным шагом для развития системы ювенальной юстиции стало создание специализированных судов по делам несовершеннолетних. Суды по делам несовершеннолетних в Казахстане были созданы после вступления в силу Указа Президента РК «Об образовании специализированных межрайонных судов по делам несовершеннолетних» от 23 августа 2007 г. в целях повышения степени защиты де-



348. Данные получены на веб-сайте Комитета по защите прав детей, www.bala-kkk.kz/

349. Указ президента РК №646 от 19 августа 2008г.

350. ЮНИСЕФ Казахстан, Среднесрочная стратегия ювенальной юстиции на 2012-2015 гг., июль 2012 г.

351. Данные о контингенте исправительных учреждений по состоянию на 1 января 2011 г. предоставлены КУИС МВД РК и Представительством Международной тюремной реформы в ЦА и ЮНИСЕФ

352. Единый подход ООН к правосудию в отношении детей, 2008 г.

353. Интервью с членом Парламента, ноябрь 2012 г.

354. Обсуждение с острудниками ЮНИСЕФ, ноябрь и декабрь 2012 г.

355. А.Ковалевский. Реализация Закона РК «Оспециальных социальных услугах» в отношении детей и членов их семей, ЮНИСЕФ, декабрь 2012г.

356. ЮНИСЕФ Казахстан, Среднесрочная стратегия ювенальной юстиции на 2012-2015 гг., июль 2012 г.

357. ЮНИСЕФ Казахстан, Среднесрочная стратегия ювенальной юстиции на 2012-2015 гг., июль 2012 г.; Указ Президента Республики Казахстан «О концепции развития системы ювенальной юстиции в Республике Казахстан на 2009-2011 гг.», Постановление Правительства Республики Казахстан, от 27 июня 2008 г. №625

358. Указ Президента Республики Казахстан «О концепции развития системы ювенальной юстиции в Республике Казахстан на 2009-2011 гг.», Постановление Правительства Республики Казахстан, от 27 июня 2008 г. №625

359. Закон 401-IV «О медиации» от 28 января 2011 г.

тей в рамках системы правосудия. С 2008 по 2012 г. существовало два вышеуказанных суда, которые осуществляли деятельность в городах Алматы и Астана. В феврале 2012 г. ещё одним Указом Президента РК³⁶⁰ система ювенальных судов была расширена – на территории Казахстана создано в общей сложности 18 специализированных судов по делам несовершеннолетних, общее количество работающих в них судей достигло 49 человек. Пилотные суды в Астане и Алматы работали в тесном контакте с социальными службами НПО. Тем не менее, по состоянию на июль 2012 г. никаких норм в отношении финансирования специализированных услуг для обеспечения деятельности судов принято не было, обучение и повышение квалификации судей (и прокуроров), работающих в суде, было крайне ограниченным.³⁶¹

Воздействие законодательной реформы оказалось неоднозначным. С одной стороны, в уголовно-процессуальный и уголовный кодексы было внесено значительное количество позитивных изменений, направленных на отход от исключительно карательного подхода, с тем, чтобы обеспечить более высокую гибкость и индивидуальный подход к несовершеннолетним правонарушителям, с другой стороны, изменения оказались неполными, во многих случаях отсутствует соответствующее подзаконное, административное и бюджетное обеспечение, необходимое для фактической реализации реформы. При том, что в законодательстве декларируется интеграция в систему ювенальной юстиции психологов, остаётся неясным, каким образом будут организованы соответствующие службы. Закон о пробации³⁶³ устанавливает ограниченную форму пробации и охватывает лишь тех осужденных, в отношении которых судом были вынесены условные приговоры. В ином случае ряд функций, которые обычно относятся к службам пробации, передаются «социальным работникам ювенальных судов», однако такие должности в настоящее время не существуют. Кроме того, на местах не организованы условия для опеки над несовершеннолетними правонарушителями во время отправления правосудия, в том числе в период досудебного задержания и содержания под стражей. Такие задачи, как подготовка рекомендаций в отношении установления меры наказания и надзора за освободившимися из мест лишения свободы, возлагаются на социальных работников, однако никакого указания о том, к какому агентству они будут относиться,

не существует. Часть задач социальной работы отмечена как относящаяся к ответственности инспекторов ювенальной полиции и уголовно-исполнительной системы. Неясно, какой орган будет нести ответственность и финансировать надзор в отношении осужденных несовершеннолетних, к которым применяются дивергенция или альтернативные лишению свободы формы наказания.³⁶⁴

В результате отсутствует какая-либо программа профессионального обучения, обеспечивающая кадры офицеров по пробации и социальных работников для работы с несовершеннолетними правонарушителями. Закон устанавливает обязанность министерств социальной защиты, образования и здравоохранения по обеспечению кадров социальных работников, при этом все министерства разрабатывают собственные стандарты. Неясно, например, какое из министерств отвечает за жертв торговли людьми. В некоторых областях существуют специальные центры для социальных работников. Практическая реализация могла бы быть децентрализована на уровне областей, при этом существует ряд проблем, которые необходимо решать силами специализированных учреждений для жертв жестокого обращения, торговли людьми, и для обвиняемых. Сложно представить, как всё это будет работать на практике.³⁶⁵

Между тем, некоторые дети помещаются в школы для детей с «девиантным поведением» по решению суда по рекомендации Комиссий по делам несовершеннолетних.³⁶⁶ В настоящее время, в стране есть восемь таких школ в дополнение к одной школе с «особым режимом содержания» в Восточно-Казахстанской области для детей 11-18 лет, которые совершили общественно опасные деяния, содержащие признаки уголовных преступлений, но по которым не было назначено уголовное наказание (вторая школа в Жамбылской области была закрыта в 2011 году).³⁶⁷ По официальным данным Министерства образования и науки РК, число детей в школах для детей с «девиантным поведением», снизилось с 484 в 2006 году до 371 в 2012 году. Более резкое снижение было замечено в школах с особым режимом для детей с «девиантным поведением», для детей, которые совершили уголовные преступления: с 131 в 2006 году до 16 в 2012 году. Информация о том, почему дети находятся в этих учреждениях, а также в какой степени в них улучшается их успеваемость, ограничена.³⁶⁸

Детский труд

В соответствии с проведённым социологическим центром «Сандж» для МОТ исследованием,³⁶⁹ некоторые казахстанские дети вовлечены в опасный детский труд в сельском хозяйстве. Они зачастую работают по 10-13 часов в день. По результатам предыдущего исследования и предпринятых мер, использование детского труда в выращивании табака в Алматинской области за последние годы существенно снизилось.

Тем не менее, дети всё ещё активно привлекаются к работе при выращивании хлопка и овощей. В целом 47% работников, занятых выращиванием овощей, относятся к возрастной группе 15-17 лет. На выращивании хлопка 42% работников составляют подростки в возрасте 12-14 лет, а ещё 40% составляют дети в возрасте 15-17 лет. Дефицит рабочей силы является основной причиной работы детей на хлопковых полях. В Махтааральском районе Южно-Казахстанской области выращивание хлопка является единственным источником дохода. Дети работают на хлопковых полях своей семьи, а также нанимаются к другим фермерам в нарушение национального законодательства о правах трудящихся и защите детей. Большинство таких детей из неблагополучных семей и зачастую являются единственными кормильцами семьи.³⁷⁰

Девочки обычно чаще участвуют в работе по дому (уборка и приготовление пищи), тогда как мальчики заняты выращиванием овощей. При выращивании хлопка гендерное неравенство существенным не является.³⁷¹

Дети, работающие в сельском хозяйстве, редко пользуются персональными средствами защиты, они плохо защищены от неблагоприятных погодных условий, химикатов, опасных механизмов и инструментов. Они имеют ограниченный доступ к питьевой воде, туалетам, местам для принятия пищи и отдыха, к оборудованию для оказания первой медицинской помощи. Они не защищены от грязи и влияния высоких температур, зачастую переносят тяжести, и могут работать много часов без отдыха. Исследование Центра «Сандж» показало, что для некоторых детей существует опасность укусов насекомых и змей. Дети жаловались на головные боли, усталость, боли в спине и солнечные ожоги. Если на работе происходили несчастные случаи, большинство детей лечили родители или работавшие с ними взрослые, профессиональная медицинская помощь была ограниченной.

360. Указ Президента РК №266 от 4 февраля 2012г.

361. ЮНИСЕФ Казахстан, Среднесрочная стратегия ювенальной юстиции на 2012-2015гг., июль 2012г. интервью, октябрь и ноябрь 2012г. Во время интервью в ноябре 2012г. было отмечено значительные различия в возможностях ранее созданных судов и новых судов в регионах.

362. Дэниэл О'Доннел, Ювенальная юстиция в Казахстане: развитие в период с 2008 по 2011 гг. ЮНИСЕФ, 2011 г. http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_JJKazakhstan_2011_Web.pdf

363. Закон 556-IV, от 15 февраля 2012 г.

364. Дэниэл О'Доннел, Ювенальная юстиция в Казахстане: развитие в период с 2008 по 2011 гг. ЮНИСЕФ, 2011 г. http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_JJKazakhstan_2011_Web.pdf

365. Обсуждение с сотрудниками ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г.

366. Правительство Республики Казахстан, Четвертый периодический доклад в Комитет по правам ребенка, 31 октября 2011 года, на сайте: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.KAZ_ru.doc

367. Данные, предоставленные Министерством образования и науки в офис ЮНИСЕФ в Республике Казахстан, апрель 2013 г.

368. Комитет ООН по правам ребенка, заключительные замечания: Казахстан, 19 июня 2007 года Документ ООН CRC/C/KAZ/CO/3, на сайте: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co / CRC.C.KAZ.CO.3.pdf>, пункты 14-15

369. МОТ / Международная программа по ликвидации детского труда (ИПЕС) Казахстан, Бюллетень за период с октября по декабрь 2011 г., декабрь 2011 г., <http://www.ilo.org/ipeinfo/product/viewProduct.do?productId=19275>

370. Рабочая группа казахстанских НПО «По защите прав детей», альтернативный отчет неправительственных организаций с комментариями к Четвёртому периодическому отчету Правительства Республики Казахстан «Исполнение Конвенции о правах ребёнка, а также – Рекомендаций Комитета ООН о правах ребёнка», Алматы, 2012 г., стр.17-18

371. МОТ / Международная программа по ликвидации детского труда (ИПЕС) Казахстан, Бюллетень за период с октября по декабрь 2011 г., декабрь 2011 г., <http://www.ilo.org/ipeinfo/product/viewProduct.do?productId=19275>

Посещаемость школ у работающих детей также ограничена. Из числа опрошенных работающих детей 12-14 лет, 15% не умели читать, 11% писать. В целом 44% занятых на выращивании хлопка детей в сезон сбора хлопка не посещали школу регулярно. Большинство (57%) детей, не посещавших школу в сезон сбора хлопка, относились к возрастной группе 15-17 лет. Считается, что в Южно-Казахстанской области в сезон сбора хлопка (с сентября по начало ноября) школы не посещают многие учащиеся, однако действительная статистика по данному вопросу отсутствует, так как учителя отмечают детей как присутствующих в классах. В других сельскохозяйственных регионах местные дети не пропускают школу в столь значительных масштабах, тем не менее, значительная доля детей сезонных мигрантов из соседних стран работает во время учебного года.

У вовлечённых в сбор хлопка детей, которые часто пропускают школу, не хватает времени для выполнения домашних заданий, при этом 70% работающих на сборе хлопка детей сообщили, что им приходилось делать домашние задания поздно ночью. Многие дети дополнительно обременены работой по дому, которую они выполняют перед тем, как приступить к домашним заданиям.³⁷²

Дополнительная сложность заключается в том, что многие работающие дети не являются резидентами Казахстана, они приезжают вместе с семьями мигрантов из таких стран, как Узбекистан или Кыргызстан. До настоящего времени у детей мигрантов возникали сложности с доступом к образованию на территории Казахстана. Дети, которые приезжали вместе со своими родителями на сезонную работу, в основном неграмотные, а многие никогда не учились в школе.³⁷³



372. МОТ / Международная программа по ликвидации детского труда (ИПЕС) Казахстан, Бюллетень за период с октября по декабрь 2011 г., декабрь 2011, на сайте <http://www.ilo.org/ipecinfor/product/viewProduct.do?productId=19275>

373. Рабочая группа казахстанских НПО «По защите прав детей», альтернативный отчёт неправительственных организаций с комментариями к Четвёртому периодическому отчёту Правительства Республики Казахстан «Исполнение Конвенции о правах ребёнка, а также – Рекомендаций Комитета ООН о правах ребёнка», Алматы, 2012 г., стр. 18

374. Кити Роелен и Франциска Гассман, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ Казахстан, июль 2012 г., стр.10-11

375. Президент Казахстана, Стратегия «Казахстан-2050»: Новый политический курс состоявшегося государства, Астана, 2012 г.

376. Кити Роелен и Франциска Гассман, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ Казахстан, июль 2012г., стр. 8

377. Кити Роелен и Франциска Гассман, Благополучие детей в Казахстане, ЮНИСЕФ Казахстан, июль 2012 г., стр.9-11

378. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: справочные материалы», Исследование инициатив городов, дружественных к детям, развитие стандартов сертификации городов, дружественных к детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр. 9

Инвестирование в права детей и мониторинг соблюдения прав детей

Благополучие детей

Детская бедность и благополучие определяются целым рядом базовых факторов. Повсеместно признаётся, что качество жизни человека невозможно определить одним показателем, например, бедностью с точки зрения наличия денежных средств. Детская бедность и благополучие по своей природе являются многоплановыми понятиями, включающими материальное, социальное, физическое и ментальное благополучие, а также возможности для реализации потенциала детей в будущем.³⁴⁷

Несмотря на наличие значительного объёма данных и информации в отношении финансового благосостояния в стране, и соответствующих тенденций, в Казахстане проводилось немного исследований по другим аспектам детского благополучия. В результате, у Правительства Казахстана имеется значительный информационный дефицит в контексте проведения эффективной политики по улучшению жизни детей и молодёжи. Национальная программа развития до 2020 г. и новая Национальная стратегия до 2050 г.³⁷⁵ предусматривают обеспечение дошкольным обучением детей, как в городах, так и в сельских районах, сокращение уровня материнской и младенческой смертности, улучшение качества жизни населения в целом, укрепление существующих систем социальной защиты. Реализация вышеизложенных задач требует выявления и реализации конкретных политических мер по эффективному повышению благосостояния детей. Для этого, в первую очередь, потребуются создание надёжной фактической базы данных о благополучии детей, их существующих условиях жизни, возможностях и препятствиях.³⁷⁶

В 2012 г. в Казахстане было проведено исследование по изучению благополучия детей на основании данных, полученных в рамках МИКС за 2010-11 гг. и исследования бюджетов домохозяйств за 2009 г. Дополнительно в рамках этой работы было проведено качественное исследование благополучия детей, учитывающее мнения родителей и других ключевых игроков. В отчёте содержится исчерпывающий анализ положения детей в Казахстане, где основное внимание уделяется ключевым измерениям детского благополучия: питание, образование, здоровье, жильё, а также социальная вовлечённость и защита. Анализируются различия в уровне благополучия детей, проживающих в

различных частях Казахстана, основное внимание уделяется различиям между регионами, между городской и сельской местностью, а также, выявляются дети, которые являются наиболее уязвимыми с точки зрения соблюдения принципа равенства. Исследование показало, что города Астана и Алматы являются регионами страны с наилучшими условиями для благополучия детей, а Мангистауская и Восточно-Казахстанская области – имеющими значительные пробелы в этом отношении.

Исследование благополучия детей предоставляет информацию о том, какие именно дети проживают в бедности, где именно, какие лишения они претерпевают, что может быть причиной их низкого благосостояния, что способно облегчить их положение, и какое отражение это может найти при формировании социальной политики. Отчёт представляет собой важный справочный документ и надёжную информационную базу для принятия политических решений.³⁷⁷

После исследования в 2012 г. Восточно-Казахстанский областной акимат начал работу по поддержке системы мониторинга благополучия детей в ВКО с разбивкой по районам. Такой дополнительный уровень анализа позволит местной власти выявить основные проблемы и сконцентрировать ресурсы там, где они более всего необходимы.

Бюджетное обеспечение детей

Правительство РК выступает за распределение бюджета и социальное планирование, ориентированное на результат. В этой связи существует необходимость регулярной оценки потребностей в рамках мониторинга эффективности программ и бюджетов на местном уровне. Министерство финансов РК приняло новые стратегии и средства повышения бюджетной эффективности. Однако во многих городах продолжают применяться прежние методы, которые не учитывают оценку результативности. Правительство РК заинтересовано во внедрении новых и инновационных методов, однако применение таких методов на местном уровне может оказаться затруднительным. Необходимо проводить обучение старших должностных лиц местного уровня в целях повышения их способности планировать и проводить мониторинг достижений.³⁷⁸

Города, дружелюбные к детям

В целях поддержки развития в Казахстане бюджетного процесса в интересах детей, в стране была предложена *Инициатива «Город, дружелюбный к ребенку»* (ИГДР). ИГДР представляет собой всемирное движение, направленное на реализацию прав детей на уровне местных сообществ и местных властей. Правительство Казахстана поддерживает ИГДР, реализация которой на национальном уровне отслеживается Комитетом по охране прав детей при Министерстве образования и науки РК, а на местном уровне - управлениями по защите прав детей. По состоянию на декабрь 2012 г 18 городов подписали с ЮНИСЕФ или Комитетом по охране прав детей МОН РК Меморандум о внедрении ИГДР. Министерство образования и науки РК полагает, что положительный опыт реализации ИГДР следует распространить по всем регионам.³⁸¹

18 городов согласились разрабатывать стратегии или планы действий по развитию своих программ города, дружелюбного к детям. В течение первых лет реализации инициативы наблюдалось существенное увеличение бюджетов в интересах детей и семей. Например, город Алматы увеличил свой бюджет в интересах детей и семей с 41 890 000 тенге (280 000 тыс. долл. США) в 2009 г. до 56 230 000 тенге (380 000 тыс. долл. США) в 2011 г. В вышеуказанных городах, уже отмечаются существенные улучшения, в том числе – значительное сокращение уровня смертности новорождённых, создаются детские сады и мини-центры для детей, в школах обеспечивается интернет-доступ и интерактивные методы обучения, строятся новые детские парки и спортивные площадки.³⁸²

ЮНИСЕФ и Комитет по защите прав детей МОН РК в целях поддержки Инициативы города, дружелюбного к детям, и партнёров на местном уровне разработали национальную процедуру аккредитации города дружелюбного к детям для формирования, реализации и мониторинга прогресса в сфере улучшения жизни детей.³⁸³ В 2012 г. шесть городов (Астана, Алмалинский район города Алматы, Кызылорда, Павлодар, Оскемен и Сатпаев, Карагандинской области) были включены в пилотную процедуру признания и аккредитации, которая включает в себя: отработку международных механизмов самооценки городов; проведение аудита социальных услуг; выработку специальных стратегий города, дружелюбного к ребенку, и планов

действий на уровне местной власти. К этой работе привлекаются все соответствующие заинтересованные лица, включая детей. После завершения подготовки стратегий и планов действий они размещаются на сайте Акиматов для комментариев, и проходят оценку у международного консультанта ЮНИСЕФ. Результаты пилотной процедуры должны быть представлены и обсуждены со всеми 18 участвующими в ИГДР городами на IV Национальном форуме городов дружелюбных к ребенку в Караганде.³⁸⁴

Мониторинг и обеспечение прав детей

Как государство-участник Конвенции ООН о правах ребенка,³⁸⁵ Казахстан взял на себя обязательство защиты и обеспечения прав детей, и действует в наилучших интересах ребенка. На национальном уровне, в общей сложности девять министерств и ведомств занимается обеспечением прав ребенка в стране. Эти органы выполняют широкий спектр функций, обеспечивающих социальные, медицинские, юридические и другие услуги в соответствии с их полномочиями. Комитет по охране прав детей, работающий под эгидой Министерства образования и науки РК имеет определенные возможности для расследования случаев нарушения прав ребенка, и занимается разработкой и реализацией государственной политики в области защиты прав ребенка и создания эффективной системы обеспечения прав всех детей. Комитет координирует межотраслевые



усилия по правам ребенка, в том числе, сотрудничество с международными организациями, государственными учреждениями, неправительственными организациями и средствами массовой информации, а также играет определенную роль в правовой реформе, оказывает экспертное содействие и предоставляет аналитическую информацию по правам детей. Он превратился в динамичную и активную структуру, которая участвует в процессе уменьшения числа детей в государственных интернатных учреждениях, поощряет альтернативные формы опеки детей, оставшихся без попечения родителей.³⁸⁶ Тем не менее, в 2007 году Комитет ООН по правам ребенка выразил обеспокоенность тем, что способность Комитета по решению полного спектра прав детей может быть ограничена, поскольку он был создан при Министерстве образования и науки РК.³⁸⁷

Офис Омбудсмана совместно с НПО в настоящее время работает над созданием независимого механизма мониторинга прав ребенка, в том числе, в рамках учрежденного в 2013 г. Национального превентивного механизма в целях реализации взятых страной обязательств по исполнению Факультативного протокола к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы РК в настоящее время пересматриваются для решения проблем, связанных с защитой детей-жертв и свидетелей преступлений.³⁸⁸

На местном уровне функции защиты прав и законных интересов детей осуществляют 308 специалистов из органов опеки и попечительства, которые являются подотчетными отделам образования. Между тем, есть и другие государственные организации, которые занимаются правами детей в рамках более широкого круга полномочий по защите прав человека, в том числе Офис омбудсмана, Генеральная прокуратура РК и Комиссия по правам человека при Президенте РК. Офис омбудсмана работал в тесном сотрудничестве с ЮНИСЕФ по исследованию вопросов насилия в интернатных учреждениях и в школах, а также уязвимости детей в отношении торговли людьми и эксплуатации. Тем не менее, в своем Альтернативном отчете в Комитет ООН по правам ребёнка в 2012г. ряд НПО указали на то, что Омбудсман не имеет достаточных полномочий, людских и финансовых ресурсов, и что он не имеет механизма подачи жалоб, доступного для детей.³⁸⁹ Офис омбуд-

379. Более подробно по ИГДД см. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: Создание и внедрение программ по признанию национальной программе аккредитации городов, дружественных к детям», отчет по проекту, ЮНИСЕФ 2011 г.

380. Комитет по защите прав детей МОН РК, Информационно-координационное совещание «Модель признания и процесс аккредитации города Павлодара, дружественного к ребенку», 21 января 2013 г., <http://www.bala-kkk.kz/ru/node/1527>

381. Комитет по охране прав детей, Информационно-координационное совещание «Модель признания и процесс аккредитации города Павлодара, дружественного к ребенку», 21 января 2013 г., <http://www.bala-kkk.kz/ru/node/1527>

382. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: справочные материалы», Исследование инициатив городов, дружественных детям, развитие стандартов сертификации городов, дружественных детям, схема аккредитации для Казахстана, ЮНИСЕФ Казахстан, 2011 г., стр. 9

383. Кэрен Мэлон и Мэрион Старджес, «Казахстан, дружественный к детям: Создание и внедрение программ по признанию национальной программе аккредитации городов, дружественных к детям», Университет Западного Сиднея 2011 г.

384. Интервью, сотрудники ЮНИСЕФ, декабрь 2012 г

385. Конвенция ООН по правам ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей в резолюции 44/25 от 20 ноября 1989г. Ратифицирована Республикой Казахстан 12 августа 1994 г.

386. Информация предоставлена Министерством образования РК, 9 февраля 2013г.

387. Комитет ООН по правам ребенка, Заключительные замечания: Казахстан, 19 июня 2007г., Документ ООН CRC/C/KAZ/CO/3, at <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co/CRC.C.KAZ.CO.3.pdf>, пункты 14-15

388. Информация предоставлена ЮНИСЕФ, май 2013 г.

389. Рабочая группа НПО по защите прав детей, Альтернативный отчет НПО с комментариями к Четвертому периодическому отчету Правительства РК: Исполнение Конвенции по правам ребенка, а также Рекомендации Комитета по правам ребенка, Алматы, 2012г., стр. 5

смане не имеет полномочий непосредственно проводить расследования, а скорее направляет эти жалобы для реагирования в Министерство внутренних дел РК или Генеральную прокуратуру РК, а также другие государственные органы. Между тем Национальный план действий в области прав человека на 2009-2012гг. содержит положение, согласно которому к 2011 году должен быть учрежден пост Омбудсмана по делам детей. Эта мера не была реализована.³⁹⁰

При осуществлении мероприятий по обеспечению благополучия детей важно, чтобы общественность была лучше осведомлена о правах детей. Исходя из информации Правительства РК, за последние годы было сделано очень много для повышения осведомленности общества, исполнительной власти, гражданского общества и государственного сектора, включая семинары и культурные мероприятия с участием детей. Комитет по охране прав детей Министерства образования и науки РК запустил веб-сайт (www.bala-kkk.kz) с целью обеспечения своевременной помощи детям в решении их проблем и информирования детей об их правах. Кроме того, была создана горячая телефонная линия, а также блоги, веб-сайты и горячие линии, включая 24-часовой бесплатный общенациональный телефон доверия для детей и молодежи. В 2012 году только Комитет по охране прав детей РК получил более 5 тыс. единиц корреспонденции, и на все был дан ответ, часто с выездом на места. Предоставленная помощь включала в себя восстановление документов, лечение в учреждениях третичной медицинской помощи и т.д.³⁹¹

Четвертый периодический отчет Казахстана был представлен Комитету ООН по правам ребенка в 2011 году и должен быть рассмотрен Комитетом в 2015 году. Права ребенка постоянно занимают важное место в национальных стратегических документах, они включают в себя «Стратегию Казахстан-2050», в которой говорится, что «дети являются наиболее уязвимой и незащищенной частью нашего общества, и они не должны быть лишены своих прав».³⁹² Проводя работу по реализации широкого спектра социальных, экономических, гражданских, политических и культурных прав детей и молодежи, Казахстан также движется в направлении выполнения других международных обязательств, включая Цели Развития Тысячелетия.

390. Заключение группы экспертов. Реализация Национального плана действий в области прав человека на 2009-2012гг.. Раздел: Права ребенка

391. Правительство Казахстана, Четвёртый периодический отчёт в Комитет по правам ребёнка, 31 октября 2011 г. http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.KAZ_ru.doc

392. Послание Президента РК, «Стратегия Казахстан-2050»: новый политический курс устоявшегося государства», 14 декабря 2012г., доступно на: http://www.akorda.kz/en/page/page_address-by-the-president-of-the-republic-of-kazakhstan-leader-of-the-nation-nazarbayev-“strategy-kazakhstan-2050”-new-political-course-of-the-established-state”_1357813742#page

Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте: www.unicef.kz или написав письмо на info@unicef.kz



