

# Рекомендации по улучшению демографической ситуации с позиции гендерного фактора

Разработаны в ходе реализации проекта АР19680677 «Экономико-демографическое развитие Казахстана: гендерный аспект»

А.А. Мухамадиева, И.Е. Калабихина, Ж.Е. Байкенов, И.В. Бордияну, К.С. Алпыспаев

В настоящее время демографическая ситуация в Казахстане имеет следующие характеристики:

- Охлаждение рождаемости: после пика СКР  $\approx 3,32$  (2021) общий коэффициент рождаемости снизился до  $\approx 19,5\%$  (2023).

- Пост-пандемийная нормализация смертности/ОПЖ, но сохраняется избыточная мужская смертность в трудоспособных возрастах (внешние причины + НИЗ).

- Старение населения ускоряется; увеличивается нагрузка на системы здравоохранения, ухода и пенсионные схемы.

- Перинатальные риски: всплеск материнской смертности в 2021 г., замедление снижения младенческой; сельско-городские и половые разрывы сохраняются.

- Миграционный разворот к плюсу (2022–2024) при продолжающейся концентрации населения в агломерациях.

- Неоплачиваемый уход непропорционально лежит на женщинах (разрыв по времени 2–3 часа/день), влияя на рождаемость и участие в занятости.

Картина динамики с учетом гендерного аспекта следующая:

- Рождаемость: охлаждение после длительного роста; фактором выступают экономические ожидания, доступность услуг ухода и «двойная нагрузка» женщин.

- Смертность/ОПЖ: гендерный разрыв ОПЖ сократился ( $\approx 9 \rightarrow \approx 4$  года), но мужчины 15–44 выделяются чрезмерной смертностью от внешних причин; у женщин 55+ растёт вклад БСК/болезней нервной системы.

- Младенцы/матери: младенческая смертность в долгосрочном снижении ( $\approx 7\text{--}8\%$  в 2023), но выше в сёлах и у мальчиков; материнская смертность после всплеска движется к нормализации, требуются стандарты качества.

- Миграция/урбанизация: позитивное внешнее сальдо и высокая внутренняя мобильность к мегаполисам; исторически суммарный женский отток был выше мужского.

- Неоплачиваемый труд: пик нагрузки у женщин 25–35 и 50–60 лет; в выходные женщины тратят до  $\approx 18\%$  суток на уход vs  $\approx 7\%$  у мужчин.

Одной из выявленных проблем является преждевременная мужская смертность (особенно внешние причины 15–44). Мужчины умирают

значительно чаще женщин от ДТП/травм/суицидов; в 35+ растёт вклад болезней системы кровообращения (БСК). Происходят потери человеческого капитала, рост числа неполных семей, сжатие трудовых резервов. В связи с этим предлагается ввести контроль за внешними причинами смертности: контроль скорости/ремни/деткресла; нулевой толерантности к езде в нетрезвом состоянии; охрана труда в «рисковых» отраслях; суицид-профилактика (скрининг, линии помощи, работа с мужскими аудиториями). Проводить скрининг мужского здоровья в возрасте 30–55 лет: скрининг АД/липидов/глюкозы + маршрутизация к поведенческим программам (табак/алкоголь/вес/активность).

Следующей проблемой являются перинатальные разрывы (материнская и младенческая смертность; мальчики/девочки; город/село). Младенческая смертность выше у мальчиков и в сельской местности; пандемия вскрыла уязвимости материнской смертности. Перинатальные исходы определяют здоровье когорты и репродуктивные планы семей. В связи с этим рекомендуется вести тщательный контроль и анализ за оснащённостью сельской медицины, постнатальный пакет 0–6 мес. с фокусом на семьи из села и на уязвимость мальчиков (медосмотры, патронаж, грудное вскармливание, профилактика ИПП).

Одной из проблем является старение и рост хронических заболеваний у женщин в возрасте 55+. У женщин старших возрастов ускоряется смертность от БСК и болезней нервной системы; растёт потребность в долговременном уходе (LTC). В связи с этим происходит давление на здравоохранение/уход; снижение здоровой продолжительности жизни; «перекладывание» ухода на женщин в семьях. Рекомендуется ввести следующие медицинские пакеты программ:

1. «Нейро-здоровье 55+»: когнитивный скрининг, ранняя диагностика депрессии/паркинсонизма, доступ к реабилитации.

2. «Женская кардиология 55–74»: контроль АД/липидов, вторичная профилактика; маршрутизация пациентов по НИЗ.

3. LTC: дневные центры, мобильные бригады, перерывы для ухаживающих (респайт-сервис).

Проблемой также являются гендерные дисбалансы миграции и «брачно-репродуктивные рынки». Исторически больший женский отток; в 2024 г. среди прибытий преобладают мужчины; возрастные пики потоков различаются (20–34). Происходит искажение половозрастной структуры регионов; влияние на браки, рождаемость, дефицит кадров. Рекомендации:

1. Разработать пакеты «удержать/вернуть женщин-специалистов»: жильё, места в садах, трудоустройство супругов, поддержка МСП.

2. Безопасные каналы внешней миграции; сопровождение семейной релокации; планирование садилов/жилья/рабочих мест под возрастные пики.

После пика СКР 3,32 (2021) рождаемость охлаждается: ОКР 19,5‰ в 2023. Доступность ухода и экономические ожидания — ключевые модераторы решений о рождении.

Рекомендации:

- Адресные «пакеты рождения» (услуги ухода, медицина, гибкая занятость) вместо чисто денежных мер.
- Карьерная поддержка матерей (переобучение, гибкие графики) и профориентация девочек/женщин (STEM/TVET) как долгосрочный драйвер доходов и демографической устойчивости.