

**ПРОЕКТ**

Док. GA30/CC29/REP/07/r

ДВАДЦАТЬ ДЕВЯТОЕ ЗАСЕДАНИЕ

КОМИТЕТА ПО КУЛЬТУРЕ, ОБРАЗОВАНИЮ И СОЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ

ДОКЛАД\*

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ГОСУДАРСТВАХ-  
ЧЛЕНАХ ЧЭС**

**Докладчик: г-жа Жаля АЛИЕВА(Азербайджан)**

---

\* Текст одобрен на Тридцатой Генеральной Ассамблее в Тбилиси 12 декабря 2007 г.

## I. ВСТУПЛЕНИЕ

1. Качество жизни является широкой концепцией, касающейся уровня благосостояния в обществе. Эта концепция выходит за пределы подхода, связанного с условиями жизни, который обращен на материальные ресурсы (деньги, доступ к товарам и услугам), находящихся в распоряжении людей, и принимает во внимание такие критерии, как самочувствие, степень свободы, стиль жизни. Таким образом, эта концепция многогранна и измеряется как объективными, так и субъективными показателями. Качество жизни определяется как индивидуальное восприятие людьми их жизненных условий в контексте культуры, систем ценностей, в которых они живут, по отношению к их целям, ожиданиям, стандартам и заботам. Это широкая концепция, отражающая комплексное взаимодействие физического здоровья, психологического состояния, личных верований и социальных взаимоотношений.
2. Парламентская Ассамблея Организации Черноморского Экономического Сотрудничества выработала ряд предложений по социальным вопросам, подготовив и приняв соответствующие рекомендации, такие как «Социальные гарантии в переходный период в странах-членах ПАЧЭС»12/1996, «Права и социальная защита беженцев и перемещенных лиц в Черноморском регионе»21/1997, «Правовые рамки социальной защиты пенсионеров в странах-членах ЧЭС»36/1997, «Правовые рамки защиты детства в странах-членах ЧЭС»41/1999, «Сотрудничество в области общественного здравоохранения между странами-членами ЧЭС» 44/2000, «Правовые рамки защиты рабочих-мигрантов в черноморских странах и взаимоотношения между общинами иммигрантов и страной пребывания»51/2001, «Социальная реинтеграция безработных»67/2002 и «Борьба с бедностью в государствах-членах ЧЭС»74/2003.
3. Вызовы, связанные с уровнем занятости и стареющим населением, изменяющимися семейными отношениями и социальным отчуждением, выдвинули вопросы качества жизни на первый план. В связи с этим, Комитет ПАЧЭС по культуре, образованию и социальным вопросам решил рассмотреть вопрос «Повышение качества жизни в государствах-членах ЧЭС» в качестве основного вопроса повестки дня своего 29 заседания.
4. Информацию для доклада и Рекомендации 99/2007 по этому вопросу предоставили национальные делегации Азербайджана, Греции и Румынии. Кроме того, справочный материал был получен с официальных сайтов соответствующих международных организаций, а также национальных докладов стран, участвующих в Европейской политике добрососедства, таких как Армения, Азербайджан, Грузия, Молдова и Украина, а также из национальных отчетов, составленных на основе Лиссабонской стратегии и посвященных стратегиям социальной защиты и социальной интеграции для таких государств-членов ЕС, как Болгария, Греция и Румыния.

## II. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЧЭС

5. **Албания:** Одним из основных принципов правительственного проекта реформ, является обеспечение занятости для каждого албанца. Высокий уровень безработицы среди молодого поколения, представляет собой основную угрозу и помеху для развития страны. В то время, как программа правительства нацелена на повышение экономического роста, одной из её главных задач является сокращение безработицы до среднего уровня развитых стран. Правительство приняло такие меры и документы, доказавшие свою эффективность, с целью приведения в соответствие и улучшения оперативности рынка труда, как информация о труде, посреднические институты, профессиональная подготовка, финансовое стимулирование и т.д. Программы защиты занятости осуществлялись в сотрудничестве с общественными организациями и частным сектором. Будут удвоены пенсии, а пропасть между сельскими и городскими пенсиями существенно сократится. В результате этого пенсии будут значительно выше минимального прожиточного уровня, каковыми они были в течение всего периода социалистического правления.
6. Приоритет также отдается сокращению несбалансированности заработной платы в различных государственных секторах, такие как образование, здравоохранение и общественный порядок. Снижение уровня бедности обеспечивается высоким экономическим ростом, который распространяется на каждый регион. Кроме того, социальная политика и инструменты были разработаны таким образом, чтобы помочь каждому бедному человеку перешагнуть черту бедности. В сотрудничестве с местными органами власти были активизированы фонды помощи бедным через схемы государственных структур. Развитие занятости и профессиональная подготовка направлены, прежде всего, на бедные семьи. Для того, чтобы разрушить наследие бедности, передаваемое из поколения в поколение, правительство уделяет особое внимание профессиональной подготовке детей из бедных семей. Улучшение деятельности социальных служб и их доступность, особенно в самых бедных районах страны, вносит вклад в снижение уровня бедности. Повысилась эффективность социальной политики и стало уделяться внимание группам людей со специальными потребностями, таким как инвалиды, бедняки, дети улиц, многодетные матери, являющиеся главами семейств, подростки, молодые девушки и женщины, страдающие от насилия. Особое внимание уделяется детям-инвалидам и/или родителям-инвалидам, воспитывающим детей. Им, в частности, предлагается помощь и средства для образования и работы. Помощь в виде профессиональной подготовки, финансовой помощи, стипендий и т.д. также предлагается сиротам и многодетным родителям.
7. **Армения:** Социальная ситуация в Армении по-прежнему характеризуется неравенством и сильным социальным расслоением. Несмотря на позитивную макроэкономическую активность и достижения, борьба с бедностью в рамках стратегии правительства по снижению уровня бедности, принятой в августе 2003 г. (Армения опережает график в достижении ориентировочных показателей, установленных этой стратегией), 32% населения всё еще проживает ниже уровня бедности. Официально безработица составляет около 8%, хотя по неофициальным данным эта цифра приближается к 20-25%. Налоговые сборы существенно возросли в 2005-2006 г.г., хотя и с очень низкого уровня, облегчив правительственным

структурам расходы на социальное страхование, здравоохранение и образование в соответствии с вышеупомянутой стратегией правительства. В бюджете 2007 г. по-прежнему предусмотрены расходы на социальные нужды, главным, образом, здравоохранение и образование. Предусматривается повышение зарплаты бюджетникам, и больше средств будет выделяться на улучшение инфраструктуры.

8. Экономический рост начал сказываться на уровне бедности; однако, региональное неравенство расширилось, поскольку рост уровня жизни сконцентрировался в столице Ереване, в то время, как в других регионах наблюдается существенное отставание. Согласно Среднесрочной экономической программе Армении(СЭПА), увеличение бюджетных расходов на социальное страхование, а также повышение эффективности таких расходов будут рассматриваться в качестве основного приоритета в течение всего периода действия СЭПА, а развитие системы социального обеспечения является одной из основных задач. В СЭПА также говорится о том, что повышение государственных расходов на образование будет приоритетом в течение всего периода действия СЭПА с 2006 г. по 2008 г. Уровень пенсий в настоящее время находится ниже минимального прожиточного уровня; однако Центральный Банк Армении выдвинул предложения по развитию пенсионной системы по так называемой модели «трех основ». В августе 2003 г. армянское правительство приняло стратегический план снижения уровня бедности, основывающийся на предположении о росте реального увеличения ВВП в среднесрочной перспективе на 6%. В связи с тем, что основное внимание уделяется вопросам перераспределения, стратегия рассматривает вопросы устойчивости и источников будущего экономического роста на довольно общем уровне. Создание значительного количества рабочих мест на новых малых и средних предприятиях является ключом к достижению поставленных задач в области снижения уровня бедности. Наряду с этим, продолжающаяся модернизация общественного сектора должна обеспечить всем лучший доступ к основным услугам.
9. Страна присоединилась к Болонскому процессу в 2005 г. и использует европейские принципы в процессе реформирования этого сектора. Общественные затраты на здравоохранение и образование оставались на низком уровне в последние годы. Программа снижения уровня бедности (ПСУБ) Армении уделяет особое внимание обеспечению качества образования с целью лучшего удовлетворения потребностей работодателей. В секторе здравоохранения на частное финансирование (главным образом, неформальные платежи) приходится две трети общих расходов на здравоохранение. Система здравоохранения была децентрализована, ей было предоставлено больше полномочий по управлению своими финансами. ПСУБ определяет сектор здравоохранения в качестве приоритетного и предусматривает существенное увеличение бюджетного финансирования на 2004 г.-2007 г. с целью достижения к 2015 г. 2.5% ВВП. Правительство финансирует государственные учреждения здравоохранения, однако оно понимает, что необходимо увеличить финансирование и стимулировать общество к участию в разработке и осуществлении проектов в сфере здравоохранения. Стратегия по сокращению уровня бедности в стране направлена на поддержание системы здравоохранения путем существенного повышения доступности и качества услуг, предоставляемых государством.

10. Для поддержки бедных правительство создало пакет основных льгот, предоставляемый бесплатно наиболее уязвимым группам. Оплата больниц и поликлиник осуществляется через государственные учреждения здравоохранения, однако они оплачивают только 45% стоимости медицинских услуг. Используется всего лишь незначительная часть возможностей большого количества больниц, больничных коек, медсестер и докторов. Первичная медицинская помощь включает уход за матерью и ребенком, вакцинацию и лечение инфекционных заболеваний. Армения воспользовалась программой, финансируемой ЕС и касающейся системы идентификационных номеров социального страхования и программы социального преобразования АМР США, направленных на оказание помощи Армении в социальной сфере, включая здравоохранение, устойчивый характер которого обеспечивается через реформирование медицинских льгот и реструктуризацию финансирования сектора здравоохранения. Эта программа также стремится расширить первичные медицинские услуги и повысить профессиональную подготовку сотрудников в сельских медпунктах, а также распространить систему оказания медицинских услуг и на изолированные сельские районы.
11. **Азербайджан:** Азербайджан приступил к осуществлению стратегии снижения уровня бедности – государственной программе по снижению уровня бедности и экономическому развитию. В этой программе дается описание макроэкономической, структурной и социальной политики, которая будет проводиться с целью снижения уровня бедности. В ней исследуются несколько ключевых вопросов, включающих социальную политику и человеческий капитал, региональную политику, перестройку управления и наращивание потенциала, а также процессы участия.
12. Признавая необходимость в расширении реформ в обоих секторах, государственная программа социально-экономического развития регионов, одобренная в феврале 2004 г., предусматривает меры по поддержке секторов здравоохранения и образования. Национальная стратегия занятости на 2006-2013 годы была подписана Президентом в октябре 2005 г. и включает национальный план действий в области занятости, направленный, в частности, на профессиональную подготовку, развитие малых и средних предприятий и социальное обеспечение. Реформа пенсионной системы (которая была передана из Министерства труда и социальной защиты в Государственный фонд социальной защиты) была осуществлена в соответствии с Указом Президента, изданным в октябре 2003 г. Программа регионального развития, одобренная в феврале 2004 г., сосредоточена на создании рабочих мест в регионах с амбициозной задачей создания новых 600,000 рабочих мест в течение трех лет. Начальное образование является обязательным, и уровень грамотности составляет 99%, однако качество образования представляет собой проблему. Ключевой задачей является приведение в соответствие как начального, так и среднего образования, и приближение системы образования к нуждам частного сектора. Повышение качества базового образования является стратегической задачей программы снижения уровня бедности. Данные о зачислении в школу отражают гендерно почти равную ситуацию, как для начального, так и среднего образования. Профессиональное образование и система профессиональной подготовки, хотя и медленно, но реформируются.

13. С момента получения независимости государственный сектор здравоохранения не переживал значительных реформ и всё ещё следует традиционной советской модели, при которой министерство здравоохранения отвечает за центральные специализированные институты, регионы и города. Появляются частные больницы также на районном уровне, однако они не могут оказывать всеобъемлющие услуги в области здравоохранения для всех. В Азербайджане все еще отсутствует заметная страховая отрасль. Некоторые частные страховые агентства стараются развивать добровольные системы страхования при помощи зарубежных страховых компаний. Официальная зарплата очень низкая, а неформальные выплаты получили широкое распространение и являются существенными. Зарплата медицинских работников едва ли может быть стимулом, за исключением оплаты за дополнительные услуги, которые они могут оказывать на своем рабочем месте. Сектор здравоохранения страдает от структурной безработицы или недостаточной занятости, отсутствия навыков управления и низкой продуктивности медицинских работников. Государственный медицинский университет предлагает курсы для педиатров и других врачей, а также специализированные курсы в медицинской аспирантуре.
14. **Болгария:** Согласно национальному стратегическому докладу, расходы на социальное страхование и социальную помощь составляют 13.4% ВВП (данные за 2006 г.). Наиболее подверженными бедности и отчужденности являются: а) дети (особенно, из этнических меньшинств и неполных семей); б) лица с низкой зарплатой и безработные и с) пожилые люди, особенно старше 75 лет. Болгария достигла прогресса в борьбе с нищетой пенсионеров. Ожидается, что дополнительные пенсионные схемы окажут положительное влияние на доходы пенсионеров. Болгария внесла значительные изменения в свою пенсионную систему в 2000 г., введя финансируемый компонент в свою первую основную систему и реформируя свою систему платных визитов. Решение связать пенсионную индексацию с комбинацией из зарплаты и цен будет способствовать будущей устойчивости. Развитие первого накопительного уровня и другие добровольные сбережения должны стать хорошим стимулом для работы в течение более продолжительного срока. Однако, не менее важно развивать соответствующие механизмы для оплаты пенсий из таких систем, которые являются устойчивыми и способствуют улучшению ставок возмещения. Более того, продление трудовой деятельности или с помощью инициатив или путем более тесного увязывания вкладов со льготами должно идти рука об руку с расширением возможностей занятости для более пожилых рабочих. Рост занятости и особенно занятости более пожилых рабочих являются таким же шагом вперед, как и улучшение ситуации со сбором налогов и адекватность пенсий. Кроме того, люди могут делать сбережения через два накопительных компонента системы. Тем не менее, в вопросе повышения уровня занятости предстоит еще пройти долгий путь прежде, чем он сможет достичь среднего уровня в ЕС и обеспечить прочную устойчивую основу.
15. Общие показатели в системе здравоохранения Болгарии свидетельствуют о значительном разрыве со средними показателями в ЕС. После введения обязательного медицинского страхования (Акт о медицинском страховании, 1998 г.), Национальный фонд медицинского страхования собрал страховые взносы с работодателей и работников, установленный в размере 6% от зарплаты. Он заключает контракты с практикующими врачами, специалистами амбулаторного

обслуживания и больницами. Практикующие врачи оплачиваются Национальным фондом медицинского страхования из расчета за предоставленные услуги на одного человека с учетом региональной компенсации, для того чтобы сбалансировать географическое неравенство. Амбулаторные специалисты оплачиваются за счет оплаты за услуги. Взносы за безработных, бедных, пенсионеров, студентов и другие уязвимые группы покрываются государственным и муниципальным бюджетами. Министерство здравоохранения отвечает за общую политику в области здравоохранения и управление системой здравоохранения. Лечение в больнице покрывается на основе клинических исследований диагноза. Оплата за лекарства варьируется. Лекарства, прописанные по жизненным показателям, а также для лечения отдельных заболеваний, таких как рак, диабет и генетические заболевания – бесплатны. Государство обеспечивает свободный, общий доступ к скорой помощи и всем услугам, оплачиваемым из госбюджета. Госбюджет также предусматривает определенные медицинские льготы при поступлении в больницу уязвимых групп. Другой проблемой является неполный доступ к первичной медицинской помощи для некоторых этнических меньшинств, особенно в сельских областях, вследствие отсутствия регистрации и выплат в фонд медицинского страхования. Уровень возмещения стоимости некоторых лекарств и медицинского оборудования препятствует доступу к медицинским услугам. Необходимо подготовить и ввести правила эффективной медицинской практики. Создание эффективного контроля качества и механизмов оценки медицинских услуг по-прежнему остается проблемой для властей.

16. **Грузия:** Несмотря на устойчивый экономический рост, высокий уровень бедности всё ещё является серьезной проблемой, т.к. около одной трети населения Грузии живет за чертой бедности. В июне 2003 г. предыдущее правительство приняло программу экономического развития и сокращения бедности. Нынешнее правительство пытается сделать её в настоящее время более функциональной путем объединения приоритетов этой программы с бюджетным процессом. Правительство планирует реформировать действующую систему льгот по бедности, начиная с 2005 г.. Правительство подготовило отчет о ходе осуществления программы, в котором говорится о существенном прогрессе, который был достигнут уже в 2004 г. Оплата задолженностей по пенсиям стала конкретным достижением в процессе снижения уровня бедности.
17. В настоящее время государственные расходы на общественное здравоохранение составляют 6% от ВВП а от расходов бюджета около 19 – 20%. Закон 1997 г. о медицинском страховании ввел систему социального страхования, управляемую государственным объединенным фондом социального страхования (ГОФСС), принадлежащим государству. ГОФСС финансируется, главным образом, за счет обязательного подоходного налога, при котором работодатели должны вносить 3%, а работники 1% от зарплаты. Поскольку взносы остаются низкими, доходы за счет этого налога покрывают только 70% его бюджета, в то время, как оставшаяся часть зависит от отчислений из центрального (20%) и местного бюджетов (10%). Правительство делает взносы за безработных, пенсионеров и детей. Частных схем страхования пока ещё мало. Реформа структуры государственного здравоохранения, начатая в 1995 г., внесла организационные и управленческие изменения, направленные на децентрализацию, социальное страхование, приватизацию и

заключение контрактов об оказании медицинских услуг. В программе экономического развития и снижения уровня бедности признается необходимость улучшения системы здравоохранения с целью обеспечения финансового и географического доступа к минимальным медицинским услугам в стране. Министерство труда, здравоохранения и социального обеспечения является юридическим лицом, занимающимся проблемами системы здравоохранения. Национальный институт здоровья оказывает научно-технические консультации министерству. Принимать решения уполномочены двенадцать региональных департаментов здравоохранения. Министерство труда, здравоохранения и социального обеспечения проводит процедуры аккредитации и лицензирования, а также выпускает инструкции по медицинским вопросам. Муниципальные власти в сфере здравоохранения организуют работу больниц, поликлиник и обеспечивают услуги первичной медицинской помощи на местном уровне. Муниципальные власти собирают и обеспечивают финансирование в соответствии с размерами населения. Система государственного здравоохранения задумана таким образом, чтобы уделять должное внимание укреплению здоровья и предотвращению заболеваний. Программа в области здравоохранения на 2000 г. – 2009 г., отраженная в национальной политике в области здравоохранения, принятой в 1999 г., вновь подтверждают свою задачу перенести акцент с лечебной деятельности на профилактическую, а также на регламентирование и аккредитацию медицинских услуг и профессиональной подготовки. Перед страной были поставлены задачи создать функционирующую сеть государственных центров здравоохранения. В соответствии с программой экономического развития и снижения уровня бедности, грузинское правительство планирует ряд шагов, направленных на улучшение доступа к медицинским услугам для живущих в нищете. В связи с этим, Министерство труда, здравоохранения и социального обеспечения намерено четко определить базовый пакет медицинских услуг и ввести новую методологию определения тарифов. Здравоохранение, включая реформу больниц, зачастую зависит от международной финансовой помощи, которая обеспечивается или через систему ООН (ВОЗ, ЮНИСЕФ и т.д.), или за счет доноров.

- 18. Греция:** Программа реформ, которую осуществляет греческое правительство, в значительной степени повлияла на улучшение условий жизни всех греков. Через взаимодействие и укрепление экономического роста, занятости и социальной сплоченности Греция уже достигла позитивных результатов. Рост безработицы неуклонно падает (от 10,6% в апреле 2004 г. до 8,4% в апреле 2007 г.), в то время как уровень занятости достиг в 2006 г. 61% активного населения. Расходы на социальные нужды в процентах от ВВП высоки (22,64% в 2007 г.), хотя их эффективное использование все еще представляет собой проблему. Более того, модернизация государственной службы занятости, главным образом, через создание сети центров, где можно решить все вопросы, и осуществление индивидуального подхода к людям, ищущим работу, уже привело к улучшению уровня услуг и более эффективному соответствию спроса и предложения на рынке труда. Греция провела реформы в соответствии с директивами Европейского Союза в контексте улучшения качества жизни. Законодательные меры в борьбе с любым видом дискриминации на рынке труда, а также урегулирование вопросов, касающихся здравоохранения и



безопасности на рабочем месте, организация рабочего времени оставались главными приоритетами греческого правительства в течение последних трех лет.

19. Тем не менее, сильная внутренняя экономическая деятельность все еще не привела к ожидаемым результатам в сфере занятости. Общий уровень занятости продемонстрировал постепенное повышение за последние несколько лет, однако в 2005 г. он продолжал отставать от уровня в ЕС в среднем на 3.7 процента (60.1% против 63.8%). Этот разрыв еще более велик для уровня занятости среди молодежи и женщин (25% в 2006 г. против 36.8% и 46.1% против 56.3% соответственно), в то время как уровень занятости более пожилых рабочих приближается к среднему уровню ЕС. После достижения пиковой 12% отметки в 1999 г., уровень безработицы упал до 9.8% в 2006 г., но остается выше среднего уровня в ЕС. Более того, безработица продолжает распространяться среди, главным образом, молодежи и женщин, чей уровень безработицы остается существенно выше, чем средние показатели ЕС. Общие расходы на социальное обеспечение в процентах к ВВП достигли средних показателей ЕС в 2001 г. и, хотя немного упали с тех пор, остаются близкими к средним показателям ЕС на уровне 26% против 27.3% в 2003 г.. Тем не менее, в 2004 г. Греция опубликовала данные в процентном отношении для тех слоев населения, которые находятся под угрозой бедности после социальных выплат в размере 20% против 16% в ЕС, в то время как неравенство для возрастной группы 65+ было еще более явно выраженным (28% против 18%). Расходы на пенсии были немного выше средних показателей ЕС на уровне 12.9% от ВВП в 2004 г. Тем не менее, опубликованные в 2004 г. в Греции данные о количестве людей, приближающихся к черте бедности после социальных выплат, составил 20% против 16% в среднем в ЕС, а неравенство для групп людей в возрасте 65+ было еще более явно выраженным (28% против 18%). Расходы на пенсии были слегка выше, чем в среднем в ЕС. на уровне 12% ВВП в 2004 г. Зависимость Греции от населения пожилого возраста возрастет от среднего уровня 26.8% в 2005 г. до 58.8% в 2050 г., и станет самой высокой в ЕС.
20. В последнее десятилетие усилия, направленные на улучшение и расширение системы социального обеспечения и защиты как количественно, так и качественно, стали более очевидными и были частично отражены в повышении расходов на социальные нужды в процентном отношении к ВВП, которые достигли средних показателей ЕС в 2001 г.. Стратегия социальной интеграции определяет четыре стратегических приоритета, а именно а) повышение уровня занятости, особенно для женщин, молодежи, безработных в течение длительного периода и уязвимых групп; б) оказание помощи группами и лицам из беднейших слоев населения в отношении образования и профессиональной подготовки; в) укрепление семьи и оказание помощи пожилым; г) развитие социальной интеграции инвалидов, иммигрантов, а также лиц и групп с культурными и религиозными особенностями. Несмотря на то, что выбранные приоритеты указывают на правильное направление, необходимы дальнейшие усилия для принятия интегрированного и модернизированного стратегического подхода. Связь между стратегическими приоритетами и предлагаемыми усилиями не всегда достаточна, в то время как задача социальной интеграции, стоящая перед управлением, решается частично. Кроме заметного отсутствия трех конкретных целей, которые должны быть достигнуты до 2010 г. (уровень занятости 64.1%, уровень разрыва бедности 20% и уровень незакончивших

школу ниже 10%), плану не хватает дальнейших конкретных целей. Наблюдается увеличение количества структур, оказывающих социальную поддержку и заботу по всей стране. Более того, был достигнут определенный прогресс в отношении интеграции иммигрантов и развития культурного многообразия в результате принятия нового закона. Тем не менее, своевременное и эффективное осуществление имеет ключевое значение, если эта задача должна быть достигнута. Повышение качества и расширение оказания услуг уязвимым группам является преобладающей проблемой. В этом отношении, повышение эффективности расходов, направленных на социальную защиту имеет ключевое значение. И, наконец, связь с деятельностью структурных фондов в будущем может внести больше ясности, учитывая то, что многие из предусмотренных мероприятий в сфере социальной интеграции привлечет совместное с Европейским Социальным Фондом финансирование.

21. Греческая система здравоохранения основана на сосуществовании национальной системы здравоохранения (НСЗ), обязательного социального медицинского страхования и добровольных частных схем медицинского страхования. Всеобщий охват населения обеспечивается через НСЗ и разнообразные фонды социального страхования (35). 8% населения имеет дополнительное частное добровольное медицинское страхование. Медицинские услуги осуществляются через структуры НСЗ, структуры фондов страхования и частные структуры, имеющие контракты в фондах страхования. Правовая реформа, приведшая к децентрализации НСЗ вдоль региональных линий, была изменена. Оригинальные административные регионы, охватываемые медицинскими услугами, которые не обеспечивались индивидуальными бюджетами, были заменены управленческими региональными структурами здравоохранения. Первичная медицинская помощь (ПМП) осуществлялась через центры ПМП, больничные амбулаторные услуги, находящиеся в ведении НСЗ и структуры ПМП, принадлежащие самому крупному фонду социального страхования (ИКА). Вторичное и третичное медицинское обслуживание осуществлялось в больницах общего профиля и специализированных клиниках. Высокие и все увеличивающиеся расходы на частное медицинское обслуживание – почти половина от общего числа – говорит о неравенстве в вопросе доступа для уязвимых групп. Продолжается законодательная реформа с упором на ПМП, структурное включение семейных докторов и компаний социального медицинского страхования в систему ПМП. Власти осознают необходимость подвести организационно-правовую основу под всеобъемлющие и единые рамки для осуществления контроля за качеством. Проблемы низкой эффективности касаются, главным образом, сектора больниц. Необходимо внести законодательное предложение, направленное на создание механизмов системы контроля, аккредитации, инспектирования предприятий, защиты прав пациентов и распространение мер профилактики.
22. **Молдова:** Соглашение о совместном плане действий ЕС-Молдова, заключенное в контексте европейской политики добрососедства, создало для Молдовы возможность трансформироваться в демократическую страну и развиваться в ходе экономической реформы. План действий стал конкретным инструментом для осуществления европейских устремлений Молдовы. Как только Молдова достигнет настоящего прогресса в проведении внутренних реформ и принятии европейских стандартов, взаимоотношения между ЕС и Молдовой станут более глубокими и устойчивыми.

Правительство проводит последовательную политику в этой области таким образом, вся деятельность в этом направлении сосредоточена на осуществлении европейских норм и стандартов в национальном масштабе.

23. В декабре 2004 г. Парламент Республики Молдова одобрил Документ об экономическом росте и снижении уровня бедности на 2004 г.- 2006 г. В период подготовки документа стратегия развития была обсуждена рамках открытого процесса, в котором могли участвовать все. Таким образом, расширилось постоянное партнерство с общественными институтами, гражданским обществом и партнерами по развитию.
24. В 2005 г. правительство существенно увеличило ассигнования на социальные расходы и приняло решения, направленные на рационализацию распределения социальных льгот. Введение стратегий отраслевой политики в сфере образования, здравоохранения и социальной защиты вкупе с рамками среднесрочных расходов позволяет более эффективно направлять общественные ресурсы через бюджет на мероприятия по сокращению уровня бедности. Правительство Молдовы также предприняло шаги по увеличению помощи в связи с рождением и уходом за ребенком, улучшением ухода за детьми в государственных учреждениях и реформированию этих институтов. Молдова продолжает проведение реформ в государственном секторе здравоохранения на основе национальной политики в области здравоохранения и экономического роста. Ключевыми областями для дальнейшей деятельности являются улучшение первичных медицинских услуг, доступа (особенно для бедных), качества, профилактика и эффективность, включая использование имеющихся финансовых средств. Шестилетняя деятельность Национальной компании медицинского страхования по введению практики обязательного страхования показала что реформа привела к улучшению качества предоставляемых медицинских услуг.
25. Молдова начала осуществление программы по модернизации своей системы образования. Страна присоединилась к Болонскому процессу в 2005 г. и использует европейские принципы в процессе реформирования этого сектора. В целях проведения этих реформ Молдова эффективно использует программу «Темпус», а также участвует в сотрудничестве в рамках Пакта о стабильности в этой сфере. С начала учебного года 2005/2006 молдавские студенты пользовались преимуществами программ «Эразмус» и «Мундус». Кроме того, молдавская молодежь и молодежные организации принимают участие в мероприятиях в рамках программы «Юность».
26. С целью решения проблем и стабилизации социально-экономической ситуации, правительство начало осуществлять ряд национальных программ, обеспечивая последовательное и повсеместное проведение государственной политики. Экономическое оздоровление и реальный рост доходов населения оказали значительное позитивное воздействие.
27. **Румыния:** реструктуризация системы социального обеспечения Румынии повлекла за собой введение новых, добровольных и обязательных элементов в пенсионную систему, управляемых частным образом, с целью обеспечения дополнительных доходов в пенсионный период. Закон, предусматривающий введение добровольных пенсионных планов (3-я основа), управляемых частным образом, вступил в силу 31

мая 2006 г., а к концу года была завершена подготовка и утверждение исходящего из этого вторичного законодательства. Следует отметить, что контролирующие и регулирующие рамки для частных пенсионных планов были созданы и интегрированы в организационно-правовую систему с помощью создания Комитета за контролем частным пенсионных схем, находящегося под контролем румынского парламента. Что касается вступления в силу пенсионных фондов, управляемых частным образом, то задача заключается в увеличении количества обязательных участников и распространении соответствующих положений на всех работающих и застрахованных лиц в возрасте до 35 лет, а также в создании новой структуры по расходам за счет пенсионного фонда. Исследования, проведенные с этой целью, показывают, что в 2008 г. (первый год, когда этот закон будет полностью осуществлен) около 2.68 миллионов людей примут участие в обязательных пенсионных фондах, в то время, как в 2012 г. количество вкладчиков возрастет до почти 3.55 миллионов человек.

28. Реструктуризация системы здравоохранения является кратко- и среднесрочным приоритетом Румынии, направленным, с одной стороны, на повышение качества и диверсификацию, услуг, оказываемых населению и переживающих реорганизацию национальной программы здравоохранения, а, с другой стороны, на восстановление инфраструктуры системы здравоохранения. Три части законодательного пакета, принятого в первые месяцы 2006 г., предусматривают значительные изменения в системе здравоохранения: эффективное управление общественными фондами, начало осуществления проектов в сфере инфраструктуры с целью реабилитации системы медицинских услуг, повышения зарплаты медицинских работников и повышения их чувства ответственности. Основные инвестиционные усилия должны быть направлены на восстановление или строительство 15 окружных больниц с помощью программы «Окружные больницы» (дата завершения – 2008 г.) и повышения качества медицинского оборудования. В то же время, определенные медицинские организации и учреждения должны быть закрыты, поскольку они больше не соответствуют предъявляемым требованиям. Имеются также планы передать на сторону предоставление определенных услуг и перенаправить конкретные фонды на финансирование медицинских услуг и поставку возмещаемых медицинских продуктов, используя определенные фонды, предоставленные министерством общественного здоровья за счет вкладов производителей/импортеров табачных изделий и алкогольных напитков. Что касается структуры системы и её функциональности, то новый пакет правил закрепил автономию Национального Комитета по Медицинскому Страхованию и добавил завершающие штрихи регулирующей системе, выделяя роль семейного доктора, включая введение минимального пакета услуг с целью сокращения стоимости в системе здравоохранения. В результате, акцент переместится с дорогостоящего лежачего больного на профилактику, что также повлечет за собой изменения в статусе семейного доктора.
29. **Россия:** Повышение качества жизни граждан объявлено ключевым вопросом государственной политики России. Российская Федерация продолжает пользоваться преимуществами повышающейся экономической стабильности. Набирают обороты реформы, подкрепляемые планом правительства об устранении структурных помех в

системе налогообложения, банковском секторе, общественных службах и землепользовании.

30. Добившись концентрации бюджетных и административных ресурсов, к 2005 году руководство страны определило в качестве первоочередной задачу улучшения повседневной жизни жителей посредством реализации основных четырех приоритетных национальных проектов: *«Здоровье»*, *«Образование»*, *«Доступное и комфортное жилье – гражданам России»* и *«Развитие агропромышленного комплекса»* - сферы затрагивающие каждого человека, определяющие качество жизни и формирующие «человеческий капитал» - образованную и здоровую нацию. Был создан Совет при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике.
31. *«Здоровье»*. В соответствии с приоритетами проекта российское правительство выделило на 2006 и 2007 годы системе здравоохранения средства направленные в трех направлениях: создание новых высоко-технологических медицинских центров, повышение заработной платы основного медицинского персонала, обеспечение современным медицинским оборудованием и увеличение количества предоставляемых услуг. Также предусмотрены существенное обеспечение программам иммунизации и по борьбе со СПИД-ом и туберкулезом. Являясь одной из самых острых социально-экономических проблем в России, демографическая ситуация обусловила введение в 2007 г. *«Материнского (семейного) капитала»* направленного на материальное стимулирование дополнительной рождаемости и укрепление престижа института семьи. 2008г. объявлен в России Годом семьи.
32. *«Образование»*. Проект ставит целью дать системе образования стимул к движению вперед и не утрачивая преимуществ российского образования и одновременно усиливая его инновационность, повышать и модернизировать требования к образованию в соответствии с запросами рынка труда. Проект предполагает изменение механизмов финансирования образовательных учреждений, направляя бюджетные средства на реализацию программ развития непосредственно в школы, внедрение новых управленческих механизмов в образовании с тем чтобы сделать систему образования прозрачной и восприимчивой к запросам общества. Новая системы оплаты труда преподавателей ориентирована на стимулирование качества и результативности педагогической работы.
33. *«Доступное и комфортное жилье – гражданам России»*. Проект ставит задачу создания таких условий, чтобы к 2010 г. минимум трети российских граждан могли бы приобрести квартиру, отвечающую современным требованиям, за счет собственных накоплений и с помощью жилищных кредитов. Разработанная в России в предыдущие годы правовая база позволила сформировать в стране жилищный рынок: доля помещений находящихся в частной собственности в России к 2004 г. составляла 73,5%; на сегодняшний день 90% строительных организаций являются частными компаниями; развивается ипотечное жилищное кредитование.
34. *«Развитие агропромышленного комплекса»*. Проект включает в себя три направления: ускорение развития животноводства; стимулирование развития малых форм хозяйствования и обеспечение доступным жильем молодых специалистов. В первые два года планируется направить значительные средства на поддержку

предоставления дешевых долгосрочных кредитов на строительство и перевооружение животноводческих комплексов а также на развитие производства в личных подсобных и крестьянских (фермерских) хозяйствах.

**35. Сербия:** В настоящее время безработица является одной из важных проблем в Сербии. Уровень безработицы является прямым последствием падения уровня производства в девяностые годы, а также использования рынка труда в целях решения социальных проблем путем найма гораздо большего количества рабочих. Однако, проведенные за короткое время реформы и приватизация привели к новому росту безработицы, в связи с решением поставленной задачи превращения экономики Сербии в конкурентоспособный, ориентированный на рынок и основанный на знаниях комплекс. В процессе экономических преобразований «скрытая безработица» достигла значительного уровня, из-за реформ в сфере собственности стремительными темпами началось сокращение числа рабочих мест. Это означает, что в будущем уменьшение безработицы в целом будет значительно зависеть от увеличения инвестиций в частный сектор, направленных на расширение возможностей для трудоустройства.

**36.** В феврале 2002 г. правительство приняло «Политику Системы Здравоохранения Сербии», целью которой является обеспечение и усовершенствование системы здравоохранения для всего населения Сербии и повышение ее потенциала для улучшения состояния здоровья, обеспечения равного доступа всех граждан к медицинскому обслуживанию и улучшения медицинского обслуживания для наиболее уязвимых групп населения через разработку специализированных национальных программ подготовки кадров, создания общей сети медицинских учреждений, обеспечения техники и материалов медицинского назначения, а также программ переподготовки кадров в сфере здравоохранения. В ходе осуществления данной политики правительство определило ряд неотложных мер включая увеличение запасов дефицитных частей медицинского оборудования, которых часто покупают сами же пациенты, восстановление отдельных медицинских учреждений, а также реформа систем финансирования здравоохранения, внедрения процедур для повышения эффективности и качества оформления контрактов, включая также частный сектор. В феврале 2003 г. Министерство здравоохранения подготовило проект Стратегии системы здравоохранения на период 2003-2015. Проект предусматривает ряд кратко- средне- и долгосрочных целей для осуществления реформы в секторе здравоохранения и предлагает ряд изменений в систему финансирования здравоохранения.

**37. Турция:** Поддержание хорошего здоровья и обеспечение дохода на пенсии являются важными элементами качества жизни. Государства-члены ЕС обеспечивают своих граждан подобными услугами в рамках политики социального обеспечения и оказания медицинских услуг. В турецкой системе социального обеспечения имеется три основных фонда поддержки, каждый из которых обеспечивает как медицинские услуги, так и пенсию в рамках социальной защиты для тех, кто является членом соответствующих схем. «Белые воротнички» являются членами фонда «Эмекли Сандыгы» (ЭС); рабочие, занимающиеся физическим трудом в государственном и частном секторе, являются членами ССК; частные предприниматели являются членами системы БАГ-КУР. Различаются льготы, обеспечиваемые через эти фонды: фонд ЭС для

«белых воротничков» предлагает наибольшие льготы. Льготы, предоставляемые частным предпринимателям и рабочим, ограничивают медицинские учреждения, доступные для членов этого фонда, и предусматривают более низкие пенсионные выплаты. Неработающие супруги работающих и вдовы также имеют право на льготы системы социального обеспечения.

38. Фонды социальной защиты в Турции не гарантируют охват всего населения: например, 35% турецкого взрослого населения не являются членами фонда, обеспечивающего социальное обеспечение и медицинское обслуживание. Небольшая группа выпускников вузов на рынке труда является той частью населения, которая вероятнее всего будет охвачена системой социального обеспечения. Пожилые люди, вероятнее всего, будут пользоваться какой-либо формой социального обеспечения как сельские жители. Два фонда социального обеспечения, вместе охватывающие наибольшую часть населения Турции – ССК и БАГ-КУР, предусматривают более низкий уровень льгот, чем фонд ЭС, который ограничивается только государственными служащими. Более того, несмотря на то, что процент пенсионеров в Турции относительно низок по сравнению со странами ЕС, эта пропорция возрастает в абсолютной величине. Поскольку стоимость взносов в фонд социального страхования покрывается работодателями, это ведет к нелегальному использованию рабочих с низкой квалификацией в неформальной экономике. Тем не менее, в соответствии с новым законодательством о социальном обеспечении началось реформирование системы, предусматривающее слияние отдельных пенсионных схем в 2007 г.. Тем не менее, все еще имеется материальное стимулирование для работников среднего возраста, охваченных законом о социальном обеспечении, получить небольшую пенсию и компенсацию при увольнении и продолжать работать в неформальном секторе.

39. Уровень образования в Турции постоянно повышается по сравнению с низкими стандартами, нашедших свое отражение в широко распространенной в стране неграмотности полвека назад. Более того, стандарты повышаются на всех уровнях образования. Различия в доступе к образованию остаются существенными, например, между большинством молодых людей и теми, чьи родители не могут оплачивать частное образование, которое ведет к большей вероятности успеха на вступительных экзаменах в университет или к образованию в частном университете. Тем не менее, учитывая возрастающий уровень молодежи, получающей образование, уровень образованности среди взрослого населения будет продолжать расти при условии, что государство продолжит нести расходы, связанные с потребностью в образовании.

40. **Украина:** В течение 1990-х годов спад, сокращение реальных зарплат, увеличение различий в зарплате и разрушение части системы социального обеспечения привела к росту безработицы, бедности и социальному неравенству. Официальная занятость снизилась почти на одну треть в период между 1990 г. и 1999 г. с сокращением более 40% в сельском хозяйстве и промышленности. Общий уровень безработицы возрос до 12% всего трудового населения в 1999 г. (снизившись до 9% в январе-сентябре 2003 г.). Тем не менее, количество безработных в течении долгого времени выросло почти в десять раз. Используя местное определение бедности, следует отметить, что около четверти населения оказалось ниже черты бедности в середине 2002 г.. Имеется также свидетельство того, что неравенство личных доходов увеличилось с момента получения независимости, хотя и остается низким по международным стандартам. Появление

большого количества предприятий подпольной экономики выступило в качестве социального буфера. Поскольку рост возобновился в 2000 г., снижение уровня безработицы и повышение реальной зарплаты и пенсий (включая также повышение, связанное с решением правительства погасить задолженности по зарплатам и пенсиям) повлекло за собой повышение уровня жизни в больших городских районах.

41. Украина также добилась прогресса с помощью реформ, в частности, в высшем образовании, начиная с 2005 г., осознав, что реформы необходимы для обеспечения качества и соответствия и поддержания высокого уровня развития трудовых ресурсов. Страна присоединилась к Болонскому процессу в 2005 г. и создала межведомственную группу по осуществлению его требований. Президентским указом были определены рамки социального диалога, направленного, в частности на образование и профессиональную подготовку. Активизировался политический диалог между Украиной и Европейским Союзом по вопросам образования и профессиональной подготовки. Украина эффективно использует программу Темпус для поддержки реформ в высшем образовании и наращиванию потенциала. Были предприняты шаги по более широкому участию в программе Темпус, а количество украинцев, участвующих в программе «Эразмус Мундус» постоянно растет. Украина активно участвует в программе «Юность», объединяющей 74 многосторонних молодежных проектов в 2006 г..

42. Продолжаются реформы в системе государственного здравоохранения, которым и дальше необходимо следовать для обеспечения, в частности, более высокого качества и эффективного функционирования этого сектора, включая использование имеющихся в распоряжении финансовых средств. Для борьбы со стремительным распространением ВИЧ/СПИДа осуществляется национальная программа, рассчитанная на период с 2004 г. по 2008 г., в соответствии с которой были созданы различные институты по всей стране. Украина начала участвовать в научно-исследовательском центре Комиссии по ВИЧ/СПИДу.

### **III. МЕЖДУНАРОДНОЕ И РЕГИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**

43. *Европейский Союз* уже приложил огромные усилия по стимулированию демократических и экономических реформ, содействию установлению стабильности и поддержке развития в Черноморском регионе с помощью широкомасштабных программ сотрудничества. Поэтому настало время для более активного участия ЕС в дальнейшем определении приоритетов и механизмов сотрудничества на региональном уровне. Черноморская синергия является новой региональной инициативой сотрудничества ЕС, задуманной в качестве гибких рамок для обеспечения большей последовательности и направления политики.

44. Важным фактором превентивной дипломатии, предупреждения конфликтов выступает *Организация Безопасности и Сотрудничества в Европе* (ОБСЕ). Миссии и другие местные структуры ОБСЕ прилагают усилия для содействия безопасности и сотрудничества, уважения прав человека также непосредственно и в зонах конфликтов.

45. Являясь альянсом коллективного гарантирования уважения прав человека, общих принципов демократии и верховенства закона, *Совет Европы* (СЕ) в соответствии со



своим мандатом и полномочиями предпринимает меры по укреплению стабильности и безопасности в Европе.

46. СЕ и ОБСЕ установили стандарты в сфере прав человека и демократии, которые распространяются и на все черноморские государства. Усилия ЕС в этом отношении носят принципиально двусторонний характер. Тем не менее, мероприятия, предпринятые на региональном уровне, могут сыграть важную роль в оказании поддержки и оживлении национальных мер. Черноморские региональные организации взяли на себя обязательства в последние годы по развитию эффективных демократических институтов, способствующих развитию надлежащего управления и верховенства закона.

47. Инструмент добрососедства и партнерства является «морской программой», сосредоточенной на поддержке гражданского общества и сотрудничества на местном уровне вдоль черноморского побережья. Эта программа способствует дальнейшему развитию контактов между черноморскими городами и общинами, университетами, организациями, занимающимися вопросами культуры и организациями гражданского общества, включая потребительские организации. Это может сыграть особенно важную роль в зонах конфликтов, где игроки гражданского общества могут оказаться особенно полезными для развития сотрудничества между населением.

48. Пять стран Черноморского региона являются партнерами по европейской программе добрососедства (ЕПД). Укрепление европейской политики добрососедства, включая создание тематического измерения ЕПД и постепенное заключение глубоких и всеобъемлющих соглашений о свободной торговле обогатит черноморское сотрудничество. Устранение препятствий законному передвижению, новые программы стипендий в рамках окна внешнего сотрудничества программы «Эразмус Мундус», а также более широкое сотрудничество между университетами поможет усилению региональных контактов. Предложенный факультет инвестиций добрососедства для стран, имеющих план действий ЕПД, может внести вклад в подготовку и совместное финансирование инфраструктурных инвестиций, в частности, в сфере энергетики, транспорта и окружающей среды и в тесном сотрудничестве с международными финансовыми институтами, главным образом, с Европейским Инвестиционным Банком и Европейским Банком Реконструкции и Развития.

49. Усилия по укреплению потенциала черноморских стран и установлению более тесных контактов с научным сообществом ЕС осуществлялись в рамках программы международного сотрудничества 6-й рамочной программы в области науки, технологии и развития (2002-2006). Эта программа была предназначена для Болгарии, Румынии и Турции, а также восточных партнеров по ЕПД. Рамочная программа включает дополнительное и существенное сотрудничество с последними, в частности, через Программу международной ассоциации, которая направлена на сотрудничество между ЕС, Восточной Европой и Средней Азией.

50. *Программа развития ООН* (ПРООН) способствует дальнейшему экономическому развитию в Черноморском регионе через новое соглашение о сотрудничестве с Организацией Черноморского Экономического Сотрудничества. Это соглашение основывается на существующем сотрудничестве между ПРООН и ЧЭС в рамках Программы развития черноморской торговли и инвестиций (ПРЧТИ). Ожидается, что

ПРЧТИ будет способствовать пропаганде регионального экономического развития, а также установлению торговых и инвестиционных связей между двенадцатью государствами-членами ЧЭС для оказания помощи по снижению уровня бедности и улучшению политического диалога. Новое соглашение активизирует сотрудничество в сферах, представляющих общий интерес, включая снижение уровня бедности, региональная интеграция, наращивание потенциала, надлежащее управление, гендерное равенство, предупреждение кризисов и восстановление, информационные и коммуникационные технологии во имя развития, а также энергетика и окружающая среда. Контактный Центр ПРООН, базирующийся в Секретариате ЧЭС и созданный в рамках ПРЧТИ будет играть ключевую роль в содействии этому процессу.

51. Все государства-члены ЧЭС участвуют во *Всемирной Организации Здравоохранения*, которая является направляющим и координирующим органом по вопросам здравоохранения в системе ООН. Она отвечает за обеспечение руководства по глобальным вопросам здравоохранения, определяя исследовательскую повестку в области здравоохранения, устанавливая нормы и стандарты, предлагая выбор политики на основе фактов, оказывая техническое содействие странам, а также контролируя и оценивая тенденции в области здравоохранения.

52. Согласно *Европейскому Фонду по улучшению условий жизни и труда*, проблемы, связанные с уровнем занятости, стареющим населением, изменяющейся структурой семьи и социальным отчуждением, вынесли вопрос о качестве жизни во главу повестки социальной политики ЕС. Отсутствие сравнимых данных по этому вопросу подтолкнуло Европейский Фонд начать в 2003 г. первое исследование в области качества жизни в 28 европейских странах. Общеввропейское исследование качества жизни выбрало 8 ключевых областей для исследования, первые шесть из которых изучают объективные условия, а последние две – субъективное восприятие: экономическая ситуация, жилье и окружающая среда, занятость, образование и профессиональная подготовка; бытовая структура и отношения в семье; баланс «жизнь-работа»; здоровье и здравоохранение; субъективное благосостояние и воспринимаемое качество общества.

53. Таким образом, в докладе констатировалось, что общее удовлетворение жизнью в Европе тесным образом связано с уровнем доходов, а низкий уровень традиционных экономических показателей в 12 новых государствах-членах и Турции совпадает с более низкими показателями, отражающими удовлетворение жизнью. Большинство европейцев в ЕС согласны с тем, что наличие работы обеспечивает не только доходом, но и социальными контактами, самоуважением и лучшим качеством жизни. Те, кто оставались без работы в течение, по крайней мере, двух лет за последний пятилетний срок, говорят о низком уровне удовлетворения жизнью в целом, семейной жизнью, общественной жизнью и состоянием здоровья, чем те, у кого постоянно была работа.

54. После проведения исследования об общеввропейском качестве жизни Еврофонд подготовил серию обстоятельных отчетов по некоторым индивидуальным показателям, таким как неравенство доходов, семья, рабочие и социальные контакты, удовлетворение жизнью, чувство приобщенности, социальные измерения жилья, различия между городом и деревней, участие в деятельности гражданского общества или качество работы и качество жизни.

55. Важную роль в борьбе за повышение уровня качества жизни призваны сыграть неправительственные организации стран региона. В результате проведения 1-го регионального форума Черноморских гражданских организаций в Ереване 15-17 января 2004 г была создана Черноморская Сеть НПО (ЧСНПО). ЧСНПО объединяет усилия НПО из 12 стран региона, активно действующих в социальной сфере, и призвана координировать деятельность организаций, занимающихся вопросами экономического и социального развития со специальным акцентом на снижении уровня бедности и устойчивом развитии в регионе.

#### **IV. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕТКИ**

56. Из вышеупомянутых статистических данных ясно, что в последние годы качество жизни в государствах-членах ЧЭС претерпело различные изменения, но, в то же время оно постепенно повышается с точки зрения процветания и благосостояния народов Черноморского региона. Экономический рост, который не ведет к повышению жизненных стандартов всех и каждого, социально и экономически неустойчив. Повышение уровня жизни в результате продолжительных позитивных макроэкономических тенденций, сопровождаемых структурными реформами и программами по снижению уровня бедности, является одним из самых больших вызовов, стоящих перед правительствами государств-членов ЧЭС.

57. Каждое правительство должно рассматривать свою роль в социальных вопросах не только как обязанность, но и как эффективный подход в пользу социально-экономического развития страны. В то же время, оно должно понимать, что социальная политика должна быть скорее активной, чем пассивной, и, что, кроме того, оно должно сосредоточить свои усилия на укреплении социальной политики страны.

58. Основными приоритетами в управлении государствах-членов ЧЭС должно быть повышение уровня занятости, борьба с безработицей и укрепление социальной сплоченности во имя достижения конечной цели улучшения условий жизни в странах Черноморского региона.

59. Борьба с бедностью и социальным отчуждением включена в некоторые планы действий ЕПД. Лучшая интеграция этнических меньшинств и борьба с дискриминацией являются ключевыми вопросами социальной сплоченности во многих государствах-членах ЧЭС. Сотрудничество на региональном уровне по этим вопросам может придать дополнительную ценность, особенно, когда это касается обмена информацией и передовым опытом, а также инициатив по повышению общественного сознания, включая программы профессиональной подготовки для соответствующих официальных лиц, социальных партнеров и гражданских общественных организаций

60. Структура Черноморских региональных инициатив в последние годы существенно изменилась и продолжает развиваться. В этих условиях присутствие ЕС в Черноморском регионе открывает новые перспективы и возможности.