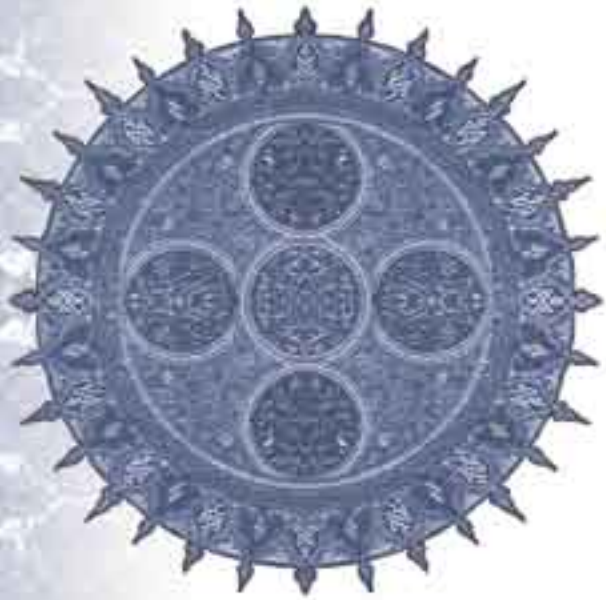
ДОКЛАД ПО ЦЕЛЯМ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

УЗБЕКИСТАН 2006

ДОКЛАД ПО ЦЕЛЯМ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ



2006

Предисловие

Это первый Доклад по Целям Развития Тысячелетия в Узбекистане, подготовленный совместно Правительством Республики Узбекистан и Представительством Организации Объединенных Наций в Узбекистане. Цель доклада – отразить нынешние тенденции и перспективы в развитии страны и способствовать процессу мониторинга достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в Узбекистане.

Доклад исходит из задач, определенных Декларацией Тысячелетия, которая была принята на Саммите Тысячелетия в Нью-Йорке в 2000 г., и одновременно учитывает специфику развития страны в достижении каждой цели. Адаптация глобальных целей к местным условиям и потребностям страны стала важным шагом в определении показателей для измерения достигнутого. И это было осуществлено совместными усилиями Правительства республики и Представительства ООН в Узбекистане.

В отличие от глобальных, для реализации национальных целей были установлены другие отправные сроки, как это сделали многие страны с переходной экономикой. Глобальная отправная точка - 1990 г., определенная для глобальных ЦРТ, не актуальна для Узбекистана, так как именно в это время в стране происходили кардинальные изменения. Имевшие место в тот период неблагоприятные тенденции не могут служить отражением общих усилий страны в целях развития. Узбекистан достиг более ощутимых результатов, чем большинство стран СНГ, по показателям человеческого развития, особенно начиная со второй половины 90-х годов.

Национальные цели и задачи по реализации ЦРТ включены в ряд государственных стратегий и программ и широко используются международным донорским сообществом в поддержке усилий правительства по их осуществлению. Цель нынешнего доклада состоит в том, чтобы повысить информированность всего общества о национальных ЦРТ, включая представителей государственных структур, организаций гражданского общества, научных кругов, молодежи и местных сообществ. Доклад призван помочь им лучше оценить прогресс в выполнении задач ЦРТ на национальном уровне.

В докладе в понятной для широкого читателя форме описаны основные тенденции и базовые индикаторы развития. В дальнейшем мы надеемся опубликовать серию тематических отчетов, которые предоставят более подробную информацию, анализ и рекомендации по некоторым ключевым задачам ЦРТ.

Мы хотели бы выразить искреннюю благодарность своим национальным партнерам в Узбекистане, которые внесли огромный вклад в подготовку данного доклада. Благодоря превосходно организованной координации со стороны Министерства экономики все заинтересованные министерства смогли внести свои ценные замечания при составлении этого документа. Мы надеемся, что такое продуктивное сотрудничество в подготовке докладов по ЦРТ продолжится и в дальнейшем и будет способствовать достижению Целей Развития Тысячелетия в Узбекистане, что сделает страну процветающей, а ее граждан – более здоровыми и образованными.

Агентства системы ООН в Узбекистане:

Фикрет Акчура, ПРООН
Постоянный Координатор ООН

Джеймс Калахан, ЮНОДК

Абдул Карим Гуль, УВКБ

Реза Хоссаини, ЮНИСЕФ

Закир Ходжаев, ВОЗ

Барри Лэйн, ЮНЕСКО

Аркадиуш Майшик, ЮНЭЙДС

Халед Филби, ЮНФПА

Мартин Рейзер, ВБ

СОДЕРЖАНИЕ

Общий обзор 4

Достижение ЦРТ в Узбекистане.....8

Национальные цели и задачи.....13

Сокращение малообеспеченности и неполноценного питания.....14

Повышение качества образования в начальных и средних школах ..20

Поощрение равенства женщин и мужчин
и расширение прав и возможностей женщин.....26

Сокращение детской смертности 32

Улучшение материнского здоровья.....40

Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией.....46

Обеспечение экологической устойчивости 56

Узбекистан и глобальное партнерство в целях развития 66

Реализация Целей Развития Тысячелетия в Узбекистане 70

Мониторинг и отчетность по Целям Развития Тысячелетия.....71

Список нормативных документов 72

Список использованных материалов.....73

Международные конференции и Всемирные Саммиты 74

Глобальные Цели Развития Тысячелетия 76

Список сокращений.....79

Общий обзор

Саммит тысячелетия

2000 год ознаменовался важным событием в мировой истории и в истории Организации Объединённых Наций. Саммит тысячелетия собрал лидеров 189 государств, чтобы привлечь их внимание к самым неотложным глобальным вызовам. И они взяли на себя обязательство сделать этот мир лучше для всего человечества. У государств появилась уникальная возможность объединить усилия в борьбе с нищетой, в улучшении доступа к основным видам услуг, снижении распространения болезней и защите окружающей среды. Декларация Тысячелетия определила глобальную Повестку дня на 21-й век и поставила задачи, ориентированные на достижение восьми конкретных целей, известных как Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ). Таким образом, Декларация Тысячелетия отражает решения мировых лидеров и представляет собой «дорожную карту» развития вплоть до 2015 года.

Что такое Цели Развития Тысячелетия?

Цели Развития Тысячелетия - это контур, в пределах которого мировые лидеры согласовали между собой самые важные действия по снижению уровня нищеты и повышению благосостояния людей. Он очерчивает восемь взаимосвязанных целей развития с конкретными сроками, задачами и показателями, благодаря которым можно определить, насколько достигнуты цели. ЦРТ фокусируют усилия мирового сообщества на достижении существенных и измеримых улучшений в жизни людей и устанавливают критерии оценки достигнутых результатов:

ЦЕЛЬ №1 - Ликвидация крайней нищеты и голода
ЦЕЛЬ №2 - Достижение всеобщего начального образования
ЦЕЛЬ №3 - Поощрение равенства женщин и мужчин и расширение прав и возможностей женщин
ЦЕЛЬ №4 - Сокращение детской смертности
ЦЕЛЬ №5 - Улучшение материнского здоровья
ЦЕЛЬ №6 - Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями
ЦЕЛЬ №7 - Обеспечение экологической устойчивости
ЦЕЛЬ №8 - Формирование глобального партнёрства в целях развития

Первые семь целей направлены на снижение уровня бедности во всех её проявлениях: голод, недостаточный уровень доходов, низкое качество образования и медицинского обслуживания, гендерное неравенство и ухудшение состояния окружающей среды. Совокупное достижение этих целей обеспечивает всеобъемлющий подход к уменьшению бедности.

Восьмая цель предоставляет средства для достижения первых семи целей. В первую очередь, она ставит задачи перед развитыми странами, призывая их принять дополнительные меры по снижению долгов бедных стран и оказанию содействия их развитию.

Сверяя наши успехи с ЦРТ

В качестве страны, подписавшей Декларацию Тысячелетия, Узбекистан выполняет свои обязательства по достижению ЦРТ. Признавая их важность и актуальность в контексте национального развития, Правительство в сотрудничестве с донорскими организациями и гражданским обществом приступило к формулировке своих собственных национальных задач и показателей по ЦРТ. Группа национальных экспертов предприняла важные шаги для анализа направлений развития по каждой цели путём установления соответствующих задач и основных показателей. Национальные ЦРТ представлены в следующем виде:

ЦЕЛЬ 1 - Сокращение малообеспеченности и неполноценного питания
ЦЕЛЬ 2 - Повышение качества образования в начальных и средних школах
ЦЕЛЬ 3 - Поощрение равенства женщин и мужчин и расширение прав и возможностей женщин
ЦЕЛЬ 4 - Сокращение детской смертности
ЦЕЛЬ 5 - Улучшение материнского здоровья
ЦЕЛЬ 6 - Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией
ЦЕЛЬ 7 - Обеспечение экологической устойчивости
ЦЕЛЬ 8 - Узбекистан и глобальное партнёрство в целях развития

Признание Правительством важности ЦРТ подтверждается, в частности, успешной их адаптацией и интеграцией в Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения (П-ДСПБ). Впрочем, необходимы дополнительные меры для создания систем мониторинга и отчётности в проводимой работе. В связи с тем, что и национальные ЦРТ, и П-ДСПБ направлены на повышение жизненного уровня населения, их формулировки взаимно дополняют друг друга.

Первое базовое исследование по ЦРТ в Узбекистане было подготовлено в процессе адаптации ЦРТ к особенностям развития страны. Каждая из семи ЦРТ рассматривается в нем применительно к условиям Узбекистана, определяются возможные проблемы реализации ЦРТ и мониторинга достигнутых результатов.

Проведение кампании по повышению осведомлённости населения о ЦРТ является одной из предпосылок для обеспечения их достижения в Узбекистане. Основное внимание в этом плане уделяется государственным институтам, гражданскому обществу, СМИ и широкой общественности, в равной мере апеллируя как к политикам, так и к рядовым гражданам.

О чём идёт речь в данном докладе?

Подготовка первого национального доклада по ЦРТ для Узбекистана – часть более широких усилий по повышению уровня осведомлённости населения

о ЦРТ, достижения консенсуса в вопросах обеспечения устойчивого социально-экономического развития республики. Одновременно доклад может быть использован и как инструмент для создания эффективных механизмов мониторинга достижения ЦРТ.

Доклад выделяет основные тенденции, вызовы, пути достижения ЦРТ и решения лежащих в их основе задач, в то же время намеренно избегая деталей и подробных рекомендаций.

Доклад нацелен, прежде всего, на информирование широкого круга граждан в Узбекистане, в том числе в центральных и местных органах власти, гражданском обществе, СМИ, частном секторе, научных кругах, а также доноров. Мы ожидаем, что он будет способствовать развитию диалога между правительственными учреждениями, академическими кругами и гражданским обществом по поводу как осуществляемых действий в целом, так и того, что может сделать каждый для обеспечения достижения ЦРТ в Узбекистане.

В главах доклада представлены основные направления каждой из ЦРТ, даны наглядные статистические и социологические данные по Узбекистану, а также по другим странам – для того, чтобы читателю было легче увидеть все аспекты затрагиваемых вопросов.

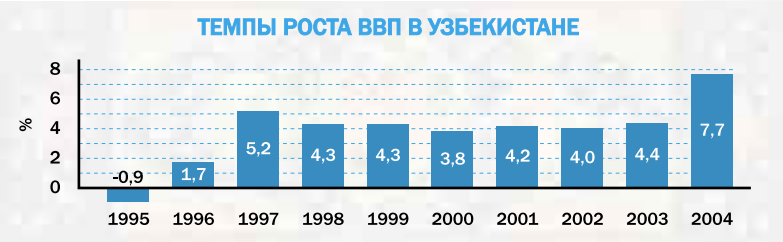
Достижение ЦРТ в Узбекистане

Где мы находимся сейчас?

1. Начиная с 1991 года, в Узбекистане осуществляются реформы, направленные на создание основ рыночной экономики и демократической политической системы. Отказ от структуры общественной жизни, формировавшейся в течение десятилетий, стал огромным вызовом.

На протяжении 14 лет независимости, наряду с созданием новых государственных институтов, Узбекистану пришлось реформировать экономику в условиях разрыва традиционных торговых связей с бывшими советскими республиками и прекращения субсидий из союзного бюджета. В связи с неизбежными издержками переходного периода в первые годы независимости снизились отдельные показатели человеческого развития. Однако основные из них Узбекистану удалось успешно сохранить на приемлемом уровне, по сравнению с большинством стран СНГ.

2. Страна испытывала экономический спад до 1996 года. Затем наметился умеренный, но стабильный экономический рост. Данная тенденция была изменена в 2004 году, когда либерализация валютного рынка и связанное с ней расширение экспорта обеспечили рост ВВП на уровне 7,7%. Очень важно и дальше поддерживать такие темпы развития, так как подсчитано, что для эффективного повышения уровня жизни в будущем необходимо обеспечивать ежегодный экономический рост ВВП в пределах 7-8 % в год.



Источник: Министерство экономики РУз.

3. В первые годы после независимости ряд вызовов переходного периода оказал существенное влияние на уровень жизни населения, особенно в сельской местности. Экономический спад и высокая инфляция первой половины 90-х годов привели к резкому снижению уровня доходов большинства населения. Результаты проведённого в 1994 году обследования 20 000 семей выявили, что 44,5% граждан в среднем имели доход ниже минимальной оплаты труда.

Но даже в первой половине 90-х годов – в период, когда экономика переживала особые трудности – Узбекистан выделял относительно крупные бюджетные средства на реализацию мер по социальной защите населения. Они, главным образом, были направлены на защиту наиболее уязвимых слоёв населения и включали в себя пенсии, пособия по безработице, выплаты по социальной помощи и пособия на детей.

Несмотря на то, что существующая система социальной защиты не обеспечивает полного решения проблемы бедности, тем не менее, она способствовала поддержанию показателей ЦРТ на приемлемом уровне.

4. В экономике Узбекистана аграрный сектор играет очень важную роль: около 64% населения проживает в сельской местности и свыше 30% всех занятых трудятся в сельском хозяйстве. Страна является одним из крупнейших в мире производителей хлопка, а хлопок – одним из главных ее экспортных товаров.

Хотя уровень открытой безработицы не высок, неполная занятость и низкий уровень оплаты труда, особенно в сельском хозяйстве и государственном секторе, не позволяют увеличить доходы населения.

5. Одним из самых главных показателей человеческого развития является состояние здоровья, измеряемое ожидаемой продолжительностью жизни

(ОПЖ) и уровнем смертности среди отдельных групп населения. Финансовые трудности, вызванные переходным периодом, привели к снижению уровня расходов на здравоохранение, что, в свою очередь, привело к снижению эффективности профилактики, ранней диагностики и лечения целого ряда заболеваний.

Комбинированный показатель «индекс человеческого развития», разработанный ПРООН в 1990 году, определяет позицию, которую в соответствии со своим социально-экономическим положением страна занимает в мире. Он охватывает три сферы: здравоохранение, образование и экономику. В частности, экономические трудности переходного периода послужили причиной для ухудшения индекса человеческого развития Узбекистана, из-за чего страна с 80 места среди 173 государств в 1990 году переместилась на 111 место из 177 в 2005 году.

Сокращение бюджетного финансирования здравоохранения особенно негативно могло повлиять на семьи с низким уровнем доходов. Поэтому Правительство Узбекистана определило приоритеты, чтобы сосредоточить ограниченные бюджетные средства на решении наиболее актуальных вопросов, в том числе касающихся таких уязвимых групп населения, как матери и дети.

Своевременное привлечение внимания к важности реформы здравоохранения как со стороны Правительства, так и международных донорских организаций, позволило Узбекистану сохранить достаточно высокий уровень состояния здоровья населения. Наблюдается значительное снижение уровня младенческой смертности с 25,6 в 1995 году до 15,2 в 2004 году, хотя показатель всё ещё остается высоким по сравнению с развитыми странами. Снижение материнской смертности обусловлено, в первую очередь, развитием сети услуг родовспоможения и их приближением непосредственно к месту жительства матерей.

Напряженная обстановка сохраняется по ряду социально значимых заболеваний. Возрастает заболеваемость туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями. Значительно увеличивается количество ВИЧ-инфицированных, темпы роста которого уже приобретают угрожающий характер. К этим заболеваниям наиболее уязвимы малообеспеченные семьи вследствие высоких расходов на их лечение.

Основные показатели в сфере здравоохранения

	1995	2002	2003	2004
Гос. расходы на здравоохранение, доля в ВВП	3,4	2,4	2,4	2,3
ОПЖ (женщины)	71,7	73,5	73,8	74,7
ОПЖ (мужчины)	66,4	68,9	69,4	70,0
Общий уровень смертности	6,4	5,4	5,3	5,0
Уровень младенческой смертности	25,6	16,7	16,4	15,2
Уровень материнской смертности	37,2	32,0	32,2	30,2

Источник: Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения (2005-2010 гг.)

В течение последнего десятилетия было осуществлено несколько государственных программ в области здравоохранения, таких, как «Год матери и ребёнка», «Год здорового поколения» и «Год здоровья».

Достижения Узбекистана в области здравоохранения достойны уважения, особенно в сравнении с другими странами СНГ. Реформы в этой сфере позволили предотвратить снижение основных показателей охраны здоровья, тогда как после развала Советского Союза в других странах СНГ было отмечено их серьезное ухудшение.

6. Уровень образования является не менее важным показателем человеческого развития. Узбекистан достиг впечатляющих успехов: официальные данные свидетельствуют о достижении почти стопроцентной грамотности

населения. Нужно заметить, что Узбекистан успешно реализовал одну из глобальных Целей Развития Тысячелетия, обеспечив всеобщее начальное образование. Однако, как и во многих странах с переходной экономикой, система образования в Узбекистане нуждается в повышении качества обучения. В связи с этим, национальной целью является повышение качества начального и среднего образования.

Согласно официальным данным, показатель охвата начальным и средним образованием в первой половине 90-х годов был относительно неизменным. Его рост наблюдался с 1995/1996 учебного года и достиг 95% в 2000/2001 учебном году. Однако необходимо отметить, что наблюдается снижение показателей охвата в высшем образовании. В связи с сокращением бесплатного приема в ВУЗы на грантовой основе и внедрением платных форм получения высшего образования доля лиц, поступающих в ВУЗы, за последние годы снизилась.[1] К тому же, проблемой школьного образования остаются слабая материальная база школ и сложившаяся система стимулирования труда учителей.

Ряд национальных программ по реформированию сектора образования свидетельствует о стремлении Правительства к совершенствованию системы. В соответствии с принятой Национальной программой по подготовке кадров за сравнительно короткий период создана сеть новых типов профессиональных средних учебных заведений, удалось обеспечить многообразие образовательных программ, добиться многоканальности финансирования системы образования. В мае 2004 года Указом Президента была принята Государственная общенациональная программа развития школьного образования, нацеленная на устранение имеющихся проблем, связанных с развитием материально-технической базы школ и формированием целостной единой системы непрерывного образования.

7. Узбекистан унаследовал от Советского Союза серьезные экологические проблемы. Десятилетия разрушительной для природной среды политики, безоглядное применение химикатов в сельском хозяйстве и промышленности, бесхозяйственное отношение к побочным продуктам и отходам производства – все это в совокупности негативно сказалось на окружающей среде.

Высыхание Аральского моря продолжает оставаться одним из крупнейших вызовов развитию страны. В своем выступлении на 48-й Сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 1993 году Президент Ислам Каримов выразил озабоченность по поводу этой проблемы и привлёк к ней внимание международной общественности.

К другим вызовам в сфере окружающей среды относятся деградация водных ресурсов и связанное с этим засоление воды и обрабатываемых земель; опустынивание и потеря баланса экосистемы, а также повышение уязвимости перед лицом природных и техногенных бедствий.

8. Правительство Узбекистана в сотрудничестве с ООН, Всемирным Банком и Азиатским Банком Развития в 2003 сформулировало Стратегию по повышению уровня жизни, и в 2004 году был подготовлен Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг. В нем определены следующие национальные приоритеты, которые тесно связаны с национальными ЦРТ:

- повышение уровня жизни и сокращение малообеспеченности через устойчиво высокий экономический рост;
- обеспечение равного распределения среди населения плодов экономического роста;
- сосредоточение внимания на устойчивом человеческом развитии;
- расширение участия гражданского общества в процессе принятия решений.

Данная стратегия представляет собой очередную инициативу Правительства в решении проблем человеческого развития в стране, а также показывает его приверженность реализации Целей Развития Тысячелетия в Узбекистане.

[1] Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг.

Чего мы хотим достичь к 2015 году?

Со второй половины 2003 года при участии Правительства, институтов гражданского общества и международного сообщества начался процесс формулирования Целей развития с учётом особенностей страны. На этой начальной стадии система агентств ООН действовала в качестве главного организатора обсуждения ЦРТ в Узбекистане. По каждой ЦРТ были определены национальные эксперты, перед которыми стояла задача разработать соответствующий документ и предложения с учетом особенностей развития страны.

Эти предложения были обсуждены в ходе серии встреч «за круглым столом» и консультаций с представителями заинтересованных сторон и гражданского общества по вопросу того, каким образом глобальные ЦРТ могли бы быть адаптированы к национальным условиям, а затем они были включены в Базовое исследование по Узбекистану. Его подготовка была рассчитана на получение необходимых данных по каждой из ЦРТ и позволила внести несколько пробных предложений по национальным целям.

В данном национальном докладе по ЦРТ определены цели, разработанные с участием национальных экспертов и согласованные с правительственными структурами. В то же время, достижение некоторых из них видится достаточно сложным в связи с комплексным воздействием внутренних и внешних факторов – например, остановить распространение ВИЧ/СПИДа. В свою очередь, цель всеобщего доступа к образованию уже достигнута, однако в докладе ставится новая задача: повышение качества образования. На начальном и среднем уровнях образования гендерные диспропорции отсутствуют, поэтому упор делается на устранении подобных диспропорций в высшем образовании и на более активном участии женщин в экономической и социальной жизни. По детской смертности и материнскому здоровью поставлены цели достижения лучших показателей, при этом акцентируется внимание на вопросах обеспечения сбора достоверной информации и внедрения общепринятого в мире показателя живорождения. Проблемы окружающей среды включены во все стратегии развития, тем не менее, деятельность, направленная на ее защиту, нуждается в дальнейшем улучшении.

Достижение всех ЦРТ в совокупности поможет повысить благосостояние граждан, но основной ключ к этому – устойчивый экономический рост, который обеспечит более широкую и продуктивную занятость населения и повышение его доходов.

Каким образом мы достигнем целей?

Достижение ЦРТ требует совместных усилий всех сторон: правительства, гражданского общества, донорских организаций и общественности на уровне местных сообществ. Основные требования включают в себя широкое понимание важности достижения поставленных целей и ведение непрерывного диалога между всеми вовлечёнными в этот процесс сторонами.

Организация Объединённых Наций в качестве ведущего агента Проекта тысячелетия поддерживает Правительство в его усилиях по достижению национальных целей развития. Система агентств ООН в Узбекистане совместно с государственными органами и другими партнёрами разработала Рамочную программу ООН содействия развитию, которая была сформулирована в полном соответствии с национальными приоритетами и ЦРТ.

Правительство и донорские организации успешно интегрируют национальные ЦРТ в стратегии развития и программы технической помощи со стороны доноров. В феврале 2005 года Правительство представило донорским организациям Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения, который получил высокую оценку с их стороны.

Совместно с Правительством система агентств ООН проведет кампанию по повышению осведомлённости населения о ЦРТ в Узбекистане. Для этого будут организованы серия семинаров в областях и освещение в СМИ проблем развития в Узбекистане.

Национальные цели и задачи

Национальные цели	Национальные задачи
Сокращение малообеспеченности и неполноценного питания	Задача № 1. Сокращение малообеспеченности в два раза к 2015 году
Повышение качества образования в начальных и средних школах	Задача № 2. Повышение качества начального и общего среднего образования к 2015 году при сохранении всеобщего доступа
Поощрение равенства женщин и мужчин и расширение прав и возможностей женщин	Задача № 3. Достижение гендерного равенства в системе начального, среднего и профессионального образования к 2005 году Задача № 4. Достижение гендерного баланса в высшем образовании к 2015 году
Сокращение детской смертности	Задача № 5. Сокращение на две трети смертности среди детей в возрасте до 5 лет к 2015 году
Улучшение материнского здоровья	Задача № 6. Сокращение материнской смертности на одну треть к 2015 году
Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией	Задача № 7. Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости им к 2015 году Задача № 8. Остановить распространение туберкулеза и малярии и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости ими к 2015 году
Обеспечение экологической устойчивости	Задача № 9. Интегрирование принципов устойчивого развития в политику и программы государства и обращение вспять процесса утраты природных ресурсов к 2015 году Задача № 10. Увеличение доли городского и сельского населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде и условиям санитарии, к 2015 году
Узбекистан и глобальное партнерство в целях развития	Данная цель предполагает предоставление развитыми странами официальной помощи в целях развития для содействия в достижении ЦРТ в Узбекистане

Сокращение малообеспеченности и неполноценного питания

Сокращение малообеспеченности в два раза к 2015 г.

Кто является бедным и как мы определяем бедность?

Бедность является сложной проблемой. Она имеет множество форм проявления, меняясь от места к месту и во времени, и определяют бедность по-разному. Нет и не может быть универсального для всех стран и регионов определения бедности. Количественные показатели бедности весьма относительны и зависят, прежде всего, от уровня экономического развития страны. Главная же качественная характеристика бедности – её социальная неприемлемость. То есть бедность – это положение, которого люди хотят избежать. Таким образом, бедность является призывом к действию – в равной мере как для бедных, так и для богатых, – призывом к изменению мира с тем, чтобы гораздо больше людей могли иметь достаточно еды, соответствующий кров, доступ к образованию и здравоохранению, защиту от насилия и право голоса в жизненно важных вопросах.

Задача №1: **Сокращение малообеспеченности в два раза к 2015 г.**

Исходный уровень (2001 г.) | Задача ЦРТ (2015 г.)

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Для мониторинга за состоянием бедности нам, в первую очередь, необходимо дать ей определение и уметь измерять её. Поскольку бедность является сложной проблемой, для оценки её масштабов нужны, по крайней мере, несколько показателей.

Люди считаются бедными, если уровень их потребления или дохода ниже определённого минимума, необходимого для удовлетворения элементарных потребностей. Список необходимого для удовлетворения основных потребностей меняется во времени и в зависимости от особенностей того или иного общества. Таким образом, понятие «черта бедности» отличается в разных странах и определяется на основании таких факторов, как климат, культура, уровень развития, социальные условия, условия безопасности и т.д.

Глобальное измерение бедности

Для измерения размера бедности в международном масштабе используется единый показатель черты бедности.

Считается, что если человек проживает на менее чем $1 в день по паритету покупательской способности (ППС измеряет относительную покупательскую способность валют по странам), то этот человек живет в крайней экономической бедности.

Многие страны сами определяют собственный показатель черты бедности на основании особенностей страны и условий развития.

Для Узбекистана Всемирный банк рассчитал минимальную продовольственную потребительскую корзину. Корзина включает в себя сочетание пищевых продуктов, обладающих общей питательной ценностью как минимум в 2100 ккал в день. Для подсчёта стоимости этой потребительской корзины эксперты использовали цены на продукты питания, скорректированные с учетом ежемесячной инфляции и региональной разницы в ценах.

Основные тенденции и концентрация бедности

Основные данные по бедности в Узбекистане собраны в ходе Обследования бюджетов домохозяйств, проведённого в 2001 году. На основании этих данных 27,5 % населения Узбекистана (6,8 млн. человек) в 2001 году можно было классифицировать малообеспеченными. К 2003 году число малообеспеченных сократилось до 26,2%. Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния ставит цель сократить к 2010 году уровень малообеспеченности до 20% и снизить показатель до 14% к 2015 году.

Источник: Министерство экономики, 2004.

Как и в большинстве развивающихся стран, наиболее уязвимыми группами населения являются сельские жители, многодетные семьи, инвалиды, безработные, люди с низким уровнем образования и семьи, где кормильцами являются женщины.

Уровень дохода – главный, но не единственный определитель малообеспеченности. В сегодняшнем Узбекистане малообеспеченность связана с качеством доступа к здравоохранению, образованию, основным видам коммунальных услуг, таких, как чистая вода и адекватные санитарные условия. Таким образом, снижение уровня бедности является комплексной задачей, которая тесно связана с достижением всех остальных ЦРТ.

Регионы	Уровень малообеспеченности
Город	**22,5**
Село	**30,5**
Каракалпакстан	36,4
Андижан	31,8
Бухара	13,4
Джизак	29,7
Кашкадарья	62,6
Навои	18,7
Наманган	39,7
Самарканд	26,4
Сурхандарья	28,4
Сырдарья	8,4
Ташкентская область	16,9
Фергана	18,1
Хорезм	30,1
город Ташкент	9,2
Узбекистан	**27,5**

Источник: Обследование бюджетов домохозяйств, 2000-01 гг., Оценка уровня жизни в Узбекистане, Всемирный банк, август 2002 г.

Главными факторами малообеспеченности, определёнными Промежуточным документом по стратегии повышения благосостояния населения, являются:

- демографическая ситуация;
- уровень занятости и структура рынка труда;
- доступ к образованию и здравоохранению;
- региональные различия;
- состояние окружающей среды.

С целью обеспечения ощутимого повышения уровня жизни в Узбекистане к 2010 году Правительство осуществляет программы, которые призваны воздействовать на вышеуказанные факторы. Имеющиеся факты говорят

Уровень малообеспеченности населения в демографическом разрезе

	2000-2001	2003*
Город	22,5	22,0
Село	30,5	28,7

	2000-2001	2003*
Мужчина	28,0	27,2
Женщина	25,0	22,2

Источник: Оценка уровня жизни в Узбекистане, Всемирный банк, 2002 г.
**Расчёты основаны на результатах Обследования бюджетов домохозяйств, проведенного в 2002-2003 гг.

о том, что самого пристального внимания Правительства и доноров заслуживает развитие сельских регионов. В настоящее время при поддержке системы ООН и Европейкого союза в четырех областях осуществляется разработка региональных стратегий развития.

Отслеживание малообеспеченности через призму демографических показателей помогает нам лучше определить тех, кто является малообеспеченными и где они живут. Малообеспеченные семьи в Узбекистане сосредоточены в сельских и отдалённых районах. Около 64% всего населения проживает в сельской местности, и уровень бедности здесь составляет 28,7% против 22% в городе. Самая высокая концентрация малообеспеченных семей наблюдается в южных и северных регионах республики, а самый низкий уровень – в Ташкентском регионе и отдельных областях центрального региона. В южных регионах уровень бедности почти в 4 раза выше, чем в Ташкентском.

Малообеспеченность по уровню образования

Уровень образования главы семьи	Уровень бедности
0-4 года	34,0
5-9 лет	32,4
среднее	31,3
незаконченное среднее специальное	24,6
среднее специальное	17,6
высшее	16,6

Источник: Государственный комитет по статистике , 2004 г.

Для малообеспеченных семей характерно то, что глава семьи не имеет работы, и в семье много детей. Однако даже наличие работы не всегда гарантирует защиту от бедности, так как в 50% малообеспеченных семей глава семьи имеет работу. Также немаловажно, что безработица резко повышает потенциальную возможность попадания за черту бедности.

Уровень образования является еще одним важным индикатором материального благополучия людей – чем он выше, тем ниже вероятность попадания за черту бедности. В семьях, возглавляемых лицами со средним специальным, профессиональным образованием, такая вероятность в два раза ниже по сравнению с теми, где главы семей не имеют среднего образования.

Неполноценное питание

Одним из самых опасных проявлений бедности является неполноценное питание среди детей. Оно представляет угрозу здоровью, а также ограничивает возможности для нормального роста и развития.

На масштаб проблемы указывает тот факт, что члены 18,9% домохозяйств потребляют в сутки менее минимальной нормы в 2100 ккал. Основу питания малообеспеченных семей составляют углеводосодержащие продукты, в ущерб животным и растительным белкам. Следствием нерационального питания является высокий уровень заболеваемости анемией у женщин (64,8% беременных женщин), йододефицитных состояний и недостаток веса у детей в возрасте до 5 лет.[2]

Обследование состояния здоровья, проведённое в 2002 году, указывает на сокращение уровня неполноценного питания среди детей в возрасте до трех лет. Так, если Медико-демографическое обследование 1996 года выявило 31% детей с отставанием в росте и 12% детей с дефицитом массы тела, результаты Обследования состояния здоровья 2002 года указывают на 23% с отставанием в росте и 6% с дефицитом массы тела.

В настоящее время около 20% детей в возрасте до 5 лет питаются неполноценно.[3] Случаи неполноценного питания чаще имеют место в сельских районах. С точки зрения распространения среди населения анемии и туберкулёза в наибольшей степени уязвим Каракалпакстан, а неполноценное питание чаще всего наблюдается в Наманганской и Сурхандарьинской областях.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Более одного человека из пяти в развивающихся странах живут менее чем на $1 в день.
- Начиная с 1990 года, уровень крайней бедности в развивающихся странах снизился с 28% до 21%.
- За тот же период численность населения в этих странах выросла на 15%, достигнув 5 млрд. человек. Из них 1,1 млрд. человек проживает в крайней бедности.
- С 1990 года устойчивое развитие в Азии вывело почти 150 млн. человек из состояния бедности.
- Каждый ребёнок из шести имеет недостаточный вес или страдает от остановки роста; каждый седьмой не пользуется никакими услугами здравоохранения; каждый пятый не имеет безопасной воды и каждый третий не имеет элементарных санитарных условий в доме.
- Более 30 000 детей умирают ежедневно во всём мире от болезней, которые можно было бы предотвратить.

Обследования показывают, что 61% детей в возрасте до 3-х лет страдает анемией вследствие недостатка железа в период быстрого роста.[4] Уровень заболевания анемией среди детей и женщин репродуктивного возраста в Узбекистане наиболее высокий в Центральной Азии. Анемия обнаружена у около 65% женщин в возрастной группе от 15 до 49 лет по всей стране, и как результат – дети, чьи матери страдают анемией, имеют в два раза больше шансов заболеть ею. Таким образом, несмотря на то, что эти серьёзные проблемы решаются, они всё ещё остаются значительными.

Знания матерей и их осведомлённость в этих вопросах считаются важными факторами, оказывающими влияние на качество питания детей и их заболеваемость. Неблагоприятные тенденции в этом плане непосредственно

[2] Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг.
[3] Показателем, использованным здесь для измерения уровня неполноценного питания среди детей, является соотношение роста к весу (умеренная или резкая остановка роста). Данные по остановке роста получены по итогам МДО 1996 года и ОСЗ 2002 года.
[4] Оценка уровня жизни, Всемирный банк, 2003 г.

связаны с низким уровнем образования матерей. Кроме того, недостаточное питание находится в прямой зависимости от уровня доходов и доступности услуг здравоохранения, особенно в сельской местности.

В целях улучшения качества питания детей и всего населения, а также для того, чтобы снизить воздействие несбалансированного и недостаточного питания среди бедных, был разработан ряд правительственных программ по ликвидации анемии, недостатка витамина А и железа.

Какие шаги предпринимаются в Узбекистане в целях сокращения малообеспеченности?

В тесном взаимодействии с донорами правительство предприняло ряд действий для анализа состояния малообеспеченности и реализации политики в борьбе с бедностью.

В 2004 году Узбекистан сформулировал Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения (П-ДСПБ). ООН и АБР объединили усилия и оказали поддержку в формировании общей основы и видения Стратегии повышения уровня жизни в контексте достижения национальных ЦРТ.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Улучшение возможностей для роста занятости, формирования устойчивых источников доходов и их повышения.
- Повышение качества базовых социальных услуг и равенства в доступе к ним, прежде всего, к услугам образования и здравоохранения, для всех слоев населения.
- Улучшение качества социальной защиты, предоставляемой социально уязвимым слоям населения.
- Обеспечение равного доступа к непрерывному снабжению качественной питьевой водой и газом.
- Улучшение защиты окружающей среды, сохранение, рациональное использование и восстановление природных ресурсов.
- Предоставление справедливого и равноправного доступа к финансовым ресурсам.
- Достижение гендерного равенства и расширение участия женщин в социальных и экономических процессах.

Источник: Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения.

Повышение качества образования в начальных и средних школах

Повышение качества образования в начальных и средних школах

Задача №2: **Повышение качества начального и общего среднего образования к 2015 году при сохранении всеобщего доступа**

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

В Узбекистане всеобщий доступ к начальному и среднему образованию был достигнут уже к 1990 году – отправной дате для глобальных ЦРТ. Бесплатное, равноправное и обязательное полное среднее образование гарантировано Конституцией.

Узбекистан ратифицировал Конвенцию о правах ребёнка в 1992 году и Международную конвенцию об экономических, социальных и культурных правах в 1995 году. Таким образом, страна взяла на себя обязательства обеспечить возможность реализации и защиту прав, предусмотренных в этих документах, в особенности права на образование.

Узбекистан достиг почти всеобщей грамотности населения. Причем, уровень грамотности населения повысился с 97,7% в 1991 году до 99,3% в 2003 году. Доля взрослого населения со средним специальным, профессиональным или высшим образованием превышает 75%. На уровне начального и среднего образования практически не существует разницы между количеством охваченных им девочек и мальчиков (90% мальчиков и 90,5% девочек).[5] По данным социального мониторинга, охват базовым образованием в Узбекистане на 2002 год составлял 97,5%.[6]

Однако – так же, как и во всех социальных секторах – на развитии сферы образования сказались трудности первых лет переходного периода.

Уровень посещаемости школ и гендерный баланс

К сожалению, высокий показатель набора учеников не всегда означает постоянное посещение ими школ. Имеются данные о непосещении детьми школьных занятий, которые свидетельствуют, что в возрастной группе от 7 до 11 лет фактически посещают школу лишь 74% мальчиков и 73% девочек.[7]

Источник: Оценка уровня жизни, Всемирный банк, 2003 г.

Как показывает Обследование бюдже-

[5] Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг..
[6] Социальный мониторинг Инноченти, 2004 г. ЮНИСЕФ, Исследовательский центр Инноченти.
[7] Общая оценка страны. ООН, 2003 г.

тов домохозяйств, проведенное в 2001 году, региональные различия также играют роль в уровне посещаемости занятий на всех ступенях образования. По данным обследования, посещаемость ниже в северных и южных регионах. В приведенной далее таблице отражен уровень посещаемости начальных и средних школ по областям.

Посещаемость школьных занятий в возрастной группе от 8 до 14 лет по областям

Регионы	% посещаемости школы Данные Обследования бюджетов домохозяйств, 2001 г.		
	Мальчики	**Девочки**	**Всего**
Каракалпакстан	61,3	58,8	60,1
Андижан	81,1	79,1	80,2
Бухара	94,3	94,7	94,5
Джизак	88,4	88,6	88,5
Кашкадарья	37,3	31,5	34,3
Навои	93,3	87,9	90,6
Наманган	90,1	86,7	88,3
Самарканд	93,4	92,3	92,9
Сурхандарья	48,1	48,0	48,0
Сырдарья	90,6	86,3	88,5
Ташкентская область	88,0	87,4	87,7
Фергана	91,1	87,3	89,2
Хорезм	92,6	93,0	92,8
Город Ташкент	96,6	95,8	96,2
Всего по республике	**80,3**	**78,1**	**79,2**

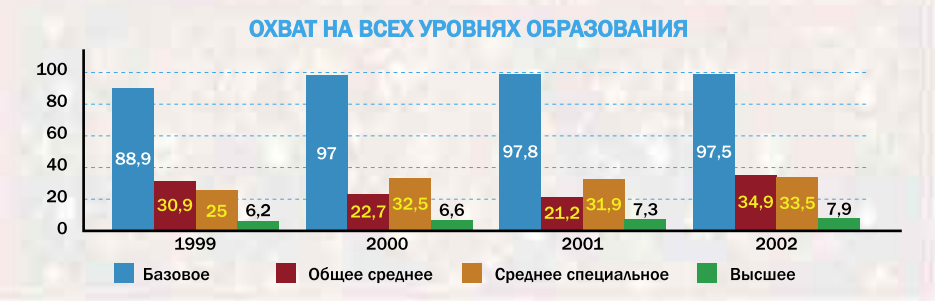
Источник: Обследование бюджетов домохозяйств, 2000/2001 гг, взвешенные итоги.

По официальным данным от 2002 года, посещаемость школ мальчиками и девочками в возрасте от 8 до 14 лет составляет свыше 90% во всех областях. В то же время, из результатов Обследования бюджетов домохозяйств видно, что посещаемость школ учениками составила 79,2% и существенной разницы между уровнем посещаемости мальчиками и девочками в начальной и средней школе нет. Поэтому на нынешнем этапе больше внимания следует уделить обеспечению гендерного баланса на высших уровнях образования, что сыграет значительную роль в расширении прав и возможностей женщин в обществе и повышении их участия в социальной и экономической сферах жизни. В этой связи стоит отметить, что тенденция ранних браков, особенно в сельской местности, значительно ограничивает возможности девочек в продолжении обучения и их будущем карьерном росте.

Что следует за начальным уровнем?

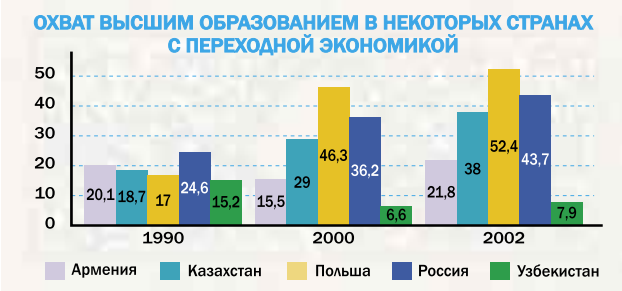
Несмотря на множество проблем, с которыми сталкивается система образования, важно отметить, что почти все учащиеся начальных школ, по официальным статистическим данным, достигают 5 класса базового уровня среднего образования.

Хотя ухудшение качества образования и возросшие текущие расходы для родителей оказывают неблагоприятное воздействие на уровень грамотности и на будущее состояние рынка труда, образование всё ещё считается среди населе-



Источник: Социальный мониторинг Инноченти, 2004 г.

ния жизненно необходимым для того, чтобы избежать бедности. И родители, и учащиеся, как правило, понимают, что карьерные перспективы ограничены для малообразованных, и поэтому относятся к получению образования весьма серьёзно.



Источник: Социальный мониторинг Инноченти, 2004 г.

Показатели, характеризующие более высокие уровни образования, дают несколько иную картину. Охват высшими учебными заведениями снизился с 14,8% в 1991 году до 7,9% в 2002 году.[8] Данная тенденция представляет поразительный контраст по сравнению с ситуацией в других странах с переходной экономикой, где приём в высшие учебные заведения значительно возрос.

Дети с ограниченными возможностями

Хотя всеобщий доступ к начальному образованию был обеспечен, тем не менее, он продолжает оставаться проблемой для детей с ограниченными возможностями.[9] Многие дети-инвалиды не посещают школу, и существует серьезная озабоченность по поводу их дальнейшего благосостояния и получения образования. Для того, чтобы эти дети не оказались вне обучения, Министерство народного образования в 2001 году разработало специальную программу «Инклюзивное образование», которая была поддержана ЮНИСЕФ и ЮНЕСКО[10]. Были созданы комиссии, помогающие определить, способен ли ребёнок посещать обычную школу или же необходимо направить его в специальный интернат или санаторий. В настоящее время 40 000 детей с ограниченными возможностями получают образование за счет государственных средств[11].

Для оказания содействия таким детям в развитии и обеспечения посещения ими школ важно повышать уровень осведомлённости преподавателей и родителей о существовании системы образования для детей с ограниченными возможностями и программы «Инклюзивное образование».

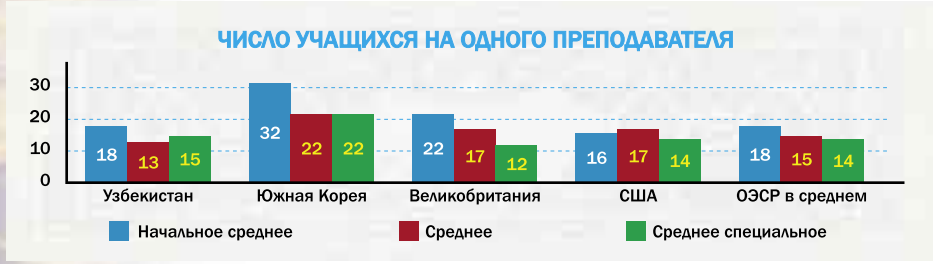
Основные проблемы

Одним из важных факторов, отрицательно влияющих на качество образования в Узбекистане, является отсутствие прозрачного механизма его измерения. В течение 2003-2004 гг. в нескольких начальных школах проводилось исследо-

[8] Социальный мониторинг Инноченти, ЮНИСЕФ 2004 г.
[9] Дети с признаками физических или умственных отклонений.
[10] Специальная система, которая помогает детям-инвалидам учиться в обычных школах.
[11] Министерство народного образования.

вание по оценке потребностей школьников и определению основных факторов снижения качества образования[12]. Были выявлены следующие причины:

- нехватка учебников;
- высокая стоимость учебников;
- неадекватное оснащение школ;
- низкий уровень оплаты труда учителей;
- недостаток квалифицированных учителей;
- финансовые трудности в семьях.



Источник: Данные ОЭСР из «Образование с одного взгляда», 2001 г.

Кроме того, в течение последнего десятилетия в Узбекистане основное внимание в рамках реформы образования было сосредоточено на создании и строительстве новых типов учебных заведений – профессиональных колледжей и академических лицеев. Это отвлекло значительные ресурсы от базового образования. На обучение одного учащегося специализированного среднего учебного заведения правительство затрачивает средства (выраженные в виде доли ВВП), более чем в пять раз превышающие ассигнования на обучение студента ВУЗа и почти в три раза – средний показатель Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) для высшего образования. С другой стороны, затраты на общее образование на каждого учащегося в Узбекистане на одну треть меньше среднего показателя ОЭСР (в доле ВВП), и менее половины среднего показателя ОЭСР – затраты на каждого учащегося 1-4 классов.

На изменение этой неблагоприятной ситуации направлена осуществляемая в настоящее время Государственная общенациональная программа развития школьного образования на 2004-2009 гг.

Какие шаги предпринимаются для решения существующих проблем?

В 1997 г. правительство начало осуществление Национальной программы по подготовке кадров с целью увеличить к 2009 г. продолжительность обязательного бесплатного образования с одиннадцати до двенадцати лет. В задачи программы входит также повышение квалификации преподавателей, совершенствование учебных программ и методик обучения.

Государственная общенациональная программа развития школьного образования (2004-2009 гг.)[13] ставит следующие цели:

- укрепление и развитие инфраструктуры общеобразовательных школ;
- обеспечение школ современными учебным и лабораторным оборудованием, компьютерами, учебниками и учебными материалами;
- улучшение методик преподавания и учебных программ;
- повышение квалификации преподавателей; развитие системы их эффективной подготовки и переподготовки; повышение уровня мотивации преподавателей.

[12] ЮСАИД финансировал проект PEAKS. Доклад по управлению образовательными информационными системами на уровне сообществ. Ташкент, 2004 г.
[13] Государственная общенациональная программа развития школьного образования на 2004-2009 гг. была принята Указом Президента в мае 2004 г.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Улучшение эффективности и качества учебного процесса и методов обучения.
- Обеспечение школ, особенно сельских, штатом квалифицированных преподавателей и создание для них соответствующих стимулов.
- Развитие эффективной системы контроля качества подготовки преподавателей.
- Укрепление и развитие школьной инфраструктуры.
- Обеспечение современными учебным и лабораторным оборудованием, учебниками и учебными материалами, техническими средствами обучения и спортивным инвентарем.
- Совершенствование системы сбора данных по качеству образования, непосещаемости занятий и выпадения детей из школьного процесса.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

Данная программа включает в себя ремонт действующих и строительство новых школ, обеспечение их учебными материалами и оборудованием (в том числе ИКТ), а также повышение квалификации преподавателей. Кроме того, выделение на это крупных инвестиций сопровождается в соответствии с программой значительным повышением заработной платы преподавателей[14]. Общие расходы на образование ожидаются на уровне 11% от ВВП.

Правительство также предприняло ряд мер, направленных на поддержку малообеспеченных слоёв населения. С 2002 года Правительство начало предоставлять бесплатные учебники всем учащимся из малообеспеченных семей.[15] Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находятся на полном государственном обеспечении. Начиная с 1997 года, детям из малообеспеченных семей также бесплатно предоставляется комплект зимней одежды.[16]

Узбекистан инвестирует крупные средства в систему образования, и надо отдать должное заботе Правительства о качестве человеческих ресурсов в будущем. Хотя наблюдается небольшой спад в уровне расходов на эту сферу (в % от ВВП), данный показатель всё ещё выше, чем в других странах с переходной экономикой и выше среднего показателя ОЭСР, который составляет 5,1%.

В 2000 году Узбекистан подписал Дакарский рамочный план действий, а в 2003 году был разработан Национальный план действий «Образование для всех» (НПД ОДВ). НПД ОДВ поддерживает основные принципы интегрирования детей с ограниченными возможностями в систему общего образования. В марте 2005 года Министерство народного образования подготовило проект постановления Правительства, цели которого – обеспечение реализации рамочной программы, стратегии повышения качества образования и создание детям с ограниченными возможностями условий для получения полноценного образования.

Международные донорские организации оказывают поддержку развитию системы образования в стране. В частности, Азиатский банк развития, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ сосредоточили свое внимание на улучшении качества образования.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Свыше 140 миллионов детей в развивающихся странах (13% из числа детей в возрасте от 7 до 18 лет) никогда не посещали школу.
- В странах Африки южнее Сахары 32% девочек и 27% мальчиков пропускают занятия в школе.
- 33% детей, живущих в сельской местности на Ближнем Востоке и в Северной Африке, не посещают школу.
- По всему миру 16% девочек и 10% мальчиков вообще отсутствуют на занятиях в школе.

[14] Обзор общественных расходов, Всемирный банк, 2005 г.
[15] Постановление Кабинета Министров №33 «О мерах по реализации программы адресной поддержки социально уязвимых слоев населения на 2003-2004 годы», 2002 г.
[16] Постановление Кабинета Министров №409 «О дополнительных мерах по улучшению материальных условий жизни учителей и учащихся», 1997 г.

Поощрение равенства женщин и мужчин и расширение прав и возможностей женщин

Достижение гендерного равенства в системе начального, среднего и профессионального образования к 2005 году.

Достижение гедерного баланса в высшем образовании к 2015 году.

Что такое гендер?

Задача №3: **Достижение гендерного равенства в системе начального, среднего и профессионального образования к 2005 году.**

Выполнено

Задача №4: **Достижение гедерного баланса в высшем образовании к 2015 году.**

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Понятие «гендер» не относится непосредственно к женщинам, оно характеризует взаимоотношения между мужчинами и женщинами в социальном плане. Это понятие используется для обозначения социальных ролей, исполнение которых общество предписывает мужчинам и женщинам. И что ещё более важно, оно помогает понять, какими разными способами мужчины и женщины получают выгоду от социального и экономического развития. Гендерные исследования указывают на то, как культурные, социальные и экономические различия влияют на роль мужчин и женщин в семье, на работе и в обществе, в целом.

Обзор положения в Узбекистане

Женщины составляют более половины населения страны (50,1% в 2004 г.), и 52% всех женщин находятся в детородном возрасте (от 15 до 49 лет). Почти 65% женщин старше 16 лет замужем, и только 10% в возрасте более 50 лет никогда не были в браке. Средний возраст женщин при вступлении в брак составляет приблизительно 20 лет, причём 60% выходят замуж в возрасте от 20 до 24 лет. Около 32% детей рождаются у женщин в этом же возрасте.

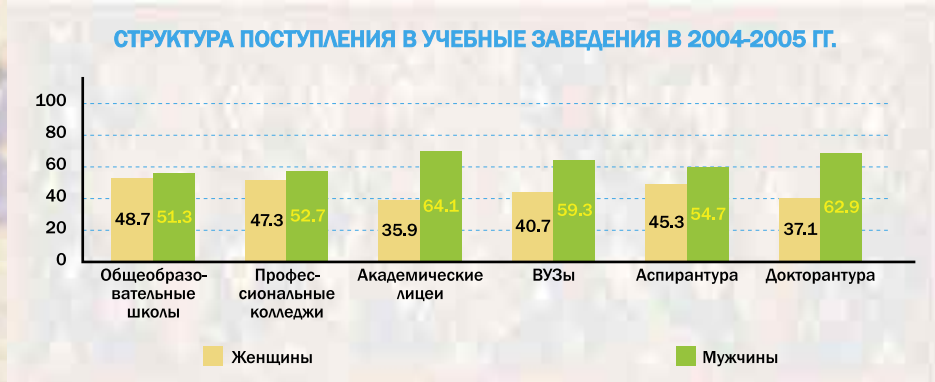
Как и во многих странах СНГ, в течение последнего десятилетия женщины Узбекистана ощущают снижение своей роли в обществе по мере возврата традиционных стереотипов. Обыденное мнение таково, что мужчины имеют в обществе более высокий статус и должны заботиться о семье и обеспечивать ее. Эти убеждения часто ограничивают доступ женщин к хорошо оплачиваемой работе и к руководящим должностям, а также грозят отказом родителей вкладывать средства в образование девочек. И хотя число женщин, возглавляющих ННО и предприятия малого бизнеса, увеличивается, существует более общая тенденция, которая ограничивает сферу деятельности женщины рамками семьи. Это особенно характерно для сельской местности, где мужчинам определена главная роль кормильца и общественного представителя семьи, в то время как женщины ограничены пределами дома, занимаясь обустройством быта и воспитанием детей. В противовес этой негативной тенденции правительство Узбекистана предприняло ряд позитивных шагов для повышения роли женщин во всех сферах жизни.

Гендер и образование

Гендерное равенство в образовании гарантировано Конституцией. Закон «Об образовании», принятый в 1997 году, предусматривает предоставление равных прав мужчинам и женщинам в выборе профессии и получении образования во всех учебных заведениях.

Начальное и среднее образование в Узбекистане обязательны и хорошо организованы, и здесь не может идти речь о каких-либо гендерных различиях. Однако различия отмечаются на более высоких уровнях образования. В 2004/2005 учебном году соотношение обучающихся в школах мальчиков и девочек было почти одинаковым: 51% мальчиков и 49% девочек. На уровне среднего специального, профессионального образования уже появляются расхождения. Так, среди учащихся академических лицеев 64% мальчиков и 36% девочек, а среди учащихся профессиональных колледжей, соответственно, 53% и 47%.[17]

В высшие учебные заведения также поступает больше мужчин, чем женщин. Главная причина этого – меньшие возможности в получении работы для женщин с высшим образованием и высокая стоимость обучения, которая отражается на семейном бюджете, что приводит к выбору в пользу мужчин, ведь им предстоит стать кормильцами своих будущих семей. К тому же, девушки традиционно выходят замуж в возрасте около двадцати лет, что часто мешает им в получении высшего образования.



Источник: Гендерное равенство в Узбекистане: цифры и факты, 2000-2004 гг. Статистический бюллетень, 2005 г.

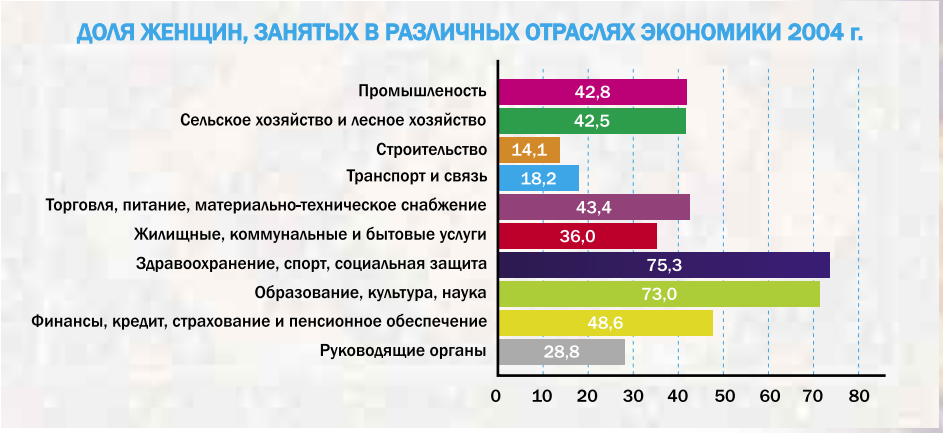
Показатели официальной статистики свидетельствуют, что существует необходимость улучшения гендерного баланса на более высоких уровнях образования, в том числе в академических лицеях и вузах. Тенденция ранних браков в Узбекистане во многих случаях препятствует тому, чтобы девочки продолжали образование. Это, в свою очередь, является основной причиной ограничений в их будущей карьере.

Продолжение образования на высшем и профессиональном уровнях, так же, как и более активное участие женщин в экономической деятельности, сыграют важную роль в постепенном устранении гендерных стереотипов в узбекском обществе и положения, когда деятельность женщин ограничена стенами дома. Правительство признаёт это, и в Национальном плане действий и ряде программ уделяет особое внимание образованию девочек.

[17] Гендерное равенство в Узбекистане: цифры и факты, 2000-2004 гг. Статистический бюллетень, 2005 г.

Женщины и трудоустройство

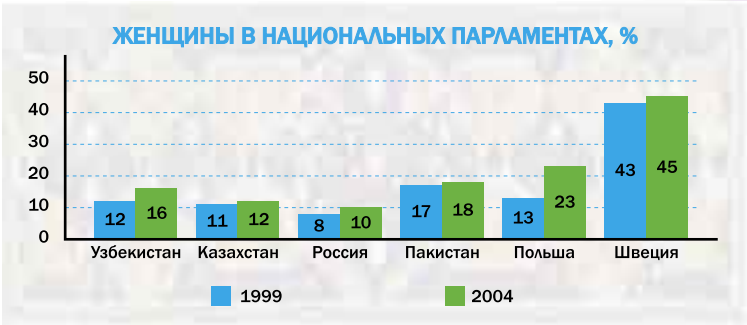
Так же, как и во многих развивающихся и развитых странах, женщины меньше, чем мужчины, представлены в официальной экономике. Уровень безработицы среди них выше – 61,5% от общего числа безработных. К тому же, женщины чаще заняты в отраслях с более низкой оплатой труда. Так, в Узбекистане 75% работающих в здравоохранении, образовании, культуре, искусстве и науке – женщины[18]. Согласно официальной статистике, заработная плата в сферах здравоохранения и образования сравнительно низкая.[19] Приблизительно 82% рабочих мест в сфере транспорта и связи и более чем 87% рабочих мест в строительстве занимают мужчины – в этих двух секторах оплата труда относительно высока. Женская занятость в отраслях промышленности, сферах связи и торговли снижается, в то время как занятость женщин растет в секторе услуг и неформальном секторе экономики.



Источник: Гендерное равенство в Узбекистане: цифры и факты, 2005 г.

Женщины в политике

Недавно в действующее законодательство были внесены изменения, направленные на поощрение участия женщин в политической деятельности и процессе принятия решений, благодаря чему значительно выросло число женщин-парламетариев. В соответствии с нововведённой системой квот, политические партии должны выдвигать в законодательные и представительные органы власти не менее 30% женщин от общего числа кандидатов. В настоящее время 21 женщина (18%) является депутатом Законодательной палаты и 15 женщин (15%) – членами Сената Олий Мажлиса. Представительство женщин в органах исполнительной власти составляет 3,4%, а в судебных – 22,7%.



[18] Гендерное равенство в Узбекистане: цифры и факты, 2005 г.
[19] Экономика Узбекистана, Статистический и аналитический обзор за 2004 г., Центр эффективной экономической политики, Узбекистан 2004.

Комитет женщин Узбекистана является главной структурой, ответственной за формулировку и осуществление политики правительства, направленной на решение проблем женщин в стране. Руководитель Комитета женщин одновременно является заместителем Премьер-министра.[20] Для обеспечения в масштабе всей страны баланса в принятии решений с участием женщин руководители областных комитетов женщин назначаются одновременно заместителями хокимов и отвечают за продвижение интересов женщин и реализацию их потенциала на местном уровне.

Показатели человеческого развития с учётом гендерного фактора

	2000	2004
Индекс развития с учётом гендерного фактора (ИРГ)	76 (2003)	86 (2005)
Значение индекса развития с учётом гендерного фактора (ИРГ)	0,725	0,692
Ожидаемая продолжительность жизни, женщины (годы)	71,9	69,8
Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины (годы)	66	63,4
Уровень грамотности, женщины в возрасте от 15 лет и выше (%)	98,8	98,9
Уровень грамотности, мужчины в возрасте от 15 лет и выше (%)	99,6	99,6
Общий уровень поступления в учебные заведения начального, среднего и среднего специального уровней, женщины (%)	74 (1999)	74
Общий уровень поступления в учебные заведения начального, среднего и среднего специального уровней, мужчины (%)	79 (1999)	77
Уровень заработанного дохода, женщины (ППС в долларах США)	1931	1385
Уровень заработанного дохода, мужчины (ППС в долларах США)	2958	2099

* Индекс развития с учётом гендерного фактора (ИРГ) измеряет те же переменные, что и ИЧР, за исключением того, что ИРГ уточняет гендерное неравенство в трёх аспектах человеческого развития.

Источник: Доклад о развитии человека 2003, 2005 гг.

Что делается для достижения гендерного равенства?

Правительство приняло ряд законов и национальных программ, в том числе Национальную платформу действий, которые определяют стратегию и приоритетные сферы для улучшения положения женщин в Узбекистане. Недавно на основании Указа Президента «О дополнительных мерах по поддержке Комитета женщин Узбекистана» была разработана соответствующая программа, нацеленная на улучшение экономического положения женщин за счет создания для них новых рабочих мест и поощрения их предпринимательской деятельности. Эта программа также предусматривает осуществление мер по повышению участия женщин в политической и общественной деятельности.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- 67% рабочего времени в мире приходится на труд женщин, они производят 50% продуктов питания и, тем не менее, зарабатывают всего лишь 10% от общемировых доходов и владеют менее чем 1% мирового имущества.
- Девочки составляют 67% от общего числа детей, лишенных начального образования. 75% из 876 млн. неграмотных взрослых во всём мире составляют женщины.
- Женщины составляют 70% из 1,3 млрд. человек, живущих в крайней бедности.

[20] Указ Президента РУз. № УП-1084 «О мерах по повышению роли женщин в государственном и общественном строительстве Республики Узбекистан», 2 марта, 1995 г.

Комитет ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин подготовил рекомендации к Национальному докладу Узбекистана по реализации Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. В качестве следующего шага Правительство приняло Национальный план действий и создало рабочую группу для координации и мониторинга его реализации. Правительство также поддержало ряд мероприятий по повышению уровня осведомлённости женщин о своих правах и улучшению их положения в обществе.

Доноры и организации международного развития оказывают существенную поддержку усилиям Правительства и гражданского общества в Узбекистане, направленным на улучшение положения женщин. Решению гендерных проблем в стране содействуют Тематическая группа ООН по гендеру и Группа координации гендерного равенства, состоящая из специалистов в этой области из ПРООН, Всемирного банка, ОБСЕ, ЮСАИД, «Винрок интернэшнл», АЙРЕКС, посольства Швейцарии и других организаций.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Реализация программ по повышению занятости женщин, особенно в сельской местности, и поддержка их вовлечённости в бизнес.
- Осуществление национальной политики, предусматривающей социальную и правовую поддержку женщин в предродовой и послеродовой период.
- Эффективная координация деятельности женских ННО и взаимодействие с ними.
- Поддержка расширения участия женщин в государственной, политической и общественной жизни.

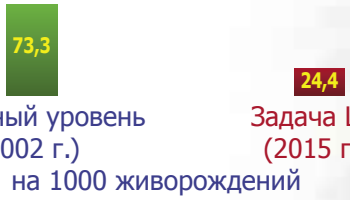
Источник: Государственные программы.

Сокращение детской смертности

Сокращение на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет к 2015 г.

Узбекистан, как и другие государства Центральной Азии, придерживается разработанного в бывшем Советском Союзе определения живорождения, которое является значительно более расплывчатым, чем международно признанное определение, рекомендованное ВОЗ[21].

Задача №5: **Сокращение на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет к 2015 г.**



Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Поскольку показатель детской смертности рассчитывается как процентное соотношение к живорождениям, вполне вероятно, что уровень детской смертности в Узбекистане мог быть значительно более высоким при использовании международного определения.

Узбекистан приступил к подготовке принятия определения живорождения, рекомендованного ВОЗ. Был принят ряд программных документов в поддержку реализации пилотных проектов на региональном уровне.

Смертность среди детей в возрасте до пяти лет

Уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет указывает на вероятное количество смертей среди детей от рождения до 5 лет на 1000 живорождений в год.

Младенческая смертность

Уровень младенческой смертности (УМС) указывает на вероятное количество смертей среди детей от рождения до 1 года на 1000 живорождений в определенный период времени.

Эти показатели важны для определения общего состояния здоровья, экономического и социального благосостояния общества.

Основные тенденции

По данным, приведенным во Всемирном докладе о детях, Узбекистан занимает 62-ое место в мире по показателю смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Согласно Обследованию состояния здоровья в Узбекистане (ОСЗ), проведенного в 2002 г., средний уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет в период с 1998 по 2002 гг. составлял 73,3 на 1000 живорождений. Основными ее причинами остаются острые респираторные инфекции и заболевания, связанные с диареей.

[21] Определение живорождения ВОЗ: *Живорождение - это независящее от продолжительности беременности полное извлечение из матери продукта зачатия, который после такого разделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или определенное движение мышц, независимо от того, была или не была отрезана пуповина и осталась ли присоединенной плацента.*

Определение живорождения в Узбекистане

В настоящее время определение живорождения, используемое в Узбекистане, основывается на критериях, разработанных в бывшем Советском Союзе. Согласно ему, беременность, прекращенная до 28 недель созревания плода (т.е. плод весит менее 1000 г или его рост – менее 35 см), считается недоношенной и классифицируется как поздний выкидыш даже при наличии признаков жизни плода во время рождения. Только после семи дней жизни недоношенного новорожденного он классифицируется как живорожденный, в противном случае это определяется как выкидыш на поздних сроках беременности. Таким образом, некоторые случаи, классифицируемые как выкидыш на поздних сроках беременности, в соответствии с международными критериями классифицировались бы как живорождение и смерть новорожденного.

Правительство Узбекистана сообщает об устойчивом снижении уровня младенческой смертности (УМС) за последние десять лет – с 26 на 1000 живорождений в 1995 г. до 15,2 в 2004 г. Однако данные Обследования состояния здоровья в Узбекистане за 2002 г. в значительной степени расходятся с официальными данными. Согласно этому обследованию, средний УМС в период с 1998 по 2002 гг. составлял 62 на 1000 живорождений. При этом, уровень смертности среди мальчиков выше, чем среди девочек. Так, в масштабе страны уровень младенческой смертности среди мальчиков составляет 67, а среди девочек – 59 на 1000 живорождений. Разница между данными УМС, полученными из различных источников, в значительной степени объясняется различиями в определении живорождения. Официальные правительственные оценки младенческой смертности, как уже отмечалось выше, производятся с учетом правил, использовавшихся еще в советское время.

Уровень младенческой смертности и смертности среди детей в возрасте до пяти лет (на 1000 живорождений)

		Уровень младенческой смертности		Уровень смертности среди детей до 5 лет	
		обследования	официальный	обследования	официальный
ОСЗ в Узбекистане в 2002 г.	1998-2002	62	19,1	73,3	26,4
Мульти-индикаторное кластерное обследование (MICS) 2000 г.	1996-2000	52	27,2	69,0	32,6
МДО в Узбекистане в 1996 г.	1992-1997	64,1	35,5	76,6	43,0

Источник: Обследование состояния здоровья в Узбекистане, 2002 г.

Уровень смертности среди младенцев до 1 года и детей до 5 лет в сельской местности почти в два раза выше, чем в городе. Особенно характерно такое положение для регионов, где проживает большее число малообеспеченных[22].

[22] Обзор государственных расходов, Всемирный банк, 2005 г.

В значительной степени это вызвано недостатком соответствующих медицинских учреждений и медицинских кадров в сельских и отдаленных районах и низким уровнем жизни. В то же время, официальные данные в нижеприведенной таблице указывают на недостатки в системе учета и заниженные данные, особенно в областях.

Младенческая смертность по областям (кол-во смертей на 1000 живорождений)

Регионы	1991	2000	2001	2002	2003	2004
Каракалпакстан	51,2	20,5	22,3	19,9	18,3	17,9
Андижан	30,1	15,2	15,1	13,6	13,8	13,7
Бухара	29,1	19,0	18,0	15,1	14,9	13,9
Джизак	37,4	16,2	17,0	13,9	13,9	11,8
Кашкадарья	35,5	19,0	18,8	17,2	14,7	14,0
Навои	31,2	18,4	17,4	14,1	15,7	12,4
Наманган	37,4	18,8	17,9	16,8	15,8	13,8
Самарканд	33,3	16,0	15,9	15,1	13,7	12,0
Сурхандарья	41,2	20,7	18,5	15,8	14,7	11,7
Сырдарья	48,3	20,4	19,7	18,0	17,9	18,0
Ташкентская область	29,4	19,6	17,1	16,8	15,2	15,3
Фергана	36,5	19,3	19,9	18,2	20,0	19,6
Хорезм	38,9	24,6	19,9	19,3	18,9	16,9
город Ташкент	25,1	19,5	20,8	20,9	25,0	22,3
Всего по республике	**34,6**	**20,2**	**18,9**	**16,7**	**16,4**	**15,2**

Источник: Государственный комитет по статистике, 2005 г.

Пренатальные[23] и неонатальные[24] услуги являются главными факторами, определяющими как материнское здоровье, так и здоровье новорожденных. В Узбекистане уровень смертности среди новорожденных весьма тесно связан с практикой родовспоможения, неонатальной реанимации и ухода за новорожденными. С учетом того, что более 95% своевременных родов происходит в родильных комплексах, а доля родов с участием медицинского персонала превышает 98%, высокий процент смертей по причинам, которые легко предотвратить, особенно асфиксии плода и инфекций, может объясняться низким уровнем навыков и знаний медицинского персонала в области неонатальной реанимации, а также основ ухода за новорожденными. Несмотря на то, что в ряде учреждений имеется доступ к ресурсам, их неэффективное использование является более серьезным недостатком, чем документально подтверждаемая нехватка материалов или современного оборудования в медицинских учреждениях.

[23] Пренатальный период включает 5 месяцев до рождения и 1 месяц после.
[24] Неонатальный период включает первый год жизни.

С 1998 г. наблюдается устойчивое снижение количества случаев заболевания острыми респираторными инфекциями, пневмонией и гриппом среди детей в возрасте до 5 лет – с 399 в 1998 г. до 239 в 2002 г. на 100 000[25]. Однако в последние годы были зарегистрированы вспышки некоторых предотвращаемых заболеваний, таких, как туберкулез, дифтерия и вирусный гепатит.

Существенно улучшился охват вакцинацией против полиомиелита, туберкулеза, кори, дифтерии, коклюша и столбняка. Уровень распространения этих заболеваний является относительно низким по сравнению с соседними республиками. С 1996 г. не наблюдалось ни одного случая заболевания полиомиелитом. В 2002 г. Узбекистан был признан зоной, свободной от полиомиелита.

Узбекистан успешно осуществляет в масштабах страны программу обеспечения должного уровня потребления витамина А. Начиная с 2003 г., 2,2 млн. детей в возрасте до 5 лет два раза в год получают капсулы витамина А. С 1999 г. более 4 миллионов женщин детородного возраста и детей в возрасте до 2 лет в семи областях охвачены программой обеспечения добавками, содержащими железо и фолиевую кислоту.

Уровень иммунизации среди детей до 5 лет.

год	АКДС 3	Полиомиелит	Корь	Гепатит	Туберкулез
1996	95,7	96,6	87	...	98
2004	98,9	99*	98,5	99,3	98,8

Источник: База данных Trans MONEE, официальная статистика ЮНИСЕФ по Узбекистану
*Согласно данным 2003 г.

Основные проблемы

Переход Узбекистана на критерии ВОЗ в отношении определения живо- и мертворождения позволил бы улучшить учет рождений и смертей новорожденных в целом и, в частности, новорожденных с дефицитом веса, что способствовало бы появлению более надежных статистических данных. Эти меры, в свою очередь, дадут работникам здравоохранения полномочия изыскивать более эффективные методы и клинические протоколы для спасения жизни новорожденных с дефицитом веса, которые вряд ли бы выжили в случае использования старых подходов. Более того, руководящие работники системы здравоохранения получат точные показатели, необходимые для разработки более эффективных программ по предотвращению пренатальной и младенческой смертности, а также по уходу за беременными женщинами.

Хроническое неполноценное питание в значительной степени влияет на здоровье младенцев и детей, которое зависит от состояния здоровья матерей, потребления и усвоения микроэлементов и системы кормления детей. Одним из проявлений неполноценного питания является недостаточный

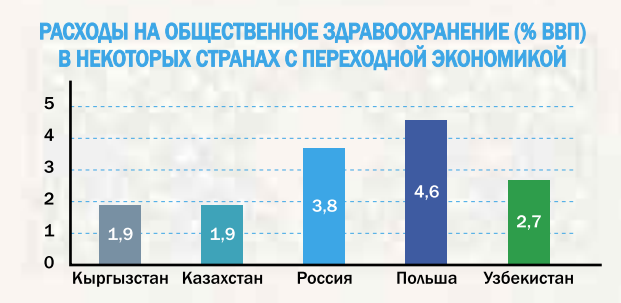
[25] База данных ВОЗ «Здоровье для всех», 2004 г.

вес как результат недостаточного потребления пищи (и качественного, и количественного) и болезни. Существует циклическая взаимосвязь между неполноценным питанием и заболеваемостью: неполноценное питание увеличивает степень тяжести и показатели заболеваемости, а заболевание, в свою очередь, повышает требования к питанию, усугубляя распространенность его неполноценности. В Узбекистане доля детей со средним или сильным дефицитом веса составляет всего 8%[26]. В особенности эта проблема касается сельской местности и областей с высоким уровнем бедности.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- В мире уровень смертности среди младенцев и детей в возрасте до 5 лет сократился более чем в два раза за период с 1960 по 1990 гг.
- В развивающихся странах на каждую 1000 новорожденных приходится в среднем более 100 смертей среди детей в возрасте до 5 лет.
- По всему миру наблюдалось серьезное снижение – с 25 млн. до 12,4 млн. – смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Но, тем не менее, в развивающихся странах ежедневно умирает более 33 000 детей – в основном в результате легко предотвращаемых заболеваний.
- Неполноценное питание в 49% случаев является основной причиной смертности детей в возрасте до пяти лет в странах с низким уровнем доходов.

В Республике Каракалпакстан, где проживает большее число малообеспеченных, усугубляет ситуацию деградация окружающей среды. Во многих случаях ее загрязнение наносит женщинам больший вред, чем мужчинам, и отрицательно сказывается на их репродуктивном здоровье. Загрязнение водных ресурсов и продуктов питания, а также плохие санитарные условия остаются наиболее острыми проблемами в зонах с неблагоприятной экологической обстановкой.



Источник: Доклад о развитии человека, ПРООН, 2005.

Вспышки некоторых предотвращаемых заболеваний составляют другую проблему, которая требует безотлагательных и согласованных действий со стороны Правительства. Показатели заболеваемости туберкулезом повышаются по всей стране. Необходимо поддерживать высокий уровень охвата вакцинацией против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС), гепатита В, полиомиелита (пероральная вакцина) и кори, а также профилактики гепатита В.

Недостаток навыков в управлении службами, занимающимися охраной материнства и детства на местах, задержки в предоставлении должного ухода, а также не отвечающие современным требованиям клинические

[26] Обследование состояния здоровья в Узбекистане, 2002 г.

руководства не могут быть исправлены только посредством приобретения дополнительного оборудования и материалов. Таким образом, главными приоритетами являются улучшение управленческих навыков ответственных работников здравоохранения, организация обучения медицинских работников, разработка планов мониторинга мобилизации и распределения ресурсов для решения целевых задач.

Разработка и реализация Национальной програмы подготовки медицинских работников в области неонатальной реанимации и ухода за новорожденными могли бы серьезно улучшить здоровье новорожденных и снизить неонатальную и младенческую смерность.

Что делается для снижения детской смертности?

В целях кардинального улучшения ситуации в этой области Правительство Узбекистана и доноры международного сообщества объединили свои ресурсы посредством инновационного партнерства.

За последние годы были отмечены успехи в улучшении работы служб детского здравоохранения и питания. Медицинские работники готовы поддержать изменения существующих методов неонатальной реанимации и ухода за новорожденными. Помещение матери и ребенка в одну палату[27] начало практиковаться по всей стране, охватывая 56 родильных комплексов и 182 родильных отделения в районных больницах. Во всех родильных комплексах введена практика ведения «чистых родов» с соблюдением правил асептики и антисептики.

Основные реформы в здравоохранении, направленные на более широкое участие в этой сфере частного сектора в сочетании с предоставлением бесплатного пакета медицинских услуг, были начаты в 1998 г. и несли с собой позитивные изменения. Реформа здравоохранения Узбекистана, среди прочего, предполагала улучшение охраны материнства и детства путем усиления системы экстренной акушерской помощи и ухода за новорожденными. Она направлена на реструктуризацию первичного звена здравоохранения для улучшения оказания услуг в сфере репродуктивного здоровья. Государственная политика, а также программа, принятая в целях распространения практики грудного вскармливания, способствуют снижению младенческой смертности и детской заболеваемости.

Правительство уделяет особое внимание развитию сети учреждений первичного звена здравоохранения и услуг для женщин и детей. Это подтверждается продолжающимися реформами, направленными на поддержку здоровья женщин и детей посредством реализации некоторых программ в рамках Года здорового поколения (2000 г.) и Года здоровья (2005 г.).

Международные донорские организации, в том числе ООН, Всемирный банк, АБР, ЮСАИД, Японское агентство по международному сотрудничеству (JICA),

[27] Практика оставлять новорожденного с матерью с первых дней жизни.

«Врачи без границ» и другие, вносят свой вклад и активно поддерживают реформы в здравоохранении Узбекистана.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Улучшение сферы неонатальной помощи посредством обучения медработников методам ухода за новорожденными, неонатальной реанимации, ухода за младенцами с дефицитом веса, а также стимулирования грудного вскармливания.
- Создание потенциала для обеспечения оказания высококачественных услуг учреждениями первичного звена здравоохранения.
- Реализация мер по профилактике заболеваний и по охвату иммунизацией.
- Принятие критериев ВОЗ для определения живорождения.
- Предоставление законодательной поддержки программе ликвидации дефицита йода.
- Распространение реформы первичного звена здравоохранения на все регионы страны.
- Оснащение оборудованием учреждений первичного звена здравоохранения.
- Улучшение медицинского обслуживания женщин детородного возраста и детей.
- Увеличение объема финансирования сектора здравоохранения и повышение эффективности использования ресурсов.
- Улучшение механизма сбора данных в сфере охраны материнства и детства.
- Улучшение работы в семьях и местных сообществах, направленной на охрану здоровья и развитие детей.
- Разработка программ и мер реагирования на основе улучшенного сбора данных.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

Улучшение материнского здоровья

Сокращение материнской смертности на одну треть к 2015 г.

Задача №6: **Сокращение материнской смертности на одну треть к 2015 г.**

Исходный уровень (2001 г.)

Задача ЦРТ (2015 г.)

на 100 000 живорождений

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Материнская смертность – смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней по окончании беременности, вне зависимости от продолжительности и вида беременности, по любой причине, имеющей отношение к беременности или усугубленной беременностью либо уходом за беременной, за исключением несчастных случаев и причин, не связанных с беременностью.

Показатель материнской смертности (ПМС) – наиболее часто используемый показатель, определяемый количеством материнских смертей на 100 000 живорождений в год.

До 1996 г. официальная статистика указывала на постоянное снижение уровня материнской смертности. ПМС снизился с 65,4 в 1990 г. до 20,7 в 1996 г. Эта тенденция временно ухудшилась в период между 1997 и 2001 гг., когда ПМС возрос до 34,1 в 2001 г. С 2002 г. этот показатель начал снова снижаться и опустился до уровня 30,2 в 2004 г.

ПМС значительно отличается по областям. Однако не существует явной связи между ПМС и социально-экономической ситуацией в областях. Например, по официальной статистике, в 2004 г. ПМС в Сурхандарье составлял 19,5, в то время как Сурхандарья счи-

Источник: Министерство здравоохранения, 2004 г.

тается одной из беднейших областей страны, а показатель для Ташкента – столицы, где услуги здравоохранения наиболее доступны и качество их гораздо выше по сравнению со средними показателями по стране – составил 52,3. Такое несоответствие отчасти может объясняться недостатками системы учета и возможным занижением сведений в сельской местности. Отсюда следует, что при вынесении заключений нельзя полагаться только на статистику.

Уровень материнской смертности (на 100 000 живорожденных)

Регионы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Каракалпакстан	22,3	57,0	60,1	47,9	38,8	41,9	26,6	25,0	22,9
Андижан	25,0	15,2	17,7	21,1	20,2	20,5	17,3	23,2	25,7
Бухара	18,0	34,4	33,4	21,2	49,0	54,4	37,3	18,0	23,4
Джизак	10,5	52,9	30,2	33,5	29,4	42,5	29,7	35,2	24,5
Кашкадарья	26,7	19,3	30,1	45,6	39,9	40,6	37,1	31,5	24,4
Навои	21,4	51,4	76,3	58,3	91,6	91,5	51,5	71,9	55,8
Наманган	14,6	37,6	27,0	18,1	27,0	29,3	18,4	31,8	21,0
Самарканд	24,6	19,0	19,4	18,4	26,4	17,9	21,9	42,2	20,9
Сурхандарья	27,1	34,2	32,2	28,6	24,6	19,3	20,4	24,1	19,5
Сырдарья	30,5	37,6	26,4	27,5	21,0	35,7	26,4	14,5	21,0
Ташкентская область	18,3	26,7	20,9	31,4	27,5	44,2	59,8	52,7	43,6
Фергана	8,6	19,7	19,6	24,9	22,5	25,3	25,8	28,4	31,6
Хорезм	14,7	14,4	16,1	21,1	24,9	36,2	32,3	27,1	54,5
город Ташкент	27,5	27,5	38,0	64,3	63,9	36,4	59,9	51,4	52,3
Всего по республике	**22,3**	**57,0**	**60,1**	**47,9**	**38,8**	**41,9**	**26,6**	**25,0**	**22,9**

Источник: Министерство здравоохранения, 2005 г.

Правительство пытается обеспечить матерям всеобщий доступ к услугам здравоохранения, однако качество дородового и акушерского ухода является недостаточным ввиду нехватки ресурсов. Имеется необходимость улучшения оснащения учреждений здравоохранения высокотехнологичным оборудованием и соответствующими реактивами, повышения подготовки и переподготовки кадров.

Министерство здравоохранения имеет разветвленную систему расследования медицинских причин материнской смертности. Существующая система их выявления основана, в первую очередь, на установлении «виновных» и «подлежащих наказанию», что происходит из-за недостаточного вовлечения в этот процесс всех заинтересованных структур, в том числе сообщества и семьи, для изучения факторов, приведших к МС. В последнее время Министерство предпринимает усилия по внедрению новой практики в этой сфере, которая базируется на проведении конфиденциального клиническо-

го расследования (аудита), основанного на доказательной медицине. Внедрение упомянутой системы расследования будет способствовать изучению всех факторов, приведших к материнской смертности, в разрезе отдельных клиник и определению факторов снижения ПМС в целом.

Причины материнской смертности в Узбекистане (%) в 2004 г.

Гипертензия, связанная с беременностью	37
Кровотечение	26
Заражение (инфекции)	22
Другие причины	15

Источник: Министерство здравоохранения, 2004 г.

Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех»

С 1990 г. Узбекистан добился существенного прогресса в распространении использования контрацептивов. За прошедшие 14 лет доля супружеских пар, использующих средства контрацепции, увеличилась с 19% в 1990 г. до 67% в 2003 г. Согласно результатам Обследования состояния здоровья населения (ОСЗ) в Узбекистане в 2002 г., более 67% замужних женщин применяли контрацепцию, при этом 62% из них выбирали современные методы, среди которых наиболее популярной была внутриматочная спираль. 82,5% женщин, применяющих современную контрацепцию, использовали именно ее.

Со времени обретения независимости в Узбекистане наблюдается постоянное снижение количества абортов. В период с 1990 г. до середины 90-х официальная статистика отмечала резкое снижение общего процента абортов (количество искусственно прерванных беременностей на 1000 живорождений). Этот показатель снизился с 309,6 в 1990 г. до 120,9 в 1996 г. и до 99,4 к 2003 г. Данные ОСЗ в Узбекистане соответствуют статистике по абортам Министерства здравоохранения.

Основные проблемы

До недавнего времени не существовало систематических исследований социально-экономических факторов, оказывающих влияние на уровень материнской смертности. В то же время, налицо такие общие факторы, как недоедание и высокая распространенность анемии, экономические трудности, которые заставляют женщин выполнять тяжелую физическую работу, будучи беременными. Недостаток финансовых средств в ряде случаев также не позволяет женщинам получать необходимый дородовой уход и влияет на материнскую смертность. Низкая информированность членов се-

мьи, сообщества о социально-экономических факторах, являющихся причинами материнской смертности, становится одним из барьеров в оказании своевременной медицинской помощи. Привлечение мужчин к вопросам репродуктивного здоровья, особенно контрацепции и поддержки женщины во время беременности и родов, находится пока еще на низком уровне. Существует необходимость расширения доступа к наиболее полной информации о репродуктивном и половом здоровье для взрослых и молодежи.

Анемия остается наиболее часто встречающимся заболеванием среди женщин, оказывающим пагубное влияние на материнское здоровье в Узбекистане. Министерство здравоохранения отмечает, что в 2004 г. 74,4% всех беременных женщин страдали от анемии, при этом наблюдались значительные различия по регионам: доля беременных женщин с анемией варьировалась от 39,1% в г. Ташкенте до 99,3% в Каракалпакстане в 2004 г.

Стоит напомнить, что необходимо осторожно обращаться со статистическими данными по распространенности анемии. Существует серьезная озабоченность в отношении того, что официальные данные могут быть недостаточно точными в основном из-за нехватки в медицинских учреждениях первичного звена надежной аппаратуры для измерения уровня гемоглобина. Анализ различий по регионам может быть затруднен по причине того, что практически все официальные данные по анемии поступают из учреждений определенного уровня и не могут отражать фактические показатели ее распространенности среди местного населения. Недоедание и состав питания традиционно считаются основными причинами анемии. Как местные, так и международные специалисты разделяют мнение о том, что широкое использование внутриматочных спиралей и связанные с ним осложнения также могут приводить к повышению уровня анемии среди женщин детородного возраста.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

Каждый год

- У 50 миллионов женщин в мире наблюдаются слабое репродуктивное здоровье, связанные с беременностью серьезные заболевания и инвалидность.
- 500 000 женщин в мире умирают от осложнений, возникающих во время беременности и родов.
- 15 миллионов женщин страдают от травм, инфекций и других осложнений, связанных с беременностью и родами.
- Большинство смертных случаев приходится на Азию, но риск летального исхода наиболее высок в Африке.
- Согласно оценкам, 78 000 смертных случаев в год, что составляет около 13% всех случаев материнской смертности, происходят в результате криминальных абортов.

Что делается для улучшения материнского здоровья?

Правительство Узбекистана предпринимает серьезные меры для обеспечения всеобщего доступа к услугам и улучшения качества услуг в области охраны материнства в стране. Примером таких усилий служат Государственная программа реформирования системы здравоохранения и провозглашение 2005 г. Годом здоровья.

Программа реформирования системы здравоохранения на 1999-2005 гг. направлена на защиту материнского здоровья путем усиления системы экстренной акушерской помощи и реструктуризации услуг в области репродуктивного здоровья в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Государственная программа «Год здоровья», рассчитанная на 2005 г., была нацелена на развитие инфраструктуры системы охраны материнства, повышение профессиональных навыков медицинских работников и информированности населения.

Донорские организации активно участвуют в поддержке деятельности Правительства. ООН, АБР, Всемирный банк и ЮСАИД являются основными партнерами в области улучшения системы охраны материнства.

В апреле 2005 г. одновременно была начата реализация двух проектов – Проекта Всемирного банка «Здоровье II» и Проекта АБР «Улучшение женского и детского здоровья». Данные проекты направлены на улучшение качества работы медицинских учреждений первичного звена в шести областях, обеспечение их необходимым оборудованием для оказания родовспоможения, проведение обучения медицинских работников и повышение качества обслуживания.

С 2003 г. ЮСАИД финансирует Проект «Здоровая семья», цель которого – совершенствование предпринимаемых в республике мер, повышение качества обслуживания и информированности населения.

С самого начала деятельность ВОЗ, Фонда ООН в области народонаселения и ЮНИСЕФ в Узбекистане была направлена на улучшение материнского здоровья в стране. Они содействуют пересмотру национальных клинических руководств и протоколов по материнскому здоровью, обучению медицинских работников и предоставлению необходимого медицинского оборудования. Фонд ООН в области народонаселения и банк «Kreditanstalt fur Wiederaufbau» являются основными поставщиками контрацептивов.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Повышение информированности населения по основным вопросам материнского здоровья.
- Развитие инфраструктуры системы охраны материнства, совершенствование национальной политики в области материнского здоровья и повышение квалификации медицинских работников.
- Увеличение государственных инвестиций и расширение деятельности, направленной на усиление экстренной акушерской помощи, особенно на районном уровне.
- Совершенствование национальных клинических протоколов по материнскому здоровью и затем их последовательное внедрение.
- Улучшение знаний мужчин о репродуктивном здоровье.
- Усиление потенциала системы статистики Министерства здравоохранения для сбора, обработки и анализа данных по материнскому здоровью.
- Планирование деятельности Правительства, а также механизм распределения ресурсов должны постоянно основываться на демографических и медицинских статистических данных.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией

Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости им к 2015 г.

ВИЧ/СПИД - сложное и смертельное заболевание, возникающее в результате разрушения иммунной системы организма. Его течение может быть замедлено посредством антиретровирусной терапии, но не поддается излечению. Данная терапия все еще является слишком дорогой, поэтому большинство заболевших СПИДом умирает.

Масштаб распространения ВИЧ/СПИДа в Узбекистане

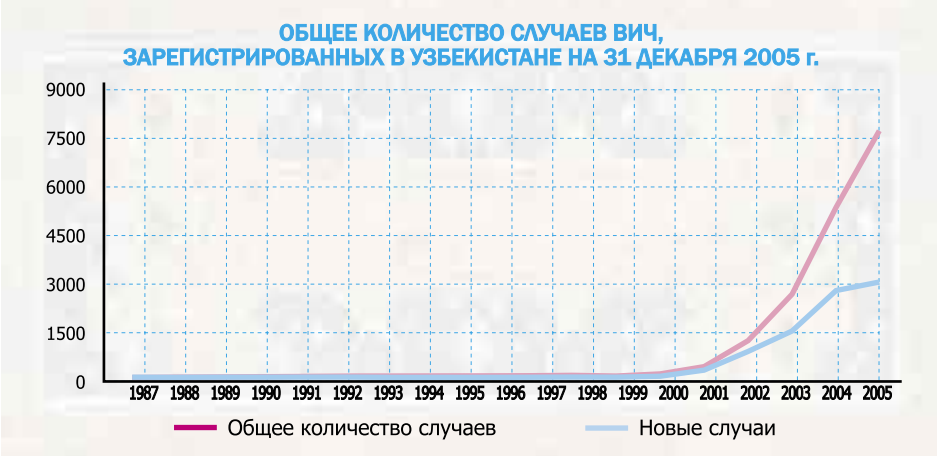
Задача №7: **Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости им к 2015 г.**

Исходный уровень (2000 г.) | Последние данные (2005 г.)

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Узбекистан также столкнулся с угрозой распространения ВИЧ/СПИДа, возникшего в конце 20го века и представляющего серьезную опасность для здоровья, социально-экономического развития и безопасности всего человечества. Совокупное количество зарегистрированных в Узбекистане случаев ВИЧ/СПИДа является наиболее высоким в Центральной Азии. В 2005 г. было официально зарегистрировано 2198 новых случаев ВИЧ, и таким образом общее количество всех зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа увеличилось до 7810.[29] При этом, в 2005 г. наибольшее количество случаев ВИЧ было отмечено в г. Ташкенте и Ташкентской области.



Источник: Республиканский Центр СПИДа , 2006 г.

В Узбекистане первый случай ВИЧ был зарегистрирован в 1987 г. До 1999 г. случаи ВИЧ в основном регистрировались среди взрослого населения, и не усматривалось их устойчивой связи с наркоманией. Главной причиной явля-

[29] Республиканский Центр СПИДа.

лись половые контакты без средств защиты, и на их долю приходилось от 50 до 60% всех выявленных случаев. Начиная с 2000 г., основными жертвами заболевания стали потребители инъекционных наркотиков.

Наиболее уязвимые группы населения

Анализ ситуации с распространением ВИЧ/СПИДа позволяет выделить следующие уязвимые группы населения:

1) потребители инъекционных наркотиков;
2) люди, занимающиеся проституцией;
3) мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами;
4) заключенные.

Передача ВИЧ через зараженную кровь является наиболее распространенным способом инфицирования. В результате роста инъекционной наркомании и использования общих игл наибольшее количество недавно зарегистрированных в стране случаев ВИЧ приходится на потребителей инъекционных наркотиков. Согласно оценкам, в Узбекистане до 100 000 потребителей наркотиков подвергают себя и своих сексуальных партнеров высокому риску инфицирования.

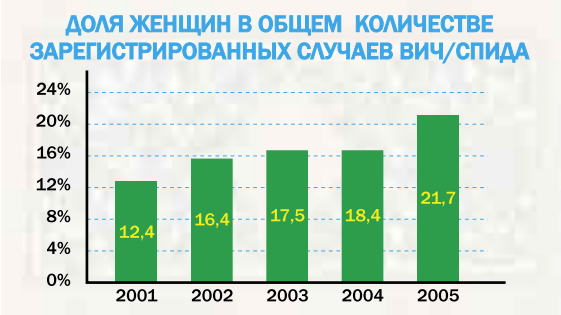
Пути передачи ВИЧ в 2005 г.

Через кровь	64 %
Гетеросексуальные контакты	17,6 %
Гомосексуальные контакты	0,5 %
Путь передачи неизвестен (ведутся исследования)	17,5 %
От матери к ребенку	0,5 %

Источник: Республиканский Центр СПИДа, 2006 г.

В условиях быстрого изменения общественной ситуации, экономических трудностей и социальной незащищенности молодежь становится крайне уязвимой для заражения ВИЧ-инфекцией. В Узбекистане 50% новых случаев заражения приходится на людей в возрасте от 25 до 34 лет.

Другим тревожным сигналом является то, что 34,4% новых случаев ВИЧ/СПИДа было зарегистрировано в тюрьмах.



Источник: Республиканский Центр СПИДа, 2006 г.

В последние несколько лет наблюдается рост случаев передачи инфекции от матери к ребенку. Первая ВИЧ-инфицированная беременная женщина была выявлена в г. Намангане в 1999 г., а к концу 2005 г. их общее количество достигло 171, при этом 59 новых случаев было зарегистрировано в 2005 г.

Имеет место недостаток доступных, эффективных и адекватных услуг, точной информации, анонимных пунктов для консультаций и тестирования,

эффективного лечения инфекций, передаваемых половым путем, усилий по решению проблем, связанных с употреблением наркотиков (включая заместительную терапию), в особенности для групп населения с наиболее высоким риском заражения. Комплексное обслуживание не является широкодоступным и охватывает не более 1% людей, входящих в самые уязвимые группы.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Впервые ВИЧ был выявлен более 20 лет назад.
- 40,3 миллиона человек в настоящее время заражены ВИЧ/СПИДом (женщины составляют 50 процентов среди всех взрослых, инфицированных ВИЧ/СПИДом).
- К настоящему моменту во всем мире от СПИДа умерло более 25 миллионов человек, включая 3,1 миллиона умерших в 2005 г., и зарегистрировано около 5 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции.
- Каждый день происходит 15 000 новых случаев инфицирования.
- Смертность от СПИДа среди взрослых и детей в Восточной Европе и Центральной Азии составила 62 000 на 2005 год.

Какие действия предпринимаются для борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа в стране?

В 1999 г. был принят закон для защиты от дискриминации лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом. Он гарантирует им равные права на образование, социальную защиту и при приеме на работу, а также право на бесплатное обслуживание в государственных учреждениях здравоохранения.

В 2003 г. правительство Узбекистана приняло Стратегическую Программу противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2003-2006 гг. В ней намечены приоритетные задачи, определены роли и обязанности центральных органов власти в организации совместных действий. В 2006 г. планируется разработка новой стратегической программы по ВИЧ/СПИДу.

Узбекистан сегодня располагает обширной информацией, стратегией обучения и распространения данных в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом, включающей специальные инициативы для поддержки уязвимых групп. Эта комплексная стратегия реализуется через государственную общенациональную сеть, состоящую из 15 Центров СПИДа. 10 ННО сотрудничают с государственными структурами в обеспечении поддержки уязвимых групп. Создано более 200 пунктов доверия для реализации профилактических мер среди групп высокого риска.

В 2004 г. Узбекистан получил грант в размере 24,5 млн. долл. США от Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Грант предоставлен для финансирования программ профилактики, направленных на нужды уязвимых групп населения, и повышения доступа к медицинским услугам, поддержки и лечения больных ВИЧ/СПИДом.

В настоящее время ряд многосторонних и двусторонних организаций содействует совершенствованию профилактики ВИЧ/СПИДа в Узбекистане. Так, агентства ООН оказывают помощь в осуществлении подобных мер как через государственные, так и неправительственные организации под общим

руководством Тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу. Всемирный банк, Департамент международного развития Великобритании, ЮСАИД, «Уорлд Вижн Интернэшнл», СПИД Фонд «Восток-Запад», Японское агентство по международному сотрудничеству, Корпус Милосердия и другие донорские организации реализуют серию проектов по профилактике ВИЧ.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Разработка новой стратегической программы по ВИЧ.
- Стимулирование сотрудничества правительства и гражданского общества в проведении профилактических мер, улучшении правовой и социальной среды.
- Обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ к 2010 г.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

Остановить распространение туберкулеза и малярии и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости ими к 2015 г.

Тенденции и распространенность туберкулеза

Согласно Глобальному отчету ВОЗ по контролю за туберкулёзом от 2003 г., в Узбекистане зарегистрировано 20 700 случаев заболевания – то есть, на 100 000 человек приходится 79 случаев, что почти в два раза выше уровня 1995 г. Министерство здравоохранения сообщает, что в 2002 г. уровень смертности от туберкулеза составлял 12,3 на 100 000 человек и возрос на 45% с 1995 г.

Задача №8: **Остановить распространение туберкулеза и малярии и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости ими к 2015 г.**

Исходные данные по туберкулезу (2000 г.)	**15 750**
Последние данные (2003 г.)	**20 700**
Исходные данные по малярии (2000 г.)	**126**
Последние данные (2004 г.)	**66**

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Туберкулез является инфекционным заболеванием, которое передается от человека к человеку преимущественно воздушно-капельным путем. Возбудитель инфекции – туберкулезная микобактерия (туберкулезная палочка). Туберкулез может поразить любой человеческий орган. Туберкулез легких является заразной и наиболее часто встречающейся формой. Заболевание имеет тенденцию к широкому распространению в бедных, перенаселенных районах. При неправильном лечении развивается лекарственно-устойчивая форма туберкулеза, лечение которой требует намного больше времени и средств.

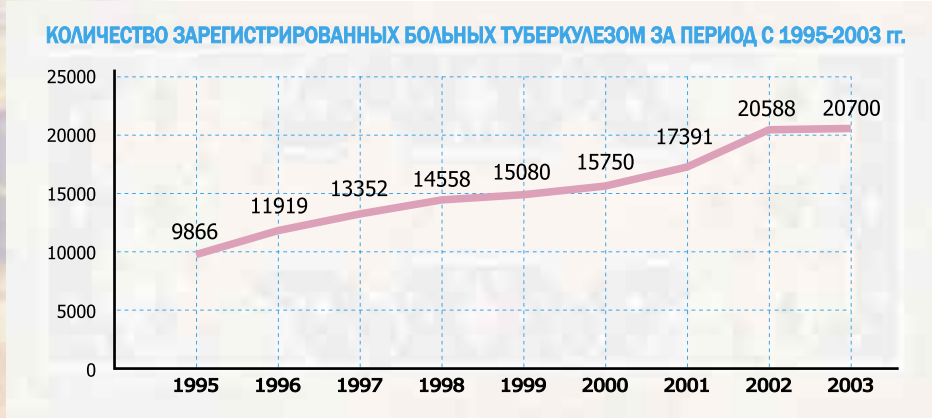
Источник: Глобальный отчет ВОЗ по контролю за ТБ, 2005 г.

Более того, имеются свидетельства широкого распространения разновидности туберкулеза, устойчивой к лекарственным препаратам, что является серьезным фактором роста вероятности смертельных исходов. По данным проведенного в Каракалпакстане исследования, такая разновидность ту-

беркулеза составляет 27% из всех выявленных в регионе случаев. Это один из самых высоких показателей в мире[30].

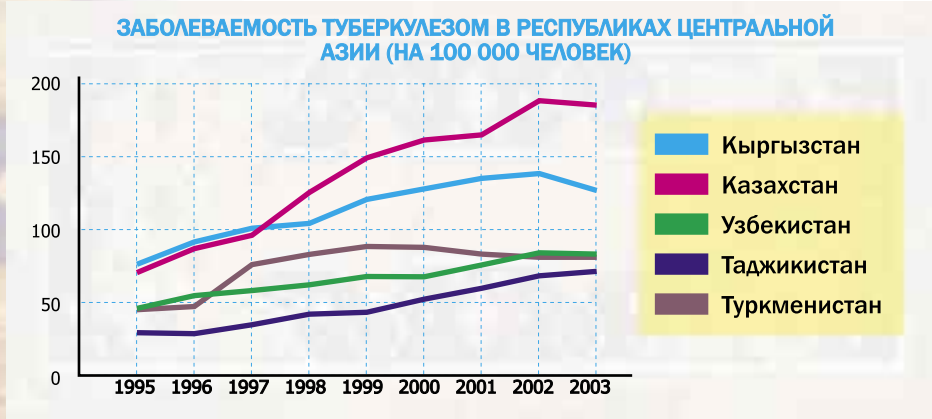
Основные проблемы и причины

В отличие от многих других стран, туберкулез в Узбекистане имеет свою специфику и в основном поражает подростков, молодых людей и женщин детородного возраста. В 1999-2003 гг. уровень заболеваемости в этих группах вырос на 23%.



Источник: Министерство здравоохранения , 2004 г.

В регионе Аральского моря, являющемся зоной экологического бедствия, наблюдается наивысший уровень заболеваемости туберкулезом. Больше страдают туберкулезом также жители тех регионов, где выращивается хлопок, поскольку иммунитет местного населения был подорван широким применением пестицидов[31]. Факторы риска заболевания туберкулезом включают: ВИЧ-инфекцию, низкий социально-экономический статус, алкоголизм, бездомность, перенаселенность, заболевания, ослабляющие иммунную систему, и миграцию. За период с 1999 по 2003 гг. уровень смертности от туберкулеза в Каракалпакстане повысился на 34%, а в 2004 г. он был в два раза выше среднего показателя по стране.



[30] Программа расширения противодействия туберкулезу в Узбекистане (2005-2009 гг.), сфокусированная на уязвимых группах населения, Предложение ГФСТМ.
[31] Узбекистан не подписал Стокгольмскую конвенцию о стойких органических загрязнителях от 2001 г., которая обязывает правительства предпринимать меры по ликвидации или сокращению выбросов в окружающую среду. В советский период широко применялись пестициды. В настоящее время стоимость пестицидов ограничивает их использование.

Стратегия борьбы с туберкулезом (стратегия ДОТС)

В настоящее время наиболее эффективным методом осуществления контроля за эпидемией туберкулеза является стратегия ДОТС, рекомендованная ВОЗ как стратегия борьбы с туберкулезом. Это комплекс медицинских и административных мер, включающий 5 компонентов, направленных на создание и функционирование доступной населению программы диагностики и лечения туберкулеза, а также помогающий правильно управлять этой программой на основе отчетности, квартальной оценки эффективности выявления случаев и лечения. Стратегия ДОТС позволяет достичь высоких результатов при низких затратах, снижает частоту рецидивов у больных, предотвращает распространение и развитие лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Стратегия ДОТС вначале была внедрена в Каракалпакстане в 1998 г. Затем в Узбекистане в 2001 г. был создан Республиканский центр ДОТС. К середине 2005 г. лечение ДОТС стало доступным для 100% населения республики.

Раннее выявление туберкулеза в сочетании со своевременным и эффективным лечением должно привести к снижению распространенности заболевания. Однако, ввиду невозможности обеспечения непрерывного лечения, особенно среди малоимущих и маргинальных групп (бездомных, алкоголиков, наркоманов и др.), заболеваемость туберкулезом остается высокой и ухудшает общую ситуацию в сфере здравоохранения в стране.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Спустя пятьдесят лет после введения в практику эффективной химиотерапии туберкулез по-прежнему убивает около 2 миллионов человек в год во всем мире и, наряду со СПИДом, остается основным инфекционным заболеванием, приводящим к смерти среди взрослого населения.
- Уровень его распространения растет. С 1997 по 1999 гг. количество новых случаев туберкулеза увеличилось с 8,0 до 8,4 млн.
- При сохранении данной тенденции туберкулез будет по-прежнему оставаться одной из основных причин смертности среди взрослого населения и после 2015 г.

Малярия

Опасное для жизни паразитарное заболевание, передающееся от человека к человеку через укус самки малярийного комара, которой необходима человеческая кровь для кладки яиц.

Малярия была широко распространена в Узбекистане вплоть до середины 20-го века. Данное заболевание было взято под контроль в конце 1950-х гг. благодаря улучшению санитарных условий, развитию здравоохранения, улучшению медицинского обслуживания, осушению непроточных водоемов и химическому и биологическому уничтожению москитов. Каждый год регистрируется несколько случаев, в основном в южных регионах, граничащих с Таджикистаном, Афганистаном и Кыргызстаном: в Ферганской долине, Сурхандарьинской и Ташкентской областях. Однако с 1995 г. наметилась явная тенденция роста количества регистрируемых случаев в связи с недостаточностью мер по надзору за малярией.

Показатели заболеваемости малярией по областям (на 100 000 человек)

Регионы	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Каракалпакстан	–	0	0	–	0	0	0	0	0	0
Андижан	–	0	0	1	0	0	0	0	3	1
Бухара	1	3	1	1	0	1	0	0	0	0
Джизак	–	0	0	–	0	0	0	3	1	2
Кашкадарья	–	2	2	–	3	0	0	5	9	13
Навои	–	1	0	–	0	3	1	1	0	0
Наманган	1	1	1	2	1	3	0	1	1	3
Самарканд	–	3	1	1	2	0	1	1	0	0
Сурхандарья	3	15	22	36	51	66	40	37	35	30
Сырдарья	24	3	2	1	0	2	3	3	1	0
Ташкентская обл.	–	3	2	5	13	21	10	2	14	6
Фергана	5	14	7	10	8	20	17	8	8	3
Хорезм	–	0	0	–	0	0	0	0	0	0
город Ташкент	12	6	14	17	7	10	5	13	2	8
Всего по республике	**26**	**51**	**52**	**74**	**858**	**126**	**77**	**74**	**74**	**66**

Источник: Министерство здравоохранения, 2005.

Распространенность малярии в странах СНГ

Страны СНГ	2003		2004	
	Общее кол-во	Включая детей до 14 лет	Общее кол-во	Включая детей до 14 лет
Россия	531	51	368	31
Молдова	5	0	22	3
Армения	28	0	48	8
Украина	167	5	100	5
Казахстан	16	0	9	3
Кыргызстан	468	135	93	22
Таджикистан	4 045	1 572	2 679	996

Источник: Министерство здравоохранения, 2005.

Основные проблемы и причины

Принимая во внимание нынешнюю ситуацию с малярией в сопредельных странах – Афганистане и Таджикистане – и высокий риск возобновления путей передачи инфекции в этом регионе, Министерство здравоохранения усилило надзор за малярией. Согласно Глобальному отчету о малярии от 2005 г., с середины 1990-х гг. количество случаев малярии, произошедших вследствие завоза инфекции, росло: с 21 случая в 1994 г. до 80 в 2000 г. В 2001 г. было зарегистрировано всего 225 случаев заболевания, 53 из которых произошли в результате завоза инфекции[32]. С учетом дальнейшего ухудшения ситуации в Кыргызстане, имеется реальная угроза того, что малярия может стать проблемой и для Узбекистана.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Каждый год малярией заболевает 500 миллионов человек – около 10% всего населения в мире, и более 1 миллиона умирает.
- Многие исследователи опасаются, что ситуация может еще ухудшиться под воздействием экологических изменений, общественных беспорядков, роста населения, возросшего числа путешествий и повышения устойчивости малярии к лекарственным препаратам, а ее переносчиков – к инсектицидам.
- Тем не менее, появились новые методы контроля за малярией; растущая международная информированность способствует увеличению ресурсов для проведения исследований и осуществления контроля.

Источник: Доклад о развитии человека, 2003.

Что делается для снижения заболеваемости туберкулезом и малярией?

1. Действует Закон «О защите населения от туберкулеза» (2001 г).
2. Реализуется Стратегическая программа по профилактике и снижению заболеваемости туберкулезом (2004-2008 гг.).
3. Осуществляется стратегическая программа по профилактике и искоренению малярии (2004-2008 гг.).
4. Получены гранты Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией.
5. Препринимаются совместные усилия ООН по реализации проектов, направленных на профилактику туберкулеза и малярии.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Повышение осведомленности населения о профилактике туберкулеза и малярии.
- Систематизированное и постоянное осуществление профилактических мер по предупреждению распространения туберкулеза.
- Оснащение лабораторно-диагностическим оборудованием, реактивами, лекарственными препаратами, средствами передвижения и связи для борьбы с малярией.
- Подготовка специалистов по вопросам профилактики раннего выявления и лечения туберкулеза и малярии.

Источник: Государственные программы.

[32] Глобальный отчет по малярии, 2005.

Обеспечение экологической устойчивости

Интегрирование принципов устойчивого развития в политику и программы государства и обращение вспять процесса утраты природных ресурсов к 2015 г.

Устойчивое развитие – это прогресс в интересах настоящего, который не подвергает риску обеспечение потребностей будущих поколений.[33]

Задача №9: **Интегрирование принципов устойчивого развития в политику и программы государства и обращение вспять процесса утраты природных ресурсов к 2015 г.**

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Устойчивое развитие предполагает совершенствование методов управления использования природных ресурсов с целью сохранения их богатства и целостности. Оно также подразумевает более комплексный подход к проблемам человеческого развития и охватывает такие важные сферы, как сокращение бедности, улучшение здравоохранения, обеспечение сбалансированного питания и расширение возможностей трудоустройства.

Состояние окружающей среды перед обретением независимости

Как и многим странам на пост-советском пространстве, Узбекистану досталось ужасное экологическое наследие. Сброс токсичных отходов в реки и озера, а также плохо спроектированные места складирования и захоронения отходов были весьма распространены в течение десятилетий. Загрязнение воздуха воспринималось как неизбежная плата за индустриализацию. Горная промышленность была ресурсорасточительной и загрязняющей. В сельском хозяйстве неэффективно использовались водные ресурсы, применялось чрезмерное количество химикатов. Экстенсивное развитие отрасли разрушало биологическое разнообразие. Усилия Правительства Узбекистана по созданию нового национального законодательства с целью придания большей устойчивости развитию достойны самой высокой оценки. Были выработаны стратегии по усилению защиты окружающей среды, созданию систем управления использования природных ресурсов и разработке комплексной природоохранной политики.

Загрязнение воды

Проблемы, связанные с водой, являются наиболее актуальными и сложными. Главные среди них – это нехватка воды, засоление орошаемых земель и снижение качества питьевой воды. Сельское хозяйство, городская система канализации и промышленность (в особенности горная, металлургическая и химическая) являются главными источниками загрязнения воды в Узбекистане. С обретением независимости был установлен более жесткий контроль с целью постепенного сокращения объемов промышленных сточных вод, а также канализационных стоков в городских и сельских районах, которые вызывают биологическое загрязнение воды и распространение различных заболеваний.

[33] Комиссия Брунтланд.

Заражение продуктов питания

Вызывает беспокойство возможное проникновение сельскохозяйственных химикатов и пестицидов в пищевую цепь. Например, в 1970-1980-е годы в Каракалпакстане расход инсектицидов и гербицидов на один гектар составлял в среднем 21 кг, в то время как на остальной территории Советского Союза норма была 5 кг. Исследование, проведенное ВОЗ и Министерством здравоохранения, выявило, что в Каракалпакстане ряд наиболее употребляемых продуктов питания содержит высокий уровень остатков пестицидов и диоксинов. Среди проанализированных образцов самые высокие уровни заражения были обнаружены в продуктах питания с повышенным содержанием липидов, таких, как бараний и куриный жир, яйца и хлопковое масло.

Загрязнение и деградация почвы вследствие засоления

Засоленность почвы всегда представляла собой проблему в аридных регионах Узбекистана, но не ограничивалась этими регионами; воздействие данной экологической проблемы на социально-экономическое развитие ощущается по всей стране. Уровень засоления орошаемых земель в Узбекистане увеличился с 48% в 1990 году до 65% в 2000 году. Засоление почвы, в первую очередь, является следствием несоответствующих методов ирригации и землеустройства.

Существуют две основные причины загрязнения и деградации орошаемых земель. Первая заключается в отсутствии практики севооборота – каждый год одни и те же участки земли используются для возделывания хлопчатника и зерновых. Вторая причина связана с плохим состоянием оросительной системы вследствие неэффективного потребления воды, недостаточного количества дренажных систем и сброса дренажных и канализационных вод в реки и озера. Неадекватные экономические стимулы также привели к неразумному и нерациональному использованию земельных и водных ресурсов.

Кроме того, наблюдается остаточное загрязнение почвы вследствие чрезмерного использования сельскохозяйственных химикатов в прошлом. Сильные ветры, неумеренное орошение, возделывание культур на склонах и распространенность потрав пастбищ привели к эрозии почв. Средний показатель качества почвы на орошаемых землях в 2003 году составлял 55 в сравнении с 58 в 1991 году. Такая деградация природных ресурсов страны приводит не только к увеличению материальных расходов, но также к неблагоприятному воздействию на здоровье местного населения.

Загрязнение воздуха и выбросы

Загрязнение воздуха в крупных городах является одной из основных проблем, стоящих перед Узбекистаном. Несмотря на общую тенденцию снижения объемов выбросов загрязняющих веществ, уровень загрязнения атмосферного воздуха по отдельным загрязняющим веществам в некоторых больших городах превышает предельно допустимые концентрации. В 2003 году в атмосферу было выброшено более 2 000 000 тонн загрязняющих веществ по сравнению с 3 800 000 тоннами в 1991 году. В 2000 году объем

выбросов парниковых газов в Узбекистане составил 170 миллионов тонн по сравнению со 164 миллионами тонн в 1991 году. Использование озоноразрушающих веществ сократилось с 3,03 тонн в 1991 году до 2,3 тонн в 2003 году[34] в результате мер, предпринятых Правительством в соответствии с Монреальским протоколом.

Сокращение биоразнообразия

Пустыни и степи занимают большую часть Узбекистана, однако также существуют горные леса, луга и высокогорные зоны. Леса занимают только 5,3% территории страны. Утрата среды обитания, конкуренция с домашним скотом вкупе с некоторыми видами человеческой деятельности, как браконьерство, являются главными причинами потери биологического разнообразия.

Вырубка леса, распространенность потрав пастбищ и расчистка новых территорий под земледелие, а также загрязнение и большой перерасход воды – основные причины утраты среды обитания. Это, в свою очередь, ведет к утрате важных природных экологических функций, таких, как стабилизация климата и влагоудержание. Степень биоразнообразия является важным показателем состояния природных земель, водохозяйственных систем и общей экологической ситуации в стране.

Существующая система охраняемых территорий включает в себя девять заповедников, два национальных парка и целый ряд временных/сезонных резерватов. В настоящее время 301 растение и 184 животных занесены в Красную книгу Узбекистана (изданную в 1998 и 2003 годах). Предыдущее издание Красной книги (1983 год) включает в себя 163 растения и 63 животных. В 2006 году планируется переиздание Красной книги, где виды растений составят 305, а число видов животных останется неизменным.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Ежедневно в мире производится около 6 миллионов тонн бытовых отходов.
- Деградация земли затронула почти 2 миллиарда гектаров территорий и ухудшила материальное положение около 1 миллиарда человек во всем мире.
- Большое количество бедного населения, особенно в сельских районах, сталкивается с отсутствием качественных источников воды и элементарных санитарных условий. В Центральной Азии доступ бедного сельского населения к водопроводной воде крайне ограничен, в то время как доступ к ней в городских районах достигает почти 100%.
- Одним из источников экологической опасности в Центральной Азии являются радиоактивные отходы урановой руды, накопленные в советский период. Хранилища отходов расположены в районе реки Майлу-суу в Кыргызской Республике, граничащей с Ферганской долиной Узбекистана.

Промышленные и городские отходы

Твердые и жидкие отходы представляют собой острую проблему в Узбекистане, оказывающую негативное воздействие на все общество в целом. Согласно данным Экономической комиссии ООН для Европы[35], объем городских твердых отходов составляет 240 кг в год на душу населения. Поскольку существует всего несколько предприятий по вторичному использованию и переработке городских отходов, практически весь их объем скапливается на свалках. В настоящее

[34] Госкомитет по охране природы , 2004.
[35] Обзор деятельности по охране окружающей среды: Узбекистан, 2001.

время в Узбекистане насчитывается около 160 свалок и захоронений городских твердых отходов, на которые, по оценкам, ежегодно вывозится 30 миллионов кубометров мусора. По оценке Ташкентского научно-исследовательского института «Водгео», из 10 миллионов тонн промышленных отходов, производимых ежегодно, около 1 000 тонн являются крайне опасными (первый класс токсичности). Однако «Водгео» признает, что только 500 крупных из почти 32 000 действующих промышленных предприятий предоставили отчеты, и их отходы составляют лишь 5% от общего объема производимых в стране промышленных отходов. Закон «Об отходах» был принят в 2002 году, и его более широкое применение должно улучшить ситуацию. В целях решения проблемы сбора, утилизации и переработки отходов при содействии ПРООН, разработана Национальная стратегия Республики Узбекистан по управлению отходами.

Регион Аральского моря

Нерациональная практика орошения в бассейне Аральского моря в течение последних 40 лет привела к сокращению площади Аральского моря, некогда бывшего четвертым по величине внутриматериковым озером в мире. Нынешний объем воды в Арале составляет около 15% от первоначального, и уровень моря упал на 23 метра. В результате обнажилось более 50 000 квадратных километров крайне засоленного морского дна.

Данная экологическая катастрофа подорвала саму основу жизни в бассейне Аральского моря и привела к хронической нехватке чистой воды, росту респираторных и почечных заболеваний, анемии и к генетическому ослаблению, ухудшению материнского и детского здоровья. Солевые и пылевые бури, зарождающиеся на поверхности обнаженной площади моря, уничтожают урожаи и растительность. Огромный экономический ущерб отмечается в рыболовстве, охотничьих хозяйствах, а также является результатом снижения продуктивности пастбищ и урожайности возделываемых культур. Многие местные жители переехали из этих районов в поисках лучших условий жизни.

Что делается для обеспечения экологической устойчивости?

Правительство Узбекистана разработало и приняло ряд стратегических документов для решения экологических проблем. Среди них:

1) Национальный план действий по гигиене окружающей среды Республики Узбекистан, 1995 г.;
2) Национальная стратегия и План действий по сохранению биологического разнообразия, 1998 г.;
3) Национальная программа действий по борьбе с засухой и опустыниванием, 1999 г.;
4) Национальная программа действий по охране окружающей среды на 1999-2005 гг.;
5) Государственная программа защиты окружающей среды и рационального использования природных ресурсов на 1999-2005 гг.;
6) Указ Президента «О важнейших направлениях углубления реформ в сельском хозяйстве», 2003 г.;
7) Программа мониторинга окружающей природной среды Республики Узбекистан на 2003-2005 годы;

8) Мероприятия по реализации Программы действий по охране окружающей среды Республики Узбекистан на 2006-2010 годы;

Кроме того, разработан проект Стратегии обеспечения экологической безопасности Республики Узбекистан. Планируется разработка Национальной стратегии по источникам возобновляемой энергии.

Позитивным шагом также является разработанная недавно Государственным комитетом по охране природы Система экологической информации (UZ-EIMS), включающая 91 экологический индикатор. Эта система будет исключительно полезной при мониторинге достижений национальных целей в рамках ЦРТ.[36] Внедрение системы мониторинга окружающей природной среды позволит усилить национальный потенциал в принятии управленческих решений в области охраны окружающей среды и здоровья населения.

Через ряд проектов система агентств ООН оказывает поддержку усилиям Узбекистана, направленным на эффективное управление использования и охрану окружающей среды в целях устойчивого развития природных ресурсов.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Обеспечение выполнения обязательств по многосторонним соглашениям в области охраны окружающей среды.
- Совершенствование управления использования природных ресурсов при одновременном повышении уровня жизни.
- Улучшение общей ситуации в области охраны окружающей среды и, как результат, в сфере здравоохранения.
- Создание эффективной системы экологического мониторинга на основе выбранных индикаторов.
- Разработка стратегий и планов действий, направленных на достижение эффективного управления отходами и использование возобновляемых источников энергии.
- Повышение осведомленности населения о непосредственной связи между состоянием окружающей среды и развитием.
- Включение проблем охраны окружающей среды в планы развития.
- Установление мер наказания для предприятий, загрязняющих окружающую среду, и направление собранных в результате средств на осуществление экологических программ.
- Обеспечение выполнения «Мероприятий по реализации Программы действий по охране окружающей среды Республики Узбекистан на 2006-2010 годы».
- Определение потенциала и выполнение Национального Плана Действий по развитию потенциала для совместного выполнения глобальных экологических Конвенций: об изменении климата; по борьбе с опустыниванием; о биологическом разнообразии.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

[36] Эта база данных размещена на сайте http://eis.nature.uz

Увеличение доли городского и сельского населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде и условиям санитарии, к 2015 году.

Задача №10: **Увеличение доли городского и сельского населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде и условиям санитарии, к 2015 году.**

Может ли Узбекистан выполнить эту задачу?

СКОРЕЕ ВСЕГО; ВЕРОЯТНО; МАЛОВЕРОЯТНО; НЕТ ДАННЫХ

Безопасная вода – это чистая вода, которая используется для питья и купания. Сюда входят как очищенные поверхностные воды, так и не очищенные, но незагрязненные – из родников, санитарно защищенных колодцев и скважин. Безопасность воды зависит от содержащихся в ней химических веществ и биологических материалов. Если проба воды отвечает национальным стандартам по содержанию минералов и бактерий, то такая вода считается безопасной для питья.

Доступ к безопасной питьевой воде

Обеспечение доступа к безопасной питьевой воде является одной из самых приоритетных задач в Узбекистане. Основными факторами, влияющими на снабжение питьевой водой и ее качество, являются:

- устаревшее оборудование для фильтрации воды;
- финансовые затруднения;
- недостатки инфраструктуры в сельских районах;
- низкий уровень осведомленности населения об экологических преимуществах использования питьевой воды.

Сегодня финансовая и техническая ответственность как за городское, так и за сельское водоснабжение, возложена на местные органы власти. Однако они зачастую не имеют средств или материальных стимулов для поддержания и совершенствования инфраструктуры. Это особенно характерно для сельских районов, которые не в состоянии полностью оплачивать услуги по очистке воды.

Правительство приняло и выполняет Программу обеспечения централизованного водоснабжения сельских населенных пунктов Каракалпакстана и других регионов, рассчитанную на 2003-2005 гг., и Программу обеспечения отдаленных и малонаселенных сельских населенных пунктов альтернативными источниками водоснабжения на 2003-2009 гг. Предполагается, что их выполнение позволит обеспечить 2323 населенных пункта централизованным водоснабжением, а

949 населенных пунктов - альтернативными источниками водоснабжения.

В некоторых регионах Узбекистана, например, в Бухарской, Джизакской, Кашкадарьинской, Навоийской, Ферганской, Наманганской, Хорезмской областях и Каракалпакстане, существуют большие различия в доступе городского и сельского населения к питьевой воде. Доля ее потребителей в городах высока и составляет от 83% до 95%. В сельской местности этот показатель колеблется от 32% в Каракалпакстане до 88% в Джизакской области. В среднем 6% городского населения не имеют доступа к безопасной питьевой воде; в сельских районах эта цифра возрастает до 21%.

Источник: Постановление Кабинета Министров РУз. №.405 от 17 сентября 2003 г.

Совершенствование системы управления водными ресурсами и реформа сельского хозяйства являются ключом к улучшению окружающей среды в сельских районах. Дети, женщины и малообеспеченные представляют собой наиболее уязвимые слои населения. Дети – вследствие продолжающегося процесса роста, женщины – из-за своего неблагоприятного социального положения и биологической значимости выполняемой ими детородной функции, а малообеспеченные – вследствие неспособности получить доступ к качественному здравоохранению и полноценному питанию. Расширение доступа к безопасной питьевой воде и условиям санитарии имеет прямое отношение к качеству повседневной жизни населения и создает дополнительный экономический потенциал для борьбы с бедностью, способствуя, таким образом, достижению всех Целей Развития Тысячелетия.

Доступ к условиям санитарии

Уровень доступа к условиям санитарии в Узбекистане тесно связан с тенденциями в сфере питьевого водоснабжения: согласно данным Го-

сударственного комитета по охране природы, 38% городского и 3-5% сельского населения имеют доступ к централизованным санитарным условиям.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО

- Согласно прогнозам шведского гидролога Малина Фалкенмарка (Malin Falkenmark), к 2015 году 54 страны с населением 4 миллиарда человек - или 40% от ожидаемой численности населения мира в 9,4 миллиарда человек – столкнутся с острой проблемой нехватки воды.
- В настоящее время один человек из шести не имеет доступа к чистой питьевой воде, а один из трех - к условиям санитарии.
- Каждые 15 секунд в мире один ребенок умирает от болезней, главным образом вызванных плохими условиями санитарии и загрязненной водой.
- В то же время, в некоторых странах молодые девушки не посещают школу из-за того, что должны помогать своим матерям доставлять воду из источников, находящихся за многие километры от дома.
- Доступ к воде и санитарии существенно улучшит бытовые условия жизни, обеспечит расширение прав и возможностей женщин и равенство в образовании. Обеспечение доступа к чистой воде может способствовать искоренению бедности и голода.

Что делается для обеспечения населения питьевой водой?

Правительство Узбекистана разработало и приняло ряд стратегических документов, направленных на решение экологических проблем. Среди них:

а) Национальный план действий по охране окружающей среды;
б) Государственная программа обеспечения сельского населения питьевой водой и природным газом на период 2000-2010 гг.

Кроме того, в стадии разработки находится Национальная программа и план действий по управлению отходами.

Активную поддержку Узбекистану в улучшении управления водными ресурсами оказывают агентства системы ООН и другие донорские организации.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

- Выполнение Государственной программы обеспечения сельского населения питьевой водой и природным газом на период 2000-2010.
- Совершенствование национальной стратегии в выполнении Плана действий по расширению доступа к санитарии.
- Обеспечение рационального и бережного использования водных ресурсов и предотвращения загрязнения воды.

Источник: Государственные программы и П-ДСПБ.

Узбекистан и глобальное партнерство в целях развития

Успех в достижении глобальных ЦРТ главным образом зависит от действий, предпринимаемых каждой развивающейся страной. Цель №8 объявляет необходимость совместных усилий по повышению темпов экономического развития и сокращению бедности и обязывает богатые страны содействовать развивающимся в создании такой среды, которая сделает возможным и ускорит устойчивое развитие. Эта цель предусматривает создание более открытой и благоприятной для развивающихся стран торговой и финансовой системы, более щедрую помощь и списание долгов странам, взявшим на себя обязательства по сокращению бедности.

В период между 1960 и 2001 гг. объем помощи, оказываемой крупнейшими странами-донорами в рамках программы Официальной помощи развитию (ОПР), сократился по всему миру с 0,5% валового национального дохода (ВНД) до 0,22%. Для обращения вспять этой тенденции на международной конференции ООН по вопросам финансирования в целях развития, проведенной в г. Монтеррей (Мексика) в марте 2001 г., страны с высоким уровнем доходов приняли на себя обязательства увеличить к 2006 году объем помощи в рамках ОПР в среднем до 0,26% ВНД.

В этом году Доклад ООН «Инвестиции в развитие» рекомендует международному сообществу присвоить значительному числу стран с низким уровнем дохода, где имеется прогресс в совершенствовании системы управления, «статус ускоренного развития» с целью массивного увеличения объема предоставляемой помощи. Предполагаемый объем совокупной Официальной помощи развитию, необходимой для достижения целей, составит 135 млрд. долларов США в 2006 году и увеличится до 195 млрд. долларов США в 2015 году. ООН поставила задачу довести к 2015 году объем помощи развивающимся странам до 0,7% валового национального дохода для оказания содействия в достижении ЦРТ, а также других приоритетных целей развития.

Для перевода решения задач ЦРТ в практическую плоскость требуется определить их контуры на национальном уровне. Чтобы работа была эффективной, необходимо сформулировать Повестку дня страны, предполагающую совместные усилия государства и гражданского общества в достижении этих целей. Как и для многих развивающихся стран, основным стратегическим средством и механизмом исполнения достижения ЦРТ в Узбекистане является Стратегия повышения благосостояния населения. Эффективность таких стратегий зачастую усиливается принятием обязательств по выделению финансовых ресурсов, необходимых для достижения средне- и долгосрочных целей, путем использования среднесрочного планирования расходов в рамках жестких бюджетных ограничений по секторам.

Управление и координация помощи в Узбекистане

Согласно официальной оценке, в 2004 году в Узбекистане зарегистрированы рекордно высокие темпы роста ВВП за время после обретения независимости, которые составили 7,7%. Правительство признает, что для ограничения масштабов бедности необходимо поддерживать высокие темпы роста ВВП путем проведения структурных реформ и внесения дополнительных изменений в процесс обеспечения человеческого развития и систему социальной защиты. В разработанном Промежуточном документе по стратегии повышения благосостояния населения поставлены конкретные задачи, достижение которых главным образом зависит от реальной оценки необходимых финансовых

ресурсов, правильного выбора приоритетов их использования и эффективного управления. В рамках разработки Стратегии повышения благосостояния населения (СПБН) будет проведена оценка бюджетных затрат, необходимых для ее выполнения. Оценка затрат станет, в свою очередь, основой для оценки потребности во внешнем содействии в целях поддержки СПБН, которое будет заключаться в реализации более востребованных проектов, осуществляемых донорами. Таким образом, проведение оценки будет способствовать развитию диалога между Правительством и международным донорским сообществом, а также увеличению вкладов доноров в приоритетные сферы развития, которые нуждаются в привлечении средств внешнего содействия.

Чтобы достичь вышеназванных целей, необходимо формирование потенциала и платформы для координации и управления средствами внешнего содействия, объем которых будет удовлетворять потребности Правительства, донорского сообщества, гражданского общества, бенефициариев и других заинтересованных сторон. Инструмент такой платформы, которая обеспечит наличие прозрачной, интерактивной и своевременной информации для результативного управления и координации внешнего содействия, может быть создан и эффективно задействован на основе использования информационно-коммуникационных технологий и Интернета. Взаимодействие будет включать в себя регулярные встречи по вопросам координации технической помощи, подготовку соответствующих аналитических отчетов, сбор информации и размещение ее в Интернете, поддержку интереса к данной теме с помощью проведения интерактивных дискуссий. Свободный доступ к этой электронной базе позволит пользователям участвовать в создании широкого спектра отчетов, графиков и данных, а также фильтровать их по географическому принципу.

Официальная помощь развитию со стороны группы доноров

Из общего объема кредитов и грантов, по которым были предоставлены обязательства в 2004 году, 54,9% были выделены международными финансовыми институтами, 43,4% – двусторонними партнерами и 1,7% – ННО. АБР, МБРР и Международная ассоциация развития лидировали в предоставлении помощи Узбекистану со стороны многосторонних партнеров по развитию, а основным двусторонним партнером был Kreditanstalt fur Wiederaufbau.

Источник: Помощь развитию Узбекистана, 2005.

Займы составляют 72% от всего объема обязательств в рамках ОПР в 2004 году, а гранты технической помощи – 28%.

Техническая помощь

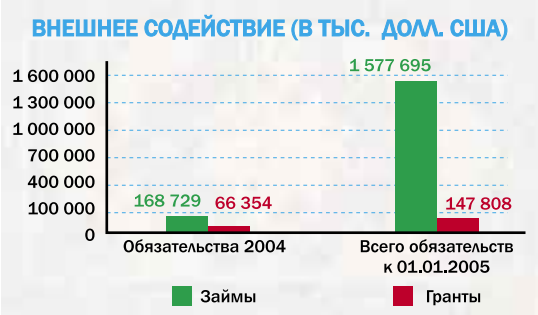
Распределение выделенной помощи по секторам наглядно показывает, что улучшение качества жизни остается приоритетной областью для оказания помощи. Сектор социального развития, здравоохранение, образование и

наука получили более 60% общего объема технической помощи в 2004 году. Ассигнования на экономическое развитие превысили 17%. Компонент управления, включающий развитие демократии и соблюдение прав человека, получил 10,5% общей технической помощи. Охрана окружающей среды также находилась в числе приоритетных сфер для получения внешней помощи, на нее было выделено более 6% общего объема грантов.

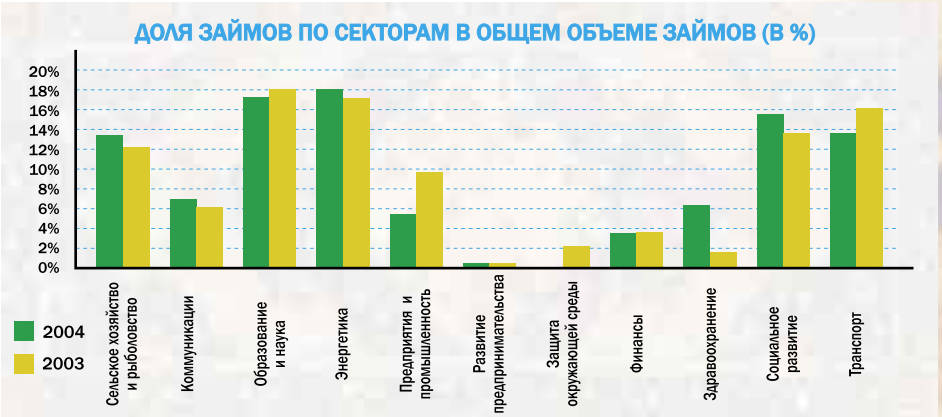
Источник: Сводка проектов внешней помощи по секторам. Отчет за 2004-2005. Помощь развитию Узбекистана. «Прочие» включают в себя торговлю и коммерцию, природные ресурсы, связь и СМИ, финансы и энергию.

Займы

Приоритетные секторы экономики Узбекистана, развитие и усиление которых будет способствовать общему развитию страны (сельское хозяйство, энергетика, транспорт и промышленность), оставались в центре внимания партнеров по развитию. По состоянию на 2004 год, 61% займов был выделен на экономическое развитие, а ассигнования на сектор социального развития, здравоохранение и образование составили 39%.



Источник: Сводка активных обязательств (займы и гранты). Отчет за 2004-2005. Помощь развитию Узбекистана.



Источник: Сводка проектов внешней помощи по секторам. Отчет за 2004-2005. Помощь развитию Узбекистана.

Реализация Целей Развития Тысячелетия в Узбекистане

Цели/Задачи	Сможем ли мы достичь цели?				Благоприятствующие факторы			
	Скорее всего	Возможно	Вряд ли	Нет данных	Сильные	Значительные	Слабые, но улучшающиеся	Слабые
Малообеспеченность и недоедание Сокращение малообеспеченности вдвое к 2015 г.		X					X	
Качество образования Повышение качества начального и общего среднего образования к 2015 году.	X					X		
Гендерное равенство Достижение гендерного равенства в системе начального, среднего и профессионального образования к 2005 г.	ВЫПОЛНЕНО					X		
Достижение гендерного баланса в высшем образовании к 2015 г.	X							
Детская смертность Сокращение на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет к 2015 г.		X				X		
Материнское здоровье Сокращение на одну треть материнской смертности к 2015 г.		X				X		
ВИЧ/СПИД Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости им к 2015 г.			X				X	
Туберкулез и малярия Остановить распространение туберкулеза и малярии и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости ими к 2015 г.		X				X		
Экологическая устойчивость Обращение вспять процесса утраты природных ресурсов к 2015 г.		X				X		
Увеличение доли населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде и условиям санитарии, к 2015 г.								

Мониторинг и отчетность по Целям Развития Тысячелетия

Цель	Сбор информации			Качество собранной информации			Ститистический анализ			Использование статистики при разработке политики			Мониторинг и оценка		
	Высокие	Средние	Слабые	Высокие	Средние	Слабые	Высокие	Средние	Слабые	Высокие	Средние	Слабые	Высокие	Средние	Слабые
Малообеспеченность и недоедание			X		X			X			X			X	
Качественное начальное и среднее образование		X			X				X		X			X	
Равенство женщин и мужчин			X			X		X				X			X
Детская смертность		X			X			X			X			X	
Материнское здоровье		X			X				X			X		X	
ВИЧ/СПИД			X			X			X			X			X
Малярия		X			X			X				X		X	
Туберкулез		X			X			X				X		X	
Экологическая устойчивость		X			X			X			X				X

СПИСОК НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Цель 1

• Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг.

Цель 2

• Закон РУз. № 464-I «Об образовании», 1997 г.
• Национальная программа по подготовке кадров, 1997 г.
• Национальный план действий «Образование для всех», 2002 г.
• Государственная общенациональная программа развития школьного образования на 2004-2009 гг.

Цель 3

• Указ Президента РУз. № УП-1084 «О мерах по повышению роли женщин в государственном и общественном строительстве Республики Узбекистан», 1995 г.
• Пекинская платформа действий, 1998 г.
• Указ Президента РУз. № УП-2246 «О дополнительных мерах по усилению социальной защиты женщин», 1999 г.
• Закон РУз. № 760- I «О дополнительных льготах женщинам», 1999 г.
• КЛДОЖ, Национальный план действий, 2001 г.
• Указ Президента РУз. № УП-3434 «О дополнительных мерах по поддержке деятельности Комитета женщин Узбекистана», 2004 г.
• Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг.

Цели 4 и 5

• Указ Президента РУз. № УП-2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения РУз.», 1998 г.
• Постановление Кабинета Министров РУз. № 46 о государственной программе «Здоровое поколение», 2000 г.
• Государственная программа «Год матери и ребенка», 2001 г.
• Постановление Кабинета Министров РУз. № 32 «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения», 2002 г.
• Постановление Кабинета Министров РУз. № 242 «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождения и воспитания здорового поколения», 2002 г.
• Указ Президента РУз. № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения», 2003 г.
• Постановление Кабинета Министров РУз. № 195 «О мерах по развитию Государственной системы Скрининг матери и ребенка», 2004 г.
• Постановление Кабинета Министров РУз. в № 30 «О государственной программе «Год здоровья», 2005 г.

Цель 6

• Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг.
• Закон РУз. № 816-I «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодифицита человека (ВИЧ-инфекции)», 1999 г.
• Стратегическая программа противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан на 2003-2006 гг.
• Закон РУз. № 215-II «О защите населения от туберкулёза», 2001 г.
• Стратегическая программа по профилактике и снижению заболеваемости туберкулёзом в Узбекистане на 2004-2008 гг.
• Стратегическая программа по профилактике и ликвидации заболеванием малярией на 2004-2008 гг.

Цель 7

• Национальная программа действий по охране окружающей среды РУз на 1999-2005 гг., 1999 г.
• Государственная программа защиты окружающей среды и рационального использования природных ресурсов на 1999-2005 гг.
• Национальная стратегия и план действий РУз по сохранению биологического разнообразия, 1998 г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (материалы).

«Здоровье для всех», база данных, Региональный офис Всемирной организации здравоохранения в Европе.

Инвестиции в развитие: практический план достижения Целей Развития Тысячелетия, ООН, 2005.

Ключевые характеристики страны, Узбекистан, Всемирный доклад по проблемам малярии, 2005.

«Люди и планета», июнь 2004, www.peopleandplanet.net

Медико-демографическое обследование, Институт акушерства и гинекологии Узбекистана, Macro International Inc., 1996, Калвертон, Мэрилэнд, США.

Мульти-индикаторное кластерное обследование, ЮНИСЕФ 2000, Узбекистан.

Обзор расходов на государственные нужды, Всемирный банк, 2005.

Оценка уровня жизни, Всемирный банк, 2003.

Перспективы окружающей среды и здравоохранения, том 111, №. 10 август 2003, «Оценка риска заражения пищевых продуктов некоторыми стойкими органическими загрязнителями в Республике Каракалпакстан».

Проект по усилению базового образования ЮСАИД PEAKS. Доклад об информационной системе управления образованием на уровне сообщества. Ташкент, 2004.

Окружающая среда в странах Центральной Азии с переходной экономикой, АБР, 1997.

Общая оценка страны, Представительство ООН в Узбекистане, 2003.

Обзор экологических характеристик для Узбекистана, 2001, ЕЭК, ООН.

Обследование состояния здоровья в Узбекистане на 2002 г., Министерство здравоохранения РУз. и Институт акушерства и гинекологии, Macro International Inc., 2004, Калвертон, Мэрилэнд, США.

Обследование состояния здоровья в Узбекистане на 1996 г., Министерство здравоохранения РУз. и Институт акушерства и гинекологии, Macro International Inc., 2004, Калвертон, Мэрилэнд, США.

Сборник правовых документов по вопросам охраны материнства и детства, Министерство юстиции Республики Узбекистан, 2004.

Страновой анализ воздействия на окружающую среду, Проект доклада для Узбекистана, представленный на обсуждение, АБР 2004.

Связь макроэкономической политики с сокращением масштабов бедности в Узбекистане, ПРООН и Центр экономических исследований Узбекистана, 2003.

«Спасите детей», доклад ЮНИСЕФ, 2004.

Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии, http://www.un.kz/img/docs/en/635.pdf

Международные Конференции и Всемирные саммиты

Всемирный Саммит тысячелетия +5
Нью Йорк, США, 2005 г.

Основные темы: Осуществление Декларации Тысячелетия ООН

Парижский форум на высшем уровне
Париж, Франция, 2005 г.

Основные темы: Гармонизация и регулировка экономической помощи развивающимся странам

Итоговые документы: Парижская Декларация по повышению эффективности внешней помощи

Конференция «Пекин +10»
Нью Йорк, США, 2005 г.

Основные темы: Осуществление Пекинской Платформы Действий

Итоговые документы: Комиссия по положению женщин (окончательный доклад)

Всемирный Саммит по созданию информационного общества
Женева, Швейцария, 2003 г.

Основные темы: Информационное общество для всех

Итоговые документы: Декларация о принципах и План Действий

Всемирный Саммит по устойчивому развитию
Йоханнесбург, Южная Африка, 2002 г.

Основные темы: Устойчивое развитие

Итоговые документы: Доклад Всемирного саммита по устойчивому развитию

Международная конференция по финансированию в целях развития
Монтеррей, Мексика, 2002 г.

Основные темы: Ключевые вопросы по развитию и финансированию

Итоговые документы: Монтеррейское соглашение

Всемирная конференция по борьбе против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и относящихся к ней нетерпимостей
Дурбан, Южная Африка, 2001 г.

Основные темы: Вопросы дискриминации

Итоговые документы: Дурбанская Декларация и Программа Действий

Саммит тысячелетия ООН
Нью Йорк, США, 2000 г.

Основные темы: Роль ООН в XXI веке и Цели развития в новом тысячелетии

Итоговые документы: Декларация Тысячелетия

Всемирный Саммит по вопросам продовольствия
Рим, Италия, 1996 г.

Основные темы: Продовольственная безопасность для всех

Итоговые документы: Римская декларация по продовольственной безопасности и План Действий

IV-я Всемирная конференция по вопросам женщин
Пекин, Китай, Сентябрь, 1995 г.

Основные темы:	Содействие равноправному и активному участию женщин в политической и социально-экономической жизни страны
Итоговые документы:	Пекинская Декларация и Платформа Действий

Всемирный Саммит по социальному развитию
Копенгаген, Дания, Март, 1995 г.

Основные темы:	Искоренение нищеты, расширение продуктивной занятости, снижение безработицы и социальная интеграция
Итоговые документы:	Декларация о социальном развитии и Программа Действий

Международная конференция по вопросам народонаселения и развития
Каир, Египет, Сентябрь, 1994 г.

Основные темы:	Народонаселение, устойчивый экономический рост и устойчивое развитие
Итоговые документы:	Программа Действий

Всемирная конференция по правам человека
Вена, Австрия, Июнь 1993 г.

Основные темы:	Пропаганда и защита прав человека. Взаимосвязь между развитием, демократией и правами человека
Итоговые документы:	Венская Декларация и Программа Действий

Конференция ООН по вопросам окружающей среды и развития
Рио-де-Жанейро, Бразилия, Июнь, 1992 г.

Основные темы:	Объединение усилий для охраны окружающей среды и развития
Итоговые документы:	Декларация Рио о принципах устойчивого развития, Повестка-21; Конвенция ООН по биологическому разнообразию; Рамочная конвенция ООН по изменению климата; Определение принципов лесных зон.

Всемирный Саммит по вопросам детей
Нью Йорк, США, Сентябрь, 1990 г.

Основные темы:	Цели по охране здоровья детей, улучшению питания, образованию, обеспечению доступа к качественной питьевой воде и улучшению санитарных условий
Итоговые документы:	Всемирная Декларация и План Действий по выживанию, защите и развитию детей

Всемирная конференция «Образование для всех»
Йомтьен, Таиланд, Март 1990 г.

Основные темы:	Образование – одно из прав каждого человека, женщин и мужчин всех возрастов во всем мире
Итоговые документы:	Всемирная Декларация «Образование для всех» и Основа действий

Глобальные цели развития тысячелетия

Цели и задачи	Показатели прогресса в достижении целей
Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода	
Задача 1. Сократить вдвое долю населения, имеющего доход менее 1 доллара в день	**1.** Доля населения, имеющего доход менее 1 доллара в день. **2.** Коэффициент разрыва уровня бедности (масштаб X глубина бедности). **3.** Доля наименее обеспеченной квинтили по показателю национального потребления.
Задача 2. Сократить вдвое долю населения, страдающего от голода	**4.** Число детей с дефицитом веса в возрасте до 5 лет. **5.** Доля населения, рацион питания которого ниже установленного минимума потребления энергии.
Цель 2. Обеспечение всеобщего начального образования	
Задача 3. Обеспечить, чтобы у всех мальчиков и девочек была возможность получать в полном объеме начальное школьное образование	**6.** Количество детей школьного возраста. **7.** Доля первоклассников, достигших пятого класса. **8.** Уровень грамотности населения в возрасте 15-24 лет.
Цель 3. Поощрение равенства женщин и мужчин и расширение прав и возможностей женщин	
Задача 4. Ликвидировать, желательно к 2005 году, неравенство между полами в сфере начального и среднего образования, а не позднее чем к 2015 году – на всех уровнях образования	**9.** Соотношение девочек и мальчиков в начальной, неполной средней и средней школе. **10.** Соотношение грамотных девушек и юношей в возрасте 15-24 лет. **11.** Доля женщин, занятых в несельскохозяйственном секторе. **12.** Доля женщин-парламентариев.
Цель 4. Сокращение детской смертности	
Задача 5. Сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет	**13.** Смертность среди детей в возрасте до 5 лет. **14.** Смертность среди младенцев. **15.** Доля детей в возрасте 1 года, привитых от кори.
Цель 5. Улучшение материнского здоровья	
Задача 6. Снизить на три четверти коэффициент материнской смертности	**16.** Коэффициент материнской смертности. **17.** Доля родовспоможений с участием медицинских работников.
Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями	
Задача 7. Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости	**18.** Коэффициент ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин в возрасте 15-24 лет. **19.** Коэффициент использования презервативов как доля общего коэффициента использования контрацептивов. **20.** Число сирот, родители которых умерли от ВИЧ/СПИДа.
Задача 8. Остановить распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости	**22.** Доля населения, проживающего в районах, подверженных риску распространения малярии, и применяющего эффективные профилактические и лечебные противомалярийные средства. **23.** Заболеваемость и смертность, связанные с туберкулезом. **24.** Процент выявленных и вылеченных случаев заболевания туберкулезом в рамках программы DOTS.

Цель 7. Обеспечение экологической устойчивости	
Задача 9. Включить принципы устойчивого развития в страновые стратегии и программы и обратить вспять процесс утраты природных ресурсов	**25.** Процент территории с лесным покровом. **26.** Процент охраняемой территории для поддержания биоразнообразия наземной среды. **27.** Энергопотребление на 1 доллар ВВП. **28.** Выбросы двуокиси углерода (на душу населения) и потребление озонопоглощающих веществ (тонн). **29.** Доля населения, пользующегося твердым топливом.
Задача 10. Сократить вдвое долю людей, не имеющих постоянного доступа к чистой питьевой воде	**30.** Доля населения, имеющего устойчивый доступ к источнику качественной питьевой воды в городе и сельской местности.
Задача 11. К 2020 году обеспечить существенное улучшение жизни как минимум 100 миллионов обитателей трущоб	**31.** Доля городского населения, имеющего доступ к канализации. **32.** Доля семей, имеющих доступ к недвижимости, собственной или арендованной.
Цель 8. Формирование глобального партнерства в целях развития	
Задача 12. Продолжить создание открытой, регулируемой, предсказуемой и недискриминационной торговой и финансовой системы. Приверженность целям в области управления, развития и борьбы с нищетой – как на национальном, так и на международном уровне.	Для слаборазвитых стран, стран Африки, стран, не имеющих выхода к морю, и малых островных развивающихся государств мониторинг показателей ведется отдельно. **Официальная помощь в целях развития** **33.** Чистый объем ОПР, в целом и по слаборазвитым странам, в виде процента от валового национального дохода доноров ОЭСР/КПР. **34.** Доля общего объема двусторонней отраслевой ОПР доноров ОЭСР/КПР, выделяемой на развитие социального сектора (общее образование, первичная медицинская помощь, питание, чистая питьевая вода и канализация).
Задача 13. Удовлетворять особые потребности наименее развитых стран, в том числе: освобождение экспортных товаров из наименее развитых стран от тарифов и квот; расширенная программа облегчения долгового бремени бедных стран с крупной задолженностью и списание официального двустороннего долга; оказание более щедрой ОПР странам, взявшим курс на уменьшение нищеты.	**35.** Доля общего объема несвязанной двусторонней ОПР доноров ОЭСР/КПР. **36.** ОПР, полученная странами, не имеющими выхода к морю, как доля валового национального дохода этих стран. **37.** ОПР, полученная малыми островными развивающимися государствами, как доля валового национального дохода этих стран. **Доступ к рынкам** **38.** Доля общего объема беспошлинного импорта промышленно развитых стран (по стоимости и за исключением импорта оружия) из развивающихся и слаборазвитых стран. **39.** Средние тарифы, установленные промышленно развитыми странами на сельскохозяйственные товары, текстиль и одежду из развивающихся стран.

Задача 14. Удовлетворять особые потребности стран, не имеющих выхода к морю, и малых островных развивающихся государств. **Задача 15.** Комплексным образом решить проблемы задолженности развивающихся стран с помощью национальных и международных мер, чтобы уровень задолженности был приемлемым в долгосрочном плане.	**40.** Примерный объем средств, выделяемых на оказание поддержки сельского хозяйства для стран ОЭСР как доля ВВП этих стран. **41.** Доля ОПР, направленная на оказание содействия в создании торгового потенциала. **Приемлемость задолженности** **42.** Общее число стран, достигших критического уровня задолженности, и число стран, достигших уровня приемлемой задолженности (совокупные данные). **43.** Объем задолженности, реструктурированной в рамках программы облегчения долгового бремени стран (в долларах США). **44.** Объем обслуживания задолженности как доля экспорта товаров и услуг.
Задача 16. В сотрудничестве с развивающимися странами разрабатывать и осуществлять стратегии, позволяющие молодым людям найти достойную и продуктивную работу.	**45.** Уровень безработицы среди населения в возрасте 15-24 лет в целом и отдельно по мужчинам и женщинам.
Задача 17. В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечивать доступность недорогих лекарств.	**46.** Доля населения, имеющего постоянный доступ к недорогим основным лекарственным средствам.
Задача 18. В сотрудничестве с частным сектором принимать меры к тому, чтобы все могли пользоваться благами новых технологий, особенно информационно-коммуникационных.	**47.** Количество стационарных и сотовых телефонов на 100 человек населения. **48.** Количество используемых персональных компьютеров на 100 человек населения; количество пользователей сетей Интернет на 100 человек населения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБР	Азиатский Банк Развития
АЙРЕКС	Агентство международного развития правительства США
БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
ВБ	Всемирный банк
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВНД	Валовой национальный доход
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГКС	Государственный комитет по статистике
ГТЦ	Германский технический центр
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией
ДОТС	Краткосрочный курс лечения туберкулёза под прямым наблюдением
ДСВ	Дифтерийно-столбнячная вакцина
ДРЧ	Доклад о развитии человека
ИРГ	Индекс развития с учетом гендерного фактора
ИЧР	Индекс человеческого развития
КЖР	Критерий живорождения
КГГ	Координационная группа по гендерным вопросам
КЛДЖ	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
КПР	Конвенция о правах ребёнка
МАР	Международная ассоциация развития
МБРР	Международный банк реконструкции и развития
МДО	Медико-демографическое обследование
МНО	Министерство народного образования
МФК	Международная финансовая корпорация
ННО	Неправительственная организация
ОБСЕ	Организация по сотрудничеству и безопасности в Европе
ОПА	Общий процент абортов
ООН	Организация Объединённых Наций
ООС	Общая оценка страны
ОПР	Официальная помощь в целях развития
ОПЖ	Ожидаемая продолжительность жизни
ОСЗ	Обследование состояния здоровья населения
ППС	Паритет покупательской способности
ПМС	Показатель материнской смертности
ПРООН	Программа развития Организации Объединённых Наций
П-ДСПБ	Промежуточный документ по стратегии повышения благосостояния населения
СНГ	Содружество независимых государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулёз
УМС	Уровень младенческой смертности
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЦРТ	Цели Развития Тысячелетия
ЮНЕСКО	Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНОДК	Фонд ООН в области народонаселения
ЮСАИД	Агентство по международному развитию Соединённых Штатов Америки

Благодарность за помощь в подготовке доклада

Данный доклад по Целям Развития Тысячелетия в Узбекистане был подготовлен специалистами представительства ООН в Узбекистане. Большой вклад в эту работу внесли сотрудники многих агентств ООН. Мы выражаем особую благодарность соответствующим государственным организациям за тесное сотрудничество в ходе подготовки данного документа.

Группа координации

Постоянный Координатор ООН	Фикрет Акчура
Советник по координации системы ООН	Наргиза Журабоева

Система агентств ООН в Узбекистане

ПРООН	Фикрет Акчура
ЮНИСЕФ	Реза Хоссаини
ЮНФПА	Халед Филби
ЮНЕСКО	Барри Лейн
ЮНОДК	Джеймс Каллахан
УВКБ	Абдул Карим Гуль
ВОЗ	Закир Ходжаев
ВБ	Мартин Рейзер

Перевод:	Кахрамон Рахмонов
Редакция:	Анна Иванова
	Юлий Юсупов
Дизайн:	Бобур Исмаилов
Верстка:	Дмитрий Коваленко

Представительство ООН в Узбекистане

Ташкент, 700029, ул. Т. Шевченко, 4
Тел: +998 (71) 120-61-67; Факс: +998 (71) 120-34-85
e-mail: registry.uz@undp.org; Интернет: www.un.uz