Организация Объединенных Наций E/ESCAP/HIV/IGM.2/1

Экономический и Социальный Совет

Distr.: General
2 December 2014
Russian
Original: English

Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана
Азиатско-тихоокеанское межправительственное совещание по ВИЧ и СПИДу

Бангкок, 28-30 января 2015 года
Пункт 4 предварительной повестки дня*
Рассмотрение национального прогресса в выполнении обязательств, содержащихся в резолюции 65/277 Генеральной Ассамблеи о Политической декларации по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа и резолюциях 66/10 и 67/9 ЭСКАТО

Общий обзор прогресса в обеспечении всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе

Записка секретариата**

Резюме

Настоящий документ подготовлен в ответ на просьбу, высказанную Комиссией в ее резолюции 67/9, в которой Комиссия призвала Исполнительного секретаря координировать работу с другими соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций в целях подготовки обзора прогресса в обеспечении всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе. В докладе дается оценка прогресса, достигнутого, в частности, членами и ассоциированными членами ЭСКАТО в деле уменьшения передачи ВИЧ, в частности, в ключевых группах населения, в содействии обеспечению доступа к недорогостоящим медикаментами, средствам диагностики и вакцинам; выявлении правовых и политических препятствий, повышении финансовой устойчивости и эффективности и национального потенциала и национальной ответственности за осуществление программ; обеспечении гендерного равенства в осуществляемых мероприятиях по борьбе со СПИДом; и определении странами региона ключевых приоритетных задач и стратегий на период после 2015 года.

Делегации, возможно, пожелают обменяться мнениями и опытом по ключевым проблемам и приоритетам в осуществлении эффективных мероприятий по борьбе со СПИДом в период после 2015 года.

* E/ESCAP/HIV/IGM.2/L.1.

** Настоящий документ был представлен с опозданием в связи с необходимостью включения в него самых последних данных из ответов государств-членов на вопросы межправительственного обследования, а также из других источников.

Содержание

Стр.

I. Введение 2

II. Общий обзор тенденций 3

III. Снижение передачи ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения ... 4

IV. Расширение доступа к недорогостоящим медикаментам, средствам диагностики и вакцинам 10

V. Устранение правовых и политических препятствий 14

VI. Повышение финансовой устойчивости, эффективности и национальной ответственности и потенциала 17

VII. Обеспечение гендерного равенства в мероприятиях по борьбе со СПИДом 19

VIII. Перспективы: приоритеты и стратегии для региона 21

Таблицы

1. Процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами (МСМ), и работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ (осведомленность о том, где можно пройти обследование на ВИЧ, и распространение презервативов в прошлом году) в ряде стран 6

2. Процентная доля молодых женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет в отдельных странах Азиатско-Тихоокеанского региона, которые правильно назвали способы предотвращения передачи ВИЧ половым путем и отвергли основные ошибочные представления о передаче ВИЧ 9

3. Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию 13

4. Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ, которые, по имеющимся данным, проходят лечение спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии, 2013 год 14

Диаграмма

Распределение расходов на борьбу со СПИДом с разбивкой по категориям в Азиатско-Тихоокеанском регионе, согласно последним имеющимся данным 19

I. Введение

1. В своей резолюции 67/9 Комиссия призвала Исполнительного секретаря координировать с другими соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций работу в целях подготовки обзора прогресса в обеспечении всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе. В соответствии с этим мандатом, цели настоящего обзорного доклада состоят в следующем: a) дать оценку прогрессу в осуществлении обязательств, содержащихся в Политической декларации 2011 года по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа и резолюциях 66/10 и 67/9 Комиссии; и b) наметить перспективу на будущее путем включения рекомендаций относительно будущих действий на основе передовой практики в регионе и приоритетов, определенных государствами-членами.

2. Этот обзорный доклад подготовлен на основе информации, полученной от правительств и других имеющихся источников, включая результаты проведенного Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в 2013 году среднесрочного обзора прогресса в выполнении обязательств, содержащихся в Политической декларации 2011 года по ВИЧ и СПИДу, и ежегодные доклады, представляемые в рамках Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом (ГАРПР), в добавление к межправительственному обследованию, которое было проведено в середине 2014 года среди членов и ассоциированных членов для оценки прогресса в деле обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

3. В Азиатско-Тихоокеанском регионе 21 страна провела в 2013 году среднесрочные обзоры национального прогресса по 10 целевым показателям. Еще 29 стран представили в 2014 году доклады в соответствии с требованиями ГАРПР. Примерно 23 страны из числа членов и ассоциированных членов откликнулись на межправительственное обследование прогресса в деле обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, которое было организовано секретариатом ЭСКАТО в 2014 году. Ниже приводится анализ информации, представленной членами и ассоциированными членами ЭСКАТО.

II. Общий обзор тенденций

4. Некоторые из самых выдающихся результатов в мире в деле борьбы со СПИДом были достигнуты именно в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Тем не менее, ход эпидемии ВИЧ в регионе ЭСКАТО говорит о том, что нынешние усилия необходимо перефокусировать для того, чтобы все страны могли выполнить свои обязательства, взятые на региональном и глобальном уровнях.

5. В числе наиболее заметных тенденций следует отметить следующие:

a) значительное сокращение с 2001 года новых случаев ВИЧ инфицирования (хотя с 2008 года число новых случаев инфицирования в основном оставалось неизменным), расширение доступа к лечению и снижение обусловленной СПИДом смертностью;

b) за низким уровнем распространенности на национальном уровне часто скрываются высокие абсолютные показатели новых случаев инфицирования и абсолютного числа людей, живущих с ВИЧ. Имеют место очаги эпидемии в крупных городах и среди ключевых групп населения;

c) имеется ряд стран, в которых наблюдается рост числа новых случаев инфицирования ВИЧ, отчасти в результате нарастания эпидемии в некоторых географических районах и среди ключевых групп населения, подверженных более высокому риску инфицирования ВИЧ, особенно среди мужчин, имеющих половые связи с мужчинами (МСМ), работников секс-бизнеса и людей, употребляющих инъекционные наркотики. В пяти странах Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) более половины вновь выявленных случаев инфицирования ВИЧ имели место среди людей, употребляющих инъекционные наркотики [1];

[1] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the World Health Organization, *HIV/AIDS in Europe and Central Asia: Progress Report 2011* (Geneva, UNAIDS, 2012), p. 25.

d) клиенты работников секс-бизнеса являются наибольшей группой населения в Азиатско-Тихоокеанском регионе, подверженной опасности ВИЧ-инфицирования;

e) степень охвата эффективными антиретровирусными схемами лечения для предотвращения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей все еще остается низкой в регионе, особенно в Южной Азии. Показатели ранней диагностики ВИЧ у младенцев в странах региона варьируются в широком диапазоне.

III. Снижение передачи ВИЧ, особенно среди ключевых групп населения

6. Хотя общее число новых случаев инфицирования ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе с 2001 года сократилось, в последние пять лет этот показатель остается практически неизмененным, а среди ключевых групп населения и в конкретных географических районах, например в крупных городах, распространение болезни явно приобретает эпидемический характер.

7. Согласно выводам Комиссии по СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе, результаты моделирования говорят о том, что примерно 60 процентам лиц, относящихся к ключевым группам населения, необходимо усвоить более безопасный стиль поведения для того, чтобы можно было обратить вспять затронувшую их эпидемию ВИЧ, а охват профилактикой ВИЧ должен по ключевым группам населения возрасти примерно до 80 процентов для того, чтобы такое изменение характера поведения действительно произошло[2]. Эта оценка нашла отражение в резолюции 67/9 Комиссии, в которой государства – члены ЭСКАТО взяли на себя обязательство разработать национальные стратегические планы и наладить стратегические и оперативные партнерские отношения на национальном и общинном уровнях между представителями системы здравоохранения, органов правопорядка и гражданского общества и ключевых групп населения для наращивания масштабов эффективной деятельности по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции для достижения 80-процентного охвата по ключевым группам населения с целью обеспечения всеобщего доступа.

A. Показатели процесса

1. Наличие межсекторального стратегического плана по ВИЧ и СПИДу (ответы на вопросы обследования)

8. Из 23[3] членов и ассоциированных членов в Азиатско-Тихоокеанском регионе, ответивших на межправительственное обследование прогресса в обеспечении всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 19 стран сообщили о том, что они располагают межсекторальным национальным стратегическим планом по ВИЧ и СПИДу, как это предусмотрено в резолюции 67/9 Комиссии.

---

[2] Commission on AIDS in Asia and the Pacific, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response* (New Delhi, Oxford University Press, 2008).

[3] По состоянию на 24 октября 2014 года ответы на вопросы обследования были получены от следующих членов и ассоциированных членов ЭСКАТО: Австралии, Азербайджана, Армении, Афганистана, Бангладеш, Бруней – Даруссалама, Бутана, Грузии, Ирана (Исламская Республика), Камбоджи, Малайзии, Мальдивских Островов, Монголии, Новой Зеландии, Пакистана, Российской Федерации, Таджикистана, Таиланда, Тимора-Лешти, Фиджи, Франции, Японии и Гонконга (Китай).

2. Конкретная ориентация национальных стратегий на ключевые группы населения (ответы на вопросы обследования)

9. Согласно обследованию, 18 из 19 существующих национальных стратегических планов по ВИЧ включают стратегии устранения правовых и политических препятствий на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, в частности для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, подверженных более высокому риску инфицирования ВИЧ. В 15 из этих 18 стратегий указываются источники и порядок распределения средств с целью повышения финансовой устойчивости и роли самих стран в осуществлении программ, а также с целью повышения программной эффективности мероприятий по борьбе со СПИДом в соответствии с резолюцией 67/9 Комиссии. В дополнение к описанию конкретных стратегий устранения правовых и политических препятствий, затрудняющих ключевым группам населения доступ к услугам, 17 государств-членов сообщили о наличии у них национальной стратегии устранения всех форм гендерного насилия.

B. Показатели конечных результатов

1. Процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, и работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ (осведомленность о том, где можно пройти обследование на ВИЧ, и распространение презервативов в прошлом году)

10. Масштабы эпидемии в регионе с точки зрения числа новых случаев инфицирования ВИЧ и темпов инфицирования определяются прежде всего мужчинами, которые имеют половые связи с мужчинами, и работниками секс-бизнеса. В 2008 году Комиссия по СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе прогнозировала, что, если мужчинам, имеющим половые связи с мужчинами, не будет уделяться более пристального внимания в усилиях по профилактике ВИЧ, то на эту группу населения будет приходиться почти половина всех новых случаев инфицирования среди ключевых групп населения. В 2013 году ЮНЭЙДС сообщила о том, что общие тенденции указывают на то, что прогноз Комиссии становится реальностью. Несмотря на данные, свидетельствующие о тревожных масштабах распространения ВИЧ среди этой ключевой группы населения, основные усилия по профилактике ВИЧ остаются недостаточными и весьма далеки от 80-процентного целевого показателя почти во всех странах – членах ЭСКАТО.

11. Данные доклада ГАРПР за 2014 год (см. таблицу 1 ниже) говорят о значительных различиях в показателях охвата мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, и работников секс-бизнеса профилактикой в регионе, в последнем случае этот показатель варьируется в пределах от 6,3 работников секс-бизнеса в Афганистане до 84,6 процентов в Индии и до 100 процентов в Сингапуре, что означает охват всех женщин, работающих в секс-бизнесе. В целом, доля работников секс-бизнеса, охваченных усилиями по профилактике ВИЧ, как правило, выше, чем процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, охваченных этими усилиями.

12. Данные о профилактике ВИЧ, дезагрегированные по признаку пола, весьма ограничены, так как большинство обследований, за некоторыми исключениями, охватывает либо только мужчин, либо только женщин. Обследование работников секс-бизнеса в Индонезии и Папуа – Новой Гвинее говорит о том, что сейчас усилиями по профилактике ВИЧ охвачено больше женщин, работающих в секс-бизнесе. В то же время в Бангладеш и Фиджи больше мужчин, работающих в секс-бизнесе, знали, где можно пройти обследование на ВИЧ и получить презервативы.

Таблица 1

Процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами (МСМ), и работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ (осведомленность о том, где можно пройти обследование на ВИЧ, и распространение презервативов в прошлом году) в ряде стран региона

Страна	Целевая группа	Год	*Всего*	*Возраст*		*Пол*		
				25+	<25	Женщины	Мужчины	Трансгендеры
Восточная и Северо-Восточная Азия								
Китай	МСМ	2012	76,9	77,6	75,7	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	82,7	84,8	79,6	82,7	-	-
Монголия	МСМ	2012	63,5	63,6	63,4	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	63,8	65,4	59,4	63,8	-	-
Республика Корея	МСМ	2011	44,2	48,15	34,06	-	-	-
Юго-Восточная Азия								
Индонезия	МСМ	2011	23,4	25,2	20,5	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2011	18,5	78,7	14,2	19,9	11,85	-
Малайзия	МСМ	2012	45,7	47,4	42,5	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	45,7	49,0	33,3	45,7	-	-
Филиппины	МСМ	2013	22,6	30,1	18,2	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2013	48,0	56,0	41,8	-	53,8	32,3
Сингапур	Работники секс-бизнеса	2007	100,0	..	..	100,0	-	-
Таиланд	МСМ	2012	52,6	61,1	48,7	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	73,8	..	..	53,9	73,8	..
Южная и Юго-Западная Азия								
Афганистан	Работники секс-бизнеса	2011	6,3	31,0	5,2	6,3	-	-
Бангладеш	МСМ	2013	24,4	21,2	28,7	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2013	25,5	33,8	18,8	7,5	62,2	70,7
Индия	МСМ	2013	68,1	..	..	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2013	84,6	..	..	84,6	-	-
Непал	МСМ	2013	64,0	73,3	54,5	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2011	..	..	..	60,0	-	-
		2013	..	..	..	-	79,3	-
Пакистан	Работники секс-бизнеса	2013	13,8	14,7	12,5	10,8	9,7	19,8
Северная и Центральная Азия								
Армения	МСМ	2012	52,0	57,9	49,0	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	49,2	49,0	48,9	49,2	-	-
Грузия	МСМ	2012	48,6	57,8	33,7	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2012	65,0	68,2	32,0	65,0	-	-
Кыргызстан	МСМ	2013	78,9	77,6	82,1	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2013	64,9	65,7	63,4	64,9	-	-
Российская Федерация	МСМ	2007	17,0	16,0	19,0	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2009	22,0	28,0	21,0	22,0	-	-
Тихоокеанский субрегион								
Фиджи	Работники секс-бизнеса	2012	68,0	70,1	39,8	62,2	77,7	-
Папуа – Новая Гвинея	МСМ	2011	66,6	79,6	80,3	-	-	-
	Работники секс-бизнеса	2011	36,4	84,8	38,8	37,2	34,2	-

Источники: База данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, подготовленная Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе (www.aidsdatahub.org), и оперативная база данных AIDSinfo ЮНЭЙДС (www.aidsinfoonline.org).

Примечание: Знак дефис (-) указывает на то, что данный показатель не применим, а знак две точки (..) указывает на отсутствие данных.

13. Практически нет данных об охвате в регионе профилактическими программами такой группы населения, как трансгендеры, за исключением данных о трансгендерах-работниках секс-бизнеса на Филиппинах (32,3 процента) и в Бангладеш (70,7 процента).

2. Процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-бизнеса, прошедших обследование на ВИЧ в последние 12 месяцев и знающих его результаты

14. Доступ к обследованию и консультированию наряду с осведомленностью о своем ВИЧ-статусе, являются важнейшими компонентами профилактики ВИЧ. Степень охвата, необходимого для изменения показателей передачи ВИЧ-инфекции и обеспечения доступа к имеющимся услугам, сдерживается стигматизацией и дискриминацией, правовыми и политическими препятствиями, а также правоприменительной практикой.

15. Существуют значительные диспропорции в доступе к услугам, связанным с ВИЧ, включая обследование на ВИЧ и консультирование, в том, что касается мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, лиц, употребляющих инъекционные наркотики и работников секс-бизнеса. Например, в Юго-Восточной Азии процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, которые прошли обследование на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев, находится в пределах от 9,3 процентов на Филиппинах, до 79 процентов в Малайзии, аналогичный показатель по лицам, употребляющим инъекционные наркотики, варьируется в пределах от 6,3 процентов на Филиппинах до 78 процентов в Малайзии. В целом охват лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в субрегионах Южной и Юго-Западной Азии и Северной и Центральной Азии незначителен. Заметными исключениями в этом отношении являются соответственно Индия и Казахстан. В некоторых странах только три или четыре процента лиц, употребляющих инъекционные наркотики, прошли обследование на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев и были осведомлены о своем ВИЧ-статусе.

3. Процент мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и работников секс-бизнеса, сообщающих об использовании презервативов

16. Доступ к презервативам и их использование являются одним из компонентов стратегии уменьшения негативных последствий. Согласно последним имеющимся данным о ключевых группах населения в регионе, к числу которых относятся мужчины, имеющие половые связи с мужчинами, лица, употребляющие инъекционные наркотики, и работники секс-бизнеса, существуют значительные различия в показателях использования ими презервативов. Согласно имеющимся данным, показатели использования презервативов среди мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, находятся в пределах от 1,3 процента до более чем 90 процентов, хотя в большинстве стран достигнут показатель более 50 процентов. Среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, использование презервативов, по имеющимся данным, составляет от 7,7 процента до 77,6 процента, а среди работников секс-бизнеса соответствующие показатели составляют от 7,6 до 95,8 процента.

17. Объем имеющихся данных, дезагрегированных по признаку пола, очень незначителен, и в регионе почти отсутствуют данные по такой группе населения, как трансгендеры. Данные, дезагрегированные по признаку пола, говорят о том, что женщины, употребляющие инъекционные наркотики, пользуются презервативами чаще, чем мужчины, за исключением Казахстана, Кыргызстана, Российской Федерации, Таиланда и Филиппин.

4. Количество игл, распространенных на одного человека

18. Количество игл, распространенных на одного человека, является показателем доступа к услугам по профилактике для лиц, употребляющих

инъекционные наркотики. Программа по распространению игл и шприцев является частью комплексного пакета профилактических мер для лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Отсутствие доступа к чистым иглам и шприцам приводит к их многократному использованию. В частности, в Северной и Центральной Азии – регионе, где наблюдается рост числа новых случаев инфицирования, – главным фактором в национальных эпидемиях ВИЧ, как правило, является использование загрязненного инъекционного оборудования и последующая передача инфекции сексуальным партнерам лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Чтобы обмен игл смог повлиять на предотвращение передачи ВИЧ, годовой показатель распространения должен составлять 200 игл/шприцев на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики.

19. В Азиатско-Тихоокеанском регионе число игл, распространенных на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики, находится в пределах от 9 до 326. В ряде стран региона, в том числе в Австралии, Казахстане, Камбодже, Кыргызстане, Лаосской Народно-Демократической Республике и Новой Зеландии, на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики, было распространено более 200 игл. Однако в среднем в регионе степень охвата указывает на недостаточный доступ к профилактическим услугам.

5. Процент лиц, употребляющих инъекционные наркотики и сообщающих об использовании стерильного инъекционного инструмента в последний раз, когда они употребляли инъекционные наркотики

20. В Азиатско-Тихоокеанском регионе прослеживается четкая взаимосвязь между доступом к безопасным инъекционным инструментам и показателями распространенности ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Согласно последним данным, где таковые имеются, в большей части региона по меньшей мере 30 процентов лиц, употребляющих инъекционные наркотики, использовали стерильные инъекционные инструменты в последний раз, когда они употребляли наркотики. Более 90 процентов лиц, употребляющих инъекционные наркотики, использовали стерильные инъекционные инструменты во Вьетнаме, в Исламской Республике Иран, Кыргызстане, Малайзии, Непале и Таджикистане.

6. Процент молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, которые правильно назвали способы предотвращения ВИЧ половым путем и отвергли основные ошибочные представления о передаче ВИЧ

21. Осведомленность о способах предотвращения передачи ВИЧ половым путем среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет является одним из ключевых факторов в усилиях по профилактике и повышению способности молодых мужчин и женщин защищать себя от ВИЧ.

22. Согласно последним имеющимся данным (см. таблицу 2), существуют большие расхождения в степени осведомленности молодых мужчин и женщин о ВИЧ на национальном, субрегиональном и региональном уровнях. В целом молодые мужчины в Азиатско-Тихоокеанском регионе, как правило, осведомлены лучше о ВИЧ, чем молодые женщины, хотя в Армении, Индонезии, Камбодже, Кыргызстане, Монголии, Мьянме, Российской Федерации, Сингапуре и Турции молодые женщины были лучше осведомлены о правильных способах предотвращения передачи ВИЧ половым путем, чем молодые мужчины. В восьми странах-членах менее 10 процентов женщин смогли правильно назвать пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем, при этом отвергая основные неправильные представления о ВИЧ.

23. В целом по региону там, где имеются данные, степень осведомленности для обоих полов составляет менее 55 процентов.

Таблица 2

Процентная доля молодых женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет в отдельных странах Азиатско-Тихоокеанского региона, которые правильно назвали способы предотвращения передачи ВИЧ половым путем и отвергли основные ошибочные представления о передаче ВИЧ

Страна	Год	*Оба пола*	*Женщины*	*Мужчины*
Восточная и Северо-Восточная Азия				
Китай	2013	54,9	52,9	57,2
Корейская Народно-Демократическая Республика	2011		7,9	
Монголия	2011	30,85	31,62	29,29
Республика Корея	2011	14,71	6,67	21,05
Юго-Восточная Азия				
Камбоджа	2013		44,4	43,7
Индонезия	2011	14,3	15,12	13,66
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2012	25,1	24	27,6
Малайзия	2012	27	26,5	27,5
Мьянма	2011	47,51	47,56	47,47
Филиппины	2013		11,8	17,6
Сингапур	2007	17	20	15
Таиланд	2009	37	30	44
Тимор-Лешти	2013		12,2	19,7
Вьетнам	2013		42,3	50,3
Южная и Юго-Западная Азия				
Бангладеш	2011	17,7	13,4	22,5
Бутан	2012		21	
Индия	2013		19,9	36,1
Иран (Исламская Республика)	2011	18,27	16,21	20,63
Мальдивские Острова	2009		35	
Непал	2013		25,8	33,9
Шри-Ланка	2011		17,3	
Турция	2007	37	39	35
Северная и Центральная Азия				
Армения	2013		22,6	15,1
Азербайджан	2013		4,8	5,3
Грузия	2011	10,22	9,25	11,23
Казахстан	2011	31,91	30,16	34,34
Кыргызстан	2011	2,98	3,37	2,48
Российская Федерация	2009	37	39	35
Таджикистан	2012	17,1	10,8	22,9
Туркменистан	2000		3	
Узбекистан	2009	13	11	14
Тихоокеанский субрегион				
Кирибати	2011		44	48,6
Маршалловы Острова	2011	6,09	3,76	8,42
Микронезия (Федеративные Штаты)	2011	26,2	20	32,6
Палау	2011	26,8	26,8	
Папуа - Новая Гвинея	2011	22,6	20,51	23,79
Самоа	2011	8,8	3	5,8
Соломоновы Острова	2011	32,12	26,85	37,86
Тувалу	2009	48	39	61
Вануату	2011	24	20	29

Источник: База данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, составленная Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу для Азиатско-Тихоокеанского региона (www.aidsdatahub.org).

7. Охват эффективными схемами антиретровирусной терапии для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку

24. Охват беременных женщин, которые получают антиретровирусную терапию (АРТ) с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку, как правило, выше, чем процентная доля младенцев, которые родились у ВИЧ-позитивных матерей, прошедших обследование на ВИЧ в течение двух месяцев после рождения. Ранее показатели находились в пределах от 2 процентов в Афганистане до более чем 95 процентов в Таиланде и Кыргызстане. Согласно имеющимся данным, в семи странах такой охват беременных женщин, получавших АРТ, достиг более чем 70 процентов.

25. Число новых случаев инфицирования среди детей в Азиатско-Тихоокеанском регионе сокращается. Низкие показатели охвата беременных женщин эффективными антиретровирусными препаратами подрывают усилия по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей.

26. Некоторые страны региона достигли относительно высоких показателей охвата детей, которые родились у ВИЧ-инфицированных женщин и которые прошли вирусологическое обследование на ВИЧ в течение двух месяцев после рождения ребенка. В 2013 году более чем 95 процентов младенцев во Вьетнаме и 79 процентов младенцев в Папуа – Новой Гвинее прошли обследование на ВИЧ в течение двух месяцев после рождения. Однако в большей части региона охват остается чрезвычайно низким: из 19 стран, которые представили данные по этому показателю, 9 сообщили, что менее 10 процентов младенцев, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, прошли обследование в течение двух месяцев после своего рождения.

IV. Расширение доступа к недорогостоящим медикаментам, средствам диагностики и вакцинам

27. Доступность лечения является одним из важнейших элементов права на наивысший достижимый уровень здоровья[4], что нашло отражение в многочисленных национальных конституциях и международных договорах о правах человека. В Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2011 года содержится призыв к государствам-членам устранить факты, мешающие странам с низким и средним уровнем дохода предоставлять доступные по цене и эффективные средства лечения и диагностики ВИЧ, лекарства и товары и сократить издержки, связанные с лечением хронических заболеваний на протяжении всей жизни, в том числе путем внесения поправок в национальные законы и подзаконные акты. В региональном контексте Комиссия в своей резолюции 67/9 особо отметила «процессы, которые поощряют консультации заинтересованных сторон в целях расширения доступа к недорогим лекарствам, средствам диагностики и вакцинам с учетом соответствующих положений резолюции 60/262 Генеральной Ассамблеи», например, повышение гибкости национального законодательства об интеллектуальной собственности с тем, чтобы оно в большей степени соответствовало положениям Соглашения о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности (Соглашение по ТРИПС) и позволяло шире и более эффективно с точки зрения затрат распространять непатентованные лекарственные препараты.

[4] См. статью 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (резолюция 2200 A (XXI) Генеральной Ассамблеи, приложение).

28. В Азиатско-Тихоокеанском регионе число людей, имеющих доступ к жизненно важным лекарственным препаратам для лечения ВИЧ, с 2007 года увеличилось более чем в три раза, главным образом благодаря резкому снижению цен вследствие конкуренции со стороны производителей лекарственных средств[5]. В период с 2009 по 2012 год число лиц, имеющих доступ к антиретровирусной терапии, во Вьетнаме, Индии, Китае и Мьянме увеличилось в каждой из стран более чем в два раза. Однако, если следовать рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2013 года об использовании антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, показатели охвата соответствующих групп населения в регионе находятся ниже мировых показателей. Обусловленная СПИДом смертность снижалась в других регионах неодинаково, а преимущества профилактики, предоставляемые антиретровирусной терапией, не используется в максимально возможной степени. Для обеспечения эффективности национальных мер по борьбе со СПИДом необходимо значительно расширить масштабы обследования на ВИЧ и консультирования с целью расширения доступа к профилактике и уходу.

29. Стационарное обследование на ВИЧ и консультирование, хотя и имеют существенно важное значение, вряд ли позволят охватить ключевые группы населения, подверженные более высокому риску ВИЧ-инфицирования, из-за недостаточной осведомленности этих людей о своей сексуальности и сексуальном здоровье и из-за высокой степени стигматизации и дискриминации со стороны медицинских учреждений и медицинского персонала[6]. В то же время обследование и консультирование на уровне общин позволяет значительно расширить доступ к услугам, добиться высоких показателей охвата людей с высоким числом CD4-клеток и направить их на лечение в соответствующие медицинские учреждения[7]. В соответствии с рекомендациями, сформулированными ВОЗ в 2013 году, обследование и консультирование на общинном уровне для ключевых групп населения рекомендуется во всех ситуациях, связанных с эпидемией ВИЧ, в дополнение к обследованию и консультированию, которые проводятся по инициативе медицинских учреждений. В своей резолюции 67/9 Комиссия призвала членов и ассоциированных членов рассмотреть все процессы, которые поощряют консультации заинтересованных сторон в целях расширения доступа к недорогим лекарствам, средствам диагностики и вакцинам[8].

30. Наблюдаемое в последнее время усиление мер по защите интеллектуальной собственности и обеспечению соблюдения норм в этой области в соглашениях о свободной торговле и инвестициях часто выходит за рамки того, что предписано в Соглашении по ТРИПС, за применением которого следит Всемирная торговая организация (ВТО). Такая тенденция может нанести серьезный ущерб усилиям стран региона по обеспечению эффективного, устойчивого и недорогостоящего всеобщего охвата медицинским обслуживанием.

---

[5] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *HIV in Asia and the Pacific, UNAIDS Report 2013* (Bangkok, 2013).

[6] United Nations Development Programme (UNDP) and the World Health Organization, *The Time Has Come: Enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific* (Bangkok, UNDP, 2013).

[7] Amithab B. Suthar and others, “Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches”, *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 8 (August 2013).

[8] Пункт 1c.

31. Вместе с тем, Соглашение по ТРИПС содержит ряд элементов, которые позволяют осуществлять меры по улучшению доступа к жизненно важным медикаментам, включая принятие специальных мер в интересах наименее развитых стран. В то же время предоставляемые Соглашением по ТРИПС возможности еще не полностью используются большинством стран региона для устойчивого обеспечения недорогими медицинскими препаратами. Согласно опубликованному в 2012 году совместному докладу ЮНЭЙДС и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН)[9], для использования возможностей, предоставляемых Соглашением по ТРИПС, странам следует, как минимум, воздерживаться от вступления в соглашения о свободной торговле, содержащие обязательства, которые могут негативно сказаться на ценовой доступности или наличии жизненно важных медикаментов.

A. Показатели процесса

Число стран, которые провели обзоры или многосторонние консультации по законодательству об охране интеллектуальной собственности

32. Страны Азиатско-Тихоокеанского региона добились определенного прогресса в том, чтобы нормативно-правовая база позволяла в полной мере использовать возможности Соглашения по ТРИПС для расширения доступа к недорогостоящему лечению, и в использовании этих возможностей. Камбоджа, Китай, Индонезия, Мьянма и Папуа – Новая Гвинея провели специальные национальные оценки прав интеллектуальной собственности, ТРИПС и доступа к медикаментам. Данные, полученные из Индии, Индонезии, Малайзии и Таиланда, говорят о том, что использование возможностей ТРИПС позволило существенно снизить стоимость медикаментов, в том числе для антиретровирусной терапии. Государства-члены, которым удалось успешно использовать возможности ТРИПС, могли бы дать рекомендации в этой области и оказать другим странам консультативную помощь по вопросам политики[10].

B. Показатели конечных результатов

1. Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию

33. Согласно оценкам за 2013 год (см. таблицу 3 ниже), процентная доля лиц, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, значительно варьируется в регионе и в субрегионах. В целом процентная доля таких лиц, включая людей всех возрастов, варьируется в пределах от 5 процентов в Афганистане и 6 процентов в Иране и Пакистане и до 67 процентов в Камбодже. Для лиц в возрасте 15 лет и старше этот показатель варьируется в пределах от 5 до 67 процентов, а для лиц в возрасте до 15 лет – в пределах от 4 до 95 процентов.

---

[9] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the United Nations Development Programme, *The Potential Impact of Free Trade Agreements on Public Health* (Geneva, UNAIDS, 2012).

[10] Mohammed El Said and Amy Kapczynski, “Access to medicines: The role of intellectual property law and policy”, working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7-9 July 2011. (Мохаммед Эс-Саид и Ами Капчински, «Доступ к медикаментам: роль законодательства об интеллектуальной собственности и политики», рабочий документ, подготовленный для третьего Совещания Технической консультативной группы Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству, 7-9 июля 2011 года.) Размещено на сайте http://hivlawcommission.org/index.php/report-working-papers?task =document.viewdoc&id=86.

34. Объем имеющихся данных об охвате антиретровирусной терапией в Восточной и Северо-Восточной Азии и Тихоокеанском субрегионе очень незначителен. В пяти странах Юго-Восточной Азии охват лиц в возрасте 15 лет и старше превышает 30 процентов, а в субрегионах Северной и Центральной Азии и Южной и Юго-Западной Азии только одна страна в каждом из этих субрегионов обеспечивает охват более 30 процентов. В целом же процентная доля лиц в возрасте до 15 лет, получающих антиретровирусную терапию, выше, чем для лиц в возрасте 15 лет и старше, однако в ряде государств-членов данные по последней группе населения отсутствуют.

Таблица 3
Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию

Страна	Всего	Лица в возрасте от 15 лет и выше	Лица в возрасте до 15 лет
	оценка	оценка	оценка
Восточная и Северо-Восточная Азия			
Монголия	14	15	
Юго-Восточная Азия			
Камбоджа	67	67	78
Лаосская Народно-Демократическая Республика	45	46	35
Малайзия	20	20	68
Мьянма	35	35	43
Таиланд	57	56	62
Вьетнам	33	32	85
Южная и Юго-Западная Азия			
Афганистан	5	5	7
Бангладеш	11	11	21
Бутан	20	21	
Индия	36	36	30
Иран (Исламская Республика)	6	6	8
Мальдивские Острова	19	19	
Непал	23	22	34
Пакистан	6	7	4
Шри-Ланка	18	18	
Северная и Центральная Азия			
Армения	16	15	
Азербайджан	14	13	21
Грузия	33	33	74
Кыргызстан	13	10	95
Таджикистан	10	9	26
Узбекистан	24	16	95
Тихоокеанский субрегион			
Фиджи	32	31	
Папуа – Новая Гвинея	46	50	20

Источник: База данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, составленная Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу для Азиатско-Тихоокеанского региона (www.aidsdatahub.org).

2. Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ, которые, по имеющимся данным, проходят лечение спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии

35. Данные по указанному выше показателю имеются в основном по Юго-Восточной Азии и находятся в пределах от 95 процентов в Малайзии и до 83 процентов в Таиланде, при этом в большинстве государств-членов в этом субрегионе антиретровирусной терапией охвачено более 80 процентов людей, живущих с ВИЧ. В Узбекистане 92 процента лиц, живущих с ВИЧ, продолжают получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев после ее начала.

Таблица 4

Процентная доля лиц, живущих с ВИЧ, которые, по имеющимся данным, проходят лечение спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии, 2013 год

Страна	Value
Камбоджа	85
Малайзия	95
Мьянма	84
Таиланд	83
Узбекистан	92
Вьетнам	85

Источник: База данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, составленная Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу для Азиатско-Тихоокеанского региона (www.aidsdatahub.org).

C. Основные проблемы

36. Вопрос ценовой доступности антиретровирусных препаратов является постоянной проблемой для региона и требует систематического включения возможностей ТРИПС в национальное законодательство об интеллектуальной собственности, а также более широкого использования таких препаратов.

37. Другая ключевая проблема в обеспечении доступа к недорогостоящим медикаментам, средствам диагностики и вакцинам в регионе состоит в том, как охватить людей, находящихся в наиболее уязвимом положении. Ключевые группы населения продолжают сталкиваться с факторами, препятствующими доступу к обследованию и лечению, часто из-за страха перед дискриминацией со стороны медицинских работников, обслуживающих население. Активизация усилий по устранению социальных и структурных препятствий, мешающих расширению услуг, включая стигматизацию, дискриминацию, гендерное неравенство и наличие в законодательстве штрафных мер, имеет решающее значение для расширения охвата лечением. Необходимо также акцентировать внимание на проведении обследования на ВИЧ и консультирования на общинном уровне с увязкой с дальнейшим лечением и расширением доступа к терапии.

V. Устранение правовых и политических препятствий

38. Ликвидация стигматизации, дискриминации и несправедливости к людям, пострадавшим от ВИЧ, остается одной из наиболее важных и труднорешаемых задач в деле ликвидации СПИДа в регионе. Во всех странах Азиатско-Тихоокеанского региона существуют законоположения, политика и практика, способствующие стигматизации и дискриминации. Создание благоприятной правовой среды имеет ключевое значение для ликвидации стигматизации, дискриминации и насилия, которые препятствуют доступу к услугам, связанным с ВИЧ.

39. В своей резолюции 66/10 Комиссия призвала государства-члены основываться в своих усилиях по обеспечению всеобщего доступа на правах человека и устранять правовые препятствия, затрудняющие борьбу со СПИДом. В своей резолюции 67/9 Комиссия призвала провести обзор национальных законов, стратегий и практики, которые мешают полной реализации целей всеобщего доступа для ликвидации всех форм дискриминации лиц, в отношении которых существует опасность инфицирования или которые инфицированы ВИЧ, в частности ключевых затронутых ВИЧ населения групп, в соответствии с

обязательством, подтвержденным в Политической декларации по ВИЧ и СПИДу[11]. Кроме того, в «Дорожной карте ЭСКАТО на период до 2015 года» странам предлагалось рассмотреть выводы и рекомендации Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству, наладить контакты с основными заинтересованными сторонами, в том числе с гражданским обществом и ключевыми группами населения, и принимать во внимание гендерные вопросы при проведении своих обзоров.

A. Показатели процесса

1. Заметные изменения в правовой среде в период после 2012 года

40. После одобрения «Дорожной карты ЭСКАТО» наблюдается значительный прогресс в устранении правовых и политических препятствий на пути обеспечения всеобщего доступа к связанным с ВИЧ услугам в Азиатско-Тихоокеанском регионе.

41. Индия прилагает усилия для принятия своего первого всеобъемлющего национального закона по ВИЧ. Законопроект 2014 года о предотвращении ВИЧ/СПИДа и борьбе с ними был внесен на рассмотрение верхней палаты парламента Индии в феврале 2014 года. Согласно предлагаемому закону, лица, живущие с ВИЧ, будут защищены от дискриминации в сфере трудоустройства, здравоохранения, образования, поездок и страхования как в государственном, так и в частном секторах. Они также будут иметь право на получение антиретровирусной терапии и на правовую защиту от разглашения их ВИЧ-статуса.

42. Индонезия в 2013 году приняла меры для обеспечения правовой защиты лиц, живущих с ВИЧ, от дискриминации в системе здравоохранения. Распоряжение 21/2013 министерства о борьбе с ВИЧ и СПИДом запрещает дискриминацию при предоставлении медицинского обслуживания и требует, чтобы медицинские программы активно взаимодействовали с ключевыми группами населения с соблюдением принципов уважения человеческого достоинства, справедливости и гендерного равенства. В распоряжении говориться, что расходы на уход и лечение малообеспеченных лиц, живущих с ВИЧ, покрываются государством и что медицинские учреждения не могут отказывать им в лечение или уходе[12].

43. Монголия в декабре 2012 года внесла изменения в свой закон о предотвращении ВИЧ и СПИДа. Национальный закон Монголии по СПИДу был впервые принят в 1994 году, а пересмотренный закон о предупреждении ВИЧ и СПИДа вступил в силу в январе 2013 года с положениями, предусматривающими нулевую терпимость к стигматизации и дискриминации лиц, живущих с ВИЧ. Этот закон устранил все связанные с ВИЧ ограничения на въезд, пребывание в стране и постоянное жительство, а также другие дискриминационные положения в отношении лиц, живущих с ВИЧ. Иностранцы, ходатайствующие о предоставлении визы для въезда в Монголию, уже не должны сообщать о своем ВИЧ-статусе или представлять соответствующие документы. Этот закон также снял ограничения на работу по найму, которые не позволяли лицам, живущим с ВИЧ, выполнять некоторые виды работ, в том числе в пищевой промышленности.

---

[11] Пункт 78.

[12] Индонезия, распоряжение министерства № 21/2013 о борьбе с ВИЧ и СПИДом, статья 46 (2013 год).

44. В Пакистане прогресс в этой области был достигнут в 2013 году благодаря обеспечению правовой защиты на уровне провинций вследствие принятия закона о ВИЧ/СПИДе в провинции Синдх. На процесс принятия этого закона повлияли консультации, которые были проведены в рамках национального процесса обзора законодательства в 2013 году.

45. Филиппины также находятся в процессе обновления своего законодательства по ВИЧ, которое впервые было принято в 1998 году. Пересмотренный закон Филиппин о политике и программах, касающихся ВИЧ и СПИДа, 2013 года (законопроект Палаты представителей 1593) был внесен на рассмотрение Конгресса в 2013 году и одобрен Палатой представителей в 2014 году; в настоящее время он находится на рассмотрении в Сенате. После принятия этот закон позволит улучшить защиту от дискриминации и недобровольного обследования на ВИЧ, обеспечит более эффективную защиту от разглашения конфиденциальной информации и будет содействовать осуществлению мероприятий по снижению вреда в контексте профилактики ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. В рамках разработки законопроекта в 2011-2012 годах были проведены обширные консультации с гражданским обществом и государственными учреждениями.

46. В Тиморе-Лешти в 2012 году было принято новое трудовое законодательство; оно обеспечивает защиту всех граждан, в том числе людей, живущих с ВИЧ, в контексте общего запрещения дискриминации по признаку состояния здоровья или трудоспособности при найме на работу или при поиске работы[13]. Он также запрещает обязательное обследование на ВИЧ по месту работы[14].

47. Правительство Фиджи стало региональным лидером в плане принятия одной из немногих в мире национальных конституций, в которой нашли конкретное отражение вопросы сексуальной ориентации и гендерной идентичности. В принятой в 2013 году новой национальной конституции Фиджи говорится, что гражданин не может подвергаться несправедливой дискриминации по признаку состояния здоровья, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или гендерного самовыражения[15].

48. Национальное собрание Вьетнама приняло в 2012 году закон о применении административных санкций, который требует, чтобы власти к июлю 2013 года освободили всех работников секс-бизнеса, содержащихся в реабилитационных центрах. На работников секс-бизнеса по-прежнему могут налагать штрафы за административные нарушения, но не могут подвергать их задержанию или принудительной реабилитации.

49. В период после 2012 года в Камбодже и провинции Синдх (Пакистан) были приняты законы, которые служат правовым основанием для программ снижения вреда, предназначенных для лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Политические условия во Вьетнаме и в Малайзии сейчас более благоприятны для программ снижения вреда, чем раньше.

50. Комитет по правам ребенка в 2013 году принял Замечание общего порядка[16], в котором правительствам рекомендовалось предоставить детям в возрасте до 18 лет юридическое право давать согласие на некоторые виды

[13] Тимор-Лешти, Трудовое законодательство, статья 6(2) (2012 год).

[14] Там же, статья 72.

[15] Фиджи, Конституция Республики Фиджи, статья 26 (2013 год).

[16] См. Замечание общего порядка № 15 (2013 года) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24) (CRC/C/GC/15).

медицинского лечения и процедуры, такие как обследование на ВИЧ и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, без разрешения родителей, попечителя или опекуна. Филиппины взяли на себя роль лидера в этом вопросе и подготовили проект новых правовых норм, касающихся права детей и молодежи принимать решения, относительно медицинского обслуживания. Эти правовые нормы фигурируют в упомянутом выше программном законе 2013 года.

2. Число стран и территорий, которые провели по меньшей мере один национальный обзор и/или одну многосекторальную консультацию по правовым и политическим препятствиям

51. Анализ информации, предоставленный членами и ассоциированными членами ЭСКАТО, а также другие данные Организации Объединенных Наций говорят о том, что по меньшей мере 27 членов и ассоциированных членов ЭСКАТО провели обзоры и/или консультации по правовым и политическим препятствиям, затрудняющим доступ к связанным с ВИЧ услугам, после принятия в 2012 году «Дорожной карты ЭСКАТО». На национальном уровне по меньшей мере один национальный обзор и/или одну многосекторальную консультацию провели: Азербайджан, Афганистан, Бангладеш, Бутан, Вьетнам, Индонезия, Исламская Республика Иран, Камбоджа, Китай, Малайзия, Монголия, Мьянма, Пакистан, Российская Федерация, Таджикистан, Таиланд, Филиппины, Шри-Ланка, Япония и Гонконг (Китай). Помимо этого, в 2013 году на субрегиональном уровне были проведены обзор и консультации для семи тихоокеанских островных государств (Вануату, Кирибати, Папуа – Новая Гвинея, Самоа, Соломоновы Острова, Тувалу и Фиджи).

52. Перед Межправительственным совещанием 2012 года в ноябре 2011 года были проведены региональные многосекторальные консультации для стран Южной и Юго-Западной Азии, а именно: Бангладеш, Бутана, Индии, Мальдивских Островов, Пакистана и Шри-Ланки[17]. Армения также провела ряд аналитических обзоров и совещаний с основными заинтересованными сторонами по ограничениям в отношении поездок (2007-2008 годы), рекомендациям, вынесенным по итогам Универсального периодического обзора, проведенного Советом по правам человека (2011 год), и разработке Национальной программы по СПИДу на 2013-2016 годы (в 2012 году).

VI. Повышение финансовой устойчивости, эффективности и национальной ответственности и потенциала

53. Финансирование мероприятий по борьбе со СПИДом в регионе за последнее десятилетие существенно увеличилось, – по оценкам, расходы на борьбу с ВИЧ в регионе выросли с 700 млн. долл. США в 2005 году до 2,2 млрд. долл. США в 2012 году, что означает трехкратное увеличение расходов[18] за семь лет. Правительства стран региона принимали решительные меры для воплощения в жизнь концепции совместной ответственности, увеличивая долю национальных расходов в общем объеме расходов на борьбу с ВИЧ. В целом национальные расходы на эти мероприятия увеличились с 400 млн. долл. США в 2005 году до 1,3 млрд. долл. США в 2012 году, что составляет 59 процентов от общих расходов на борьбу со СПИДом, по сравнению со среднемировым

[17] International Development Law Organization, *South Asia Roundtable Dialogue: "Legal and Policy Barriers to the HIV Response", Kathmandu, Nepal, 8-10 November 2011* (Rome, 2011).

[18] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Geneva, 2013).

показателем 53 процента[19]. Однако спрос на ресурсы в регионе все еще превышает предложение. По оценке ЮНЭЙДС, для достижения к 2015 году десяти целевых показателей Политической декларации 2011 года по ВИЧ и СПИДу в Азиатско-Тихоокеанском регионе региону необходимо мобилизовать 5,4 млрд. долл. США. С учетом нынешнего объема финансирования, составляющего 2,2 млрд. долл. США, нехватка средств, по оценкам, составляет 3,2 млрд. долл. США.

A. Показатели процесса

Расходы на национальные стратегические планы

54. Из 23 респондентов межправительственного обследования 19 сообщили о том, что они располагают национальным стратегическим планом по ВИЧ и СПИДу. Из этих 19 стран 15 сообщили о том, что их стратегии направлены на устранение правовых и политических препятствий, затрудняющих доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, и что расходы на осуществление этих стратегий были полностью просчитаны и предусмотрены в бюджетах.

55. Кроме того, ряд стран проводит подготовку проектов инвестиций в деятельность по борьбе с ВИЧ и планов обеспечения устойчивого финансирования. Проекты инвестиций в деятельность по борьбе с ВИЧ и планы обеспечения устойчивого финансирования являются для стран инструментами, позволяющими осуществлять стратегические устойчивые мероприятия по борьбе со СПИДом на основе правозащитного подхода, а также предоставляют им возможность использовать инновационные способы финансирования и предоставления услуг; определять конкретные шаги для предоставления ключевым группам населения доступа к необходимым услугам; и использовать имеющиеся данные для осуществления эффективных инвестиций и устранения факторов неэффективности в программах борьбы с ВИЧ. Вьетнам, Мьянма, Непал и Таиланд разработали проекты и планы стратегических инвестиций, в то время как другие страны, в том числе Бангладеш и Камбоджа, находятся в процессе подготовки таких проектов и планов инвестиций. Предполагается, что благодаря оптимизации финансовых ассигнований можно будет сэкономить значительные средства для последующего инвестирования.

B. Показатели конечных результатов

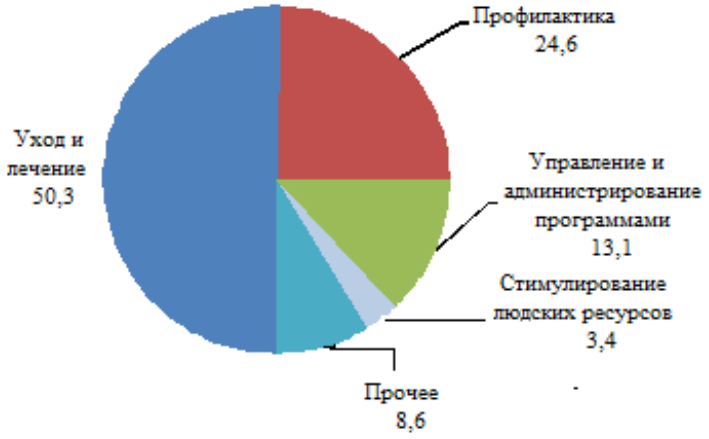
Расходы на борьбу со СПИДом по категориям

56. В целом, исходя из данных ГАРПР 2013 года, охватывающих 34 страны региона (см. диаграмму ниже), страны расходуют в среднем 50,3 процента общих расходов на борьбу со СПИДом на уход и лечение, 24,6 процента – на профилактику, 13,1 процента – на управление программами и их администрирование, 3,4 процента – на стимулирование людских ресурсов и 8,6 процента – на другие цели, что включает и 1,7 процента на создание благоприятных условий. Примерно 21 процент расходов на деятельность по профилактике используется для охвата ключевых групп населения.

[19] Обобщенные страновые данные, подготовленные Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу для Азиатско-Тихоокеанского региона (www.aidsdatahub.org).

Диаграмма

Распределение расходов на борьбу со СПИДом с разбивкой по категориям в Азиатско-Тихоокеанском регионе, согласно последним имеющимся данным (в процентах)



Источник: База данных Глобальной системы отчетности о прогрессе в деле борьбы со СПИДом, составленная Группой по данным Центра информации по ВИЧ и СПИДу для Азиатско-Тихоокеанского региона (www.aidsdatahub.org).

57. Можно отметить следующие основные тенденции в финансировании мероприятий по борьбе со СПИДом:

a) в большинстве стран региона существует тенденция к увеличению финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ и СПИДом;

b) доля национального финансирования также демонстрирует существенный рост, что говорит о готовности стран «разделять ответственность» за финансирование мероприятий по борьбе со СПИДом;

c) в целом в Азиатско-Тихоокеанском регионе еще не удалось направить большую часть расходов на профилактику ВИЧ в ключевых группах населения. Кроме того, во многих странах расходы на администрирование программ превышают средние показатели. Эти проблемы подрывают эффективность расходов на борьбу с ВИЧ;

d) распределение расходов в некоторых странах не отражает фактического характера национальной эпидемиологической ситуации.

58. С более подробной информацией по этому вопросу можно ознакомиться в документе, озаглавленном «Обзор финансирования национальных мер по борьбе с ВИЧ и СПИДом в Азиатско-Тихоокеанском регионе»[20].

VII. Обеспечение гендерного равенства в мероприятиях по борьбе со СПИДом

59. Дискриминация по признаку пола, в том числе гендерное насилие и гендерное неравенство, препятствуют эффективному осуществлению мероприятий по борьбе со СПИДом. Одной из целей Политической декларации по ВИЧ и СПИДу является ликвидация как гендерного неравенства, так и

[20] E/ESCAP/HIV/IGM.2/3.

гендерного насилия и повышение способности женщин и девочек защищать себя от ВИЧ.

60. Все больше данных говорят о том, что в результате гендерного насилия женщины, девочки, мужчины, имеющие половые связи с мужчинами, и трансгендеры более уязвимы к инфекциям, передаваемым половым путем, включая ВИЧ. Исследования также говорят о том, что женщины, принадлежащие к ключевым группам населения, например женщины, употребляющие наркотики, женщины, занятые в секс-бизнесе, и женщины-трансгендеры, особенно подвержены опасности насилия.

61. Чрезвычайно важно анализировать эпидемиологическую ситуацию под гендерным углом зрения и прилагать усилия к тому, чтобы регулярно собираемые данные дезагрегировались по признаку пола и возрасту, чтобы женщины, мужчины и трансгендеры привлекались к процессам принятия решений и чтобы бюджеты составлялись с учетом гендерных аспектов.

A. Показатели процесса

Учет гендерных аспектов в межсекторальных стратегических планах

62. Комиссия в своей резолюции 67/9 призвала государства-члены продолжать разрабатывать свои национальные стратегии борьбы со всеми формами гендерного насилия, в том числе сексуальным насилием, особенно в отношении женщин и девочек.

63. Из 23 стран и территорий Азиатско-Тихоокеанского региона, ответивших на вопросы межправительственного обследования, 17 сообщили, что они располагают национальной стратегией устранения всех форм гендерного насилия, как это предусмотрено в резолюции 67/9 Комиссии.

B. Показатели конечных результатов

Доля состоявших когда-либо в браке или имевших партнеров женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны мужчины-близкого партнера в предыдущие 12 месяцев

64. В Азиатско-Тихоокеанском регионе женщины, живущие с ВИЧ, и женщины, принадлежащие к ключевым группам населения, в том числе женщины-трансгендеры, чаще сообщают о случаях насилия со стороны близкого партнера, чем женщины в целом. Исследования говорят о том, что физическое насилие в сочетании с сексуальным насилием со стороны партнеров непосредственно связано с увеличением распространения ВИЧ. Кроме того, трансгендеры в регионе часто становятся объектом насилия и преступлений, совершаемых на почве ненависти, и подвергаются стигматизации и дискриминации в доступе к услугам здравоохранения.

65. Исходя из данных ГАРПР 2014 года, показатели распространенности насилия со стороны близкого партнера, определяемые как процент женщин, которые когда-либо были замужем или имели партнеров, в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны мужчины-близкого партнера в последние 12 месяцев, существенно варьируются в регионе – от 1,87 процентов в Грузии до 68 процентов в Кирибати.

66. Если говорить о странах, где имеются соответствующие данные, то более половины женщин сообщили о том, что они подвергались физическому или

сексуальному насилию в Кирибати, на Соломоновых Островах и в Вануату. В Северной и Центральной Азии от 1,87 процента и 17,1 процента женщин, которые когда-либо были замужем или имели партнеров, сообщили о том, что они подвергались насилию. Следует отметить, что данные о числе случаев насилия в отношении женщин, особенно со стороны близких партнеров, остаются существенно заниженными.

VIII. Перспективы: приоритеты и стратегии для региона

67. В межправительственном обследовании по осуществлению обязательств, взятых в Политической декларации по ВИЧ и СПИДу и в резолюциях 67/10 и 67/9 Комиссии, государства-члены просили указать основные достижения, проблемы и приоритеты в дальнейшей деятельности.

A. Достижения

1. Уменьшение передачи ВИЧ половым путем и предотвращение передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

68. Из 23 респондентов, ответивших на межправительственное обследование, 16 особо отметили в качестве своих основных достижений сокращение передачи ВИЧ половым путем и предотвращение передачи ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Для этого применялись, в частности, такие стратегии, как улучшение и расширение масштабов обследования на ВИЧ, уделение более пристального внимания ключевым группам населения и осуществление программ снижения вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

2. Разработка национальных стратегических планов, стратегий, рекомендаций и правовых норм

69. Десять респондентов особо отметили разработку национальных стратегических планов, стратегий, рекомендаций и правовых норм в качестве одного из основных достижений, позволяющих более эффективно управлять и руководить деятельностью по борьбе со СПИДом. Они также привели примеры оказания правительствами более значительной поддержки людям, живущим с ВИЧ, ключевым группам населения и организациям гражданского общества.

3. Расширение применения антиретровирусной терапии

70. Пятнадцать респондентов обследования указали в качестве одного из своих главных достижений усилия по расширению применения жизненно важной антиретровирусной терапии. Эти усилия включали усиление политики распространения бесплатных или недорогостоящих антиретровирусных препаратов среди соответствующих групп населения, принятие мер по расширению охвата антиретровирусной терапией и уточнение инструкций, относительно лечения с целью охвата большего числа лиц, живущих с ВИЧ, интенсивной терапией на более ранней стадии болезни.

4. Осуществление программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

71. Три страны особо отметили свой успех в осуществлении программ предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку в качестве меры по недопущению новых случаев инфицирования детей ВИЧ, в то время как другие страны особо отметили свои достижения в интегрировании связанных с ВИЧ услуг во всеобщие планы медицинского обслуживания и в программы ухода за хроническими больными.

72. Совершенно очевидно, что регион добился значительного прогресса в осуществлении эффективных мероприятий по борьбе со СПИДом путем увеличения национального финансирования; принятия национальных стратегических планов, стратегий и правовых норм для сокращения передачи ВИЧ; и принятия мер по обеспечению всем лицам, живущим с ВИЧ, доступа к антиретровирусной терапии. Однако предстоит еще немало сделать, о чем свидетельствуют проблемы, которые были указаны в ответах на вопросы обследования.

B. Проблемы

73. Среди основных проблем, препятствующих осуществлению более эффективных мероприятий по борьбе с ВИЧ, государствами – членами ЭСКАТО назывались следующие: ограниченное международное и внутреннее финансирование, отсутствие поддержки для создания благоприятных условий, позволяющих ключевым группам населения получить доступ к необходимым услугам, плохое управление и руководство программами по борьбе с ВИЧ и плохое планирование финансирования и ресурсов, не позволяющее добиться оптимальных результатов.

1. Недостаточное финансирование

74. Из 23 респондентов 15 особо отметили недостаточное финансирование в качестве одной из главных проблем, не позволяющих обеспечить всеобщий доступ к комплексным услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Из указанных 15 стран восемь отметили необходимость увеличения внутреннего финансирования, а пять указали сокращающийся объем международного финансирования в качестве одной из основных проблем. Семь стран подчеркнули, что наиболее серьезной проблемой является отсутствие организационного потенциала и людских ресурсов. Высокая стоимость антиретровирусных препаратов и увеличение числа ВИЧ-инфицированных указывались в качестве основных факторов, препятствующих обеспечению устойчивости деятельности борьбы со СПИДом.

2. Отсутствие благоприятных условий для лиц, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения

75. Тринадцать респондентов назвали в качестве одной из главных проблем отсутствие благоприятных условий для получения лицами, живущими с ВИЧ, и ключевыми группами населения доступа к услугам, связанным с ВИЧ, включая обычаи, которые приводят к дискриминации и стигматизации, и существующую социальную практику. Некоторые страны назвали в качестве одной из проблем недостаточное участие в осуществляемой деятельности соответствующих партнеров из гражданского общества.

3. Плохое управление программами борьбы с ВИЧ

76. Девять респондентов особо отметили в качестве серьезной проблемы плохое управление программами борьбы с ВИЧ, включая отсутствие политической воли и координации между заинтересованными сторонами, плохое управление данными и несоответствие между законодательством и политикой и их осуществлением. Пять респондентов указали в качестве одной из основных проблем, требующей решения, плохое планирование финансовых и людских ресурсов.

77. Даже в тех областях, где был достигнут прогресс, отмечался ряд проблем, что говорит о настоятельной необходимости активизации усилий.

C. Приоритеты на будущее

1. Улучшение связанных с ВИЧ услуг, в том числе лечения и ухода

78. Шестнадцать респондентов в качестве одной из приоритетных задач указали улучшение связанных с ВИЧ услуг, в том числе лечения и ухода. По этой теме в качестве приоритетных указывались следующие задачи:

a) четырнадцать стран подчеркнули необходимость расширения масштабов обследования на ВИЧ и расширения услуг по уходу и лечению, включая применение основанного на фактических данных подхода к ключевым группам населения;

b) четыре страны в качестве приоритетной задачи назвали лечение ВИЧ на общинном уровне;

c) две страны рекомендовали применять подход «лечение как средство профилактики»;

d) три страны в качестве приоритетной задачи назвали расширение охвата антиретровирусной терапией.

2. Интеграция связанных с ВИЧ услуг

79. Пять стран назвали в качестве одной из главных приоритетных задач усиление интеграции связанных с ВИЧ услуг в первичное медико-санитарное обслуживание и общую систему оказания медицинских услуг, включая единую систему здравоохранения.

3. Улучшение управления программами по борьбе с ВИЧ

80. Тринадцать стран назвали в качестве важнейшей задачи улучшение управления программами по борьбе со СПИДом. Это подразумевает следующее:

a) меры по поддержанию и увеличению объема внутреннего финансирования деятельности по борьбе с ВИЧ (пять стран);

b) хорошо скоординированную межсекторальную координацию (четыре страны);

c) уделение более пристального внимания ключевым группам населения (три страны);

d) улучшение мониторинга и оценки (три страны);

e) децентрализацию.

4. Уменьшение масштабов стигматизации и дискриминации и расширение доступа ключевых групп населения и лиц, живущих с ВИЧ, к правосудию

81. Уменьшение масштабов стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения и лиц, живущих с ВИЧ, называлось в качестве одного из приоритетов пятью странами. Это требует принятия мер для повышения уровня информированности законодателей, работников правовой системы, политических и религиозных деятелей и медицинских работников.

D. Выводы и рекомендации

82. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в Азиатско-Тихоокеанском регионе в деле сокращения новых случаев инфицирования и увеличения объема внутреннего финансирования на борьбу со СПИДом, для достижения целевых показателей, согласованных в Политической декларации по ВИЧ и СПИДу, с учетом масштабов эпидемии требуются более решительные действия.

83. Прежде всего, несмотря на определенный прогресс, всем странам региона необходимо более эффективно устранять правовые и политические препятствия, затрудняющие доступ ключевых групп населения и лиц, живущих с ВИЧ, к услугам, связанным с ВИЧ.

84. Доля лиц, живущих с ВИЧ, имеющих доступ к лечению, колеблется от 5 процентов в Афганистане до 67 процентов в Камбодже. Во многих субрегионах этот показатель составляет примерно 30 процентов. Отчасти это обусловлено тем, что недостаточно людей, живущих с ВИЧ, особенно принадлежащих к ключевым группам населения, знают о своем ВИЧ-статусе, что отнюдь не способствует их доступу к лечению.

85. Наблюдается локальное ухудшение эпидемиологической ситуации в некоторых географических районах, особенно в крупных городах и среди ключевых групп населения во многих странах. Все больше фактов говорят о том, что можно было бы достичь более значительных результатов за счет привлечения затронутых ВИЧ и СПИДом общин и соответствующих сетевых структур ко всем этапам деятельности по борьбе с болезнью.

86. Объем внутреннего финансирования мероприятий по борьбе со СПИДом существенно увеличился, однако его увеличение не поспевает за ростом масштабов эпидемии. В результате внутреннего финансирования по-прежнему недостаточно, особенно в ситуации, когда сокращается объем международного финансирования.

87. Для достижения целевых показателей, согласованных в Политической декларации по ВИЧ и СПИДу в 2011 году, и для достижения в Азиатско-Тихоокеанском регионе амбициозной цели «Ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации, ноль смертей от СПИДа», странам региона необходимо принять следующие срочные меры:

a) укреплять политическое лидерство и приверженность, а также всесторонне привлекать лиц, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения ко всем этапам борьбы со СПИДом;

b) активизировать усилия по профилактике ВИЧ с уделением особого внимания ключевым группам населения и приоритетным географическим районам внутри стран;

c) расширять и поддерживать на достигнутом уровне масштабы обследования на ВИЧ и консультирования, а также доступ к антиретровирусной терапии, включая обследование на ВИЧ на уровне общин с целью охвата лечением всех лиц, живущих с ВИЧ;

d) обеспечить доступ к недорогостоящим медикаментам, средствам диагностики и профилактическим средствам в регионе и за его пределами;

e) улучшить защиту прав человека и гендерного равенства путем устранения законов, политики и практики, которые подпитывают стигматизацию и дискриминацию, нарушают права и препятствуют доступу ключевых групп населения и лиц, живущих с ВИЧ, к необходимым услугам;

f) увеличивать и поддерживать на достигнутом уровне объем внутренних ресурсов для финансирования мероприятий по борьбе со СПИДом и направлять финансирование на мероприятия, дающие максимальную отдачу.