

**Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана**

Азиатско-тихоокеанское межправительственное совещание высокого уровня по оценке прогресса в отношении обязательств Политической декларации по ВИЧ/СПИДу и Целей развития тысячелетия

Бангкок, 6-8 февраля 2012 года

Пункт 4 предварительной повестки дня

Обзор регионального осуществления Политической декларации по ВИЧ/СПИДу и Целей развития тысячелетия и усилий по обеспечению всеобщего доступа, в том числе региональных последующих мер по итогам Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по СПИДу 2011 года

Общий обзор регионального осуществления Политической декларации по ВИЧ/СПИДу и Целей развития тысячелетия и усилий по обеспечению всеобщего доступа, в том числе региональных последующих мер по итогам Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по СПИДу 2011 года

Записка секретариата*Резюме*

С момента принятия Целей развития тысячелетия в 2000 году, Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом в 2001 году и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу в 2006 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе удалось добиться значительного прогресса в деле борьбы с эпидемией ВИЧ. В то же время с учетом проблем в деле борьбы с ВИЧ в регионе некоторые цели и показатели, определенные в рамках цели развития тысячелетия 6, а также в декларациях Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2001 и 2006 годов, еще не достигнуты.

В признание того, что страны добиваются неоднозначного успеха в борьбе с эпидемией ВИЧ и что успех этот нестабилен, правительства государств – членов Организации Объединенных Наций приняли в июне 2011 года Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа. В Декларации говорится о приверженности государств – членов Организации Объединенных Наций, в том числе в Азиатско-Тихоокеанском регионе, оживлению и активизации комплексной глобальной деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом на основе решительного, всеохватывающего и подотчетного руководства для достижения цели 6, в частности, для того, чтобы остановить распространение ВИЧ и начать процесс обращения его вспять к 2015 году.

В Азиатско-Тихоокеанском регионе призыв вновь подтвердить свою готовность действовать был ранее поддержан, среди прочего, в двух резолюциях ЭСКАТО: а) резолюции 66/10 «Региональный призыв к действиям в целях обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке в Азиатско-Тихоокеанском регионе»; и б) резолюции 67/9 «Азиатско-тихоокеанский обзор прогресса, достигнутого в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу».

Для эффективного осуществления Политической декларации 2011 года и двух резолюций ЭСКАТО потребуется решительное политическое руководство, а также значительная межсекторальная поддержка с участием широкого круга соответствующих ключевых заинтересованных сторон. Для содействия правительствам в определении пути для выполнения этих обязательств в настоящем документе предлагается обзор достигнутого прогресса, включая некоторые основные задачи региона в деле борьбы с ВИЧ. На основе этого обзора и ключевых обязательств, определенных в Политической декларации 2011 года и упомянутых выше резолюциях ЭСКАТО, Совещание может рассмотреть вопрос о приоритизации некоторых областей для дальнейшей деятельности, ряд из которых можно будет обсудить в рамках пунктов 5 и 6 предварительной повестки дня.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение.....	3
II. Прогресс в обеспечении всеобщего доступа в Азиатско-Тихоокеанском регионе	4
A. Общие региональные тенденции отражают признаки улучшения	4
B. Географические отклонения и концентрация эпидемий затрудняют борьбу с ВИЧ.....	6
III. Пробелы и проблемы, стоящие в Азиатско-Тихоокеанском регионе в деле обеспечения всеобщего доступа.....	9
A. Недостаточный охват мерами по предупреждению может привести к утрате достигнутых успехов	9
B. Необходимо расширить охват медицинскими услугами	10
C. Поощрение прав расширяет возможности для борьбы с ВИЧ.....	13
D. Для обеспечения неуклонной борьбы с ВИЧ необходимы более высокая национальная ответственность и прочные финансовые основы	15
E. Решение гендерных проблем снижает заболеваемость ВИЧ	16
IV. Возможности для наращивания национальной и региональной деятельности по обеспечению всеобщего доступа в Азиатско-Тихоокеанском регионе	17
A. Принятие целенаправленных мер по профилактике	18
B. Расширение доступа к лечению, уходу и поддержке.....	19
C. Укрепление стимулирующей правовой и социальной базы.....	20
D. Разработка эффективных и более действенных программ	20
E. Ликвидация гендерного неравенства, надругательства и насилия	21
V. Вывод.....	22

Таблицы

1. Некоторые ключевые региональные статистические данные по эпидемии ВИЧ (2009 год)5
2. Сравнение глобальных и региональных показателей охвата мерами по предупреждению ключевых затронутых групп населения (2009 год).....9
3. Охват интиретровирусной терапией в Азии по сравнению с миром (2009)..... 11

Диаграммы

1. Предположительное число взрослых лиц и детей, инфицированных ВИЧ, новых случаев инфицирования и число случаев от смерти от СПИДа в Азиатско-Тихоокеанском регионе (1990-2009 годы)5
2. Предположительное число женщин и взрослых лиц (в возрасте 15 лет и старше), инфицированных ВИЧ (1990-2009 годы)6
3. Охват мероприятиями по предупреждению передачи вируса от родителей ребенку в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии по сравнению со всеми странами с низким и средним уровнями доходов (2005 год, 2008 год и 2009 год)..... 12
4. Процентная доля стран Азиатско-Тихоокеанского региона, законы и стратегии которых мешают деятельности по борьбе с ВИЧ в интересах ряда ключевых затронутых групп населения..... 14

I. Введение

1. После принятия Целей развития тысячелетия в 2000 году, Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (резолюция S-26/2) в 2001 году и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (резолюция 60/262) в 2006 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе удалось добиться существенного прогресса в борьбе с эпидемией ВИЧ. В частности, в отличие от некоторых регионов мира в Азиатско-Тихоокеанском регионе наблюдалось мало общих эпидемий ВИЧ, при этом имеются признаки стабилизации или уменьшения масштабов эпидемии по некоторым группам населения.¹

2. Поэтому, на агрегированном региональном уровне, задача, определенная в рамках цели развития тысячелетия 6, а именно: «Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости» (Задача 6А), в значительной степени решается. В то же время задача 6В – предоставить к 2010 году возможность пройти лечение от ВИЧ/СПИДа всем, кто в этом нуждается, – в регионе в основном не выполняется, несмотря на усилия по наращиванию мер по предупреждению и лечению на протяжении последнего десятилетия. Кроме того, неоднозначного успеха удается добиваться по различным целям, определенным в декларациях Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2001 и 2006 годов.

3. К концу 2010 года завершился срок действия целей и задач, согласованных государствами – членами Организации Объединенных Наций в

¹ Общая эпидемия возникает в том случае, если ею охвачен 1 процент взрослого населения или больше.

2001 и 2006 годах в связи с руководством деятельностью по борьбе со СПИДом и ее мониторингом. Признав пробелы и задачи в достижении этих целей, правительства государств – членов Организации Объединенных Наций, в том числе в Азиатско-Тихоокеанском регионе, приняли в июне 2011 года Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа (резолюция 65/277). Эта Декларация предоставляет государствам-членам важную возможность провести оценку прогресса и определить путь для дальнейшего движения.

4. Настоящий документ имеет целью дать обзор прогресса в борьбе с ВИЧ в Азиатско-Тихоокеанском регионе, чтобы определить возможности для дальнейшей деятельности, предусмотренной в Политической декларации 2011 года. При этом он также опирается на заявленные обязательства, принятые государствами – членами ЭСКАТО по борьбе с эпидемией ВИЧ, включая обязательства, содержащиеся в резолюциях 66/10 «Региональный призыв к действиям в целях обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке в Азиатско-Тихоокеанском регионе» (19 мая 2010 года) и 67/9 «Азиатско-тихоокеанский обзор прогресса, достигнутого в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу» (25 мая 2011 года).

II. Прогресс в обеспечении всеобщего доступа в Азиатско-Тихоокеанском регионе

A. Общие региональные тенденции отражают признаки улучшения

5. В конце 2009 года из предположительно 33,3 млн. человек, инфицированных ВИЧ в глобальном масштабе, 14,7 процента, или 4,9 млн. человек, проживали в Азиатско-Тихоокеанском регионе (диаграмма 1).² В последние годы масштабы большинства национальных эпидемий ВИЧ в Азии стабилизировались, как об этом свидетельствует снижение показателя роста числа взрослых лиц и детей, инфицированных ВИЧ, и случаев смерти от СПИДа. Позитивные изменения включают 20-процентное сокращение числа новых лиц, инфицированных ВИЧ, на протяжении восьми лет, с 450 000 в 2001 году до 360 000 в 2009 году. По оценкам, в 2009 году от СПИДа умерли 300 000 человек, или 16,7 процента, от глобального совокупного показателя.³ В таблице 1 приводится ряд ключевых статистических данных по эпидемии ВИЧ в регионе.

6. В последние годы также сокращаются показатели распространения ВИЧ среди детей в возрасте до 15 лет. По оценкам, в 2009 году в этой возрастной группе ВИЧ было заражено 22 000 детей, на 15 процентов меньше по сравнению с 26 000 детей в 1999 году. Отчасти это обусловлено определенным прогрессом в предоставлении услуг, которые предупредили передачу ВИЧ от родителей детям, что, в свою очередь, содействовало снижению числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей. Число случаев смерти от СПИДа среди детей сократилось с 18 000 в 2004 году до 15 000 в 2009 году.⁴ Может быть, полезно отметить, что без мероприятий по

² Все данные в настоящем документе основаны на региональной классификации ЮНЭЙДС. Перечень стран см. на сайте www.unaids.org/en/regionscountries/countries.

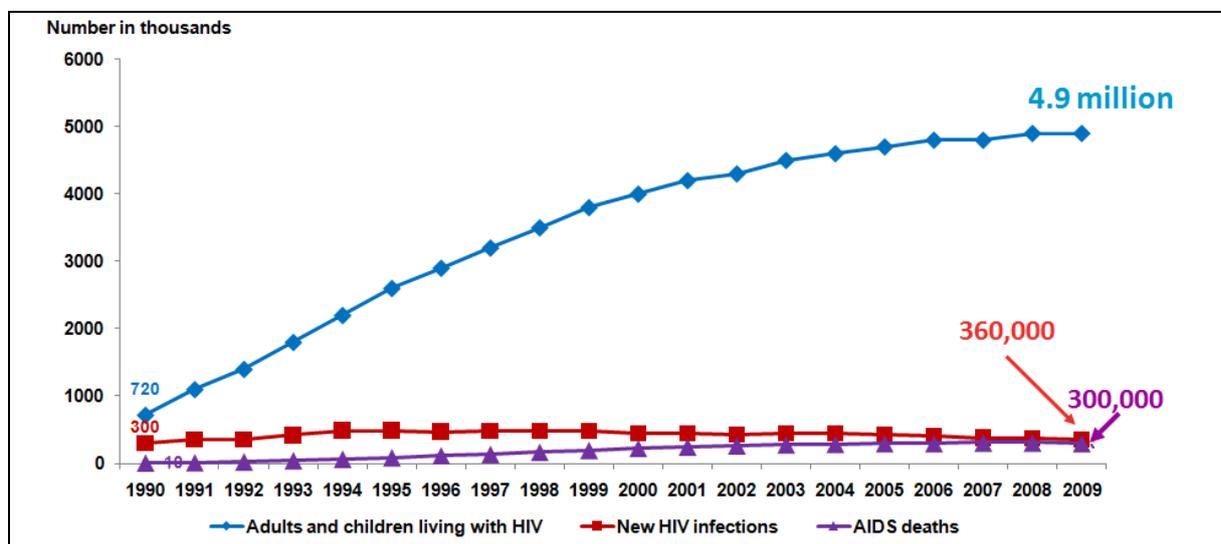
³ UNAIDS, *Global Report 2010*.

⁴ Там же.

предупреждению опасность передачи вируса от родителей детям варьируется от 20 процентов до 45 процентов в глобальном масштабе.⁵

Диаграмма 1

Предположительное число взрослых лиц и детей, инфицированных ВИЧ, новых случаев инфицирования и число случаев смерти от СПИДа в Азиатско-Тихоокеанском регионе (1990-2009 годы)



Источник: UNAIDS, RST Asia-Pacific, based on data compiled for the *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, 2010*.

Таблица 1

Некоторые ключевые региональные статистические данные по эпидемии ВИЧ (2009 год)

	Число взрослых и детей, инфицированных ВИЧ	Новые случаи инфицирования взрослых и детей ВИЧ	Смерть взрослых и детей от СПИДа	Процентная доля взрослых, инфицированных ВИЧ (в возрасте 15-49 лет) (в процентах)
Южная и Юго-Восточная Азия	4 100 000	270 000	260 000	0,3
Восточная Азия	770 000	82 000	36 000	0,1
Океания	57 000	4 500	1 400	0,3
Восточная Европа и Центральная Азия	1 400 000	130 000	76 000	0,8
Итого	33 300 000	2 600 000	1 800 000	0,8

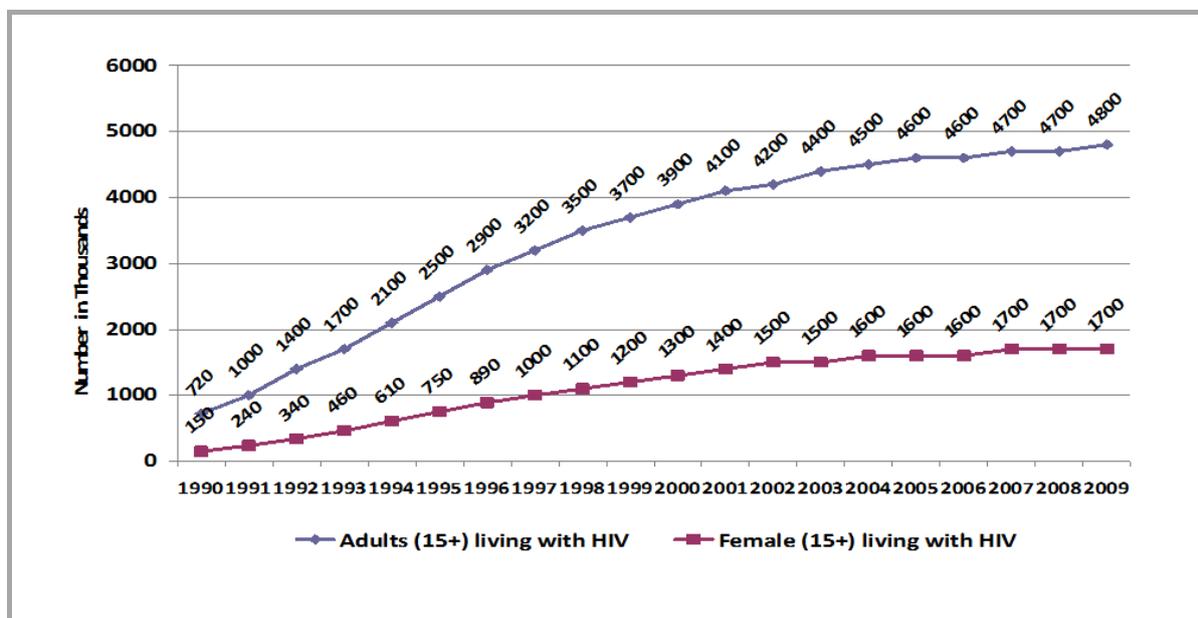
Источник: UNAIDS, *Global Report 2010*.

⁵ World Health Organization, PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals (2010). В этом докладе говорится, что в глобальном масштабе, по оценкам, в 2008 году было инфицировано 430 000 детей, при этом более 90 процентов из них в результате передачи вируса от матери ребенку (ПВМР).

7. Доля инфицированных женщин в последние годы стабилизировалась на уровне 35 процентов, при этом, по оценкам, в 2009 году ВИЧ были инфицированы 1,7 млн. женщин (диаграмма 2). Этот показатель был значительно ниже глобального среднего значения в 52 процента.⁶

Диаграмма 2

Предположительное число женщин и взрослых лиц (в возрасте 15 лет и старше), инфицированных ВИЧ (1990-2009 годы)



Источник: UNAIDS, RST Asia-Pacific, based on data compiled for the *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, 2010*.

В. Географические отклонения и концентрация эпидемий затрудняют борьбу с ВИЧ

8. Эти общие показатели, хотя и вызывают чувство надежды, маскируют некоторые особые тенденции, которые следует учитывать в программах борьбы с ВИЧ, особенно в том, что касается решений о выделении ресурсов.

9. Например, по оценкам, в семи странах проживают 100 000 или более лиц, инфицированных ВИЧ, на долю которых в совокупности приходится более 90 процентов всех инфицированных в Азиатско-Тихоокеанском регионе. К их числу относятся, по убыванию, Индия, Китай, Таиланд, Индонезия, Вьетнам, Мьянма и Малайзия. С учетом того, что в Индии проживают более 2,4 млн. человек, инфицированных ВИЧ, на ее долю приходится почти половина всех, инфицированных ВИЧ в регионе.⁷

10. Кроме того, несмотря на относительно большую долю лиц, инфицированных ВИЧ в Индии и Таиланде, число новых случаев инфицирования ВИЧ в этих странах в 2001-2009 годах сократилось более чем на 25 процентов. По сравнению с этим число новых случаев инфицирования в странах с низкими показателями распространения ВИЧ, таких, как Бангладеш и Филиппины, в тот же период увеличилось более, чем на 25 процентов.⁸

⁶ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

⁷ Там же.

⁸ UNAIDS, *Global Report 2010*.

11. Внутри стран также существуют различия. Например, в Китае на долю шести из 31 провинции страны приходится 61,8 процента от расчетной общей численности населения, инфицированного ВИЧ.⁹ В провинции Папуа Индонезии уровни инфицирования ВИЧ в 15 раз выше, чем средний национальный показатель.¹⁰

12. Что более важно, как указывается в докладе Комиссии по СПИДу в Азии, эпидемии в Азии в основном происходят в таких группах населения, как лица, внутривенно употребляющие наркотики, работники индустрии секса и мужчины, вступающие в половые связи с мужчинами.¹¹ Особую обеспокоенность вызывает то, что эпидемия ВИЧ среди мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами (МПСМ), расширяется в ключевых городах региона. Высокие уровни распространения ВИЧ среди МПСМ, варьирующиеся от 13 до 32 процентов, отмечены в нескольких географических зонах Китая, Индии, Мьянмы, Сингапура, Таиланда и Вьетнама.¹²

13. Кроме того, показатели распространения ВИЧ среди лиц, внутривенно употребляющих наркотики, также остаются высокими в нескольких странах, при этом ВИЧ заражается примерно один из шести человек, внутривенно употребляющих наркотики, в Азии. В Индонезии, Мьянме и Таиланде ВИЧ инфицированы более одного из трех человек, а во Вьетнаме, Пакистане и Непале – один из четырех.¹³

14. Что касается женщин, работающих в индустрии секса, то, несмотря на успехи в деле предупреждения ВИЧ, число новых случаев инфицирования ВИЧ продолжает расти в определенных районах и обстоятельствах. Клиенты-мужчины, пользующиеся услугами работников индустрии секса, играют главную роль в распространении и увеличении масштабов эпидемии ВИЧ в регионе, поскольку они представляют крупнейшую единственную группу, передающую ВИЧ своим регулярным половым партнерам.¹⁴

15. Молодежь в возрасте до 25 лет занимает особое место среди ключевых инфицированных групп населения в регионе. Сообщается о том, что среди работниц индустрии секса женщины, моложе 25 лет, имеют такую же вероятность инфицирования ВИЧ, как и их более старшие коллеги в Индонезии, Папуа – Новой Гвинее и Пакистане. Заболеваемость ВИЧ среди молодых людей, употребляющих наркотики внутривенно, составляет 42 процента в Индонезии, 28 процентов в Мьянме, 23 процента в Пакистане и 8 процентов в Китае.¹⁵

16. В районе Тихого океана самые крупные масштабы эпидемии отмечаются в Папуа – Новой Гвинее, где показатель распространения ВИЧ составляет 0,9 процента (34 000 человек, инфицированных ВИЧ), хотя недавно проведенный анализ свидетельствует о том, что масштабы эпидемии ВИЧ начали выравниваться.¹⁶ Одним из основных видов передачи ВИЧ в

⁹ Информация, предоставленная страновым отделением ЮНЭЙДС в Пекине.

¹⁰ UNAIDS, *Global Report 2010*.

¹¹ Commission on AIDS in Asia, *Redefining AIDS In Asia-Crafting An Effective Response*, Oxford University Press (2008).

¹² UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

¹³ UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

¹⁴ Там же.

¹⁵ Там же.

¹⁶ UNAIDS, *Global Report 2010*.

Папуа – Новой Гвинее является гетеросексуальный половой акт без презерватива. Секс без презерватива является основным путем распространения эпидемии в Австралии, Новой Зеландии и странах Тихого океана.¹⁷

17. Внутри Азиатско-Тихоокеанского региона беспокойство вызывает такая группа населения, как инфицированные ВИЧ возвращающиеся мигранты. При разработке любых мер на национальном уровне важно создать механизмы, способствующие уменьшению уязвимости этой большой группы населения. В настоящее время в регионе располагается приблизительно 25 процентов международных мигрантов, общая численность которых в мире, по оценкам, составляет 214 млн. человек, и он получает 42 процента от глобального объема денежных переводов в мире.¹⁸ Среди этих мигрантов, передвигающихся между странами и внутри них, все большую долю составляют женщины, при этом многие из них оказываются в условиях, характеризующихся повышенной опасностью инфицирования ВИЧ. Одна из основных причин этого положения заключается в отсутствии у мигрантов доступа к информации о ВИЧ и службам здравоохранения.

18. В Восточной Европе число инфицированных ВИЧ с 2000 года почти утроилось, и в 2009 году достигло, по оценкам, 1,4 млн. человек против 760 000 в 2001 году.¹⁹ Быстрый рост числа инфицированных ВИЧ среди употребляющих наркотики внутривенно на пороге нового столетия вызвал стремительное распространение эпидемии в этом регионе. В этой группе стран есть две страны, в которых уровень инфицированности составляет 1 процент и выше, – это Российская Федерация и Украина, на которых вместе приходится почти 90 процентов новых случаев инфицирования ВИЧ.²⁰ Эпидемия ВИЧ в Российской Федерации продолжает распространяться, но более медленными темпами, чем в конце 90-х годов. Эпидемии в Восточной Европе и Центральной Азии распространяются, главным образом, среди людей, употребляющих наркотики внутривенно, работников секс-индустрии, их половых партнеров и, в значительно меньшей степени, среди мужчин, имеющих половые связи с мужчинами. Оценочные данные показывают, что четверть из 3,7 млн. человек (большинство из которых мужчины), употребляющих наркотики внутривенно в этих странах, инфицированы ВИЧ. В 2009 году, по оценкам, от болезней, связанных со СПИДом, умерли 76 000 человек против 18 000 в 2001 году, т.е. число умерших выросло за этот период в четыре раза.²¹

19. Эти данные подчеркивают тот факт, что для того, чтобы борьба с ВИЧ была эффективной, стратегии борьбы с ним должны основываться на надлежащем определении приоритетности ключевых затронутых групп населения и глубоком понимании их соответствующих типов поведения. В последние годы отмечается широкое признание этой необходимости, прежде всего в результате деятельности Комиссии по СПИДу в Азии (2008 год) и Комиссии по СПИДу в Тихоокеанском регионе (2009 год), и, как подчеркивается самими правительствами, в резолюциях ЭСКАТО 66/10 и 67/9.

¹⁷ Там же.

¹⁸ International Organization for Migration and others, *Report of the Asia-Pacific Regional Preparatory Meeting for the Global Forum on Migration and Development 2010*.

¹⁹ UNAIDS, *Global Report 2010*.

²⁰ Украина не является государством – членом ЭСКАТО.

²¹ UNAIDS, *Global Report 2010*.

III. Пробелы и проблемы, стоящие в Азиатско-Тихоокеанском регионе в деле обеспечения всеобщего доступа

A. Недостаточный охват мерами по предупреждению может привести к утрате достигнутых успехов

20. Имеются свидетельства того, что ключевые затронутые группы населения в регионе недостаточно охвачены мерами по предупреждению. В частности, средний региональный показатель охвата ключевых затронутых групп населения (на основе показателя № 9 специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций) значительно ниже опубликованного глобального среднего показателя (таблица 2).²²

Таблица 2

Сравнение глобальных и региональных показателей охвата мерами по предупреждению ключевых затронутых групп населения (2009 год)

(В процентах)

	Глобальный средний показатель	Региональный средний показатель
Лица, внутривенно употребляющие наркотики	32	17
Мужчины, вступающие в половые связи с мужчинами	57	49
Женщины – работники индустрии секса	58	40

Source: UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

21. Адекватный охват мерами по предупреждению ключевых затронутых групп населения имеет важное значение для борьбы с эпидемией ВИЧ в регионе. Например, в случае с группой МПСМ прогнозы показали, что без значительных вложений в программы, касающиеся МПСМ, в том числе программы по предупреждению, и без расширения этих программ на эту группу населения к 2020 году придется приблизительно 50 процентов новых случаев инфицирования в Азии.²³

22. Что касается лиц, внутривенно употребляющих наркотики, то, хотя в регионе осуществляются программы противодействия отрицательным последствиям, во многих случаях масштабы эпидемии сохраняются. Это обусловлено крайне низким уровнем доступности услуг по обмену шприцов. В Азии в 2010 году этот уровень составлял порядка 14 процентов. Охват услугами опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) находится на еще более низком уровне и составляет всего 5 процентов.²⁴

23. На деле для надлежащего понимания этих микротенденций и групп населения требуется наличие весьма специфичных данных, собираемых с помощью соответствующих систем наблюдения. Это означает, что

²² UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

²³ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

²⁴ UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

основанные на фактах и целенаправленные программы потребуют, среди прочего, наличия надежных и своевременных дезагрегированных данных (по возрасту, полу и способу передачи) в отношении масштабов и распространения ВИЧ. Для получения такой информации потребуются как научные исследования, так и возможности для охвата этих групп населения. Что касается первого, то потребуются постоянно улучшать инструменты по определению показателей, системы управления данными и потенциал для мониторинга и оценки на национальном и региональном уровнях. Что касается последнего, то возможностям для охвата ключевых затронутых групп населения будет в значительной мере способствовать создание условий уважения их прав (с тем, чтобы не загонять их в «подполье»), включая предоставление им доступа к медицинским услугам.

24. Из этого следует, что укрепление фактологической базы требует расширения участия общин. Такое участие столь же важно для разработки политики и программ, а не только для реализации программ. Следовательно, целенаправленные программы по борьбе с ВИЧ должны включать также усилия по поддержке этих групп с тем, чтобы они могли более эффективно участвовать на уровнях информационно-пропагандистской деятельности и политики, а также в процессе разработке программ.

25. Сокращение масштабов эпидемии в Камбодже, Таиланде и на юге Индии свидетельствует о мощном взаимодействии высокого уровня охвата первоочередными услугами и активного участия всех ключевых затронутых групп населения. К числу других факторов, содействующих успешной деятельности в этих условиях, относится надлежащее использование средств массовой информации и программный акцент на клиентах работников индустрии секса, группе, о которой часто забывают в программах профилактики. Аналогичные примеры эффективных партнерских отношений с участием общинных групп и органов общественной безопасности можно обнаружить в связи с оказанием услуг по уменьшению отрицательного воздействия лицам, которые используют наркотические средства в некоторых географических районах региона.²⁵

26. Эти позитивные аспекты следует довести до сведения других стран региона. Особенно полезной для стран могла бы быть информация об успешных программах реализации ключевых мероприятий, таких, как поощрение практики использования презервативов среди работников индустрии секса, наращивание масштабов реализации программ сокращения отрицательного воздействия в интересах лиц, употребляющих наркотики, и просвещение с участием сверстников. Программы с участием сверстников оказались особенно эффективными в деле предупреждения, консультирования и предоставления поддержки.

В. Необходимо расширить охват медицинскими услугами

27. По ряду групп населения в Азиатско-Тихоокеанском регионе отмечается улучшение охвата антиретровирусной терапией (АРТ). Например, охват педиатрической АРТ в регионе составляет, по оценкам, 44 процента, что выше, чем средний глобальный показатель на уровне 28 процентов. В основной это обусловлено высоким показателем охвата АРТ, превышающим 80 процентов в Камбодже, Малайзии и Таиланде. Кроме того, с учетом глобальных моделей охват в Азии является более высоким по женщинам, чем

²⁵ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

по мужчинам (28 процентов по сравнению с 22 процентами среди стран, предоставляющих данные с разбивкой по полу).²⁶

28. В то же время общие (совокупные) тенденции не являются столь позитивными. В 2009 году охват АРТ в странах региона с низким и средним уровнями доходов составлял 31 процент, т.е. меньше, чем средний глобальный показатель на уровне 36 процентов, и гораздо меньше целевого показателя на уровне 80 процентов, необходимого для обеспечения всеобщего доступа (таблица 3).²⁷ На долю шести стран в регионе, а именно Вьетнама, Индии, Индонезии, Китая, Мьянмы, и Таиланда, приходится более 90 процентов потребностей региона в лечении.²⁸

Таблица 3

Охват антиретровирусной терапией в Азии по сравнению с миром (2009 год)

	Лица, охваченные АРТ	Лица, нуждающиеся в АРТ	Охват АРТ (в процентах)
Восточная, Южная и Юго-Восточная Азия	739 000	2 400 000	31
Европа и Центральная Азия	114 000	610 000	19
Глобальный показатель	5 250 000	14 600 000	36

Источник: WHO/UNAIDS/UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report* (2010).

29. Новые руководящие принципы лечения, изданные ВОЗ в 2010 году, ставят еще более амбициозные цели по обеспечению лечения. В новых руководящих принципах предлагается начинать АРТ с использования антигенного маркера хелперных Т-лимфоцитов на уровне 350 клеток/мм³ или ниже – пороговом уровне выше прежнего, составлявшего 200 клеток/мм³, – для чего потребуются начинать лечение раньше. С учетом нового порогового уровня число лиц, инфицированных ВИЧ, имеющих право на АРТ, увеличивается примерно на 50 процентов, что ведет к соответствующему снижению пересчитанного показателя охвата АРТ.

30. Охват АРТ в деле предупреждения передачи вируса от родителей ребенку (ППВРР) в 2009 году составил 32 процента, что свидетельствует о значительном отставании от глобального среднего показателя на уровне 53 процентов (диаграмма 3). Таиланд (с охватом более 90 процентов) и Малайзия (свыше 80 процентов) приближаются к достижению цели прекращения инфекций ВИЧ среди детей. В наименьшей мере потребности в этой области удовлетворяются в Индии. В нескольких странах региона до сих пор используется единственная доза невирапина, хотя некоторые страны постепенно отказываются от этого лекарства, и с начала 2012 года намерены следовать новым пересмотренным рекомендациям ВОЗ.²⁹

²⁶ Там же.

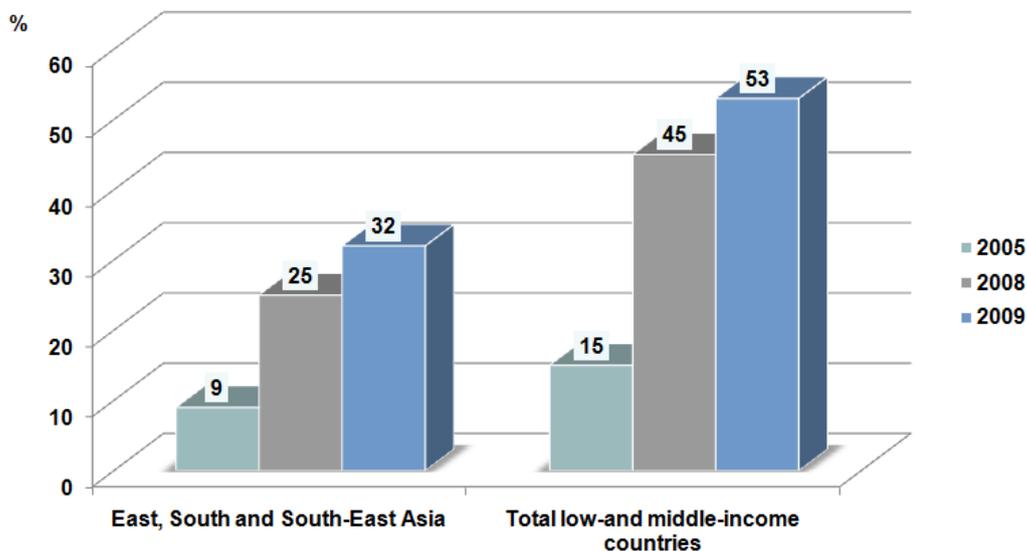
²⁷ UNAIDS, *Global Report 2010*.

²⁸ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

²⁹ UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

Диаграмма 3

Охват мероприятиями по предупреждению передачи вируса от родителей ребенку в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии по сравнению со всеми странами с низким и средним уровнями доходов (2005 год, 2008 год и 2009 год)



Источник: UNAIDS, *Regional Stocktaking Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

31. В связи с этим ясно, что, если только не будут предприниматься согласованные усилия по расширению охвата АРТ, в будущем разрыв в регионе между спросом и предложением АРТ может еще больше увеличиться. Камбоджа – единственная страна в Азии, обеспечившая всеобщий доступ к АРТ в рамках руководящих принципов лечения ВОЗ 2010 года.³⁰ Лаосская Народно-Демократическая Республика, Папуа – Новая Гвинея и Таиланд – единственные другие страны Азиатско-Тихоокеанского региона, которые обеспечили охват на уровне свыше 50 процентов в соответствии с этими новыми руководящими принципами.³¹

32. Предоставляющий возможность для наращивания услуг АРТ и ППВРР процесс осуществления руководящих принципов ВОЗ 2010 года потребует расширения потенциала для финансирования и увеличения людских ресурсов, закупок материалов для лечения и предоставления услуг на характеризуемом эффективностью затрат уровне. Такая задача может стать еще более трудной в свете формирующейся поддержки подхода «лечение как предупреждение», который продемонстрировал возможность уменьшения вероятности передачи вируса в том случае, если обеспечено лечение на более раннем этапе. Говоря конкретно, новые исследования свидетельствуют о том, что в том случае, если инфицированный ВИЧ рано начинает проходить курс АРТ, опасность передачи вируса неинфицированному половому партнеру может быть сокращена на 96 процентов.³²

³⁰ Там же.

³¹ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

³² Michel Sidibé, *A game-changing moment.*, 28th Meeting of the Programme Coordinating Board June 2011, Geneva.

33. С учетом роста потребностей в АРТ необходимо обеспечить наличие качественных и недорогих медицинских препаратов, включая их незапатентованные варианты. Поэтому важно обеспечить законную международную торговлю такими препаратами. В этой связи может быть полезным отметить, что для развивающихся и наименее развитых стран Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) включает ряд «гибких элементов», которые предназначены для того, чтобы разрешить использование соответствующих ТРИПС норм таким образом, который позволит этим странам осуществлять свои собственные государственные стратегии, например, которые касаются доступа к фармацевтическим продуктам.³³

34. Аналогично мероприятиям по расширению охвата мерами по предупреждению, рассматривавшимся выше, расширение охвата лечением потребует обеспечить более справедливый доступ к услугам для ключевых затронутых групп населения, улучшить достоверность данных и научные исследования, а также расширить участие общин. Что более важно, надлежащие программы АРТ и профилактики должны поддерживаться общим процессом укрепления систем социальной защиты, включая системы здравоохранения. Например, созданная в Таиланде всеобщая система медицинского обеспечения включает все более комплексную деятельность по борьбе с эпидемией ВИЧ, в том числе предоставление АРТ. Согласно докладу о ходе реализации решений специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, подготовленному Таиландом (за отчетный период с января 2008 года по декабрь 2009 года), усилия по расширению на раннем этапе доступа к услугам в сфере лечения обеспечили улучшение охвата лечением и мероприятиями по уходу. К 2009 году курс АРТ проходили 200 000 человек, инфицированных ВИЧ (что эквивалентно 75-процентному охвату лечением).

С. Поощрение прав расширяет возможности для борьбы с ВИЧ

35. В Азиатско-Тихоокеанском регионе предпринимаются усилия по устранению правовых барьеров и дискриминационной политики и практики, которые наносят ущерб лицам, инфицированным и затронутым ВИЧ. Примеры этого включают отмену ограничений на передвижение в Китае, замену обязательного заключения под стражу добровольным медицинским лечением лиц, употребляющих наркотики в Малайзии, и пересмотр устаревших законодательных рамок в Папуа – Новой Гвинее.³⁴

36. Несмотря на такой прогресс, некоторые законы, стратегии и практика по-прежнему идут вразрез с региональной деятельностью по борьбе с ВИЧ. До 90 процентов стран Азиатско-Тихоокеанского региона имеют законы, которые рассматриваются как мешающие эффективной деятельности по предупреждению ВИЧ, обеспечению ухода, лечению и поддержке.³⁵ На деле имеются свидетельства того, что по сравнению с остальной частью мира в Азиатско-Тихоокеанском регионе существует более высокая процентная доля стран, которые располагают законами и стратегиями, создающими препятствия на пути обеспечения всеобщего доступа, особенно для ключевых затронутых групп населения (диаграмма 4).

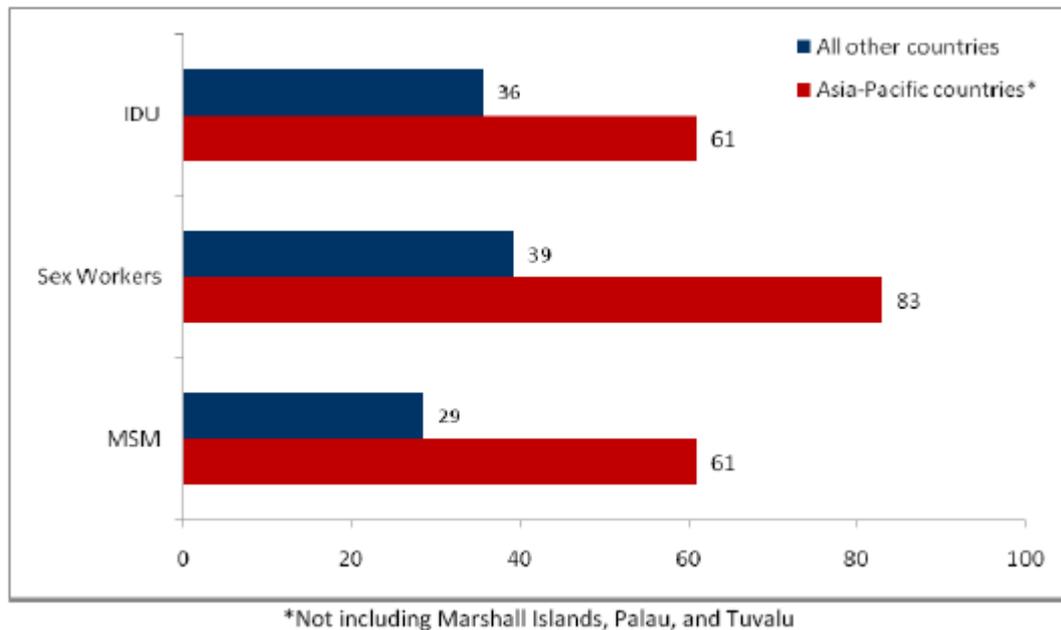
³³ http://www.wipo.int/ip-development/en/legislative_assistance/advice_trips.html.

³⁴ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

³⁵ UNAIDS, *Global Report 2010*.

Диаграмма 4

Процентная доля стран Азиатско-Тихоокеанского региона, законы и стратегии которых мешают деятельности по борьбе с ВИЧ в интересах ряда ключевых затронутых групп населения



Источник: *Evidence to Action, Law, Policy and HIV in Asia and the Pacific (2010)*.

37. В частности, в 20 странах предусмотрено уголовное наказание за половые отношения между однополыми партнерами, более чем в 29 странах предусмотрено уголовное наказание за некоторые аспекты работы в индустрии секса и в 16 странах используются ограничения на передвижение лиц, инфицированных ВИЧ.³⁶ Многие страны по-прежнему используют практику заключения под стражу наркоманов в целях обязательного лечения от наркозависимости, как правило, без предоставления услуг по ОЗТ, и в 11 странах за связанные с оборотом наркотиков правонарушения предусмотрена смертная казнь.³⁷ Политическая позиция региона в отношении общественной безопасности может отражать доминирование глобальной модели обеспечения выполнения законов в период «войны с наркотиками» и не рассматривать употребление наркотиков с точки зрения общественного здравоохранения.³⁸

38. Было доказано, что в таких правовых и социальных рамках, которые не обеспечивают поддержки прав ключевых затронутых групп населения (включая их право на охрану здоровья), последние уходят в «подполье», что повышает опасность возникновения у них опасных видов поведения. Этот аспект не только подрывает перспективы охраны здоровья этих групп населения и их партнеров, но и создает опасность торможения прогресса, достигнутого в деле борьбы с эпидемией ВИЧ. Кроме того, такое положение, при котором эти группы населения становятся невидимыми, может замедлять усилия по получению надлежащих данных, которые, как указывалось ранее, имеют большое значение для целенаправленных программных подходов.

³⁶ UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific (2011)*.

³⁷ Там же.

³⁸ Там же.

39. Сохранение этих проблем объясняется наличием ряда ключевых факторов.³⁹ Например, как представляется, системы общественного здравоохранения и общественной безопасности используют отличающиеся друг от друга подходы. Уголовные наказания за обладание предметами для внутривенного употребления наркотиков являются одним из примеров таких различий. Говоря конкретно, предоставление стерильных шприцов является «попустительством» или «содействием» их незаконному употреблению, что запрещено в ряде стран.⁴⁰ Такие законы могут приводить к расширению использования нестерильных приборов для внутривенного употребления наркотиков, увеличивая таким образом опасность распространения ВИЧ. Кроме того, имеются показания о том, что, хотя выполнение соответствующих законов может не всегда обеспечиваться полицией, эти законы, как сообщается, использовались в качестве оправдания в случаях, связанных с притеснением и нарушением прав некоторых ключевых затронутых групп населения.⁴¹

40. Предвзятое отношение и дискриминация на работе, в школах и медицинских учреждениях также препятствуют предупреждению и лечению ВИЧ, уходу за больным и его поддержке. На деле исследование регионального индекса предвзятого отношения показало, что 24 процента респондентов потеряли свою работу в результате дискриминации на основе их статуса. Приблизительно 13 процентов указали, что предвзятое отношение и дискриминация содействовали ухудшению доступа к медицинскому обслуживанию, а 19 процентов – сообщили о нарушениях их прав. Из 27 процентов судебных дел о компенсации, успешными оказались лишь 8 процентов.⁴²

41. Ясно, что устранение или сокращение дискриминационных правовых препятствий, стратегий и практики потребует укрепления потенциала как государственных учреждений, так и институтов гражданского общества. Эти усилия должны включать полномасштабное сотрудничество всех ключевых заинтересованных сторон: секторов общественного здравоохранения и безопасности, служб правовой помощи и социальной защиты, а также механизмов мониторинга прав на уровне общин в интересах, в частности, лиц, инфицированных ВИЧ, ключевых затронутых групп населения, женщин и девочек.

D. Для обеспечения неуклонной борьбы с ВИЧ необходимы более высокая национальная ответственность и прочные финансовые основы

42. Существующие в настоящее время в регионе модели финансирования деятельности по борьбе с ВИЧ неустойчивы. Во-первых, как представляется, существует значительный разрыв между спросом на средства и их предложением. По оценкам, на целенаправленную региональную деятельность по обращению вспять эпидемии, борьбе с ней и обеспечению достижения заданных показателей по лечению, уходу и поддержке требуется

³⁹ Там же.

⁴⁰ WHO and others, *A strategy to halt and reverse the HIV epidemic among people who inject drugs in Asia and the Pacific 2010-2015* (2010).

⁴¹ John Godwin, *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men: An agenda for action* (commissioned by UNDP and Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), 2010).

⁴² UNAIDS, *Regional Consultation Outcome Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

3,3 млрд. долл. США в год.⁴³ Эта сумма в три раза превышает расходы на цели борьбы с ВИЧ в регионе за год, которые, по сообщениям, в 2009 году составили 1,1 млрд. долл. США. Без усилий по обеспечению дополнительных средств этот разрыв, как предполагается, увеличится, особенно по той причине, что впервые за 10 лет международные доноры не увеличили объемов финансирования. Этому могли содействовать недавний глобальный финансовый кризис и неопределенные экономические условия.⁴⁴

43. Такая значительная нехватка финансовых средств вызывает еще большую озабоченность с учетом вероятности того, что существующая сегодня в мире экономическая неопределенность может сохраняться какое-то время, и с учетом высокой степени зависимости региона от международных средств. Все страны с низким уровнем доходов и многие страны с более низкими показателями среднего уровня доходов крайне зависят от источников международного финансирования. Предполагается, что глобальное финансирование обеспечивает более 50 процентов от общего объема средств для борьбы со СПИДом в трех четвертях стран, представляющих доклады (в 19 из 25). По оценкам, в Азии государственный сектор финансирует приблизительно 53 процента объявляемых расходов. Существует вероятность того, что этот показатель может создавать неверное представление о доле государственного финансирования в регионе. На долю лишь двух стран, Китая и Таиланда, уже приходится 500 млн. долл. США государственных средств – непропорционально большая часть суммы в размере приблизительно 1 млрд. долл. США, расходуемой ежегодно в регионе на цели борьбы с ВИЧ.⁴⁵

44. Эффективное использование средств, включая увязку фактических расходов на душу населения с рекомендуемым объемом расходов, является одним из важных факторов при определении устойчивости программ по борьбе с ВИЧ. Представляется, что нынешние ассигнования недостаточны. Есть свидетельства того, что в странах с относительно детальной отчетностью на низкокзатратные, высокорезультативные меры профилактики выделяется только 18 процентов расходов.⁴⁶

45. Упомянутые выше факторы свидетельствуют о том, что страны должны в большей степени полагаться на собственные ресурсы. Следует обеспечить большую степень национальной ответственности за соответствующие мероприятия по борьбе с ВИЧ в странах Азиатско-Тихоокеанского региона. Поэтому важно, чтобы правительства приняли обязательства по увеличению объема национальных ресурсов для программ по ВИЧ, расширили усилия по получению внешних средств из разнообразных источников (в том числе при помощи новаторских партнерских отношений) и укрепили внутренний потенциал для управления финансами и программами.

Е. Решение гендерных проблем снижает заболеваемость ВИЧ

46. Как было показано в предыдущем разделе, доля женщин, инфицированных ВИЧ, в регионе достаточно велика. Для них одним из основных источников передачи ВИЧ служат половые контакты без контрацептивов с их партнерами из числа мужчин, особенно с теми, которые являются клиентами работниц индустрии секса. Существуют свидетельства

⁴³ Там же.

⁴⁴ Там же.

⁴⁵ Там же.

⁴⁶ Presentation by UNAIDS RST AP, “Sustainable funding to reach the three zeros”, ICAAP 2011.

того, что женщины меньше осведомлены о том, как передается ВИЧ, и о том, как предупредить инфицирование. Гендерные нормы, закрепляющие традиционные роли, могут ограничить возможности инфицированных ВИЧ, в том числе женщин, для доступа к услугам по профилактике, лечению и поддержке.⁴⁷ Гендерное неравенство также отражается в насилии в отношении женщин и подвергает женщин и девочек повышенному риску инфицирования ВИЧ.⁴⁸ Следовательно, деятельность по борьбе с распространением ВИЧ должна учитывать ту роль, которую гендерные отношения играют в половой и репродуктивной жизни, и то, каким образом она затрагивает работу по предупреждению ВИЧ, лечению, уходу и поддержке.

IV. Возможности для наращивания национальной и региональной деятельности по обеспечению всеобщего доступа в Азиатско-Тихоокеанском регионе

47. В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года 193 государства – члена Организации Объединенных Наций обязались удвоить усилия для обеспечения к 2015 году всеобщего доступа к услугам и профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для достижения цели развития тысячелетия 6, в частности, остановить и обратить вспять распространение ВИЧ (пункт 51). Многие обязательства, взятые в предыдущих декларациях по ВИЧ/СПИДу, были подтверждены на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всестороннему обзору прогресса, достигнутого в реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу, которое проходило в июне 2011 года. Многие стратегические элементы недавно обнародованной концепции ЮНЭЙДС «нулевого уровня новых случаев инфицирования, нулевой дискриминации и нулевой смертности от СПИДа» также соответствуют обязательствам, обозначенным в Политической декларации 2011 года.

48. В Азиатско-Тихоокеанском регионе этот призыв возобновить приверженность был поддержан, среди прочего, в двух резолюциях ЭСКАТО, предшествовавших Политической декларации 2011, а именно в резолюции 66/10 «Региональный призыв к действиям в целях обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке в Азиатско-Тихоокеанском регионе» и в резолюции 67/9 «Азиатско-тихоокеанский региональный обзор прогресса, достигнутого в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу». Последняя резолюция была принята перед самым началом совещания высокого уровня 2011 года по СПИДу и включала итоги предшествовавших обсуждений в регионе, связанных, среди прочего, с Азиатско-тихоокеанскими консультациями по обеспечению всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке, которое было совместно организовано ЮНЭЙДС и ЭСКАТО и проведено в марте 2011 года.

49. Государствам – членам ЭСКАТО следует максимально задействовать обязательства, вытекающие из этих глобальных и региональных инициатив, в

⁴⁷ UNAIDS, *HIV in Asia and the Pacific: Getting to Zero* (2011).

⁴⁸ Lewis, I., Maruia, B., Mills, D. and Walker, S. (2008). Final Report on Links Between Violence Against Women and the Transmission of HIV in 4 Provinces of PNG. University of Canberra (Australia) and National HIV Support Program (Papua New Guinea).

целях безотлагательного решения существующих проблем в региональной деятельности по борьбе с ВИЧ.

А. Принятие целенаправленных мер по профилактике

50. В Политической декларации 2011 года, как и в Декларации 2006 года, подтверждается, что профилактика ВИЧ должна быть краеугольным камнем национальных, региональных и международных действий по борьбе с эпидемией ВИЧ (пункт 58).

51. В частности, в Политической декларации 2011 года подчеркивается необходимость «удвоить усилия по профилактике ВИЧ, приняв все меры для осуществления всеобъемлющих, научно обоснованных подходов к профилактике...» (пункт 59). В отличие от предыдущих деклараций в Политической декларации 2011 года внимание обращается на необходимость сосредоточиться на ключевых затронутых группах населения: «многие национальные стратегии профилактики ВИЧ недостаточное внимание уделяют тем группам населения, в отношении которых эпидемиологические исследования говорят о том, что они подвержены более высокой степени риска, особенно это касается мужчин, вступающих в половую связь с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-индустрии...», при этом также отмечается, что «каждая страна должна определить конкретные группы населения, которые имеют непосредственное отношение к распространению эпидемий и принимаемым ответным мерам с учетом эпидемиологических данных и национальных условий» (пункт 29). Политическая декларация 2011 года является первой глобальной декларацией, принятой Генеральной Ассамблеей, в которой эти группы населения конкретно определены в качестве уязвимых перед эпидемией ВИЧ.

52. Что еще более важно, в Политической декларации 2011 года содержатся обязательства по увязанным со сроками и конкретным программным целям в отношении ключевых затронутых групп населения. В ней говорится, что к 2015 году следует обеспечить:

а) сокращение вдвое показателей передачи ВИЧ-инфекции половым путем (пункт 62);

б) сокращение вдвое к 2015 году показателей передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики инъекционно (пункт 63);

в) прекращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и существенное снижение показателей обусловленной СПИДом материнской смертности (пункт 64).

53. Наряду с обязательством удвоить усилия по профилактике ВИЧ в Политической декларации 2011 года также подчеркивается необходимость проведения публичных просветительских кампаний, мобилизации энергии молодых людей, снижения числа случаев связанного с риском поведения, расширения и пропаганды добровольного и конфиденциального тестирования на ВИЧ, расширения программ уменьшения риска и опасности и содействия доступу к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (пункт 59).

54. В ней также содержится призыв обеспечить адекватное финансирование и повысить эффективность реализации мероприятий по профилактике в интересах тех лиц, которые требуют «особого внимания»,

таких, как – в зависимости от местных условий – женщины и девочки, молодые люди, сироты и находящиеся в уязвимом положении дети, мигранты и лица, пострадавшие от гуманитарных бедствий, заключенные, коренные жители и инвалиды (пункт 60).

55. В признание того, что деятельность по борьбе с ВИЧ должна опираться на конкретные факты, в Политической декларации 2011 года подтверждается, что научно обоснованные меры «должны опираться на данные, дезагрегированные по частоте и распространенности заболевания, в т.ч. по возрасту, полу и способу передачи...», и рекомендуется повышать эффективность систем сбора и анализа данных об этих группах населения (пункты 46 и 61).

56. Кроме того, до проведения совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по СПИДу в июне 2011 года в резолюциях 66/10 и 67/9 ЭСКАТО были определены проблемы, стоящие перед ключевыми группами населения, подверженными высокому риску, такими, как лица, употребляющие наркотики внутривенно, работники индустрии секса, МПСМ и транссексуалы. Что касается последней группы, то имеются данные о том, что среди транссексуального населения показатели распространения СПИДа выше, чем среди МПСМ.⁴⁹

В. Расширение доступа к лечению, уходу и поддержке

57. В Политической декларации 2011 года признается наличие явно недостаточного охвата лечением на глобальном уровне и содержится призыв добиваться того, чтобы «к 2015 году антиретровирусное лечение получали 15 млн. человек, живущих с ВИЧ» (пункт 66). В признание этой задачи в декларациях 2011 и 2006 годов указывается, что соглашения по международной торговле, особенно по товарам (включая продукты, связанные с лечением и предупреждением) и по соответствующим правам интеллектуальной собственности могут ухудшать доступ к недорогому лечению и что гибкие элементы Соглашения ТРИПС должны быть направлены на поощрение доступа к торговле медицинскими препаратами. В то же время Политическая декларация 2011 года идет дальше, поскольку в ней содержатся обязательства «до 2015 года преодолеть, где это возможно, препятствия, ограничивающие возможности стран с низким и средним уровнем доходов в плане предоставления доступных по цене и эффективных средств профилактики и лечения ВИЧ, средств диагностики, медикаментов...» (пункт 71). В ней также предлагаются пути достижения этой цели на основе:

а) поощрения выпуска конкурирующими компаниями аналоговых лекарственных препаратов с целью содействовать снижению издержек, связанных с оказанием помощи хронически больным людям на протяжении всей их жизни, а также путем поощрения всех государств к применению мер и процедур для обеспечения соблюдения прав интеллектуальной собственности таким образом, чтобы избегать создания препятствия для законной торговли лекарствами и обеспечить гарантии для недопущения злоупотребления такими мерами и процедурами (пункт 71b);

б) поощрения добровольного использования, где это целесообразно, новых механизмов, таких, как партнерские отношения, многоуровневое

⁴⁹ UNAIDS, *Regional Stocktaking Report, Universal Access in Asia and the Pacific* (2011).

ценообразование, передача патентов в открытое пользование и патентные пулы, в интересах всех развивающихся стран (пункт 71с).

58. В этой связи резолюция 67/9 ЭСКАТО дополняет эти инициативы, поскольку в ней содержится призыв обеспечить рассмотрение процессов, которые поощряют консультации заинтересованных сторон в целях расширения доступа к недорогим лекарствам, средствам диагностики и вакцинам в регионе.

С. Укрепление стимулирующей правовой и социальной базы

59. В Политической декларации 2011 года признается, что эффективные программы по борьбе с ВИЧ должны рассматривать необходимость «активизации национальных усилий по созданию благоприятных правовых, социальных и политических рамок в каждом национальном контексте...» (пункт 77).

60. В Политической декларации 2011 года содержится ряд руководящих принципов о том, каким образом активизировать национальные усилия: пересмотр оказывающих отрицательное воздействие законов и стратегий (пункт 78), рассмотрение вопроса об их выявлении и пересмотре с целью ликвидации любых остающихся связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и жительство (пункт 79), приверженность национальным стратегиям по борьбе с ВИЧ и СПИДом, которые содействуют соблюдению и защите прав человека, а также ликвидации стигматизации и дискриминации и, где уместно, созданию надлежащих систем социальной защиты людей, живущих с ВИЧ и затронутых ВИЧ и СПИДом, включая женщин и девочек, детей, молодежь, мигрантов и мобильные группы населения и трудящихся и их семьи (пункты 80-85).

61. Столь же важное значение имеет тот факт, что в Политической декларации 2011 года содержится призыв наладить сотрудничество между ключевыми заинтересованными сторонами в целях сокращения масштабов стигматизации и дискриминации, включая «информированность сотрудников полиции и судей, подготовку медицинских работников по вопросам недискриминации, конфиденциальности и информированного согласия, поддержку национальных учебных кампаний по правам человека, правовой грамотности и правовым услугам, а также мониторинг влияния правовой среды на предотвращение ВИЧ, лечение, уход и поддержку» (пункт 80).

62. В Азиатско-Тихоокеанском регионе в резолюциях 66/10 и 67/9 ЭСКАТО определена необходимость рассмотрения проблем стигматизации и дискриминации и наличия правовых и политических препятствий на пути обеспечения всеобщего доступа, а также поощрения межсекторальных усилий систем здравоохранения и прочих секторов, включая систему правосудия, правопорядка и контроля над наркотическими средствами. Кроме того, в резолюции 67/9 так же, как и в Политической декларации 2011 года, указывается, что в соответствии с национальными приоритетами следует начать пересмотр национальных законов, стратегий и практики, с тем чтобы обеспечить полномасштабное достижение целей предоставления всеобщего доступа.

Д. Разработка эффективных и более действенных программ

63. В Политической декларации 2011 года к странам обращен настоятельный призыв принять обязательства по увеличению ежегодных

глобальных расходов к 2015 году путем постепенного наращивания их объемов и на основе совместной ответственности, а также признается, что, по оценкам, целевой показатель по расходам составит 22-24 млрд. долл. США в странах с низким и средним уровнем доходов (пункт 88). В ней также странам предлагается играть большую роль в обеспечении подотчетности за деятельность по борьбе с ВИЧ, в частности:

а) принять обязательства обновить и осуществить к 2012 году в рамках всеохватывающих, реализуемых при ведущей роли отдельных стран и прозрачных процессов, многоотраслевые национальные стратегии и планы по ВИЧ и СПИДу, включая планы финансирования, которые содержат цели и конкретные сроки их достижения на адресной, равноправной и последовательной основе (пункт 54);

б) расширить национальное участие в мерах по борьбе с ВИЧ/СПИДом за счет выделения больших средств из национальных ресурсов и традиционных источников финансирования, включая официальную помощь в целях развития (пункт 88).

64. Для поддержки этих национальных усилий Политическая декларация 2011 года призывает «систему Организации Объединенных Наций, страны-доноры, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, деловой сектор и международные и региональные организации поддержать государства-члены в обеспечении того, чтобы иницилируемые самими странами, заслуживающие доверия, рассчитанные по расходам, научно обоснованные, всеохватывающие и всеобъемлющие национальные стратегические планы по борьбе с ВИЧ/СПИДом к 2013 году были профинансированы и осуществлялись в условиях транспарентности, подотчетности и эффективности в соответствии с национальными приоритетами» (пункт 55).

65. Для обеспечения реализации полного спектра мер по предупреждению ВИЧ, лечению, уходу и поддержке Политическая декларация 2011 года предусматривает активное участие и руководство со стороны общинных организаций людей, живущих с ВИЧ и затронутых им, включая молодежь, в планировании, осуществлении и оценке мер реагирования и партнерства с местными лидерами и гражданским обществом, включая общинные организации (пункты 56 и 57).

66. Аналогичным образом, в резолюции 67/9 ЭСКАТО содержится призыв обеспечить большую степень национальной принадлежности в результате значительного увеличения поддержки и финансирования борьбы с ВИЧ на основе национальных бюджетных ассигнований, а также в результате учета вопросов ухода, поддержки и лечения в национальных планах медицинского страхования и социальной защиты. В ней подчеркивается необходимость налаживания стратегических и оперативных партнерских отношений на национальном и общинном уровнях между представителями общественного здравоохранения, правоохранительных органов и гражданского общества и ключевых затронутых групп населения для наращивания высокоэффективной деятельности по предупреждению ВИЧ, лечению, уходу и поддержке в целях обеспечения всеобщего доступа для ключевых групп населения.

Е. Ликвидация гендерного неравенства, надругательства и насилия

67. В Политической декларации 2011 года выражается обеспокоенность по поводу того, что в общемировом масштабе женщины и девочки остаются

наиболее затронутой эпидемией группой населения. В ней также признается, что их способность самостоятельно защищать себя от ВИЧ по-прежнему находится под негативным воздействием психологических факторов и гендерного неравенства и что на них возложена непропорционально высокая доля обязанностей по уходу (пункт 21). В признании этой задачи Политическая декларация 2011 года призывает «... ликвидировать гендерное неравенство и гендерные притеснения и насилие; расширить возможности женщин и девушек защищать себя от риска заражения ВИЧ...» и принять меры по «созданию условий, способствующих реализации прав и возможностей женщин, и укреплению их экономической независимости, и в этом контексте она подтверждает важную роль мужчин и мальчиков в достижении гендерного равенства» (пункт 53). Эти задачи были также в определенной степени отражены в резолюциях 66/10 и 67/9 ЭСКАТО.

V. Вывод

68. Подводя итог, можно сказать, что ситуация в деле борьбы с эпидемией ВИЧ в регионе улучшилась, особенно в последние годы. В то же время достижения носят неустойчивый характер и могут быть утрачены без наличия согласованных усилий государств – членов ЭСКАТО. Несомненно, на этом критическом этапе эволюции эпидемии ВИЧ необходимо сделать еще очень многое, ускорив работу с учетом упомянутых выше задач.

69. Политическая декларация 2011 года, резолюции 66/10 и 67/9 ЭСКАТО и инициативы ЮНЭЙДС и ее коспонсоров предоставляют государствам-членам возможность устранить препятствия на пути всеобщего доступа. В частности, в Политической декларации 2011 года ко всем государствам-членам обращен призыв активизировать и расширить комплексную глобальную деятельность по борьбе с ВИЧ/СПИДом на основе решительного, открытого и подотчетного руководства для достижения цели развития тысячелетия 6, в частности, касающейся прекращения распространения и обращения вспять эпидемии ВИЧ к 2015 году. Следует учитывать, что достижение цели 6 также имеет важное значение для достижения других целей. Обратное тоже верно в том плане, что прогресс в достижении других Целей развития тысячелетия обеспечит выгоды для борьбы с эпидемией ВИЧ. Например, ликвидация новых случаев инфицирования ВИЧ детей и предупреждение смертности их матерей окажет прямое воздействие на достижение цели 6, а также цели 3 (поощрение гендерного равенства и улучшение положения женщин), цели 4 (сокращение детской смертности) и цели 5 (улучшение состояния материнского здоровья).

70. С учетом того, что до 2015 года остается всего лишь четыре года, большое значение придается безотлагательным действиям государств – членов ЭСКАТО. Поэтому, принимая во внимание обязательства, содержащиеся в Политической декларации 2011 года и резолюциях 66/10 и 67/9 ЭСКАТО, совещание может рассмотреть возможность продвижения вперед в следующих ключевых областях:

a) удвоение усилий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке к 2015 году в целях обращения вспять к этому году распространения эпидемии ВИЧ, о чем говорится в цели развития тысячелетия 6;

b) повышение национальной ответственности за программы по ВИЧ и подтверждение этой приверженности путем разработки и осуществления с вложением соответствующих средств научно-обоснованных, открытых для

всех, возглавляемых странами и устойчивых национальных программ по ВИЧ/СПИДу, включающих ограниченные конкретными сроками цели, достижение которых надлежит обеспечить адресным и справедливым образом;

с) налаживание стратегических и оперативных партнерских отношений на национальном и общинном уровнях между представителями общественного здравоохранения, правоохранительных органов, гражданского общества и ключевых затронутых групп населения для наращивания высокорезультативных мер по борьбе с ВИЧ и ликвидации стигматизации и дискриминации;

d) поощрение руководства и участия общинных организаций лиц, относящихся к ключевым затронутым группам населения, а также инфицированных ВИЧ, включая молодых людей в, где это целесообразно, информационно-пропагандистской деятельности, планировании, осуществлении и оценке мероприятий по борьбе с ВИЧ;

e) рассмотрение законов, стратегий и практики, которые препятствуют обеспечению всеобщего доступа, включая те из них, которые способствуют закреплению стигматизации и дискриминации, гендерного неравенства и насилия по признаку пола;

f) укрепление внутренних систем сбора и анализа данных в поддержку информационной базы, которая должна включать всю необходимую статистическую информацию, например, о заболеваемости и распространенности эпидемии ВИЧ с разбивкой по признаку пола, возраста и способу передачи;

g) поддержка всех необходимых партнерских отношений, охватывающих государства – члены ЭСКАТО, а также региональных и международных заинтересованных сторон в целях борьбы с эпидемией ВИЧ, например, в результате обеспечения непрерывного обмена информацией, результатами научных исследований, данными и практическим опытом;

h) проведение на региональном уровне периодических и всеохватывающих межправительственных обзоров национальных усилий и достижений соответствующих стран в деле борьбы с ВИЧ.

71. Наконец, не следует забывать о том, что существуют значительные экономические издержки, возникающие в том случае, если не будет налажена адекватная борьба с эпидемией ВИЧ. Эпидемия ВИЧ обуславливает не только значительные прямые и финансовые издержки, связанные с лечением и утратой доходов, она также расширяет масштабы бедности и неравенства доходов в результате эрозии людского, социального, финансового и природного капитала с отрицательными долгосрочными последствиями для доходов домашних хозяйств, занятости, образования, равенства полов и состояния здоровья детей и матерей. В свою очередь это свидетельствует о крайней необходимости более открытого и конструктивного учета вопросов ВИЧ и СПИДа в рамках более широкой повестки дня по вопросам развития человека.