

ГЛОБАЛЬНЫЙ ДОКЛАД

Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г.

Авторское право © 2013.
Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).
Все права защищены.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражение со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района или их властей или относительно делимитации их границ. ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации и не несёт ответственности за ущерб, связанный с её использованием.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций
Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2013 г.
«ЮНЭЙДС / JC2417R»

1. ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 2. ВИЧ-инфекции – передача. 3. Синдром приобретённого иммунодефицита – профилактика и контроль. 4. Социальная стигма. 5. Антиретровирусные препараты – поставка и распределение. 6. СПИД-ассоциированные оппортунистические инфекции. 7. Национальные программы в области здравоохранения. Международное сотрудничество. I. ЮНЭЙДС.

ISBN 978-92-9253-032-7

(Классификация Национальной медицинской библиотеки США: WC 503.6)

ГЛОБАЛЬНЫЙ ДОКЛАД

Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	4
1. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ	14
2. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ	36
3. ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ	46
4. ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ	56
5. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ	74
6. ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ	84
7. УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ	96
8. УСТРАНИТЬ СТИГМУ, ДИСКРИМИНАЦИЮ, КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ И ПРАКТИКУ В СВЯЗИ С ВИЧ	104
9. УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА	114
10. УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ	120
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	A1

ПРЕДИСЛОВИЕ



Мишель Сидибэ
Исполнительный
директор ЮНЭЙДС

В 2000 году мировое сообщество сделало шаг исторического значения, когда в Декларации тысячелетия ООН оно признало важность принятия эффективных мер в ответ на ВИЧ/СПИД и поместило их в контекст более широкой деятельности в области развития. В числе множества целей в сфере здравоохранения, которые были тогда поставлены в рамках Целей развития тысячелетия (ЦРТ), ЦРТ-6 направлена на принятие беспрецедентных мер по прекращению и обращению вспять эпидемии СПИДа. Приняв Декларацию тысячелетия, государства-члены ООН всецело признали, что постоянное бремя, связанное с инфекционными заболеваниями, подрывает усилия, нацеленные на сокращение масштабов бедности, предупреждение голода и сохранение человеческого потенциала в странах мира, в наивысшей степени испытывающих нехватку ресурсов.

В настоящий момент у нас остаётся менее двух лет до того, как наступит крайний срок для выполнения ЦРТ. С годами пессимизм и разочарование, которыми были пронизаны ранние издания *Глобального доклада ЮНЭЙДС об эпидемии СПИДа*, уступили место новостям, вселяющим надежду, включая историческое снижение смертности по причине СПИДа и числа новых случаев ВИЧ-инфекции и мобилизацию беспрецедентных по размерам финансовых ресурсов для осуществления деятельности в связи с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Тем не менее проблема СПИДа всё ещё остаётся невыполненной ЦРТ, подчёркивая тем самым необходимость в постоянной и усиленной международной солидарности и решимости в деле устранения наиболее серьёзной из современных проблем в области здравоохранения.

Когда на заре этого века были поставлены Цели развития тысячелетия, нехватка критически важных средств лечения и профилактики ВИЧ зачастую препятствовала принятию эффективных мер в ответ на эпидемию. Как показывает этот последний *Глобальный доклад*, сегодня мы располагаем необходимыми нам инструментами для того, чтобы положить конец эпидемии СПИДа.

В настоящем докладе освещается непрерывный прогресс на пути реализации глобального видения, которое предусматривает ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа. Ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции продолжает снижаться, при этом наблюдается особенно резкое снижение числа детей, вновь инфицированных ВИЧ. Сегодня больше чем когда-либо людей получает спасительную антиретровирусную терапию, что способствует стабильному сокращению смертности вследствие СПИДа и оказывает дальнейшее содействие мерам по профилактике новых инфекций.

Эти достижения отражают синергетический характер усилий, принимаемых различными заинтересованными сторонами – лидерство и приверженность национальных правительств, солидарность международного сообщества, новаторство исполнителей программ, успехи исторического значения, достигнутые научно-исследовательским сообществом, и усердное участие гражданского общества и, в частности, самих людей, живущих с ВИЧ. В результате совместной работы несколько ключевых целевых показателей, обозначенных в Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 года, сегодня для многих стран находятся в пределах досягаемости, и, следовательно, они добиваются очевидного успеха на пути выполнения ЦРТ-6.

Однако в настоящем докладе содержатся и некоторые предостережения, а также говорится о признаках стагнации прогресса на пути достижения других целевых показателей и исполнения обязательств по искоренению ВИЧ, принятых в Политической декларации ООН в 2011 году. В некоторых странах, добившихся существенного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции, наблюдаются тревожные признаки роста уровня рискованного сексуального поведения среди молодёжи. Стигма и дискриминация по-прежнему распространены во многих частях мира, а применение карательного законодательства продолжает сдерживать тех, кто подвергается наиболее высокому риску инфицирования, от обращения за жизненно важными услугами в связи с ВИЧ. Несмотря на то что в 2012 году общий объём финансирования программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнями доходов незначительно вырос, наша способность положить начало искоренению эпидемии СПИДа по-прежнему находится под угрозой ввиду значительной нехватки ресурсов.

Эти проблемы носят реальный характер, и к ним необходимо относиться с полной серьёзностью, если мы хотим, чтобы страны достигли своих целевых показателей по СПИДу. Тем не менее огромный прогресс, о котором говорится в настоящем докладе, свидетельствует о том неоспоримом факте, что в осуществлении мер в ответ на СПИД человечество уже сталкивалось с подобными проблемами в прошлом и успешно их преодолело.

На момент выхода настоящего доклада в свет до крайнего срока выполнения целевых показателей и обязательств, принятых в 2011 году в Политической декларации ООН, остаётся чуть более двух лет. Я надеюсь, что страны воспользуются результатами, представленными в этом докладе – как фактическими данными о том, что было достигнуто, так и обоснованиями того, в каких областях страны далеки от достижения поставленных целей, – с тем чтобы удвоить свои усилия по исполнению взятых на себя обязательств. Вдобавок к необходимости увеличить объём работы, мы также должны улучшить её качество путём оптимизации стратегической направленности нашей деятельности и повышения эффективности и результативности наших усилий.

Принимая Политическую декларацию ООН в 2011 году, государства-члены ООН поставили перед собой ряд смелых и далеко идущих целей и обязательств по искоренению ВИЧ. Как бы то ни было, эти цели будут оставаться в пределах досягаемости, если мы признаем нашу совместную ответственность за меры по противодействию СПИДу и проведём в жизнь извлечённые нами уроки.



ВВЕДЕНИЕ

Когда в начале этого столетия в Нью-Йорке страны собрались для выработки новой повестки дня в области развития, одним из важнейших шагов, который они сделали, стало включение здравоохранения в повестку дня в области глобального развития. Признавая историческое значение последствий эпидемии СПИДа, в рамках Цели развития тысячелетия 6 страны призвали к принятию глобальных усилий по прекращению и обращению эпидемии вспять. Эта цель легла в основу беспрецедентной по характеру и масштабам деятельности.

В ходе ряда заседаний высокого уровня Генеральная Ассамблея ООН определила стратегии, цели и задачи, направленные на проведение в жизнь ЦРТ-6 и ускорение прогресса на пути достижения этих целей к 2015 году. На Заседании высокого уровня по ВИЧ/СПИДу 2011 года государства-члены ООН изучили прогресс, достигнутый в области мер по противодействию ВИЧ на протяжении последнего десятилетия. Поставив своей целью развить предыдущие успехи в снижении числа новых ВИЧ-инфекций и смертей вследствие СПИДа и положить конец эпидемии СПИДа, они приняли в 2011 году Политическую декларацию ООН по ВИЧ/СПИДу, в которой был обозначен ряд смелых целевых показателей и обязательств по искоренению ВИЧ на 2015 год.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ТЕКУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

По фоне приближения 2015 года, т.е. установленного странами срока для выполнения ЦРТ, в настоящем докладе даётся обзор прогресса на пути достижения целей и исполнения обязательств по искоренению ВИЧ, принятых в Политической декларации ООН 2011 года и содействующих достижению ЦРТ-6. В частности, в докладе говорится как о достижениях, так и о неизменных проблемах, касающихся 10 целевых показателей и обязательств. В число обязательств, принятых государствами в Политической декларации ООН 2011 года, входят улучшение конкретных результатов в области здравоохранения (например, снижение уровня ВИЧ-инфицирования и передачи ВИЧ половым путём и в результате потребления инъекционных наркотиков на 50%, искоренение новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей), показателей по охвату и финансированию (например, предоставление лечения 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, обеспечение финансирования в размере 22-24 миллиардов долларов США для программ по ВИЧ), показателей в области устранения проблем в связи с ВИЧ (например, искоренение стигмы и дискриминации, гендерного неравенства и устранение ограничений на въезд, пребывание и проживание) и принятие шагов по обеспечению устойчивости ответных мер (например, интеграция усилий в сфере ВИЧ с другой деятельностью в области здравоохранения и развития).

Согласно оценкам, в 2012 году в мире проживало 35,3 (32,2–38,8) миллиона ВИЧ-инфицированных людей. Это выше показателей за предыдущие годы, поскольку больше людей стало получать спасительную антиретровирусную терапию. Количество новых случаев ВИЧ-инфекции по всему миру составило 2,3 (1,9–2,7) миллиона, что на 33% меньше числа новых инфекций в 2001 году, составлявшему 3,4 (3,1–3,7) миллиона. В то же время наблюдается снижение смертности

вследствие СПИДа с 2,3 (2,1–2,6) миллиона смертей в 2005 году до 1,6 (1,4–1,9) миллиона в 2012 году (см. рисунок А).

Как показано в настоящем докладе, на пути выполнения многих целевых показателей и обязательств по искоренению ВИЧ, поставленных на 2015 год, были достигнуты поразительные успехи, но при этом остаётся ряд существенных проблем.

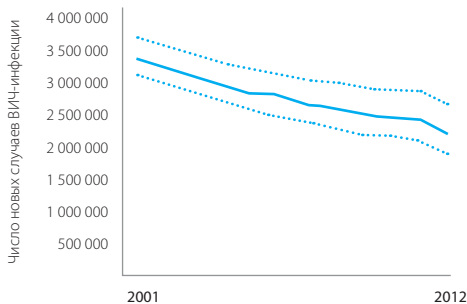
1. Снизить передачу ВИЧ половым путём на 50% к 2015 году

Ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого и подросткового населения снизилось на 50 и более процентов в 26 странах в период между 2001 и 2012 годами. Тем не менее другие страны не находятся на пути снижения вдвое уровня передачи ВИЧ половым путём, что подчёркивает важность интенсификации усилий в сфере профилактики. Несмотря на то что тенденции в сфере сексуального поведения в странах с высокой распространённостью ВИЧ в целом за последнее десятилетие были благоприятными, недавние исследования в ряде стран Африки к югу от Сахары показали снижение уровня использования презервативов и/или рост числа половых партнёров. Усилия, направленные на снижение передачи ВИЧ в контексте секс-бизнеса и среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, по-прежнему являются недостаточными, о чём свидетельствуют последние тенденции распространённости ВИЧ среди этих групп. Однако перспективы усиления мер по профилактике ещё никогда не были настолько обнадеживающими в свете появления в последние годы ряда высокоэффективных биомедицинских средств профилактики, призванных повысить профилактическую пользу поведенческих и структурных подходов. В 2012 году произошло ускорение темпов расширения одной из таких биомедицинских мер – добровольного медицинского мужского обрезания.

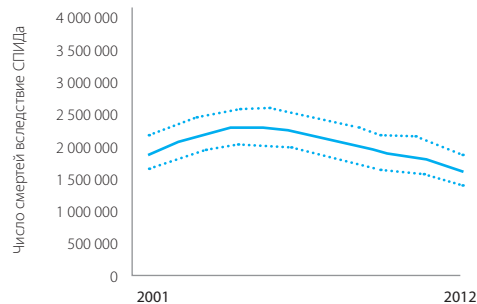
РИСУНОК А

Число людей, живущих с ВИЧ, новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей вследствие СПИДа, 2001-2012 гг., по всему миру

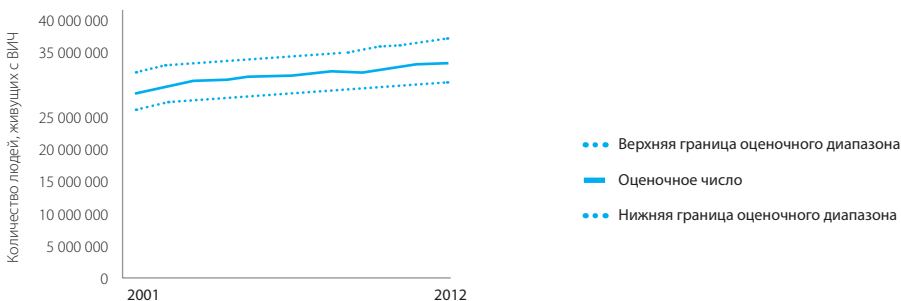
НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПО ВСЕМУ МИРУ, 2001-2012 ГГ.



СМЕРТНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА, ПО ВСЕМУ МИРУ, 2001-2012 ГГ.



ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПО ВСЕМУ МИРУ, 2001-2012 ГГ.



Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные за 2012 г.

2. Снизить наполовину передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков к 2015 году

Человечество не встало на путь снижения передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50%, поскольку последние данные говорят о незначительных изменениях в бремени ВИЧ среди этой группы населения. Распространённость ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, остаётся высокой – до 28% в Азии. Охват потребителей инъекционных наркотиков услугами по профилактике ВИЧ по-прежнему низкий – всего две из 32 стран, представивших отчёты, обеспечивают рекомендованный минимум, составляющий не менее 200 стерильных шприцев в год на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики. Среди 35 стран, представивших данные за 2013 год, все, кроме четырёх, предоставляют заместительную терапию менее 10% потребителей опиатов. Вдобавок к исключительно низкому охвату, на эффективность мер по противодействию СПИДу среди потребителей инъекционных наркотиков оказывают отрицательное влияние карательные политические нормы и правоприменительная практика, которые сдерживают людей от обращения за необходимыми им медицинскими и социальными услугами.

3. Искоренить случаи ВИЧ-инфицирования среди детей и снизить уровень материнской смертности

Благодаря устойчивому прогрессу у человечества есть возможность к 2015 году охватить антиретровирусными мерами как минимум 90% беременных женщин, живущих с ВИЧ. В 2012 году охват антиретровирусной терапией

среди беременных женщин, живущих с ВИЧ, достиг 62%, а количество детей, вновь инфицированных ВИЧ, в 2012 году было на 35% меньше, чем в 2009 году. Тем не менее, чтобы к 2015 году достичь глобальной цели по снижению числа детей, вновь инфицированных ВИЧ, необходимо будет аналогичное расширение других стратегий профилактики, включая первичную профилактику ВИЧ для женщин и доступ к средствам контрацепции и иные услуги по планированию семьи. Однако для того чтобы беременные женщины и дети получали услуги по лечению от ВИЧ и уходу, необходимо прикладывать значительно больше усилий; вероятность получения антиретровирусной терапии беременными женщинами, живущими с ВИЧ, в целом меньше вероятности её получения взрослым населением, соответствующим критериям для начала лечения, а охват услугами по лечению среди детей, живущих с ВИЧ, в 2012 году был меньше половины охвата взрослых.

4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году

Человечеству под силу предоставить антиретровирусное лечение 15 миллионам людей к 2015 году. В 2012 году антиретровирусную терапию получали 9,7 миллиона людей в странах с низким и средним уровнем доходов, что составляет 61% всех людей, соответствовавших критериям для начала лечения согласно руководящим принципам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по лечению в связи с ВИЧ. Тем не менее в соответствии с руководящими принципами ВОЗ 2013 года лечение от ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов предоставлялось всего 34% (32-37%) из 28,3 миллиона людей, отвечавшим критериям для начала лечения в 2013 году. Антиретровирусная терапия не только предотвращает СПИД-ассоциированные заболевания и смерть, она также может значительно снизить риск передачи ВИЧ и распространение туберкулёза. С 1996 по 2012 годы антиретровирусная терапия предотвратила по всему миру 6,6 миллиона смертей вследствие СПИДа, включая 5,5 миллиона смертей в странах с низким и средним уровнем доходов. Но несмотря на исторические успехи в расширении услуг по лечению, меры по обеспечению всеобщего доступа сопровождаются серьёзными проблемами. Вдобавок к неизменно низкому охвату детей услугами по лечению, вероятность того, что мужчины получают антиретровирусную терапию, в мире заметно ниже, чем вероятность того, что её получают женщины, а перед ключевыми группами населения зачастую встают существенные препятствия при получении услуг по лечению и уходу. В регионах Восточной Европы и Центральной Азии и Северной Африки и Ближнего Востока были достигнуты лишь относительно скромные успехи в области обеспечения доступа к лечению, что подчёркивает необходимость в распространении недавних успехов в охвате услугами на все уголки мира.

5. Снизить наполовину уровень смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году

Благодаря устойчивому прогрессу в области удовлетворения потребностей больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ, достижение к 2015 году 50-процентного снижения смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, сегодня находится в пределах досягаемости человечества. С 2004 года смертность от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, сократилась на

36% во всём мире и немного меньше в Африке, где проживает 75% всех людей, живущих с туберкулёзом и ВИЧ. По оценкам ВОЗ, расширение совместной деятельности в области ВИЧ/ТБ (включая тестирование на ВИЧ, антиретровирусную терапию и рекомендуемые профилактические меры) предотвратило 1,3 миллиона смертей в период с 2005 по 2012 годы. Тем не менее по-прежнему имеются проблемы ввиду замедления в последние годы прогресса в снижении смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ. В то время как антиретровирусная терапия сокращает риск того, что у человека, живущего с ВИЧ, разовьётся туберкулёз, в настоящее время это средство спасения жизни используется ненадлежащим образом; среди 10 представивших отчёты стран с наибольшим числом пациентов с ВИЧ/ТБ только две страны (Кения и Малави) в 2012 году предоставляли антиретровирусную терапию более 50% ВИЧ-положительных пациентов с ТБ, при этом замедлились темпы расширения услуг по лечению для пациентов с ВИЧ/ТБ. Менее половины (46%) зарегистрированных пациентов с ТБ прошли тестирование на ВИЧ в 2012 году, а число людей с коинфекцией ВИЧ/ТБ, проходивших профилактическое лечение изониазидом (500 000), составляло всего лишь малую долю из тех, кто мог бы получать пользу от этой меры.

6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов в связи со СПИДом

В 2012 году был достигнут неизменный прогресс в мобилизации ресурсов для финансирования мер по противодействию СПИДу, хотя расходы в связи со СПИДом по-прежнему меньше глобального целевого показателя по годовому финансированию, равного 22-24 миллиардам долларов США. В 2012 году для программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов было доступно примерно 18,9 миллиарда долларов США, что на 10% больше, чем в 2011 году. Несмотря на то что в 2012 году объём международной помощи в области ВИЧ в реальном выражении остался на прежнем уровне, многие страны с низким и средним уровнем доходов увеличили свои финансовые затраты в связи с ВИЧ; на национальные расходы в 2012 году приходилось 53% всех расходов, связанных с ВИЧ. Несмотря на то что увеличение объёмов национального инвестирования наблюдалось в странах со всеми уровнями доходов, наиболее резко расходы возросли в странах с доходами выше среднего, при этом многие страны с низкими доходами и доходами ниже среднего по-прежнему находятся в сильной зависимости от международной помощи. В 2012 году 51 страна воспользовалась международными источниками для финансирования более 75% своих расходов в связи с ВИЧ. В то время как внутренние ресурсы используются для покрытия большей части расходов на лечение и уход, большинство мер по профилактике финансируются за счёт международных средств. С целью содействия долгосрочной устойчивости национальных ответных мер всё больше стран ищут новаторские методы финансирования, включая специальные налоговые отчисления и трастовые фонды по СПИДу.

7. Устранить гендерное неравенство и жестокое обращение и насилие на гендерной почве и расширить возможности женщин и девочек защитить себя от ВИЧ

Гендерное неравенство и негативные гендерные нормы по-прежнему усиливают уязвимость в связи с ВИЧ. Как одно из проявлений роли

гендерной проблематики в национальных эпидемиях недавнее исследование показало, что у женщин, переживших насилие со стороны интимного партнёра, на 50% больше вероятность того, что они живут с ВИЧ. Почти все страны (92%), которые провели промежуточную оценку своих национальных мер по противодействию СПИДу, признали критическую важность устранения гендерного неравенства. Тем не менее промежуточные оценки показывают, что менее половины стран выделяет средства женским организациям, осуществляет полномасштабную интеграцию услуг в связи с ВИЧ и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья либо расширило вовлечение мужчин и мальчиков в национальные ответные меры.

8. Устранить стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ, карательные законы и нормы

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ по-прежнему являются основным препятствием на пути принятия эффективных мер по противодействию ВИЧ во всех частях мира, при этом национальные исследования показывают, что дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ, остаётся частым явлением во многих аспектах жизни, включая доступ к здравоохранению. В 2012 году 61% стран сообщили о наличии антидискриминационных законов, защищающих людей, живущих с ВИЧ. Доля стран, сообщивших о наличии юридических услуг в области ВИЧ, возросла с 45% в 2008 году до 55% в 2012 году, но частое отсутствие доступных юридических услуг означает, что во многих ситуациях проблема дискриминации в связи с ВИЧ так и остаётся нерешённой. По состоянию на 2013 год в 63 странах есть по меньшей мере одна административно-территориальная единица, в которой действуют специальные положения, предусматривающие судебное преследование за неразглашение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности заражения ВИЧ-инфекцией и передачу ВИЧ. По-прежнему широкое распространение имеет криминализация ключевых групп населения, а 60% стран сообщают о наличии законов, положений или норм, создающих препятствия для эффективного оказания услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для ключевых и уязвимых групп населения.

9. Устранить ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса

С 2010 года восемь стран, территорий и зон сняли ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ. Однако устранение оставшихся ограничений свободы перемещения на основании ВИЧ-статуса потребует интенсификации усилий по отмене таких контрпродуктивных и дискриминационных законов, которые сохраняют силу в 44 странах. Снятие ограничений на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса имеет приоритетное значение как в символическом, так и в практическом плане. Вдобавок к тому, что такие ограничения отражают и усиливают стигму и дискриминацию, что препятствует принятию эффективных мер в ответ на СПИД, они также подвергают суровым испытаниям многих людей, живущих с ВИЧ. Всё чаще лидеры деловых кругов призывают страны отменить ограничения на поездки в связи с ВИЧ из экономических соображений, мотивируя это тем, что в условиях глобализации компаниям необходимо проявлять гибкость в подборе и использовании персонала в тех местах, где в них существует наибольшая потребность.

10. Усилить интеграцию услуг в связи с ВИЧ

Несмотря на наличие явной тенденции к интеграции услуг в связи с ВИЧ с различными системами и секторами, необходимо приложить больше усилий для того, чтобы устранить параллельные системы и структуры и обеспечить включение услуг в связи с ВИЧ в более широкий комплекс мер в области здравоохранения и развития. Почти все страны (90%) признают интеграцию в качестве одного из основных приоритетов в сфере ВИЧ: 82% стран затрагивают вопрос интеграции в своих национальных стратегических планах, а 45% стран сообщают о том, что мероприятия в области ВИЧ согласованы с другими планами и программами по контролю за заболеваниями. Более половины (53%) стран либо полностью интегрировали услуги в области ВИЧ и туберкулёза, либо усилили совместное предоставление услуг; 70% стран интегрировали услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку в учреждениях дородового наблюдения, а две третьих стран интегрировали услуги в связи с ВИЧ и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Примерно каждая четвёртая страна (23%) совместила услуги в области ВИЧ и контроль за хроническими неинфекционными заболеваниями, а более половины стран интегрировали тестирование и консультирование в связи с ВИЧ и/или антиретровирусную терапию в амбулаторных учреждениях общего профиля.

ГЛОБАЛЬНАЯ ОТЧЁТНОСТЬ О ПРОГРЕССЕ В ДЕЛЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СПИДУ И ОЦЕНОЧНЫЕ ДАННЫЕ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Настоящий доклад основывается на беспрецедентном объёме данных и на беспрецедентном по масштабу анализе. В нём главным образом используется информация из трёх источников: эпидемиологические оценки, Глобальная отчётность о прогрессе в деле противодействия СПИДУ (Глобальная отчётность GARPR) за 2013 год и национальные промежуточные оценки, проведённые в 2013 году с целью анализа прогресса в выполнении целей и обязательств по искоренению ВИЧ к 2015 году, принятых в Политической декларации ООН в 2011 году. Глобальная отчётность GARPR и смоделированные оценочные данные о ВИЧ-инфекции являются источниками информации об измеримом в количественном отношении прогрессе на пути выполнения 10 целей и обязательств по искоренению ВИЧ. Начиная с этого и до 2015 года страны будут представлять отчёты о прогрессе национальных мер по противодействию ВИЧ ежегодно, а не раз в два года. Переход на представление ежегодных отчётов отражает насущную необходимость интенсификации отчётности и ускорении действий по мере приближения установленного на 2015 год срока для выполнения целевых показателей.

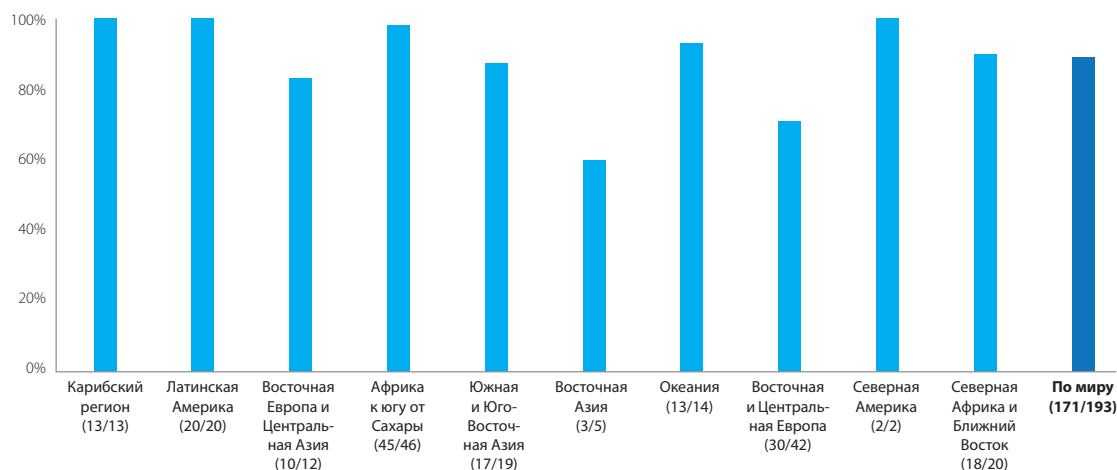
В 2013 году 172 страны представили отчёты о прогрессе GARPR по основным показателям в области ВИЧ (см. рисунок В). Из этих 172 стран 12 (11 из Западной и Центральной Европы и одна страна из Океании) предложили ЮНЭЙДС использовать данные, представленные в 2012 году. По прогнозам ЮНЭЙДС, по мере перехода к годовой отчётности вместо двухгодичной количество стран, представляющих актуальные годовые отчёты о прогрессе, снова достигнет 186, т.е. числа стран, представивших свои отчёты в 2012 году.

Оценочные данные о ВИЧ-инфекции формируются страновыми группами с помощью приложения «Spectrum», стандартного программного

обеспечения, разработанного институтом «Futures Institute» при поддержке ЮНЭЙДС и её партнёров. В 2013 году были доступны файлы «Spectrum» с данными о 155 странах мира.

РИСУНОК В

Доля стран, принявших участие в Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу в 2013 году (Глобальная отчётность GARPR), по регионам



Источник: GARPR 2013 г.

Примечание: Страны, представившие отчётные данные / общее число стран-членов ООН в регионе.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛЕЙ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ИСКОРЕНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для того чтобы получить качественный анализ прогресса в выполнении целей и обязательств, принятых в Политической декларации ООН в 2011 году, и установить приоритеты в принятии дальнейших мер, ЮНЭЙДС призвала страны провести промежуточную оценку достигнутого прогресса. По каждому из 10 целевых показателей и обязательств страны должны были указать национальные приоритеты и цели, подвести итог достигнутым на тот момент успехам и выявить пробелы. С целью ускорения прогресса в оставшееся время до наступления в 2015 году крайнего срока для выполнения целевых показателей странам необходимо было определить возможности для инноваций и более эффективного оказания услуг. Они также должны были представить свои планы по увеличению национального инвестирования и по ускорению действий в ответ на отставания в прогрессе и предложить варианты обеспечения устойчивого прогресса по 10 показателям после 2015 года. Промежуточные оценки должны были быть представлены в форме официального аналитического доклада, а также сопровождаться национальными консультациями заинтересованных сторон, включая людей, живущих с ВИЧ, с тем чтобы оценить прогресс и наметить будущие направления деятельности. По просьбе ЮНЭЙДС страны должны были представить отчёт с кратким изложением ключевых результатов, взятых из промежуточной оценки, а также с матрицей ответных действий на конкретные вопросы, возникающие по каждому из целевых показателей.

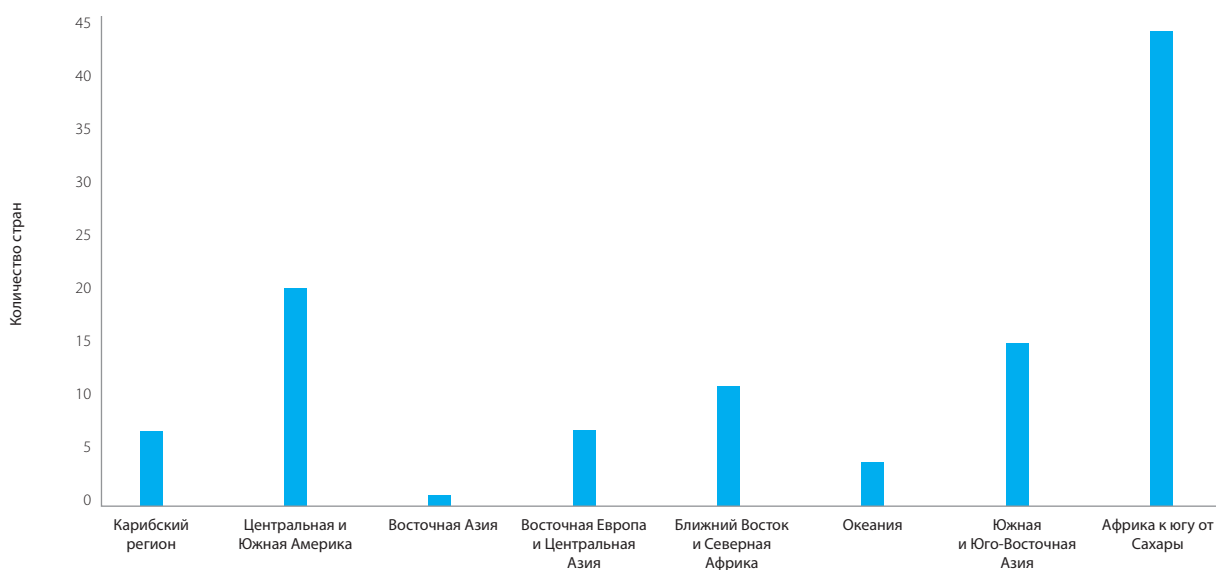
Промежуточные оценки были призваны служить четырёх ключевым целям:

- Подтвердить и усилить лидерство и приверженность в выполнении целей и обязательств, принятых в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу в 2011 году.
- Усилить отчётность, страновую ответственность и прозрачность в отношении стратегических данных о прогрессе в выполнении целей и обязательств.
- Повысить эффективность и результативность национальных программ с использованием промежуточной оценки как трамплина для разработки национального комплекса инвестиционных мер в области ВИЧ.
- Содействовать широкому применению принципов совместной ответственности и глобальной солидарности в отношении мер по противодействию ВИЧ и выявить стратегии обеспечения долгосрочной устойчивости.

Сто двадцать стран с низким и средним уровнем доходов обязались провести промежуточную оценку по 10 целевым показателям и обязательствам. По состоянию на 5 августа 2013 года 109 стран провели промежуточную оценку национального прогресса, что составляет 91% стран, которые взяли на себя обязательство это сделать (см. рисунок С). Из этих 109 стран 100 подготовили официальный аналитический доклад, а 101 страна также провела национальные консультации с заинтересованными сторонами.

РИСУНОК С

Число стран, которые провели промежуточную оценку прогресса в 2013 году



Источник: Промежуточные оценки за 2013 г.

В четырёх регионах – Африка к югу от Сахары, Центральная и Южная Америка, Ближний Восток и Северная Африка и Океания – 100% стран¹, обязавшихся провести промежуточную оценку прогресса, завершили этот процесс по состоянию на август 2013 года. Промежуточные оценки также были проведены в 94% стран Южной и Юго-Восточной Азии и в 70% стран Восточной Европы и Центральной Азии. Регионом с наименьшей активностью стали страны Карибского бассейна, где 54% стран, обязавшихся провести промежуточную оценку, сделали это по состоянию на август 2013 года.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ: 2015 ГОД И ПОСЛЕДУЮЩИЙ ПЕРИОД

В настоящем докладе приводится обзор результатов по каждому из 10 целевых показателей и обязательств. В каждом разделе рассматриваются результаты Глобальной отчётности GARPR, итоги промежуточных оценок и другие важные события и обстоятельства, произошедшие за последний год.

В каждом разделе представлен анализ прошлого периода и даётся прогноз будущего. В докладе уделяется внимание достигнутому прогрессу по состоянию на декабрь 2012 года, с учётом сведений, извлечённых из Глобальной отчётности GARPR, и оценочных данных в области ВИЧ в каждом из разделов проводится анализ того, что необходимо сделать, чтобы ускорить прогресс по каждому из направлений. Приводимые в разделах прогнозы в основном основываются на данных промежуточных оценок, подчёркивая принятые странами обязательства по расширению охвата ключевыми услугами, повышению эффективности услуг и увеличению внутреннего инвестирования.

Приведённый ниже анализ показывает, что меры по противодействию ВИЧ продолжают служить путеводной нитью в сфере оказания услуг, ориентированных на потребности людей и основанных на принципе соблюдения прав человека. Как следует из рассуждений в разделе 10, компоненты мер по противодействию ВИЧ в настоящее время интегрируются в другие программы в области здравоохранения и развития с тем, чтобы устранить параллельные системы и обеспечить более высокую эффективность и результативность. Однако в интересах поддержания прогресса в деле противодействия СПИДу необходимо сохранить высокую приоритетность потребностей в связи с ВИЧ, обеспечить дальнейшее развитие эффективных компонентов и включить их в число будущих целей в области охраны здоровья и развития.

¹ Одна страна была не в состоянии провести промежуточную оценку из-за проблем обеспечения безопасности.

1. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Усилия в области профилактики продолжают приносить плоды – в 2012 году число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых в странах с низким и средним уровнем доходов составляло 1,9 миллиона (1,6–2,3), что на 30% меньше, чем в 2001 году (см. рисунок 1.1). Снижение уровня новых случаев ВИЧ-инфекции в 26 странах с низким и средним уровнем доходов подтверждает плодотворность этих усилий. Снижение числа новых инфекций среди взрослого населения по сравнению с 2001 годом обусловливается в первую очередь сокращением уровня передачи ВИЧ половым путём, однако для того чтобы достичь целевых показателей, установленных на 2015 год, необходимо ускорить тенденцию к снижению количества новых случаев ВИЧ-инфицирования среди взрослых людей во всём мире.

Несмотря на постоянное наличие проблем в области профилактики новых случаев инфицирования, возможности существенно снизить уровень заболеваемости никогда ещё не были настолько обнадеживающими. За последние годы были получены научные доказательства того, что антиретровирусная терапия может снизить риск передачи ВИЧ на 96%,¹ добровольное медицинское мужское обрезание – примерно на 60%,^{2,3,4} доконтактная антиретровирусная профилактика – более чем на 40% среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами,⁵ и на 49% среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.⁶

Структурные подходы, включая денежные переводы, ваучеры и продовольственную и нутритивную поддержку, демонстрируют потенциально многообещающие результаты в качестве возможной стратегии сокращения уязвимости к ВИЧ-инфицированию среди девочек и молодых женщин. Несмотря на то что эти новые подходы доказали свою эффективность в ходе испытаний, они всё ещё не привели к осязаемому и устойчивому снижению числа новых случаев инфицирования среди общего населения, в целом из-за того, что данные стратегии не были расширены.

Как подтверждает Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года, профилактика ВИЧ должна оставаться краеугольным камнем мер по противодействию ВИЧ. Для того чтобы являться оптимально эффективными, усилия в области профилактики должны включать в себя стратегические сочетания компонентов поведенческого, биомедицинского и структурного планирования и подходов, в которых упор делается на резком расширении мер на географических территориях и среди групп населения, подвергающихся наибольшему риску инфицирования и передачи ВИЧ.

Страны, в которых частота возникновения новых ВИЧ-инфекций среди взрослых снизилась более чем на 50% в период с 2001 по 2012 годы:

1. Белиз
2. Ботсвана
3. Камбоджа
4. Кот-д'Ивуар
5. Джибути
6. Доминиканская Республика
7. Эритрея
8. Эфиопия
9. Габон
10. Гана
11. Индия
12. Ямайка
13. Либерия
14. Малави
15. Мьянма
16. Намибия
17. Непал
18. Нигер
19. Нигерия
20. Папуа-Новая Гвинея
21. Сан-Томе и Принсипи
22. Сенегал
23. Таиланд
24. Того
25. Украина
26. Замбия

ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Тенденции возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых людей варьируются в зависимости от региона. Эпидемия продолжает несоразмерно влиять на страны Африки к югу от Сахары, где в 2012 году проживало до 70% всех вновь инфицированных людей.

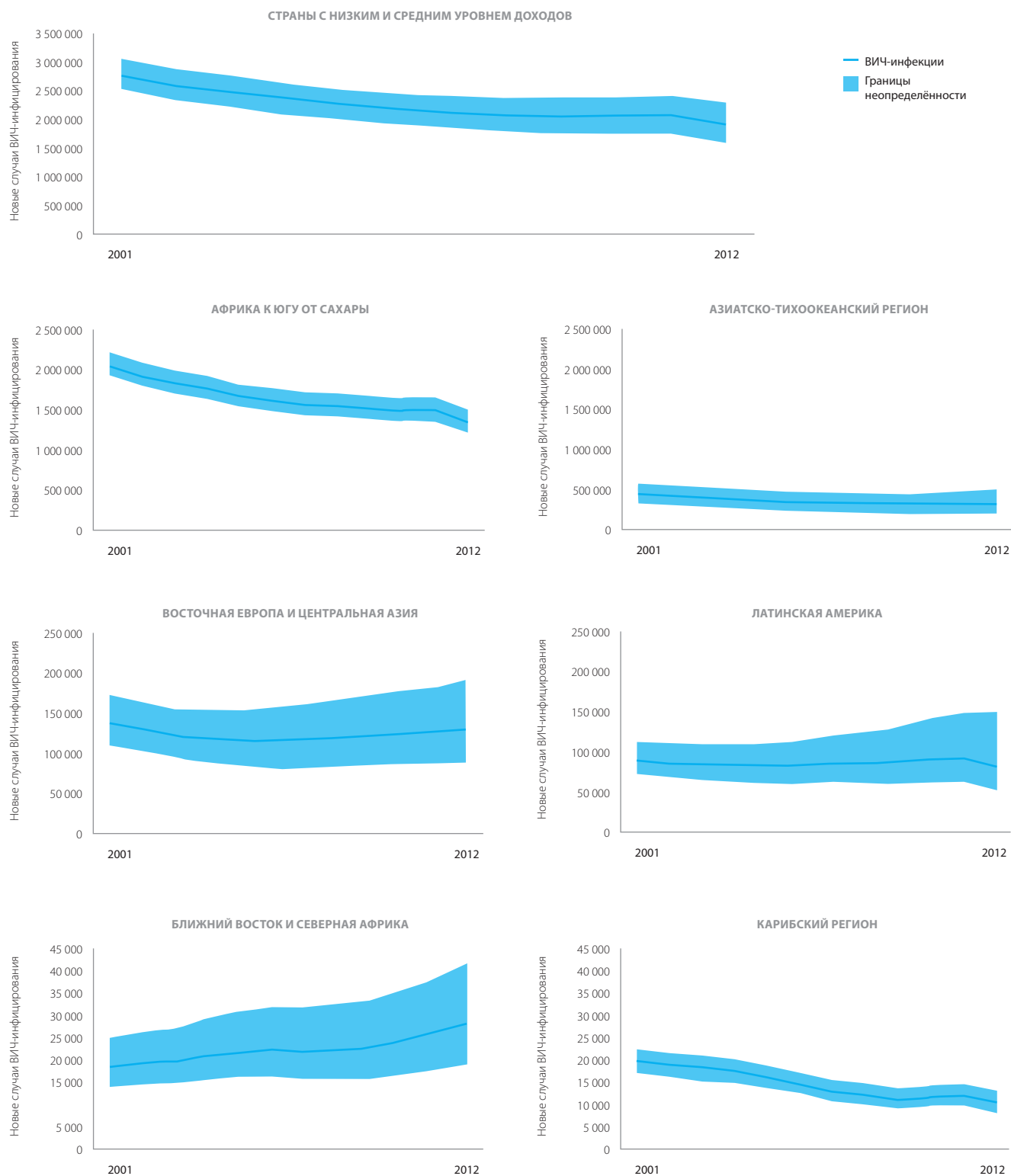
Тем не менее начиная с 2001 года годовое число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения в странах к югу от Сахары снизилось на 34%. Наиболее выраженное сокращение числа новых инфекций с 2001 года (49%) наблюдалось в странах Карибского бассейна. За последние годы количество новых ВИЧ-инфекций возросло в Восточной Европе и Центральной Азии, несмотря на снижение их числа в Украине. В противоположность этому уровень новых случаев ВИЧ-инфекции продолжает расти на Ближнем Востоке и в Северной Африке.

Несмотря на несомненно важную роль естественной динамики эпидемии, существенное снижение числа новых инфекций в странах с высокой распространённостью также обуславливается изменениями в сексуальном поведении, такими как отсрочка вступления в половую жизнь, высокий уровень использования презервативов и сокращение числа половых партнёров. Например, в Зимбабве снижение заболеваемости ВИЧ (числа новых инфекций) было обусловлено поведенческими изменениями, в значительной мере за счёт сокращения числа половых партнёров.^{7,8}

Последние тенденции (с 2000 года) в сексуальном поведении, наблюдаемые в большинстве стран, продолжают демонстрировать, что всё больше людей начинают придерживаться более безопасных норм сексуального поведения. Среди молодёжи возрос уровень знаний о профилактике передачи ВИЧ; снижается доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, вступивших в половую жизнь до 15 лет; повысился уровень использования презервативов среди людей, имеющих несколько половых партнёров; также возросла доля молодых людей, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свои результаты.

РИСУНОК 1.1

Новые случаи ВИЧ-инфекции среди взрослого населения в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, 2001-2012 гг.



Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные за 2012 г.

Тем не менее в некоторых странах наблюдаются признаки роста уровня рискованного сексуального поведения. Последние данные свидетельствуют о существенном увеличении числа половых партнёров в некоторых странах (Буркина-Фасо, Конго, Кот-д'Ивуар, Эфиопия, Габон, Гайана, Руанда, Южная Африка, Уганда, Объединённая Республика Танзания и Зимбабве), а также о снижении уровня использования презервативов (в Кот-д'Ивуаре, Нигере, Сенегале и Уганде); см. таблицу 1.1.

АКТИВИЗАЦИЯ МЕР ПО СОДЕЙСТВИЮ СОЦИАЛЬНЫМ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ

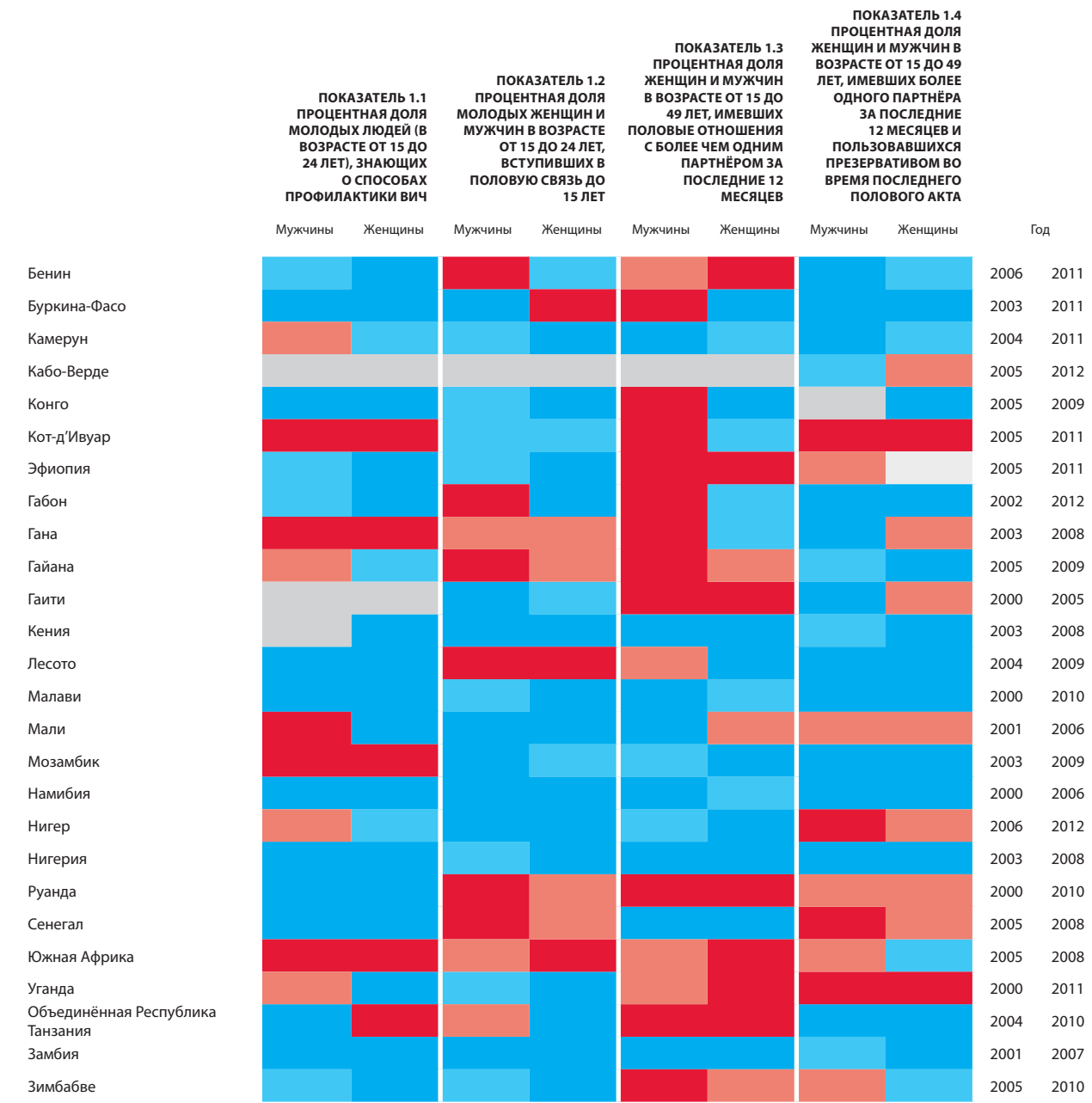
Несмотря на то что глобальный метаанализ исследований показал, что «меры по изменению поведения снижают уровень рискованного сексуального поведения и предотвращают инфекции, передающиеся половым путём, и ВИЧ»,⁹ во многих странах отсутствует комплексная стратегия внедрения этих программных подходов. Социально-поведенческие программы зачастую реализуются обособленно, без координации и без должного учёта потребностей целевых групп населения и не подвергаются тщательной оценке в масштабах, необходимых для широкого их внедрения. Очевидно, что только при условии общенационального внедрения широкого комплекса инициатив по профилактике ВИЧ в сочетании с достаточным доступом к качественным услугам и их частым использованием, страны смогут обеспечить результативность усилий в области профилактики.

Наблюдаются тревожные признаки того, что планирование в области социальных и поведенческих изменений в некоторой степени потеряло свою приоритетность. Промежуточные оценки выявили сокращение поддержки социально-поведенческих программ по профилактике ВИЧ в некоторых странах, в том числе в Намибии, где в 2011 году была свёрнута весьма успешная кампания «Возьми под контроль». Однако по мере внедрения новых биомедицинских методов эффективные социально-поведенческие и структурные программы будут сохранять свою важность не только сами по себе, но также и для максимизации эффективности биомедицинских подходов, включая предотвращение возможного возникновения эффекта компенсации риска. Профилактические программы должны учитывать биомедицинские аспекты профилактики ВИЧ и не делать акцент исключительно на медицинских аспектах половых отношений. Необходимо согласовывать информацию и меры по распространению сведений о способах передачи ВИЧ и различных подходах к профилактике. Поведенческие и структурные программы также помогают преодолеть препятствия к обращению за услугами, такие как социальная изоляция, криминализация, стигма и неравенство. Такая деятельность усиливает эффект антиретровирусной терапии, других стратегий профилактики ВИЧ, основанных на применении антиретровирусных препаратов (например, доконтактной профилактики) и добровольного медицинского мужского обрезания.

Глобальная революция в информационных и коммуникационных технологиях, которая кардинально изменила способы, с помощью которых люди взаимодействуют, устанавливают между собой связи, общаются и обмениваются информацией, предлагает новые возможности для расширения и активизации социально-поведенческих и структурных программ. Сюда входит стратегическое использование возможностей, предлагаемых «старыми» видами СМИ (как, например, серия телевизионных

ТАБЛИЦА 1.1

Уровень знаний, сексуальное поведение и тестирование в странах, в которых распространённость ВИЧ среди взрослого населения превышает 1%, 2000-2012 гг.*



- Усиление рискованного поведения, статистически значимое
- Усиление рискованного поведения, статистически незначимое
- Ослабление рискованного поведения, статистически значимое
- Ослабление рискованного поведения, статистически незначимое
- Данные отсутствуют либо получены для числа респондентов менее 50

Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.; национальные репрезентативные обследования домохозяйств.

* Сравнивались показатели двух последних обследований с критерием достоверности 0,05.

фильмов, направленных на содействие профилактике ВИЧ, в Замбии),¹⁰ а также более широкое использование новых информационных средств, например, стратегий, интегрирующих мобильные телекоммуникации в программы по здравоохранению для улучшения оказания услуг.

ИНВЕСТИРОВАНИЕ В ПРОГРАММЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОВ

Программы распространения презервативов являются неотъемлемым компонентом эффективной профилактики ВИЧ. При условии правильного и постоянного использования презервативы будут оставаться одним из наиболее эффективных доступных методов предотвращения передачи ВИЧ половым путём. В Южной Африке, как показывает моделирование, рост уровня использования презервативов, который произошёл одновременно с существенным расширением распространения мужских презервативов, сыграл основную роль в снижении общенациональной заболеваемости ВИЧ в период с 2000 по 2008 гг.¹¹ Программы распространения презервативов и лубрикантов являются критически важным компонентом основанного на научных данных комплекса мер по предотвращению передачи ВИЧ, особенно среди людей, практикующих краткосрочные половые партнёрства, серодискордантных пар, работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и других ключевых групп населения, включая лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнёров. Программы, сочетающие консультирование пар с распространением презервативов, доказали свою эффективность во многих странах, таких как Кения¹² и Замбия¹³. Программы распространения презервативов должны являться неотъемлемым компонентом поведенческих подходов, особенно тех, которые направлены на расширение возможности женщин и молодых людей договариваться об использовании презервативов.

С учётом того, что неинфицированные партнёры в серодискордантных парах (т.е. парах, где один из партнёров имеет отрицательный ВИЧ-статус), подвергаются особо высокому риску ВИЧ-инфицирования, они испытывают насущную потребность в эффективных программах по профилактике ВИЧ. В число ключевых стратегий профилактики входят тестирование (позволяющее людям быть осведомлёнными о своём ВИЧ-статусе и статусе их партнёров), использование презервативов и предоставление антиретровирусной терапии партнёрам, живущим с ВИЧ, независимо от числа клеток CD4. Антиретровирусная терапия для ВИЧ-отрицательного партнёра также представляет собой эффективную стратегию.

Проблемы с финансированием подрывают усилия по обеспечению свободного доступа к мужским и женским презервативам. Поскольку во многих странах программы распространения презервативов в целом финансируются за счёт средств международных доноров, факторы неопределённости в области финансирования усложнили задачи странового прогнозирования, закупок, поставок и распределения. В 2012 году донорское сообщество снизило свои поставки мужских и женских презервативов по сравнению с 2011 годом. В 2012 году было безвозмездно передано примерно 2,4 миллиарда мужских презервативов и 31,8 миллиона женских презервативов, по сравнению с 3,4 миллиарда мужских презервативов и 43,4 миллиона женских презервативов в 2011 году.¹⁴ Страновые отчёты

подтверждают сокращение доступа к презервативам в 2012 году; согласно отчёту, представленному Намибией, проблемы в области финансирования способствовали снижению количества презервативов, распределённых в 2011-2012 гг., в то время как Уганда сообщает о регулярных нехватках и дефиците бесплатных презервативов.

Оценка опыта работников секс-бизнеса в обращении за услугами общественного здравоохранения в четырёх странах в Восточной и Южной Африке выявила недостаточный доступ к презервативам и лубрикантам в числе их неудовлетворённых потребностей в области охраны здоровья.¹⁵ Исследование, проведённое в 2012 году в 165 странах среди 5000 мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, также показало, что они испытывали трудности с получением доступа к лубрикантам.¹⁶

Новые технологические достижения в области разработки презервативов направлены на производство продукции, удовлетворяющей потребности и желания наиболее вероятных потребителей. Международная организация по вопросам здравоохранения «РАТН» проводит испытания нового женского презерватива с целью создания более удобного в пользовании продукта, в то время как презерватив «Origami» представляет собой складывающийся в гармошку продукт, предназначенный для использования мужчинами и женщинами во время вагинального и анального секса.¹⁷ В 2012 году женский презерватив производства компании «Cupid Ltd.» прошёл преqualфикацию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и был внесён в закупочный перечень Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА).

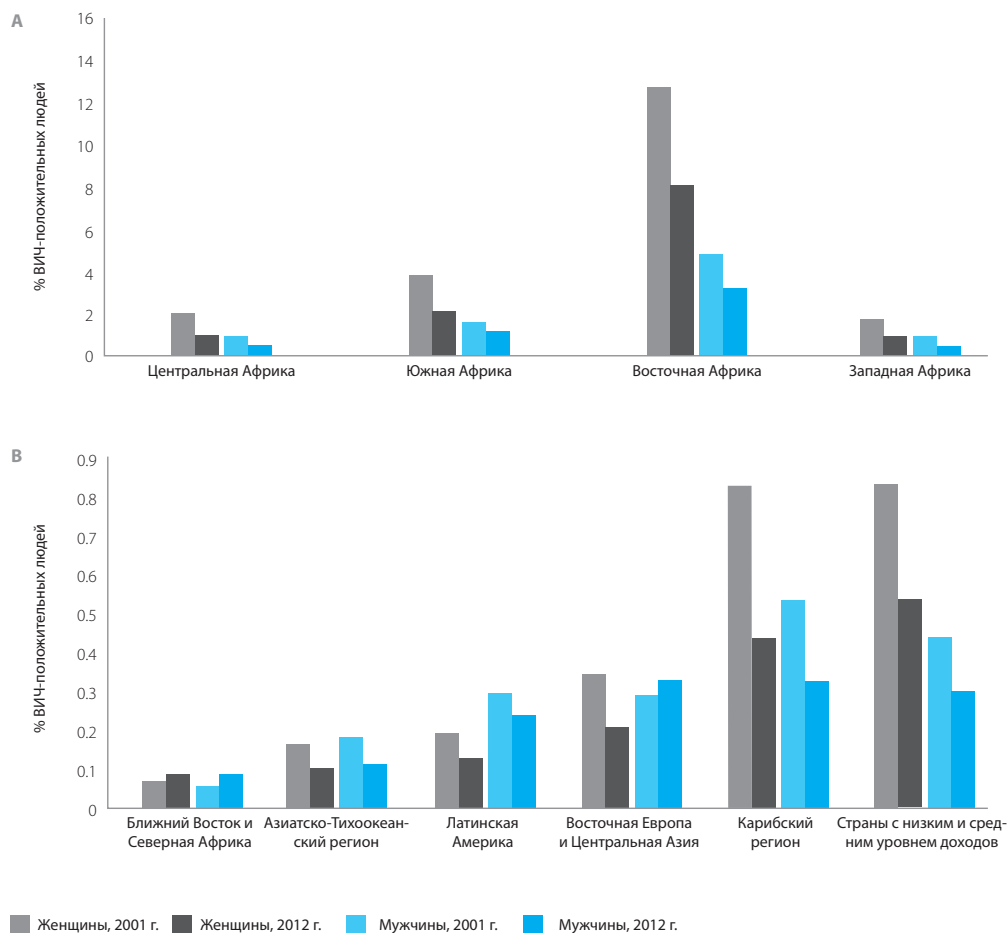
ПРОФИЛАКТИКА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ

Различные страны всего региона Африки к югу от Сахары достигли значительного снижения распространённости ВИЧ среди молодых людей (от 15 до 24 лет). В странах к югу от Сахары распространённость ВИЧ среди молодых женщин и мужчин снизилась на 42% в период с 2001 по 2012 годы. Даже при наличии таких благоприятных тенденций распространённость ВИЧ среди молодых женщин по-прежнему более чем в два раза выше распространённости среди молодых мужчин по всему региону Африки к югу от Сахары.

В других регионах тенденции носят разнородный характер: в странах Карибского бассейна имеет место значительное снижение распространённости, в то время как на Ближнем Востоке и в Северной Африке не наблюдается какой-либо явной тенденции к уменьшению (см. рисунок 1.2). Фактические данные, касающиеся распространённости ВИЧ среди молодых людей, входящих в ключевые группы населения с более высоким риском инфицирования (или являющихся партнёрами представителей таких групп), носят ограниченный характер, хотя согласно данным ограниченных исследований и единичным сообщениям, риск ВИЧ-инфицирования, которому они подвергаются, является чрезвычайно высоким.

РИСУНОК 1.2

Распространённость ВИЧ среди молодых женщин и мужчин (в возрасте от 15-24 лет), по регионам, 2001 и 2012 гг.



Источник: ЮНЭЙДС, оценочные данные за 2012 г.

В 2012 году в странах с низким и средним уровнем доходов с ВИЧ жило примерно 2,1 миллиона подростков (10-19 лет). Данные о младших подростках (10-14 лет) ограничены, вследствие чего имеется мало информации о прогрессе в области профилактики новых инфекций или предотвращения смертей в подростковой возрастной группе.

В странах Африки к югу от Сахары процентная доля молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет), демонстрирующих всестороннее и точное понимание проблемы ВИЧ, увеличилась на 5 процентов для мужчин и на три процента для женщин в период с 2002 по 2011 годы, хотя уровень знаний остаётся низким (36% для молодых мужчин и 28% для молодых женщин). Также за этот период увеличилась процентная доля молодых людей (как мужчин, так и женщин), сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта.

В число неизменных проблем на пути эффективной профилактики ВИЧ для подростков и молодых людей входят отсутствие надлежащего доступа к высококачественным и учитывающим потребности молодёжи услугам в связи с ВИЧ и услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также сексуальное насилие в отношении молодых женщин и девочек.¹⁸ Кроме того, воспользоваться важными услугами некоторым молодым людям мешает отсутствие полноценной защиты конфиденциальности информации и права на врачебную тайну.¹⁹ Отсутствие надлежащего доступа к всестороннему половому воспитанию, доказавшему свою эффективность в отсрочке вступления в половую жизнь и более широкому использованию презервативов среди молодых людей, ведущих активную половую жизнь,²⁰ также подрывает усилия по защите молодых людей от ВИЧ-инфекции.

Появились новые стратегии по снижению уязвимости молодых людей к ВИЧ, включая социальные пособия, стимулирующие более безопасное поведение. Недавно проведённое в Лесото контролируемое исследование методом случайной выборки показало, что программа финансового стимулирования за два года привела к снижению вероятности ВИЧ-инфицирования на 25%.²¹ В ходе отдельного контролируемого исследования методом случайной выборки, проведённого в Малави, было выявлено, что денежные пособия, выдаваемые школьницам, помогли снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции на 60%.²² Программы денежных пособий, направленные на поддержку усилий по профилактике ВИЧ среди молодых людей, имеют очевидный потенциал, и рекомендуется продолжать исследования роли таких программ в профилактике ВИЧ.²³

РАСШИРЕНИЕ МЕР В ОБЛАСТИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО МУЖСКОГО ОБРЕЗАНИЯ

Согласно прогнозам, если к 2015 году выполнить обрезание 80% всех необрезанных взрослых мужчин в странах с высокой распространённостью ВИЧ и низкой распространённостью мужского обрезания, то к 2025 году можно предотвратить каждый пятый новый случай ВИЧ-инфицирования, что принесёт долгосрочную профилактическую пользу как для женщин, так и для мужчин.²⁴ Вместе с тем как приоритетные страны расширяют меры по стимулированию добровольного медицинского мужского обрезания для взрослых, им рекомендуется внедрить в стандартную практику предложение выполнить медицинское обрезание новорождённым мальчикам.

Страны, определённые ЮНЭЙДС как приоритетные для проведения добровольного медицинского мужского обрезания

1. Ботсвана
2. Эфиопия
3. Центральноафриканская Республика
4. Кения
5. Лесото
6. Малави
7. Мозамбик
8. Намибия
9. Руанда
10. Южная Африка
11. Южный Судан
12. Свазиленд
13. Уганда
14. Объединённая Республика Танзания
15. Замбия
16. Зимбабве

Сразу после того как в 2007 году была опубликована рекомендация по расширению масштабов проведения обрезания, прогресс в выполнении добровольного медицинского обрезания среди взрослых мужчин первоначально был медленным, хотя и наблюдаются обнадеживающие признаки того, что темпы расширения, возможно, увеличиваются. Тем не менее расширение мер по проведению добровольного медицинского обрезания взрослых мужчин варьируется значительным образом среди приоритетных стран (см. рисунки 1.3, 1.4).

По состоянию на декабрь 2012 года было проведено обрезание для 3,2 миллиона африканских мужчин в рамках оказания специальных услуг по добровольному медицинскому мужскому обрезанию. Совокупное количество мужчин, которым было проведено обрезание, в 2012 году увеличилось почти вдвое, по сравнению с 1,5 миллиона по состоянию на декабрь 2011 года. И тем не менее очевидно, что необходимо значительно ускорить усилия, для того чтобы достигнуть к 2015 году оценочного 20-миллионного целевого показателя.²⁵

РИСУНОК 1.3

Годовое количество добровольных медицинских мужских обрезаний, выборочные страны, 2009-2012 гг.

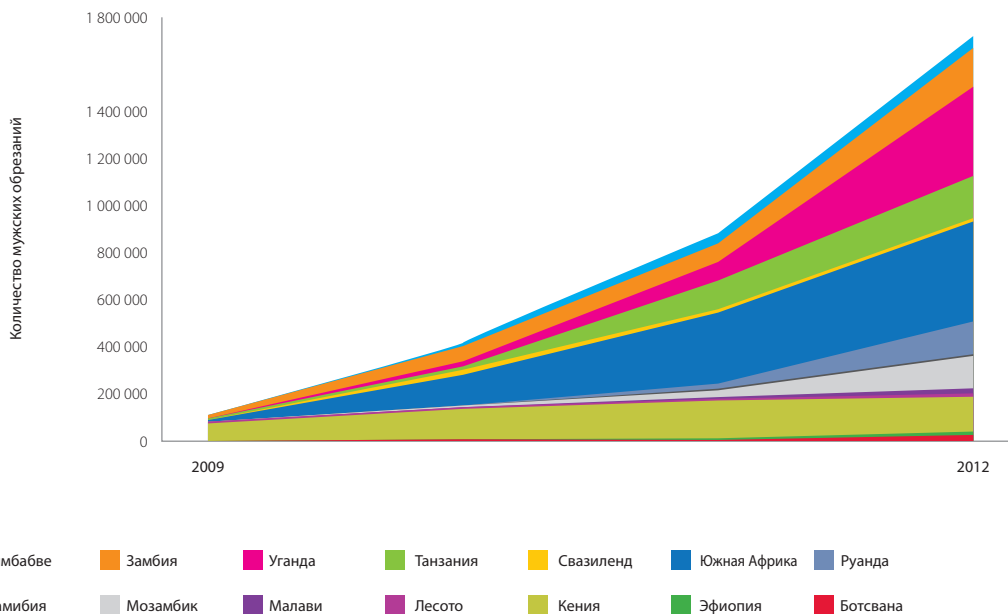
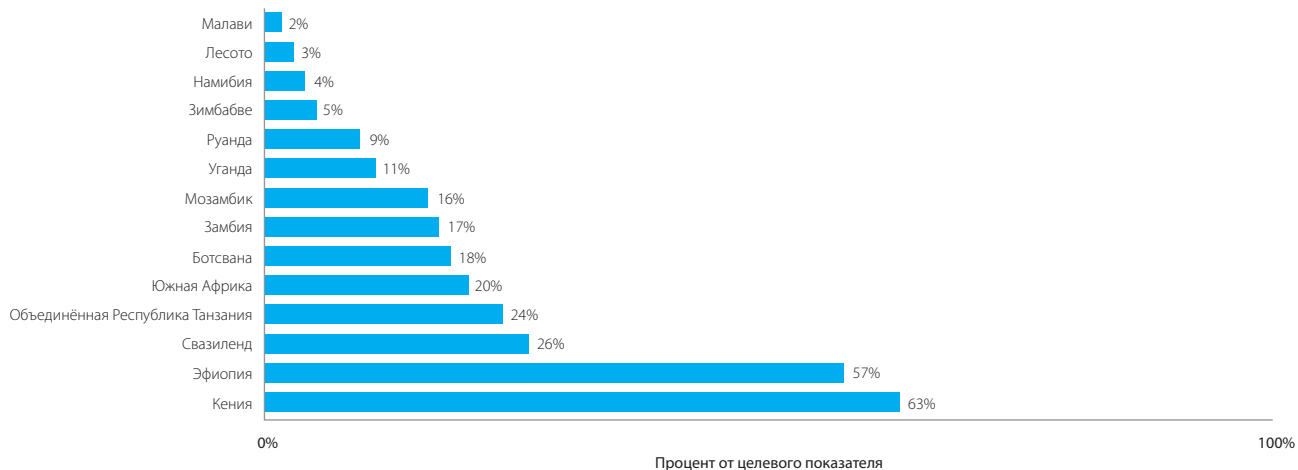


РИСУНОК 1.4

Добровольное медицинское мужское обрезание: страновой прогресс в выполнении целевых показателей на 2015 год, по состоянию на декабрь 2012 г.



Источники: Глобальная отчётность GARPR; ВОЗ (2012 г.). Прогресс в расширении мер по проведению добровольного медицинского мужского обрезания с целью профилактики ВИЧ в Восточной и Южной Африке, январь-декабрь 2012 г.

Примечания:

1. Темпы проведения добровольного медицинского мужского обрезания (ДММО) в приоритетных странах отличаются.
2. По состоянию на конец декабря 2012 года в данных странах было зарегистрировано немногим больше 3 миллионов ДММО, что составляет 15% от оценочного количества, необходимого для достижения общей 80-процентной распространённости.

Наиболее выраженный прогресс наблюдался в провинциях, обозначенных как приоритетные в плане расширения мер по проведению ДДМО, в Эфиопии (достигнувшей 57% от целевого показателя по охвату) и Кении (63%). В пяти странах, где добровольное медицинское мужское обрезание определено как приоритетное направление (Лесото, Малави, Намибия, Руанда и Зимбабве), охват мерами по добровольному медицинскому обрезанию среди взрослых мужчин составляет менее 10%.

Двенадцать стран представили национальные промежуточные отчёты, в которых добровольное медицинское мужское обрезание обозначено как приоритетное направление деятельности. Пять стран (Ботсвана, Малави, Намибия, Объединённая Республика Танзания и Зимбабве) определили низкую распространённость мужского обрезания как проблемную область в своих национальных мерах по противодействию ВИЧ. В промежуточных отчётах указывался ряд препятствий к ускоренному расширению мер по проведению ДДМО, включая финансовые ограничения (Намибия), дефицит необходимых материалов и инструментов для выполнения медицинского обрезания (Уганда) и ограничения в области кадровых ресурсов (Зимбабве). В промежуточном отчёте Свазиленда отсутствуют упоминания о добровольном медицинском мужском обрезании, несмотря на то что эта страна была определена как приоритетная в плане расширения мер по проведению ДДМО. В рамках своих дальнейших действий Лесото приняло обязательство выделить больше ресурсов для медицинского мужского обрезания среди взрослых и новорождённых; Зимбабве ставит своей целью обеспечить повышение квалификации медсестёр в области медицинского обрезания, а Уганда обязалась активизировать меры по проведению добровольного медицинского мужского обрезания в официальном секторе охраны здоровья и в системах здравоохранения районного уровня.

Имеются фактические данные о том, что программы достигли гораздо большего успеха в охвате мужчин младше 25 лет.²⁶ Поскольку мужчины в странах Африки к югу от Сахары подвергаются более высокому риску ВИЧ-инфицирования в возрасте от двадцати до сорока лет, то мужчинам именно в этой возрастной группе должен отдаваться наивысший приоритет при расширении мер по проведению ДДМО. В то время как добровольное медицинское обрезание приносит очевидную пользу профилактике ВИЧ среди молодых людей и должно проводиться и далее, оно оказывает менее прямое воздействие на возникновение новых ВИЧ-инфекций, чем обрезание среди мужчин, подвергающихся повышенному риску инфицирования. В настоящее время с целью охвата мужчин в возрасте от 25 до 29 лет, для которых обрезание с большей вероятностью принесёт непосредственную профилактическую пользу, проводятся исследования, направленные на оценку различных новаторских стратегий по повышению востребованности обрезания.

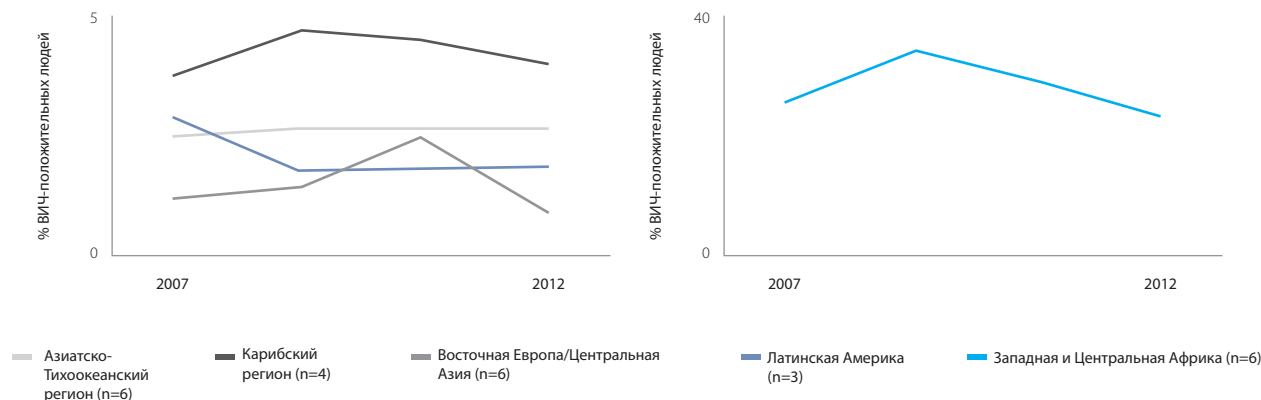
В 2013 году ВОЗ провела преквалификацию первого инструмента для проведения обрезания взрослых мужчин в условиях дефицита ресурсов. Инструмент под названием «PrePex» не требует наложения швов или локальной инъекционной анестезии и может устанавливаться и сниматься обученным медицинским персоналом среднего звена, включая медсестёр. Данный инструмент даёт основания надеяться на ускоренное расширение мер по проведению медицинского обрезания путём предоставления мужчинам альтернативы и снятия нагрузки с ограниченного числа хирургов, имеющих в приоритетных странах.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ДЛЯ РАБОТНИКОВ СЕКС-БИЗНЕСА

Эпидемия продолжает оказывать сильное влияние на женщин, мужчин и трансгендерных лиц, работающих в сфере секс-бизнеса. Во всём мире для работниц секс-бизнеса вероятность того, что они живут с ВИЧ, в 13,5 раз выше, чем для других женщин.²⁷ По оценкам, в странах Западной Африки значительная доля новых инфекций (10-32%) обусловливается работой в секс-бизнесе; в Уганде, Свазиленде и Замбии 7-11% новых случаев инфицирования, предположительно, приходится на работников секс-бизнеса, их клиентов и постоянных партнёров клиентов.²⁸ Средняя распространённость ВИЧ среди работников секс-бизнеса в мире варьируется от 22% в Восточной и Южной Африке (восемь стран) и 17% в Западной и Центральной Африке (17 стран) до менее 5% во всех других регионах (см. рисунок 1.5). Такие исследования, как правило, проводятся в столичных городах и не являются репрезентативными для всей страны, поэтому их результаты могут быть неприменимы ко всему населению. Отдельный анализ доступных данных показал, что суммарная распространённость ВИЧ среди женщин секс-бизнеса в странах Африки к югу от Сахары составляет 36,9%, в Восточной Европе – 10,9%, а в Латинской Америке – 6,1%.²⁹ Средний показатель распространённости среди мужчин секс-бизнеса, полученный на основании опубликованных источников из 24 стран с 2006 года, составляет 14%.

РИСУНОК 1.5

Средняя распространённость ВИЧ среди работников секс-бизнеса, по регионам, 2007-2012 гг.*

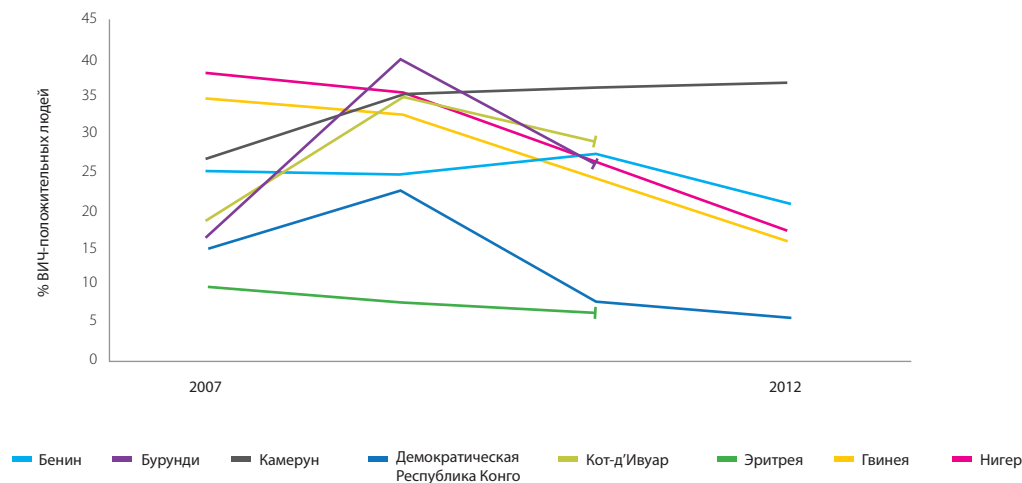


Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* Получение данных об услугах по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ для ключевых групп населения может быть сопряжено с трудностями. Большинство стран полагаются на исследования, проводимые в пределах отдельных сообществ или учреждений для оценки охвата программами данных групп населения. Частота проведения таких исследований варьируется от полугодичной до одного раза в три-четыре года. Такой подход позволяет получить ценные данные о местных программах, но не может быть свободно экстраполирован для получения полностью точной картины общенациональной ситуации. ЮНЭЙДС не принимает в расчёт данные, полученные на основании малых (<100) выборок (за исключением случаев, когда речь идёт о странах очень малого размера) и других явно смещённых выборок (например, исследование распространённости тестирования ВИЧ, проводимое на объекте ДКТ), и/или данные, полученные более трёх лет назад. Допускаются данные, представленные без фоновых сведений. Кроме того, ключевые группы населения в большинстве стран распределены неравномерно и могут неохотно принимать участие в мероприятиях, проводимых правительственными структурами, в зависимости от местной правовой среды. Это осложняет проведение исследований среди ключевых групп населения.

РИСУНОК 1.6

Распространённость ВИЧ среди работников секс-бизнеса в Африке, выборочные страны, 2007-2012 гг.*



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску к рисунку 1.5.

Из числа стран, представивших отчётные данные в 2013 году, средний показатель распространённости ВИЧ среди работников секс-бизнеса за последние годы, предположительно, снизился в некоторых частях Западной и Центральной Африки. Однако сложно делать какие-либо твёрдые выводы на основании ограниченных данных исследований, при этом распространённость ВИЧ среди работников секс-бизнеса остаётся чрезвычайно высокой во многих странах. Среди 62 стран, представивших отчётные данные, распространённость варьировалась в диапазоне от <1% в 14 странах до 70% (на основании исследования, проведённого среди 323 женщин секс-бизнеса) в Свазиленде. В других регионах, где распространённость ВИЧ среди работников секс-бизнеса значительно ниже, показатели распространённости кажутся стабильными, хотя есть признаки снижения распространённости ВИЧ с 2007 года среди работников секс-бизнеса в странах Карибского бассейна. Среди восьми стран Восточной и Южной Африки, средний показатель распространённости ВИЧ среди работников секс-бизнеса младше 25 лет равен 11% (в диапазоне от <1% до 64%) и 29% (в диапазоне от <1% до 74%) среди работников секс-бизнеса старше 25 лет.

Согласно страновым отчётам, уровень использования презервативов во время последнего коммерческого полового контакта является высоким и растёт; 44 страны сообщили о более высоком среднем показателе использования презервативов в 2012 году, чем в 2009 году: 85% по сравнению с 78% (см. рисунок 1.7).

Отсутствие надлежащего финансирования программ профилактики ВИЧ, направленных на работников секс-бизнеса, является основной причиной того, почему охват мерами по профилактике ВИЧ остаётся таким низким. Несмотря на несоразмерно высокий риск ВИЧ-инфицирования, которому подвергаются работники секс-бизнеса, на программы профилактики

для этой категории населения приходится скудная доля глобального финансирования в области профилактики ВИЧ.³⁰ В большинстве регионов правительства стран выделяют относительно мало национальных ресурсов на профилактику ВИЧ среди работников секс-бизнеса, при этом финансирование подавляющего большинства усилий по профилактике ВИЧ среди этой группы населения осуществляется за счёт международных донорских средств (см. рисунок 1.8). Заметным исключением из такой глобальной картины являются страны Латинской Америки и южной части Африки, где национальные расходы в связи с услугами по профилактике ВИЧ для работников секс-бизнеса превышают международные отчисления.

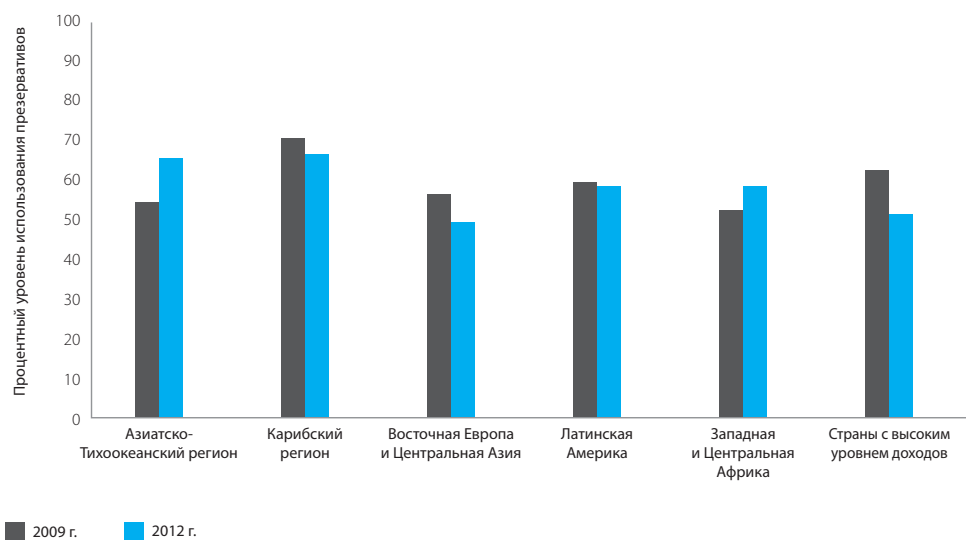
В отношении работников секс-бизнеса, а также мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и других маргинализованных групп населения, подвергающихся повышенному риску ВИЧ-инфицирования, трудности с дефицитом программного финансирования усугубляются неблагоприятными социальными и правовыми условиями, которые усиливают их уязвимость и мешают пользоваться необходимыми им услугами. Эти факторы более подробно рассматриваются в разделе 8.

ПРОФИЛАКТИКА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ ПОЛОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С МУЖЧИНАМИ

Недавно проведённые анализы способов передачи ВИЧ показали, что новые случаи инфицирования среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, а также других ключевых групп населения, являются важным фактором национальных эпидемий в Кении и Южной Африке. По данным анализа способов передачи ВИЧ в Латинской Америке, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, представляют собой наиболее крупный источник новых случаев инфицирования в данном регионе, варьируясь в диапазоне от 33% в Доминиканской Республике до 56% в Перу. Средний уровень распространённости ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, превышает 1% во всех регионах мира и неизменно выше распространённости среди мужчин в целом. В 2012 году, согласно национальным отчётам о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR), наиболее высокий средний показатель распространённости ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, был зафиксирован в странах Западной и Центральной Африки (19%) и Восточной и Южной Африки (15%), при этом чуть более низкий, но всё же высокий, уровень инфицированности ВИЧ был зафиксирован среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами в Латинской Америке (12%), Азиатско-Тихоокеанском регионе (11%), Западной и Центральной Европе и Северной Америке (8%) и Карибском регионе (7%). Данная информация в целом соответствует результатам проведённого в 2012 году глобального анализа доступных эпидемиологических исследований, которые показали, что распространённость ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в Южной и Северной Америке, Южной и Юго-Восточной Азии и странах Африки к югу от Сахары, варьируется в диапазоне от 14 до 18%.³¹ Как в случае с работниками секс-бизнеса, эпидемиологические исследования среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, носят ограниченный характер и могут не являться репрезентативными для всей страны. Эпидемиологические тенденции в группе мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, варьируются в зависимости от региона.

РИСУНОК 1.7

Уровень использования презервативов во время последнего коммерческого полового акта, согласно представленным данным, по регионам, 2009-2012*

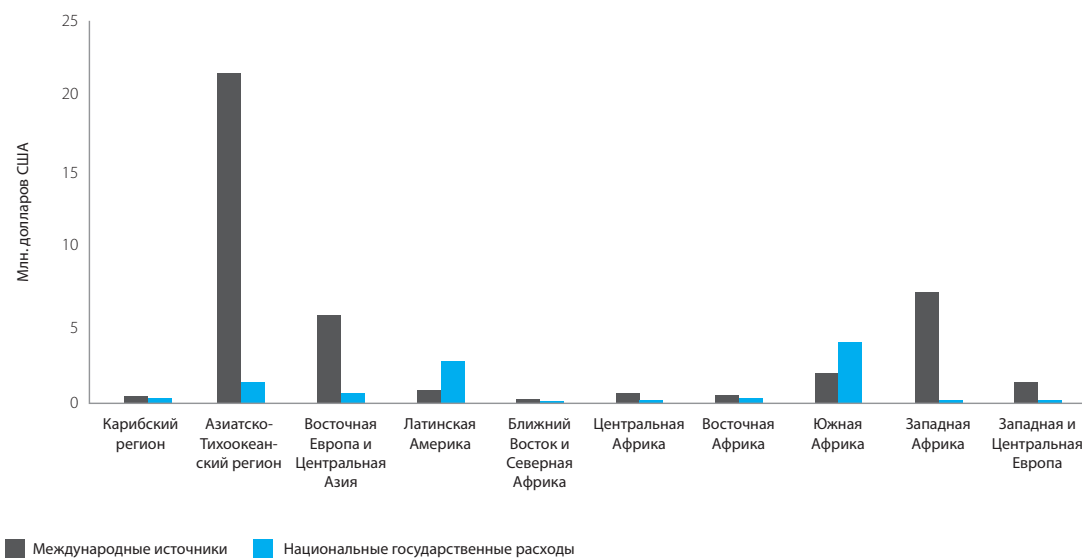


Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску к рисунку 1.5.

РИСУНОК 1.8

Международные и национальные государственные расходы на программы, направленные на работников секс-бизнеса, в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, согласно последним имеющимся данным по состоянию на 2013 г.



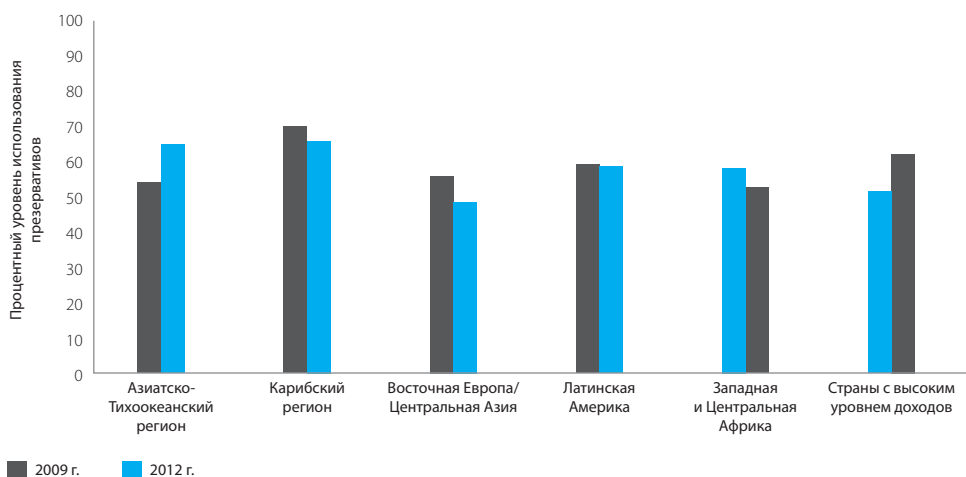
Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

Глобальная распространённость ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, по всей видимости, немного возросла и в последние годы находилась на очень высоком уровне. Согласно представленным данным, в 2012 году распространённость ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, варьировалась от <1% в семи странах до 57% в Гвинее (исследование с участием 242 мужчин) (см. рисунок 1.9). Согласно исследованиям, проведённым в основном в странах с концентрированными эпидемиями, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, зачастую инфицируются в довольно молодом возрасте – средний показатель распространённости ВИЧ среди мужчин младше 25 лет составляет 5,4%. Средний уровень распространённости возрастает до 15% среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в возрасте от 25 лет и старше в 20 странах, представивших данные по этой ключевой группе населения с разбивкой по возрасту.

Согласно результатам исследований, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, часто имеют крайне ограниченный доступ к презервативам, лубрикантам на водной основе, обучению в области ВИЧ и мерам по сокращению рискованного сексуального поведения.³² Методы профилактики ВИЧ с применением антиретровирусных препаратов, включая профилактическое лечение от ВИЧ и доконтактную антиретровирусную профилактику, являются перспективными в плане улучшения мер по профилактике ВИЧ для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами,³³ хотя все ещё предстоит дать оценку незначительным побочным эффектам и возможным долгосрочным последствиям. Боязнь осуждения и дискриминации со стороны медицинских работников также может сдерживать многих мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, от обращения за основными услугами по охране здоровья.³⁴ Расширение доступа мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, к услугам по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ, учитывающим культурные особенности, и к антиретровирусной терапии является высокоприоритетной задачей в области глобального здравоохранения.

РИСУНОК 1.9

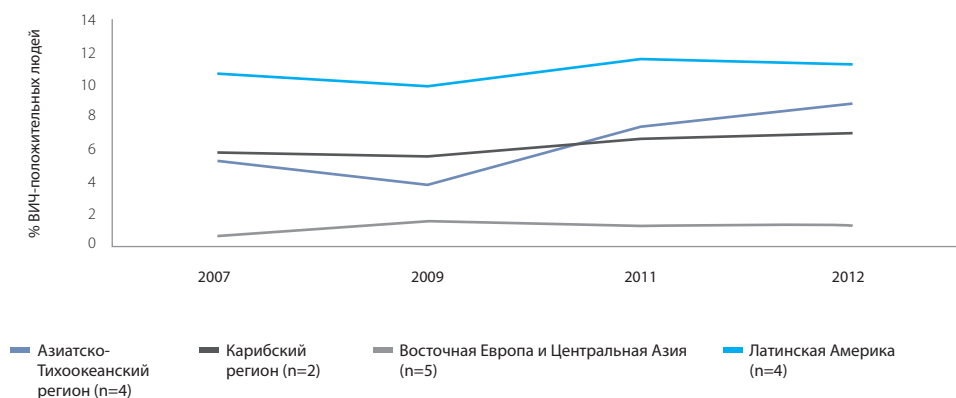
Средний уровень распространённости использования презерватива во время последнего анального полового акта среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, согласно представленным данным, по регионам, 2009-2012 гг.



Согласно данным, представленным 20 странами в 2009 и 2012 гг., процентная доля мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, охваченных программами по профилактике ВИЧ, сохранила относительную стабильность - соответственно в среднем на уровне 52% и 54%. Заметно возрос средний охват в Азиатско-Тихоокеанском регионе и в Восточной Европе и Центральной Азии соответственно (34% по сравнению с 56% и 43% по сравнению с 64%). В Латинской Америке средний показатель остался неизменным и составил 51%. Согласно данным, представленным 43 странами, средний уровень использования презерватива во время последнего анального секса, равный 57%, остался прежним на протяжении того же периода (см. рисунок 1.10). Поскольку всего лишь 20 стран представили данные об охвате мужчин, имеющих половых отношения с мужчинами, мерами по профилактике ВИЧ, опубликованные данные могут не отражать уровень глобального охвата. Ввиду ограниченного характера информации, представленной странами в рамках Глобальной отчётности GARPR, сформированные оценочные данные об охвате мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, мерами по профилактике ВИЧ значительно выше других оценочных данных, при этом в одном из международных оценочных отчётов приводилось заключение о том, что менее одной десятой мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, получают базовый комплекс услуг по профилактике ВИЧ.³⁵ Глобальная отчётность GARPR может содержать завышенные показатели программного охвата, поскольку страны, не принявшие каких-либо обязательств в области профилактики ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, не представляли своих отчётов.

РИСУНОК 1.10

Средняя распространённость ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, по регионам, 2007-2012 гг.*

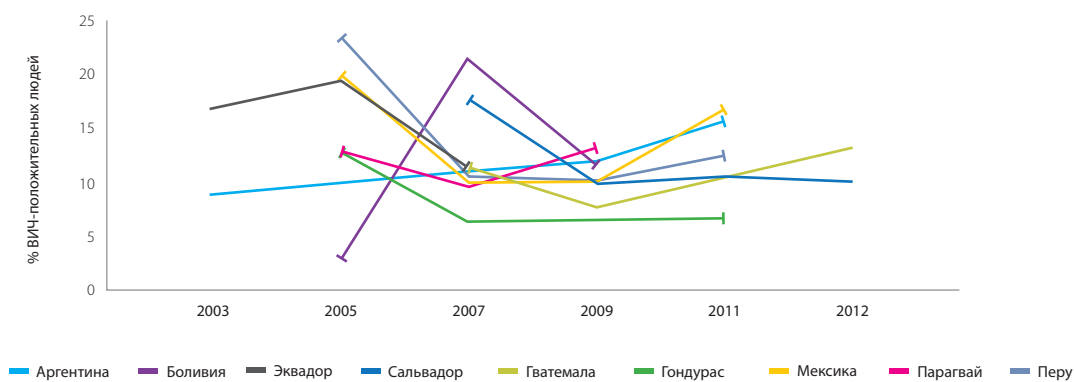


Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску к рисунку 1.5.

РИСУНОК 1.11

Процентная доля мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ, в выборочных странах Латинской Америки, 2003-2012 гг.*



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску к рисунку 1.5.

РИСУНОК 1.12

Международные и национальные государственные расходы на программы для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, согласно последним имеющимся данным (2007-2012 гг.)



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

Дефицит ресурсов препятствует усилиям по охвату мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, важными услугами по профилактике ВИЧ. Объёмы международного финансирования значительно превышают внутренние расходы на профилактические меры, направленные непосредственно на мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, на глобальном уровне, включая все регионы, за исключением стран Карибского бассейна. Финансирование услуг по профилактике ВИЧ для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, носит особо ограниченный характер в Восточной Азии, на Ближнем Востоке и в Северной Африке и в странах Африки к югу от Сахары (см. рисунок 1.12).

Последствия ограниченного финансирования усугубляются целым рядом дополнительных проблем, включая сдерживающее воздействие гомофобии на способность или желание мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, обращаться за важными услугами в связи с ВИЧ. Карательные законы, касающиеся однополых половых отношений, более подробно рассмотренные в разделе 8, также создают атмосферу страха и нетерпимости, что идёт в разрез с мерами по противодействию, основанными на фактических данных и соблюдении прав человека.

НА ПУТИ К 2015 ГОДУ

Чтобы сократить число случаев ВИЧ-инфицирования половым путём среди взрослого населения, необходимы политическая приверженность и стратегические действия. Человечество не встало на путь снижения наполовину передачи ВИЧ половым путём к 2015 году, и это утверждение особенно справедливо в отношении некоторых стран с высоким уровнем распространённости. Необходимо ускорить темпы. В частности, для того чтобы максимизировать пользу от ограниченного финансирования, необходимо расширить и стратегически объединить ключевые компоненты программ профилактики ВИЧ, включая социально-поведенческие подходы (с финансовым стимулированием, где это уместно), пропаганду презервативов и лубрикантов, программы проведения мужского обрезания и профилактики ВИЧ, направленные на ключевые группы населения, такие как мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, и работники секс-бизнеса. Чтобы максимально повысить число предотвращённых случаев ВИЧ-инфицирования, необходимо объединить меры по расширению этих ключевых компонентов программ профилактики ВИЧ с постоянным внедрением стратегий лечения от ВИЧ.

Фундаментом для этих действий может послужить проявленная странами твёрдая приверженность. Из 109 стран, представивших результаты промежуточных оценок, все определили снижение передачи ВИЧ половым путём в качестве национального приоритета и включили соответствующий целевой показатель во все национальные стратегические планы по ВИЧ.

Социально-поведенческие программы должны координироваться более эффективно и иметь более стратегическую направленность. Необходимо активизировать усилия, для того чтобы социально-поведенческие программы основывались на фактических данных, проходили тщательную оценку, учитывали гендерные особенности и потребности молодёжи и принимали во внимание ключевые факторы эпидемии, включая одновременные половые партнёрства. Зоны с высоким уровнем передачи

ВИЧ распределены по странам неоднородно, при этом передача ВИЧ половым путём в основном имеет место между гетеросексуальными партнёрами, занимающимися некоммерческим сексом, работниками секс-бизнеса и им клиентами и мужчинами, имеющими половые отношения с мужчинами. Национальные меры по противодействию должны учитывать распределение ВИЧ-инфекции, с тем чтобы сосредоточить ресурсы на тех географических зонах и группах населения, где риски передачи ВИЧ наиболее высоки. В условиях концентрированной эпидемии также важно распознавать информационные пробелы и структурировать национальные меры по противодействию таким образом, чтобы они учитывали возможность выявления других, ещё не распознанных, зон с высоким уровнем передачи ВИЧ. Необходимо в срочном порядке расширить масштабы подходов по наращиванию структурного и финансового потенциала, а также обеспечить их синергетическую связь с другими мерами по профилактике ВИЧ.

Все заинтересованные стороны, включая международных доноров и министерства здравоохранения, должны сотрудничать с целью расширения доступа к мужским и женским презервативам и лубрикантам, а также с целью повышения уровня их использования. Критически важно принимать меры по обеспечению непрерывности и надёжности поставок презервативов и лубрикантов. Отдельные усилия должны быть сосредоточены на обеспечении безопасности презервативов для молодых людей и других ключевых групп населения; кроме того, следует использовать маркетинговые знания, полученные из других областей, чтобы повысить охват и эффективность программ по распространению и использованию презервативов.

Приоритетные страны, в которых расширение мер по проведению добровольного медицинского мужского обрезания проходило медленными темпами, должны принять неотложные меры по содействию распространению и реализации этого важного метода профилактики ВИЧ и использовать уроки, полученные странами, где имело место резкое расширение программ и стратегий. В целом в приоритетных странах необходимо усилить меры с тем, чтобы охватить мужчин в возрасте от двадцати до сорока лет, для которых вероятность обращения за услугами по обрезанию меньше, чем для более молодого поколения.

Страны должны преобразовать понимание потребностей работников секс-бизнеса и их клиентов и партнёров в области профилактики ВИЧ в меры по расширению программ, основанные на фактических данных и соблюдении прав человека. Согласно результатам промежуточной оценки, проведённой в Малави, среди работников секс-бизнеса наблюдается высокая распространённость ВИЧ, однако в рамках национального подхода в области профилактики ВИЧ усилия направлены на восемь ключевых категорий населения, включая водителей грузовиков, учителей и мужчин-продавцов, но не лиц, потребляющих инъекционные наркотики. Программы профилактики для потребителей инъекционных наркотиков, должны учитывать тот факт, что в некоторых странах многие люди, потребляющие инъекционные наркотики, также работают в сфере секс-бизнеса.

Страновые обязательства по принятию мер по противодействию эпидемии ВИЧ, направленных на мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, отстают от обязательств, принятых в отношении других

ключевых групп населения. В странах, для которых были получены данные, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, как правило, несут несоразмерное бремя ВИЧ-инфекции. Во многих странах не существует данных о распространённости ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами. Странам необходимо предпринять более согласованные усилия с тем, чтобы оценить масштабы эпидемии среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и в то же время разрабатывать комплексные услуги, устраняющие препятствия к доступу. Стигма, дискриминация и жёсткая правовая среда во многих странах сдерживает мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, от прохождения тестирования на ВИЧ и обращения за надлежащими, высококачественными услугами по профилактике, уходу и лечению. Национальные программы должны ставить своей целью устранение правовых барьеров для гомосексуальных отношений, в большей степени учитывать потребности в здравоохранении мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, улучшать доступ к медицинским услугам и разрабатывать стратегии усиления норм поведения, способствующих профилактике ВИЧ среди представителей данной группы населения путём улучшения доступа к презервативам и лубрикантам и формирования культурных норм, касающихся более безопасного секса. Программы также должны учитывать возможность использования предназначенных для мужчин услуг в связи с ИППП как способа повышения качества услуг по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.

В то же время страны должны использовать профилактический потенциал антиретровирусной терапии путём ускоренного расширения мер по лечению от ВИЧ и принятия действий по реализации руководящих принципов ВОЗ в области антиретровирусного лечения 2013 года (о которых говорится в разделе 4).

Значительные объёмы ресурсов должны быть направлены на ключевые факторы содействия и обеспечение синергии в области развития с тем, чтобы снизить уязвимость и повысить эффективность, результативность и охват мерами по профилактике ВИЧ. Такие подходы должны включать в себя такие компоненты, как реформирование законодательства, снижение стигмы, предоставление юридических услуг, повышение юридической грамотности в области прав человека, проведение разъяснительной работы с правоохранительными органами и обучение работников здравоохранения. Среди многих групп населения, которым ключевые факторы содействия и синергия в области развития могут принести пользу, такое финансирование наиболее важно для работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и других маргинализированных групп, подвергающихся высокому риску ВИЧ-инфицирования.

Резкое расширение мер по проведению добровольного медицинского мужского обрезания в Объединённой Республике Танзания

Благодаря сильной политической приверженности, стратегической направленности услуг, новаторским маркетинговым стратегиям и реализации рекомендованных стратегий в области кадровых ресурсов Объединённая Республика Танзания добилась быстрого прогресса в деле оказания услуг по добровольному медицинскому мужскому обрезанию по меньшей мере для 80% взрослых мужчин, не проходивших ранее процедуру обрезания. Ожидается, что обрезание 1,4 миллиона мужчин позволит Объединённой Республике Танзания предотвратить 200 000 новых случаев ВИЧ-инфицирования к 2025 году.

В рамках кампании по проведению обрезания в Объединённой Республике Танзания приоритетной задачей является расширение мер в регионах Иринга и Ньюмбе, где распространённость ВИЧ (составляющая примерно 16%) в три раза выше, чем в среднем по стране. Только каждый третий мужчина в этих регионах прошёл процедуру обрезания. Для отслеживания уровня обращаемости за услугами и выявления областей, в которых меры по расширению проходят медленными темпами, используются географические информационные системы и другие методы, что позволяет исполнителям программ при необходимости перераспределить кадровыми и финансовые ресурсы.

Объединённая Республика Танзания добилась огромного успеха в организации ограниченных во времени кампаний, охватывающих большое количество мужчин услугами по обрезанию. В рамках шестинедельной кампании, проведённой в Иринге в 2010 году, было совершено более 10 000 обрезаний, что стало перевыполнением поставленной перед кампанией цели на 72%³⁶.

Расширению добровольного медицинского мужского обрезания способствовало перераспределение функций в местах оказания услуг, что снизило нагрузку с ограниченного числа хирургов. Согласно данным Агентства международного развития США, 70% из 200 медицинских сотрудников, работающих в области расширения мер по проведению обрезания, являются медсёстрами.

В последние годы были достигнуты впечатляющие результаты, что подтверждает обоснованность резкого расширения мер. По мере ускорения расширения программ, годовое количество мужчин, прошедших процедуру обрезания, в Объединённой Республике Танзания возросло с 1033 в 2009 году до 183 480 в 2012 году.

2. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Последние данные свидетельствуют о незначительном изменении бремени ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. Частота возникновения новых случаев ВИЧ в этой группе населения по-прежнему является высокой, при этом в некоторых странах на потребителей инъекционных наркотиков приходится более 40% новых случаев ВИЧ-инфицирования.

Важность проблемы потребления инъекционных наркотиков как движущего фактора национальной эпидемии ВИЧ варьирует в зависимости от страны. Отчасти это обусловливается значительными различиями в распространённости потребления инъекционных наркотиков в мире. По оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), региональная распространённость потребления инъекционных наркотиков находится в диапазоне от менее 0,2% в странах Африки к югу от Сахары до примерно 1,3% взрослого населения в Восточной Европе и Центральной Азии. На глобальном уровне по меньшей мере 158 стран сообщили о наличии проблемы потребления инъекционных наркотиков, а в 120 странах ВИЧ-инфекция документально зарегистрирована среди потребителей инъекционных наркотиков.¹ По результатам недавно проведённого анализа способов передачи ВИЧ, на лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнёров приходится 68% новых случаев ВИЧ-инфекций в Иране (диапазон неопределённости = 57–78%), 40% – в странах Восточной Европы, где такие исследования проводились, и 36% – на Филиппинах.²

В некоторых частях мира, где лица, потребляющие инъекционные наркотики, являются значительными компонентами национальной эпидемии, странам всё ещё предстоит найти устойчивое решение этой проблемы общественного здравоохранения. Помимо отсутствия твёрдой политической и программной приверженности снижению передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, в этих странах также отсутствуют релевантные данные. Из первых четырёх стран, на которые приходится примерно 45% мирового населения, потребляющего инъекционные наркотики,³ только Китай и Бразилия представили свои отчёты в этом году; не располагая данными из России и Соединённых

Штатов Америки, сложно гарантировать точность сведений о глобальной ситуации с потреблением инъекционных наркотиков. Для того чтобы обеспечить реализацию программ, основанных на фактически данных, и провести в жизнь разумные рамочные стратегии, необходимо принять значительно больше усилий с тем, чтобы человечество могло достигнуть цели двукратного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

УСТОЙЧИВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Несмотря на то что на потребителей инъекционных наркотиков приходится примерно 0,2–0,5% населения планеты, они составляют приблизительно 5–10% всех людей, живущих с ВИЧ.^{4,5} Высокая распространённость ВИЧ в этой группе населения зафиксирована во всех регионах, хотя степень тяжести ситуации варьируется. Распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков находится в пределах от 5% в Восточной Европе до 28% в Азии.

Мониторинг распространённости ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, представляет собой сложную задачу. Представленные в страновых отчётах данные о распространённости в данной группе населения зачастую с каждым годом меняются и могут основываться на исследованиях, в которых используются различные методологии. Кроме того, экстраполяция результатов исследований отдельных ситуаций для оценки общенациональной распространённости среди потребителей инъекционных наркотиков может сопровождаться трудностями.

Данные о распространённости ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 2012 году представила пятьдесят одна страна, хотя информация зачастую была получена на основании локальных исследований, не являющихся репрезентативными в масштабах страны. С учётом проблем методологии в распространённости ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, существенных изменений не наблюдается, хотя последние тенденции в Азиатско-Тихоокеанском регионе вызывают тревогу (см. рисунок 2.1).

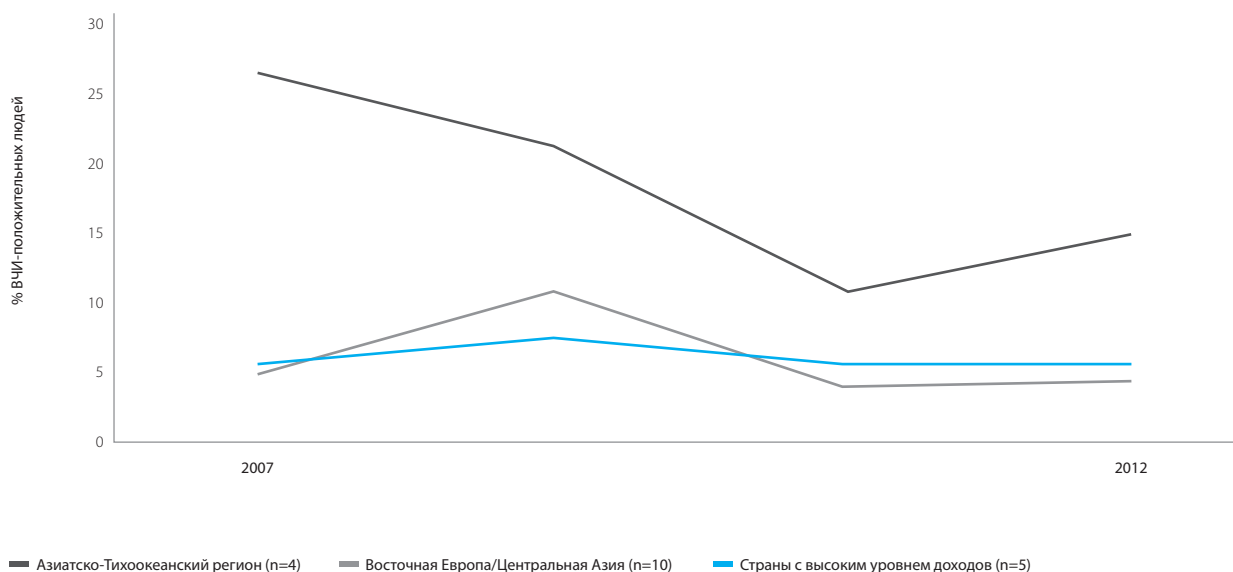
В каждой из стран, неизменно предоставлявших свои данные с 2009 года, наблюдается снижение распространённости ВИЧ. Например, в Восточной Европе и Центральной Азии, где передача ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков является движущим фактором многих национальных эпидемий, распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, по всей видимости, сократилась более чем в два раза в Украине с 2007 по 2012 годы, хотя есть вероятность того, что это обусловлено изменениями в методах проведения исследования. Число зарегистрированных случаев ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Украине сохранило относительную стабильность на уровне 6500–7000 случаев в год за тот же период времени.⁶ Распространённость ВИЧ в данной группе населения, предположительно, осталась на прежнем уровне и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии (см. рисунок 2.2). Средняя распространённость ВИЧ среди молодых (<25) людей, потребляющих инъекционные наркотики, составила 3% и 6% среди более

старших потребителей инъекционных наркотиков; в Азии среди молодых людей, потребляющих инъекционные наркотики, распространённость ВИЧ составила 9% и 19% среди более старших потребителей.

В Азии доступные фактические данные также свидетельствуют о том, что в период с 2005 по 2007 годы в некоторых странах, в том числе в Мьянме, Непале и Вьетнаме, распространённость ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, снизилась. В Малайзии, на Филиппинах и в Таиланде зафиксирован рост распространённости ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, в то время как в других азиатских странах этот показатель, предположительно, остался на прежнем уровне.

РИСУНОК 2.1

Средняя распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, по регионам, 2007–2012 гг.*

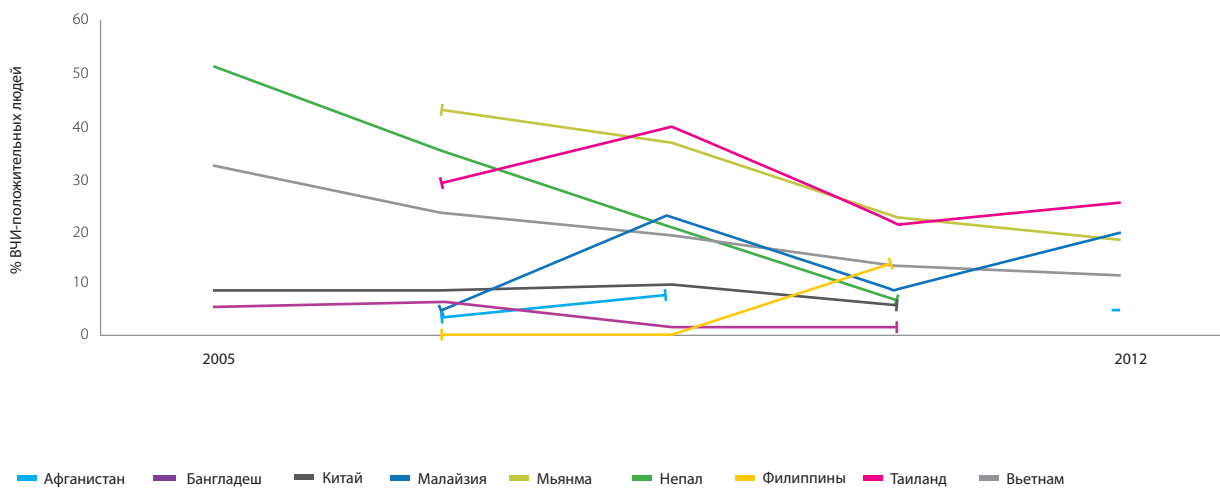
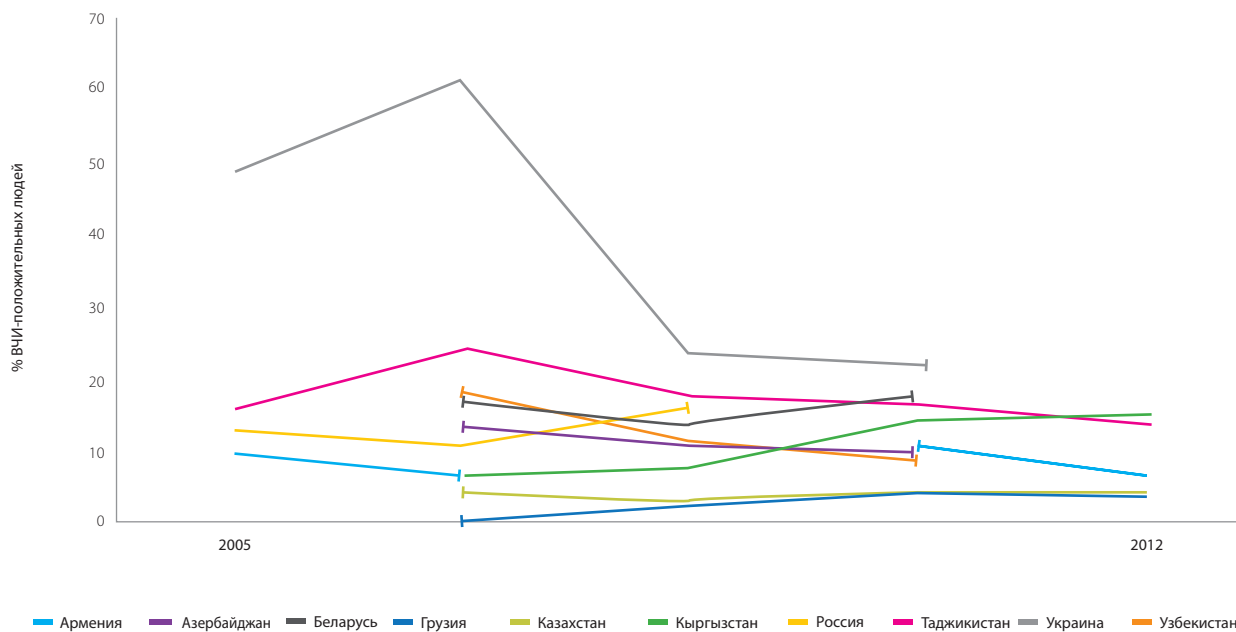


Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску с рисунку 1.5.

РИСУНОК 2.2

Распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе, Центральной Азии, Восточной Азии и Юго-Восточной Азии, выборочные страны, 2005-2012 гг.*



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску с рисунку 1.5.

СИТУАЦИЯ С УСЛУГАМИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

В целях профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков рекомендуется внедрить комплекс услуг по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ.⁷ В число рекомендуемых услуг входит обеспечение доступа к тестированию и консультированию в связи с ВИЧ, предоставление стерильного инъекционного инструментария (посредством программ обмена игл и шприцев), опиоидная заместительная терапия, антиретровирусное лечение и другие медицинские и социальные услуги. Лица, потребляющие инъекционные наркотики, и их половые партнёры также нуждаются в услугах по консультированию и обучению, в мерах по изменению поведения и в доступе к презервативам для предотвращения передачи ВИЧ половым путём.

Охват потребителей инъекционных наркотиков услугами по профилактике ВИЧ является довольно низким. Только в странах с высоким уровнем доходов годовое количество распределённых шприцев на одного потребителя инъекционных наркотиков приближается к рекомендованному для всех стран 200 шприцам. Из 32 стран с низким и средним уровнем доходов, представивших данные о распределении шприцев в 2011 и 2012 гг., только в двух странах, где эпидемия среди потребителей инъекционных наркотиков имеет значительные масштабы, в Бангладеш и Малайзии, было распределено за год более 200 шприцев (см. рисунок 2.3). В целом в странах Азии зафиксирован более высокий уровень распределения игл по сравнению с другими регионами, в то время как на Ближнем Востоке и в Северной Африке имело место наращивание масштабов распределения игл на одного потребителя инъекционных наркотиков, при этом наблюдался рост данного показателя в Афганистане, Иране и Марокко. С учётом имеющихся данных, можно предположить, что в период с 2011 по 2012 годы не произошло значительного роста общего охвата программами обмена игл и шприцев.

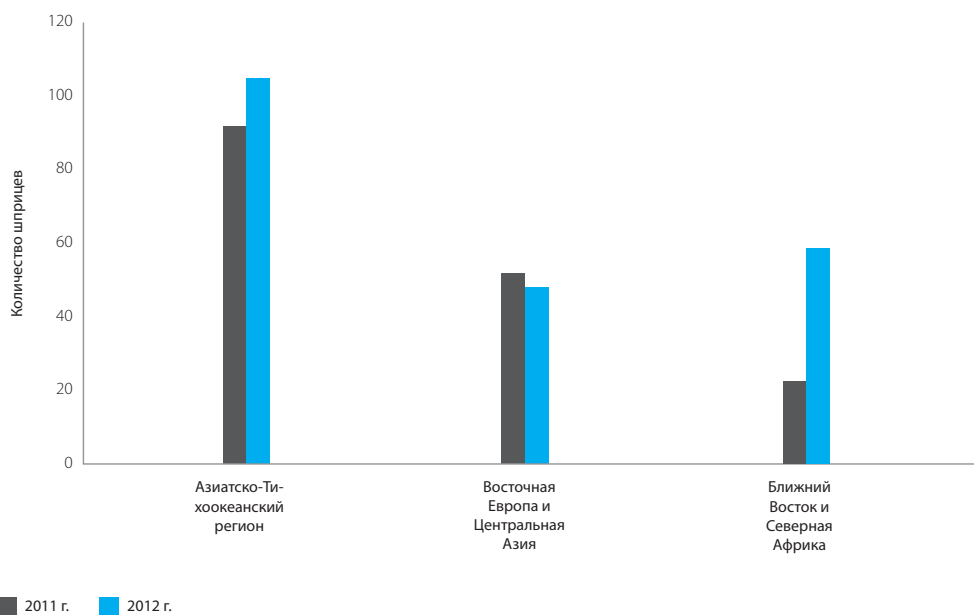
Данные об опиоидной заместительной терапии были предоставлены 35 странами (11 в Азии и 15 в Восточной Европе и Центральной Азии); согласно этим данным, метадон получали свыше 400 000 человек. Согласно оценочным данным, представленным 20 странами, охват опиоидной заместительной терапией находился в диапазоне от менее 1% потребителей опиатов в отдельных странах до 26% в Малайзии, при этом во всех странах, кроме четырёх, охват составил менее 10%.

Несмотря на неизменно низкий охват программами, исследования показывают рост числа потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании стерильного инструментария во время последнего потребления инъекционных наркотиков. Возможно, потребители инъекционных наркотиков, получают доступ к стерильным иглам и шприцам через иные каналы, нежели посредством программ обмена игл и шприцев. За исключением стран Латинской Америки, Азии и Тихоокеанского региона, данные исследований показывают, что по меньшей мере 70% потребителей инъекционных наркотиков использовали стерильный инструментарий во время последнего потребления наркотиков инъекционным способом. В 2012 году из 40 стран, представивших данные, 23 сообщили о достижении глобального 80-процентного целевого показателя по использованию стерильного инъекционного инструментария.

Во всех регионах средняя доля потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта, составила менее 50%. Для того чтобы снизить передачу ВИЧ половым путём от потребителей инъекционных наркотиков их половым партнёрам, необходимо добиться значительно большего успеха в охвате лиц, потребляющих инъекционные наркотики, эффективными стратегиями по сокращению рискованного сексуального поведения.

РИСУНОК 2.3

Количество шприцев, распределённых через программы обмена игл и шприцев, на одного потребителя инъекционных наркотиков в год, по регионам, 2011–2012 г.*



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

* См. сноску к рисунку 1.5.

ПРОБЛЕМЫ С РЕСУРСАМИ, СТОЯЩИЕ НА ПУТИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

С учётом серьёзности проблемы программы профилактики ВИЧ для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, испытывают существенный дефицит ресурсов. Только в двух регионах – в Восточной Европе и Южной и Юго-Восточной Азии – осуществляется крупное финансирование услуг по снижению вреда. В этих регионах, а также во всём мире, на международные донорские источники приходится подавляющая часть финансирования услуг по снижению вреда (см. рисунок 2.4).

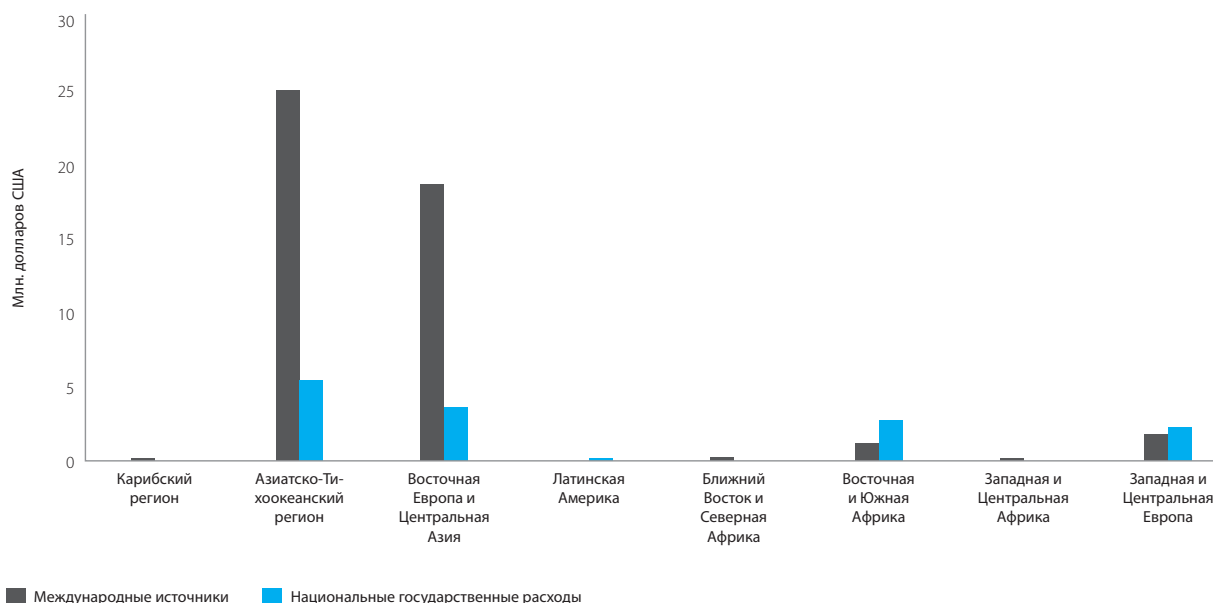
Масштабы национального финансирования услуг по снижению вреда тесно взаимосвязаны с уровнем национального дохода. В то время как в странах с низким уровнем доходов национальное финансирование покрывает 10% расходов на программы снижения вреда, в странах с уровнем доходов ниже

среднего и выше среднего из внутренних источников финансируется 18% и 36% услуг по снижению вреда соответственно.

В некоторых странах на услуги по снижению вреда была направлена значительная часть национальных расходов в связи с ВИЧ. На программы для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, приходится 31% расходов в связи с ВИЧ в Македонии, 23% – в Пакистане, 18% – в Грузии и 16% – в Бангладеш.

РИСУНОК 2.4

Международные и национальные государственные расходы на программы снижения вреда, направленные на потребителей инъекционных наркотиков, в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, согласно последним имеющимся данным (2007–2012 гг.)



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

Тем не менее ряд стран с высокой распространённостью ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков испытывает дефицит финансирования. Десять стран, в которых распространённость ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков превышает 10%, направляют менее 5% своих расходов в связи с ВИЧ на программы снижения вреда.

ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ

Из 109 стран, предоставивших результаты промежуточных оценок, 45 включили профилактику ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в число национальных приоритетов; при этом все страны, кроме одной, установили целевой показатель по этому направлению в своих национальных стратегических планах. Большинство (27, или 60%) из этих 45 стран сообщают, что они встали на путь снижения числа новых инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году.

Тем не менее такое заключение не подтверждается имеющимися данными о распространённости ВИЧ и показателями в области профилактики.

Согласно данным стран, которые провели промежуточную оценку, на пути реализации мер по профилактике ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков стоит множество препятствий. Даже в странах, где эпидемия в значительной степени сконцентрирована среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, зачастую отсутствуют надёжные оценочные данные о размерах этой группы населения. Обращаемость за услугами по добровольному тестированию и консультированию в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков является крайне низкой, а криминализация, стигма и дискриминация сдерживают людей от обращения за услугами.

Финансирование услуг, направленных на удовлетворение потребностей в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, скорее всего, вызовет особые трудности. Некоторые страны, такие как Армения, в настоящий момент получают грантовые средства Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией для финансирования услуг по снижению вреда, однако, согласно планам, такая поддержка к 2015 году будет прекращена. Поскольку многие страны, в которых обуславливающим фактором развития эпидемии является потребление инъекционных наркотиков, имеют средний уровень доходов, существует вероятность, что финансирование программ по ВИЧ из других международных источников будет довольно ограниченным. Важно, чтобы страны признали значимость этих программ для здравоохранения и обеспечили им дополнительное финансирование.

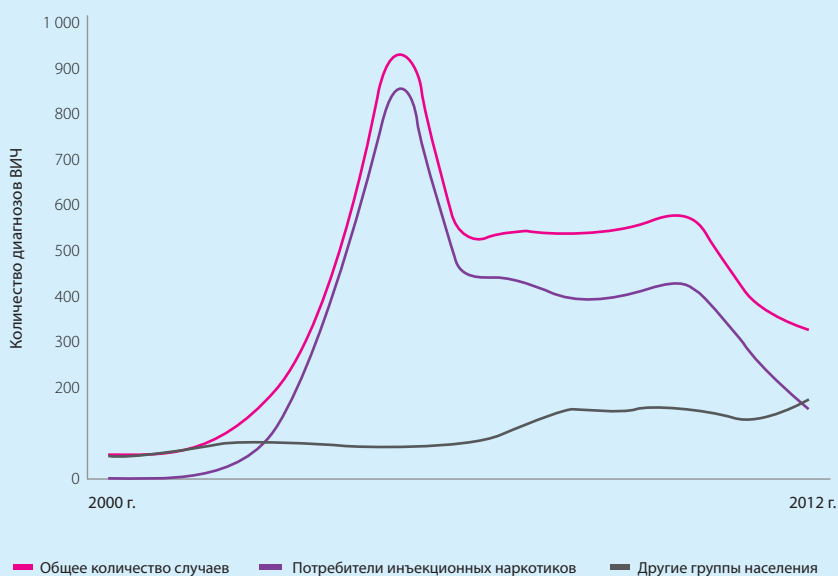
Страновая ответственность за реализацию мер по противодействию ВИЧ, направленных на потребителей инъекционных наркотиков, имеет критическое значение. В настоящее время многим странам всё ещё предстоит сократить разрыв между текущими показателями и установленной целью – уменьшить в два раза число новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков к 2015 году. В Центральной Азии, например, семь стран из восьми сообщают о «выходе на цель» по 50-процентному снижению числа новых инфекций, хотя во многих странах этого региона жёсткие законы, правовые барьеры и низкий охват услугами препятствуют реализации значимых мер по профилактике ВИЧ для лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

В то время как страны, внедрившие программы обмена игл и шприцев, опиоидную заместительную терапию и другие меры по снижению вреда, заслуживают одобрения, в настоящий момент необходимо в срочном порядке уделить внимание расширению этих услуг. В Азербайджане всего 68 человек получают опиоидную заместительную терапию. В Грузии и Казахстане аналогичные показатели составляют соответственно 650 и 207, что представляет собой малую долю от того количества людей в этих странах, которые нуждаются в таких услугах.

Расширение мер по снижению вреда в Маврикии

Передача ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков играет важную роль в национальной эпидемии в Маврикии (см. рисунок 2.5). По оценкам, в 2011 году из 10 000 потребителей инъекционных наркотиков, живущих в стране, 51,6% были ВИЧ-инфицированы, при этом особенно высокая концентрация была зафиксирована в Порт-Луи. В 2012 году в рамках отдельного исследования было выявлено, что из 9125 работников секс-бизнеса, проживающих в стране, 22,3% были ВИЧ-инфицированы, при этом 40% работников секс-бизнеса также потребляют инъекционные наркотики. Потребителями инъекционных наркотиков является 40% заключённых; в 2012 году распространённость ВИЧ среди заключённых составляла 24,8%.

РИСУНОК 2.5
Количество диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и других групп населения, Маврикий, 2000–2012 гг.



Источник: Национальный секретариат по противодействию СПИДу (2013 г.). Национальная рамочная стратегия по ВИЧ и СПИДу на 2013–2016 гг., стр. 30.

3. ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Благодаря устойчивому прогрессу в расширении услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку человечество сейчас в состоянии обеспечить реализацию ключевых компонентов усилий по искоренению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей. При дальнейшем расширении мер к 2015 году станет возможным предоставление 90 процентам беременных женщин, живущих с ВИЧ, услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. Если будут ускорены другие услуги, направленные на прекращение вертикальной передачи и на охрану материнства (см. текст в рамке ниже), станет возможным снижение числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей на 90%. Для сохранения жизни и здоровья матерей необходим постоянный прогресс в расширении антиретровирусной терапии.

Приоритетные страны в Глобальном плане по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей:

1. Ангола
2. Ботсвана
3. Бурунди
4. Камерун
5. Чад
6. Кот-д'Ивуар
7. Демократическая Республика Конго
8. Эфиопия
9. Гана
10. Индия
11. Кения
12. Лесото
13. Малави
14. Мозамбик
15. Намибия
16. Нигерия
17. Южная Африка
18. Свазиленд
19. Уганда
20. Объединённая Республика Танзания
21. Замбия
22. Зимбабве

ДОСТИЖЕНИЯ В РАСШИРЕНИИ МЕР ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

По состоянию на декабрь 2012 года свыше 900 000 беременных женщин, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную профилактику или терапию по всему миру. Охват антиретровирусными программами, направленными на профилактику передачи ВИЧ от матери ребёнку (за исключением менее эффективной схемы однократного приёма невирапина), возрос с 57% (51–64%) в 2011 году до 62% (57–70%) в 2012 году. Четыре приоритетных страны (Ботсвана, Гана, Намибия и Замбия) уже достигли цели предоставить антиретровирусные препараты 90 процентам беременных женщин, живущих с ВИЧ.

ПОСЛЕДСТВИЯ РАСШИРЕНИЯ УСЛУГ ПО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

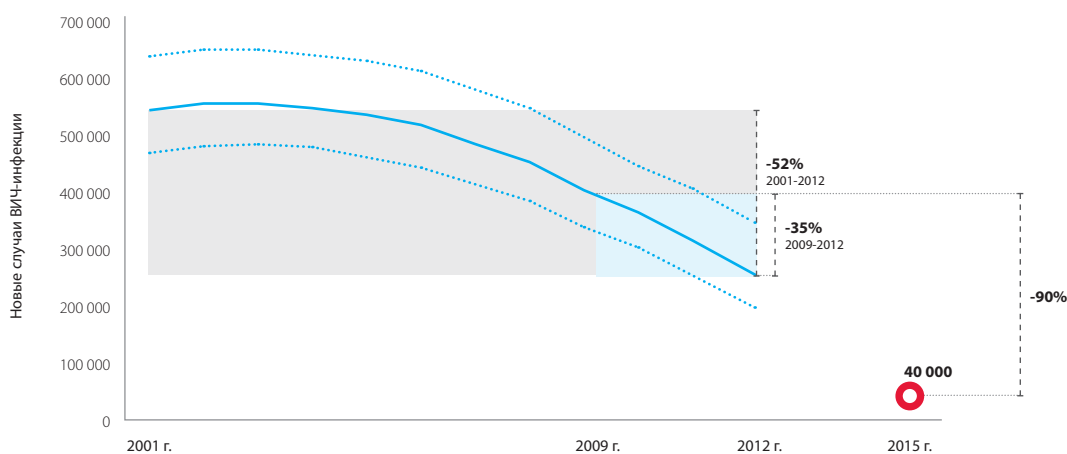
В результате расширения услуг по профилактике ВИЧ в 2012 году годовое количество вновь инфицированных детей в странах с низким и средним уровнем доходов составило 260 000 (230 000–320 000), что на 35% ниже, чем в 2009 году (см. рисунок 3.1). В период с 2001 по 2012 годы число новых

случаев ВИЧ-инфекции среди детей снизилось на 52%. Расширение доступа к услугам по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку позволило предотвратить ВИЧ-инфицирование свыше 670 000 детей в период с 2009 по 2012 годы. Для того чтобы достичь глобальной цели сокращения числа новых инфекций среди детей на 90% к 2015 году (используя данные за 2009 год в качестве исходных), необходимо ускорить расширение программ.

Страны с низким и средним уровнем доходов, которые в настоящее время приближаются к низким показателям передачи ВИЧ среди детей, наблюдаемым в странах с высоким уровнем доходов, смогли этого добиться за счёт обеспечения широкого охвата беременных женщин, живущих с ВИЧ, услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. В Гане, к примеру, риск того, что женщина, живущая с ВИЧ, передаст вирус своему ребёнку, снизился с 31% в 2009 году до 9% (7–11%) в 2012 году. В этой стране охват женщин, живущих с ВИЧ, услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку существенно увеличился с 32% (27–38%) в 2009 году до более чем 90% в 2012 году.

РИСУНОК 3.1

Число новых случаев ВИЧ-инфекций среди детей в странах с низким и средним уровнем доходов, 2001–2012 гг. и целевой показатель к 2015 году.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

Ключевые элементы стратегии по искоренению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей и сохранения жизни их матерей

В Глобальном плане по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей рекомендуется комплекс приоритетных действий по четырём ключевым программным компонентам:

1. Профилактика новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста.
2. Оказание помощи женщинам, живущим с ВИЧ, в предупреждении незапланированной беременности.
3. Обеспечение беременным женщинам доступа к тестированию и консультированию в связи с ВИЧ и обеспечение женщинам, имеющим положительный результат, доступа к антиретровирусным препаратам для профилактики передачи ВИЧ во время беременности, родов или грудного вскармливания.
4. Оказание услуг по уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ женщинам, детям, живущим с ВИЧ, и их семьям.

Согласно Глобальному плану приоритетным является расширение масштабов в 22 приоритетных странах, на которых суммарно приходится примерно 90% беременных женщин, живущих с ВИЧ.

ПРОБЕЛЫ В ОХВАТЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН УСЛУГАМИ ПО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Охват беременных женщин, живущих с ВИЧ, профилактическими услугами значительно варьируется по регионам. Наиболее широким является охват в Восточной и Центральной Европе и в странах Карибского бассейна (более 90%), в то время как в Азии и на Ближнем Востоке и в Северной Африке (менее 20%) показатели охвата ниже. Среди 21 страны Африки к югу от Сахары, определённой в Глобальном плане как приоритетной, антиретровирусные препараты для профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей предоставлялись во время беременности 65 процентам (57–70%) беременных женщин, живущих с ВИЧ, по сравнению с 62% (57–70%) в целом во всех странах с низким и средним уровнем доходов (см. таблицу 3.1).

ТАБЛИЦА 3.1

Охват беременных женщин, живущих с ВИЧ, услугами по антиретровирусной профилактике в странах с генерализованной эпидемией, 2012 г.

Менее 50%

Ангола
Бенин
Чад
Конго
Демократическая Республика Конго
Джибути
Эритрея
Гвинея
Гвинея-Бисау
Нигерия
Папуа-Новая Гвинея
Южный Судан

50–79%

Буркина Фасо
Бурунди
Камерун
Кот-д'Ивуар
Габон
Кения
Лесото
Малави
Уганда
Объединённая Республика Танзания

80% и выше

Ботсвана
Гана
Гаити
Либерия
Мозамбик
Намибия
Руанда
Сьерра-Леоне
Южная Африка
Свазиленд
Того
Замбия
Зимбабве

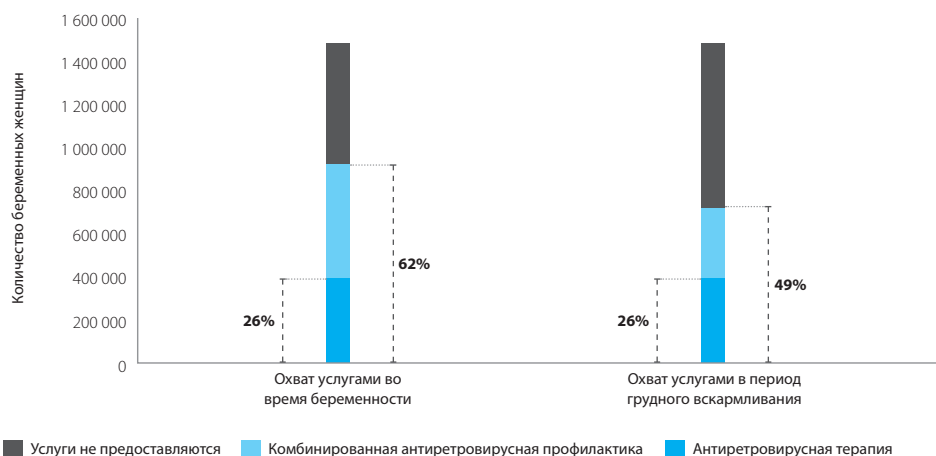
Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

В то время как многие страны добились успехов исторического значения в расширении доступа к антиретровирусным препаратам для беременных женщин, живущих с ВИЧ, темпы прогресса в других странах были гораздо меньшими. По состоянию на декабрь 2012 года в 13 странах с генерализованной эпидемией, включая пять приоритетных стран (Ангола, Чад, Демократическая Республика Конго, Эфиопия и Нигерия), антиретровирусные препараты для профилактики вертикальной передачи ВИЧ получало менее 50 процентов беременных женщин, живущих с ВИЧ. Несмотря на то что в основном наблюдается увеличение охвата беременных женщин, живущих с ВИЧ, услугами по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, даже в странах с показателями охвата ниже оптимальных, заметное падение уровня охвата отмечено в Лесото (с 75% в 2011 году до 58% в 2012 году) и Кении (с 66% до 53%), в то время как в Анголе показатель охвата остался прежним (17% в 2011 и 2011 годах).

Кормящим матерям, живущим с ВИЧ, рекомендуется принимать антиретровирусные препараты при грудном вскармливании новорождённых. В 2012 году охват мерами по предоставлению антиретровирусных препаратов был значительно ниже в период грудного вскармливания (49%), чем во время беременности и родов (62%). По оценкам, в настоящее время половина всех новых случаев передачи ВИЧ детям происходит в период грудного вскармливания, когда большинство кормящих матерей не получают профилактику, необходимую для предотвращения передачи ВИЧ (см. рисунок 3.2).

РИСУНОК 3.2

Число и процентная доля ВИЧ-положительных беременных женщин в странах с низким и средним уровнем доходов, получавших антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфицирования среди детей во время беременности и грудного вскармливания, 2012 г.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

* Согласно руководящим принципам ВОЗ 2006 г., антиретровирусную профилактику следует начинать с третьего триместра беременности, следуя схеме ежедневного двукратного приёма зидовудина (AZT), приёма одной дозы невриапина (NVP) в начале родов, комбинации AZT+3ТС во время родов и в течение одной недели после родоразрешения, а также провести профилактику для младенца в течение недели после его рождения. В руководящих принципах 2010 года предлагаются варианты профилактики А и В, которые необходимо начинать в более ранние сроки беременности. Вариант А заключается в ежедневном двукратном приёме AZT для профилактики матери и младенца и ежедневном приёме NVP для профилактики младенца в течение одной недели после окончания периода грудного вскармливания либо AZT или NVP на протяжении шести недель после рождения, если младенец не получает грудное вскармливание. Вариант В – это схема профилактики для матерей, основанная на трёх препаратах, принимаемых во время беременности и на протяжении всего периода грудного вскармливания, а также профилактики для младенцев в течение шести недель после рождения, независимо от того, получает ли младенец грудное вскармливание или нет. <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMCTfactsheet/en/>

НЕРЕШЁННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КЛЮЧЕВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЁНКУ

Наряду с расширением доступа к антиретровирусным препаратам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку, менее значительный прогресс был достигнут по другим программным направлениям Глобального плана, включая первичную профилактику ВИЧ для женщин. В период с 2009 по 2012 год число вновь инфицированных женщин снизилось на 44% в Гане, на 23% – в Уганде и на 21% – в Южной Африке. Однако в других приоритетных странах число новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин сокращалось более медленными темпами или даже не изменилось и по-прежнему является высоким. На глобальном уровне темпы снижения числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди женщин замедлились с 2008 года, что подчёркивает необходимость активизации усилий по профилактике новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и их половых партнёров.

Неудовлетворение потребности в услугах по планированию семьи среди женщин, живущих с ВИЧ, продолжает подрывать усилия, направленные на искоренение новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей. Согласно недавнему анализу общенациональных репрезентативных исследований,¹ уровень неудовлетворения потребности в услугах по семейному планированию среди женщин во всём мире снизился с 15,4% в 1990 году до 12,3% в 2010 году. Однако в странах Восточной и Западной Африки необходимых услуг по планированию семьи не получает более 20% женщин, при этом в период с 1990 по 2010 годы не было зафиксировано снижения уровня неудовлетворения данной потребности. Это означает, что больше одной пятой женщин в регионе имеют желание отсрочить рождение ребёнка или более не рожать детей, но не используют средства контрацепции. Помимо снижения риска ВИЧ-инфицирования среди детей, меры по предотвращению незапланированной беременности, основанные на соблюдении прав человека, также помогают улучшить ситуацию с заболеваемостью матерей и снижают материнскую смертность.

НЕДОСТАТОЧНЫЙ ОХВАТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН УСЛУГАМИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

В 2012 году услуги по лечению от ВИЧ получало 58% беременных женщин, нуждавшихся в антиретровирусном лечении для защиты своего собственного здоровья, что ниже охвата услугами по лечению взрослого населения в целом, составляющего 64% (61–69%). В 2012 году в десяти приоритетных странах менее половины беременных женщин, живущих с ВИЧ, у которых число клеток CD4 составляло 350 клеток на кубический миллиметр или менее (необходимый порог для начала лечения от ВИЧ согласно предыдущим руководящим принципам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по антиретровирусному лечению), получали антиретровирусную терапию для защиты своего собственного здоровья. Тем не менее разрыв в охвате беременных женщин и всего взрослого населения сокращается по мере внедрения новых руководящих принципов, подчёркивающих важность начала антиретровирусного лечения для беременных женщин.

С целью активизировать ускорение мер по расширению лечения от ВИЧ в Малави беременным женщинам, живущим с ВИЧ, стали систематически предлагать пожизненную антиретровирусную терапию (вариант В+),

что привело к увеличению числа женщин, получающих лечение, в 7,5 раз в течение 15 месяцев с 2011 по 2012 гг.² В 2013 году ВОЗ издала новые консолидированные руководящие принципы использования антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ, в которых рекомендуется начинать пожизненную антиретровирусную терапию для всех беременных и кормящих грудью женщин, живущих с ВИЧ, независимо от числа клеток CD4.

Национальные эмпирические данные о материнской смертности немногочисленны ввиду трудностей, связанных с проведением мониторинга, включая зачастую отсутствие систем полного учёта гражданского населения и ненадёжности сведений о причинах смерти, указанных в существующих системах учёта гражданского населения. Большинство стран продолжают полагаться на моделирование для оценки материнской смертности, и ЮНЭЙДС совместно со своими партнёрами работает над повышением качества оценки избыточной смертности, связанной с беременностью и ВИЧ. Тем не менее текущие данные свидетельствуют о том, что в странах с высокой распространённостью ВИЧ существенно способствует смертности, связанной с беременностью, и указывают на необходимость срочно предоставить всем нуждающимся в лечении женщинам, живущим с ВИЧ, полный курс терапии, а также на необходимость интеграции услуг по лечению в связи с ВИЧ в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Недавние исследования показывают, что предоставление антиретровирусной терапии может значительно снизить материнскую смертность в странах с тяжёлым бременем ВИЧ.³

НЕДОСТАТОЧНЫЙ ОХВАТ ДЕТЕЙ УСЛУГАМИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

Охват детей, живущих с ВИЧ, услугами по лечению по-прежнему является недостаточным. В 2012 антиретровирусное лечение получали 647 000 детей младше 15 лет. В том же году охват детей лечением от ВИЧ, находившийся на уровне 34% (31–39%), был наполовину меньше охвата взрослого населения, который составлял 64% (61–69%). Несмотря на то что в 2012 году число детей, получавших антиретровирусную терапию, возросло на 14% по сравнению с 2011 годом, темпы расширения услуг для детей были значительно медленнее, чем для взрослых (увеличение на 21%). В приоритетных странах всего лишь три ребёнка из десяти получают лечение от ВИЧ.

Отсутствие расширения доступа к ранней диагностике ВИЧ у младенцев во многих странах является важной причиной того, почему охват услугами по лечению от ВИЧ для детей гораздо ниже, чем для взрослых. В трёх приоритетных странах в 2012 году услуги по ранней диагностике ВИЧ предоставлялись менее 5% младенцев.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ И РЕЗУЛЬТАТОВ

С момента начала реализации услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку руководители программ испытывали трудности в поиске эффективных стратегий снижения числа беременных женщин, которые в определённый момент прекращают пользоваться данными услугами. До недавнего времени получение антиретровирусных препаратов для профилактики передачи ВИЧ, как правило, являлось конечным результатом таких услуг, который регулярно контролировался. Несмотря

на то что сегодня перед программами ставятся более широкие задачи и целью является обеспечение выживания ребёнка и предотвращение его инфицирования, системы мониторинга не всегда идут в ногу с текущими целями. В число ключевых аспектов комплекса услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку, каждый из которых требует тщательного сбора и анализа данных, входят посещение учреждений дородового наблюдения, получение результатов тестирования на ВИЧ, получение антиретровирусных препаратов во время беременности и родов, получение антиретровирусных препаратов во время грудного вскармливания, консультирование и поддержка по вскармливанию ребёнка, ранняя диагностика ВИЧ у новорождённых, подвергнувшихся риску инфицирования, оказание услуг по уходу для ВИЧ-положительных младенцев и обеспечение выживания детей, живущих с ВИЧ.

Для того чтобы улучшить краткосрочные и долгосрочные результаты в области охраны здоровья для беременных женщин, живущих с ВИЧ, и их детей, необходимо внедрить системы и протоколы регулярного сбора, анализа и стратегического использования данных по всему спектру комплекса услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. Благодаря такому подходу, основанному на использовании данных, такие страны, как Малави, стали лучше понимать влияние комплекса услуг и закладывать эти результаты в основу разработки и реализации своих программ.

В ОЖИДАНИИ 2015 ГОДА

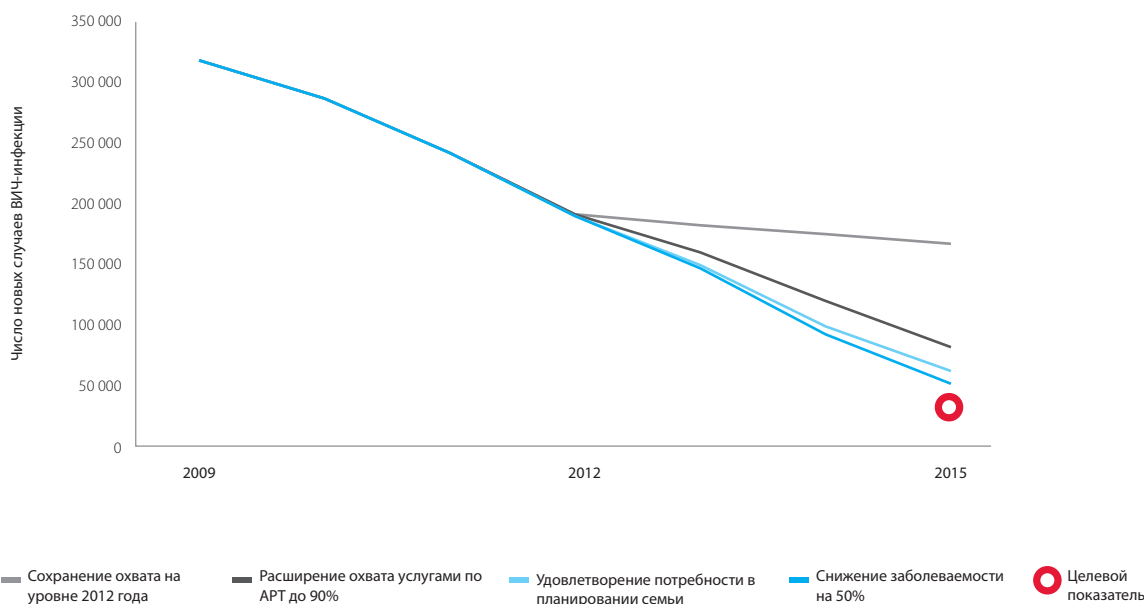
Из 109 стран, представивших результаты промежуточных оценок, все, кроме двух, включили устранение новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей и значительное снижение материнской смертности вследствие СПИДа в число своих национальных приоритетных задач. Во всех странах, определивших эту цель в качестве национального приоритета, она была интегрирована в национальные стратегические планы. Несмотря на то что большинство промежуточных оценок, проведённых в странах, обозначенных в Глобальном плане как приоритетные, содержит заключение о том, что эти страны встали на путь достижения к 2015 году целевого показателя по устранению новых случаев ВИЧ, доклад о прогрессе в деле выполнения Глобального плана на 2013 года свидетельствует о том, что только примерно половина приоритетных стран стоит на пути достижения целевого показателя к 2015 году. Согласно выводам, сделанным в докладе, для того чтобы улучшить ситуацию, необходимо принять ряд мер, в том числе направленных на снижение числа вновь инфицированных женщин, снижение уровня неудовлетворённой потребности в планировании семьи, расширение доступа к безопасному и непринудительному тестированию на ВИЧ, улучшение доступности антиретровирусных препаратов для беременных женщин, живущих с ВИЧ, и улучшение диагностики и лечения в связи с ВИЧ для детей.⁴

Актуализированный анализ мер, необходимых для достижения 90-процентного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей в период с 2009 по 2015 годы, показывает, что с учётом успехов, достигнутых в 2012 году в 21 стране Африки к югу от Сахары, обозначенной в Глобальном плане как приоритетная, выполнение данного целевого показателя потребует принятия значительных усилий и новаторства. Если бы комбинированную

антиретровирусную терапию получало 90% ВИЧ-положительных беременных женщин (из которых 50% начали бы получать АРТ во время беременности, а 40% – до беременности) и 100% из этих женщин получали бы профилактику во время грудного вскармливания, если бы распространённость ВИЧ снизилась на 50% среди женщин репродуктивного возраста и женщины, живущие с ВИЧ, в полном объёме получали бы услуги по планированию семьи, то в 2015 году показатель снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей всё равно составлял бы 83% от уровня 2009 года. Принятие дополнительных усилий по снижению уровня неудовлетворённой потребности в планировании семьи среди женщин, живущих с ВИЧ, и по обеспечению более высоких показателей охвата АРТ позволит странам достичь цели устранения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей (см. рисунок 3.3).

РИСУНОК 3.3

Прогнозируемое влияние программ по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку на число новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, 21 страна Африки к югу от Сахары, обозначенная в Глобальном плане как приоритетная, 2009-2015 гг.



Источник: Анализ ЮНЭЙДС 2013 г., данные за период 2013-2015 гг. являются прогнозными.

В национальных промежуточных оценках были отмечены некоторые препятствия, стоящие на пути достижения цели искоренения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей и значительного улучшения результатов в области охраны здоровья для беременных женщин, живущих с ВИЧ. В число таких препятствий входят проблемы операционного характера (например, неосведомлённость женщин о наличии услуг, утрата взаимосвязи мать-ребёнок на разных этапах оказания услуг, недостаточное участие мужчин, невыявление большого количества детей, подвергнувшихся риску ВИЧ-инфицирования, дефицит ключевых товаров и материалов, трудности во внедрении рекомендованных изменений политики в области грудного вскармливания, нехватка важных кадровых и финансовых

ресурсов и недостаточная интеграция и децентрализация услуг), проблемы программного охвата (например, позднее диагностирование многих беременных женщин, ненадлежащий доступ к услугам по безопасному родоразрешению и уходу после родов, высокая доля родов на дому во многих странах) и проблемы, касающиеся политики (например, сдерживающий эффект стигмы и дискриминации). В Глобальном плане предлагается механизм проведения странами критической оценки существующих барьеров и улучшения оказания услуг и результатов в области здравоохранения для матерей, живущих с ВИЧ, и их детей.

В ходе проведения промежуточной оценки страны признали необходимость принятия усилий по ускорению расширения мер и устранения программных недостатков. В число ключевых мероприятий входит целенаправленное обучение и поддержка в наращивании потенциала работников системы здравоохранения, дальнейшая интеграция и децентрализация услуг, расширение доступа к ранней детской диагностике, реализация принципа перераспределения обязанностей и других мер по преодолению проблем, связанных с кадровыми ресурсами, и инвестирование в разработку программ по повышению востребованности услуг. Страны также упомянули необходимость усилить системы управления закупками и поставками, расширить общественное участие, расширить усилия по содействию реализации прав женщин и увеличить объёмы государственного финансирования в области оказания услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку и более широких услуг по охране здоровья матери и ребёнка. Ряд стран Африки к югу от Сахары сообщили о своих планах предоставлять Вариант В+ пожизненной антиретровирусной терапии для всех беременных женщин, живущих с ВИЧ.

До настоящего времени основное внимание уделялось расширению услуг по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ и антиретровирусной профилактике в учреждениях дородового наблюдения, однако страны заявили о необходимости срочно улучшить результаты, касающиеся других ключевых аспектов Глобального плана. В частности, страны подчеркнули важность первичной профилактики ВИЧ, снижения уровня неудовлетворённой потребности в планировании семьи среди женщин, живущих с ВИЧ, и охвата ВИЧ-положительных кормящих женщин профилактическими услугами. Согласно результатам моделирования, проведённого по поручению ЮНЭЙДС, интеграция постоянного расширения антиретровирусной профилактики и мер по усилению первичной профилактики, обеспечение широкого охвата кормящих женщин услугами по профилактике и удовлетворение потребности в услугах по планированию семьи повысят вероятность достижения целевого показателя, установленного на 2015 год, по сравнению с подходом, который не включает в себя эти достижения.

Усиление взаимосвязи мер реагирования в Камбодже

В 2008 году Камбоджа внедрила «Инициативу взаимосвязанных мер реагирования» с тем, чтобы охватить мерами всех беременных женщин путём формирования и использования взаимосвязи между существующими услугами в области ВИЧ/ИППП и услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и мобилизации существующих общественных структур. Основываясь на успехе этой инициативы, в 2013 году Камбоджа начала реализацию Стратегии усиления взаимосвязи мер реагирования для повышения спроса на услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку, снижения потери на разных этапах оказания услуг по профилактике ВИЧ, улучшения качества обслуживания и результатов в сфере здравоохранения для женщин, живущих с ВИЧ, и их детей и сокращения смертности среди матерей, живущих с ВИЧ, и детей, подвергнувшихся риску ВИЧ-инфицирования. Общая цель Стратегии усиления взаимосвязи мер реагирования состоит в том, чтобы обеспечить практическое искоренение новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, снизив уровень передачи ВИЧ от матери ребёнку до менее 5% к 2015 году и до менее 2% к 2020 году. Стратегия усиления взаимосвязи мер реагирования также направлена на снижение заболеваемости врождённым сифилисом до 0,5 случая на 1000 живорожденных.

Стратегия усиления взаимосвязи мер реагирования призывает к принятию целевых программных действий,⁵ с тем чтобы:

- Расширить доступ к дородовому уходу для беременных женщин.
- Расширить охват беременных женщин услугами по тестированию на ВИЧ и сифилис.
- Улучшить обращаемость за услугами на ранних этапах и обеспечить постоянное их использование женщинами, инфицированными ВИЧ и/или сифилисом, на всех этапах оказания профилактических услуг.
- Улучшить здоровье, обеспечить уважение достоинства и предоставить доступ к профилактике женщинам, живущим с ВИЧ или подвергающимся высокому риску ВИЧ-инфицирования.
- Сократить потери, связанные с обеспечением контроля среди младенцев, подвергнувшихся риску ВИЧ-инфицирования, с целью оптимизации антиретровирусной профилактики и обеспечения ранней детской диагностики с помощью тестирования, основанного на выявлении ДНК ВИЧ методом ПЦР.
- Обеспечить незамедлительное включение младенцев, живущих с ВИЧ, в систему педиатрического ухода.

4. ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Благодаря устойчивому прогрессу в расширении доступа к лечению при ВИЧ цель предоставления антиретровирусной терапии 15 миллионам людей к 2015 году в настоящее время находится в пределах досягаемости. Тем не менее уровень доступа к лечению варьируется как в пределах стран и регионов, так и между ними, при этом охват лечением детей находится на особо низком уровне.

Антиретровирусная терапия может не дать людям, живущим с ВИЧ, умереть от СПИДа и не дать развиваться туберкулёзу, а также не дать заболеть туберкулёзом и ВИЧ и может предотвратить их передачу. Новые научные исследования свидетельствуют о необходимости более раннего начала лечения от ВИЧ, для того чтобы в полной мере получить от него пользу. В новых руководящих принципах по лечению при ВИЧ, выпущенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в июне 2013 года, рекомендуется начинать лечение, если число клеток CD4 опускается ниже 500 клеток на микролитр, и незамедлительно – для беременных женщин, ВИЧ-положительных партнёров в серодискордантных парах, детей младше пяти лет и людей, живущих с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом и гепатитом В. В Руководящих принципах ВОЗ 2013 года говорится о необходимости более быстрого расширения мер в сочетании с новаторством и программным адаптированием с тем, чтобы обеспечить оказание услуг по лечению при ВИЧ тем, кто соответствует критериям для начала терапии.

В 2013 году ЮНЭЙДС совместно с ВОЗ, Чрезвычайным планом Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией и другими партнёрами выступила с инициативой «Лечение-2015», направленной на достижение человечеством целевого показателя по лечению при ВИЧ, установленного на 2015 год, как средства обеспечения всеобщего доступа к лечению. «Лечение-2015» подчёркивает важность ускорения расширения мер, усиления стратегической направленности для активизации расширения на ключевых географических территориях и среди ключевых групп населения и инноваций в программном планировании и оказании услуг.

Страны, где живёт 90% людей с неудовлетворённой потребностью в антиретровирусном лечении:

1. Ангола
2. Бразилия
3. Китай
4. Камерун
5. Центральноафриканская Республика
6. Чад
7. Колумбия
8. Кот-д'Ивуар
9. Демократическая Республика Конго
10. Эфиопия
11. Гана
12. Индия
13. Индонезия
14. Кения
15. Лесото
16. Малави
17. Мозамбик
18. Мьянма
19. Нигерия
20. Российская Федерация
21. Южная Африка
22. Южный Судан
23. Таиланд
24. Того
25. Уганда
26. Украина
27. Объединённая Республика Танзания
28. Вьетнам
29. Замбия
30. Зимбабве

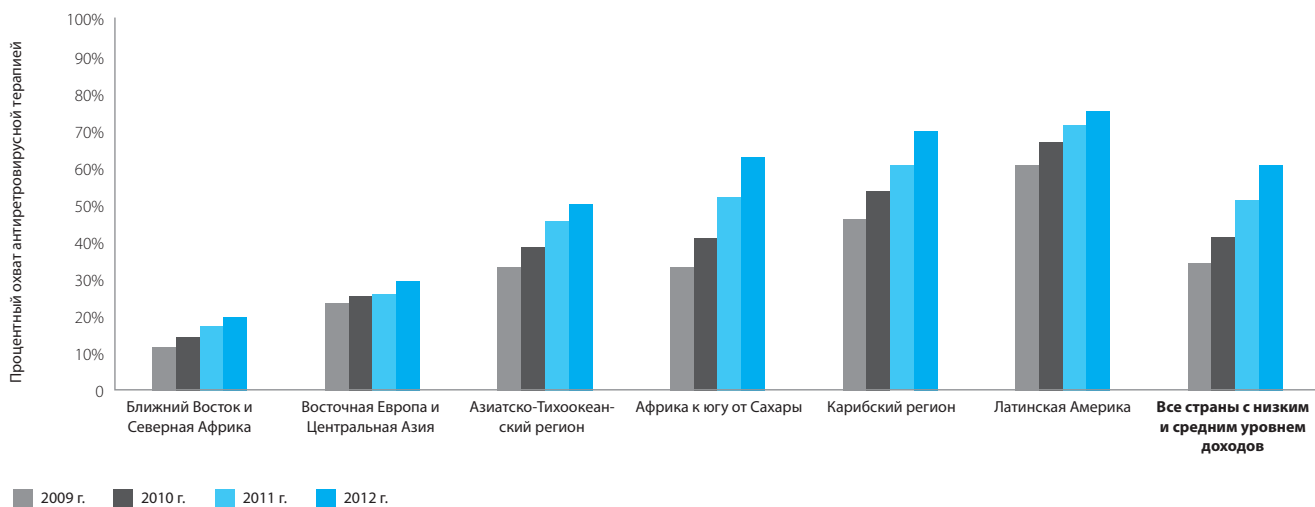
ПОСТОЯННЫЙ ПРОГРЕСС В 2012 ГОДУ

По состоянию на декабрь 2012 года антиретровирусную терапию получали примерно 9,7 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов, что на 1,6 миллиона больше, чем в 2011 году. Таким образом, человечество почти на две третьих выполнило целевой показатель по предоставлению антиретровирусного лечения, установленный на 2015 год и составляющий 15 миллионов человек. Согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 года, в 2012 году антиретровирусную терапию получал 61% (57–66%) всех людей, отвечающих критериям для начала лечения, в странах с низким и средним уровнем доходов (см. рисунок 4.1). Если учесть 875 000 людей, получавших антиретровирусную терапию в странах с высоким уровнем доходов, то всего по состоянию на декабрь 2012 года антиретровирусное лечение получали 10,6 миллиона человек. Однако в соответствии с руководящими принципами ВОЗ 2013 года антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов получало 9,7 миллиона человек, что составляет 34% (32–37%) от 28,6 (26,5–30,9) миллиона людей, отвечавших критериям для начала лечения в 2013 году.

Становится всё более очевидно, что всем, кто был инфицирован ВИЧ, в конечном счёте понадобится лечение. Ввиду того что, по оценкам, с ВИЧ живёт 35,3 (32,2–38,8) миллиона людей, это обуславливает необходимость расширения услуг по тестированию и лечению в связи с ВИЧ и дальнейшего инвестирования в профилактические и другие программы, направленные на противодействие возникновению новых случаев ВИЧ-инфекции.

РИСУНОК 4.1

Процентная доля людей, соответствующих критериям для начала лечения и получающих антиретровирусную терапию (на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 года), в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, 2009–2012 гг.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

Количество людей во всём мире, получающих антиретровирусную терапию, увеличилось втрое за последние пять лет. С 2005 года имело место резкое увеличение числа людей, получающих антиретровирусное лечение, во всех регионах мира, за исключением Восточной Европы, Центральной Азии, Ближнего Востока и Северной Африки.

В национальных промежуточных оценках подчёркивается значимость некоторых подходов, которые доказали свою эффективность в ускорении темпов расширения мер по лечению при ВИЧ. Благодаря децентрализации услуг они стали предоставляться ближе к местам проживания людей, живущих с ВИЧ, что повысило спрос на эти услуги. Установление и актуализация клинических протоколов позволили повысить качество ухода и усилить потенциал в области лечения при ВИЧ. Ввиду ограниченности кадровых ресурсов в сфере здравоохранения многие страны успешно внедрили принцип перераспределения обязанностей в учреждения здравоохранения, в рамках которого антиретровирусным лечением занимаются медсёстры. Усилия по максимизации потенциала существующих кадровых ресурсов в области здравоохранения необходимо предпринимать в сочетании с активизацией действий по обучению и привлечению новых врачей, медсестёр, общественных работников здравоохранения и другого медицинского персонала.

НЕРЕШЁННАЯ ПРОБЛЕМА НЕДОСТАТОЧНОГО ОХВАТА

Несмотря на реальный прогресс в расширении лечения при ВИЧ, успехи антиретровирусной терапии в сфере здравоохранения распределены неравномерно вследствие существенных различий в доступе к лечению.

Как объясняется в разделе 3, охват детей услугами по лечению при ВИЧ немногим меньше половины охвата взрослых. В 2012 году в девяти странах из 22, обозначенных в Глобальном плане как приоритетные в плане искоренения новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и принятия усилий по сохранению жизни их матерей, антиретровирусное лечение получало 25% детей, соответствовавших критериям для начала терапии, или даже менее.

Во многих регионах, включая страны Африки к югу от Сахары, охват мужчин лечением при ВИЧ ниже охвата женщин. В 2012 году в странах с низким и средним уровнем доходов антиретровирусное лечение получало 57% мужчин, отвечающих критериям для начала терапии, по сравнению с 73% женщин, соответствовавших критериям для начала антиретровирусного лечения.

Ключевые группы населения также испытывают трудности в получении услуг по лечению при ВИЧ, которые зачастую обуславливаются их страхом подвергнуться дискриминации в случае, если они обратятся за услугами в основные учреждения здравоохранения. Несмотря на отсутствие достоверных оценочных данных об охвате лечением ВИЧ мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса или трансгендерных лиц, предыдущие отчёты показывают, что данные группы населения сталкиваются с серьёзными проблемами в получении важных услуг по здравоохранению, а их охват лечением при ВИЧ находится на крайне низком уровне. Отсутствие чётких обязательств по расширению охвата в отношении многих ключевых групп населения способствовало игнорированию их потребностей в организации и расширении услуг по лечению при ВИЧ.

Люди, затронутые последствиями гуманитарного кризиса, испытывают особые трудности в получении доступа к медицинскому уходу, включая обеспокоенность по поводу соблюдения конфиденциальности информации, отказ в доступе к процедуре получения убежища, опасения, касающиеся принудительного возвращения беженцев, и ограничение свободы перемещения. В 2012 году в мире насчитывалось примерно 45,2 миллиона беженцев, включая 26,4 миллиона внутренне перемещённых лиц.¹ Подростки (10-19 лет) являются единственной возрастной группой, в которой за период с 2001 по 2012 год возросла смертность вследствие СПИДа. Данная тенденция роста смертности по причине СПИДа является результатом присвоения подросткам недостаточной приоритетности в стратегических планах по расширению лечения от ВИЧ и отсутствия тестирования и консультирования.

ПОСЛЕДСТВИЯ РАСШИРЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Благодаря снижению распространённости вируса на определённой территории или в группе населения расширение антиретровирусной терапии помогает сократить число новых случаев ВИЧ-инфекции. В период с 1995 по 2012 годы антиретровирусная терапия позволила предотвратить 6,6 миллиона смертей вследствие СПИДа по всему миру, включая 5,5 миллиона смертей в странах с низким и средним уровнем доходов (см. рисунок 4.2).

В странах, где было реализовано расширение антиретровирусной терапии, были достигнуты очевидные успехи в здравоохранении. В 2011 году продолжительность жизни в провинции КваЗулу-Натал Южной Африки была на 11,3 года выше, чем в 2003 году, когда началось расширение услуг по лечению при ВИЧ.²

Инвестирование в антиретровирусную терапию является экономически эффективным и может также привести к экономии затрат. Недавний экономический анализ показал, что инвестирование в услуги по лечению при ВИЧ приносит экономическую прибыль, которая может в три раза превышать затраты, благодаря повышению уровня занятости и продуктивности и предотвращению или отсрочке будущих расходов на медицинские услуги и уход за сиротами.³

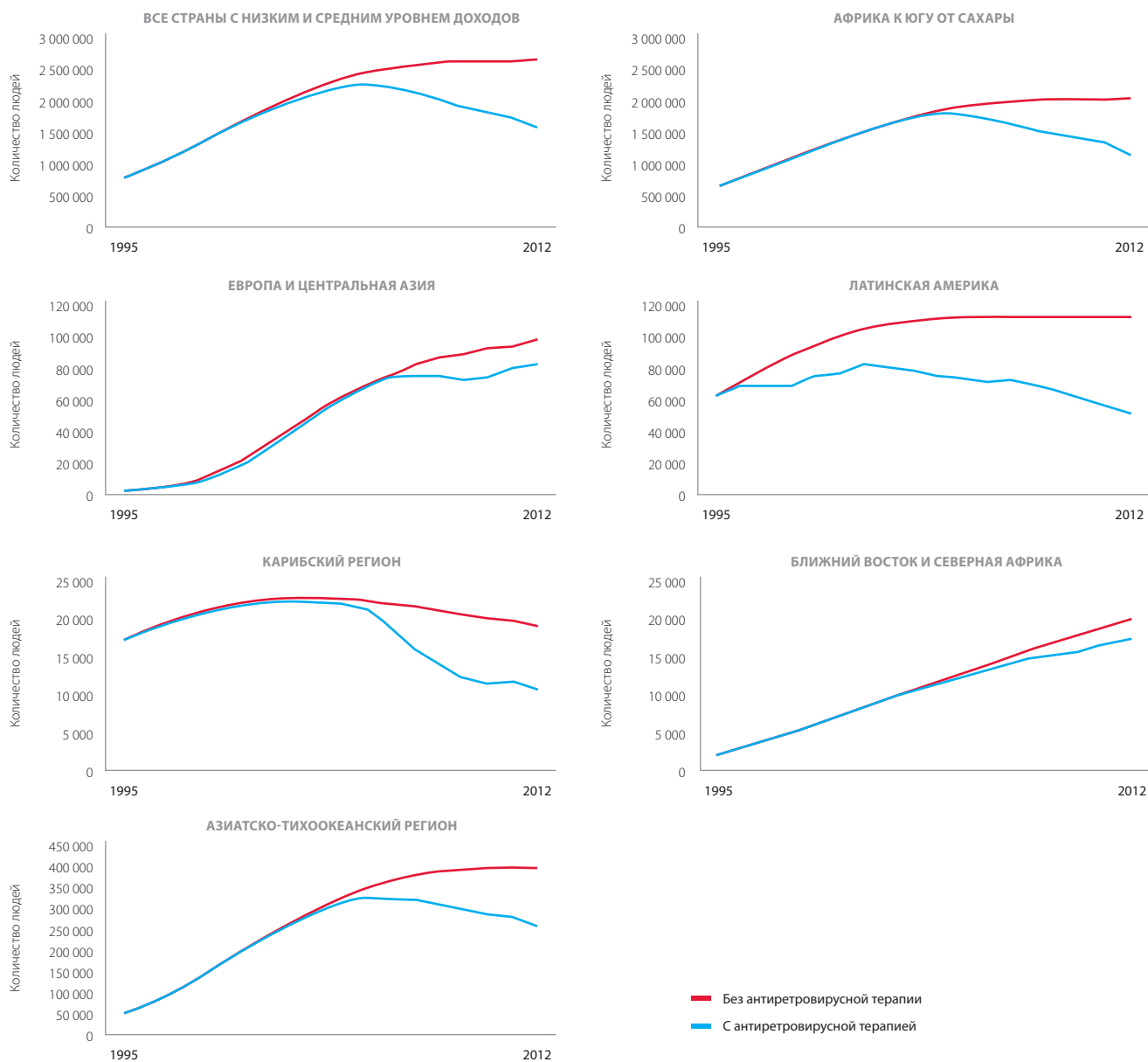
Снижение годового количества смертей вследствие СПИДа свидетельствует об огромной пользе расширения антиретровирусного лечения для здравоохранения. Высокий годовой показатель смертности по причине СПИДа, составлявший в 2005 году 2,3 (2,1–2,6) миллиона смертей, опустился до 1,6 (1,4–1,9) миллиона в 2012 году. Несмотря на медленный рост охвата детей в возрасте от 0 до 14 лет антиретровирусным лечением, детская смертность вследствие СПИДа снижалась более быстрыми темпами благодаря мерам по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку. В 2012 году 210 000 (190 000–250 000) детей умерло по причинам, связанным со СПИДом, по сравнению с 320 000 (290 000–360 000) в 2005 году.

Расширение антиретровирусной терапии может кардинально изменить ход развития национальной эпидемии, снижая вирусную нагрузку в сообществах и тем самым замедляя распространение ВИЧ. Необходимо дальнейшее расширение мер для того, чтобы максимизировать воздействие лечения при ВИЧ и положить конец эпидемии СПИДа. Недавний анализ, проведённый институтом «Futures Institute», показал, что достижение 80% от показателя охвата услугами по лечению при ВИЧ, рекомендуемого в руководящих

принципах по антиретровирусной терапии 2013 года, обеспечит снижение годового числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых с 2,4 миллиона в 2011 году до 800 000 в 2025 году (по сравнению с 1,25 миллиона, прогнозируемого в руководящих принципах 2010 года).⁴

РИСУНОК 4.2

Оценочная смертность по причине СПИДа в случае получения антиретровирусной терапии и её отсутствия, в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, 1995–2012 гг.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

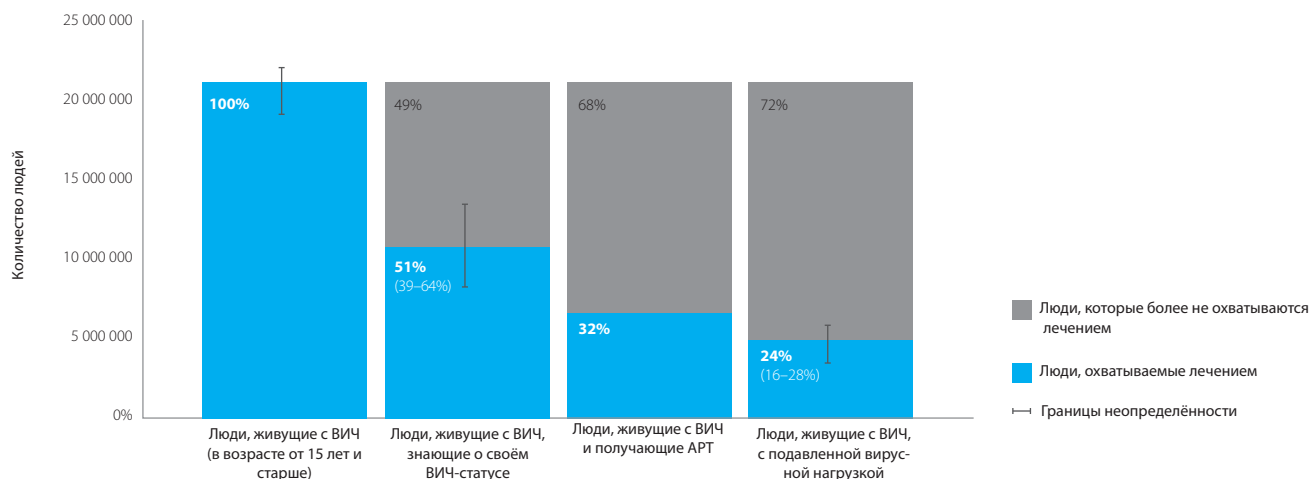
УСТРАНЕНИЕ ПРОБЕЛОВ В КОМПЛЕКСЕ УСЛУГ ПО ЛЕЧЕНИЮ В СВЯЗИ С ВИЧ ДЛЯ МАКСИМИЗАЦИИ ЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

С годами цель антиретровирусного лечения расширилась и стала включать в себя не только предотвращение заболеваемости и смертности по причине СПИДа, но также профилактику передачи ВИЧ. Цели здравоохранения и клинические цели заключаются в том, чтобы люди, живущие с ВИЧ, знали свой статус и имели доступ к уходу и лечению, а также в том, чтобы обеспечивать устойчивое подавление вируса. Однако несмотря на текущее расширение антиретровирусной терапии уровни передачи ВИЧ и смертности вследствие СПИДа остаются высокими во многих странах мира. В целях оптимизации лечения при ВИЧ была разработана каскадная диаграмма лечения как важного инструмента, наглядно демонстрирующего ключевые этапы процесса оказания постоянных услуг по лечению при ВИЧ и то, как каждый из этих этапов влияет на конечную цель обеспечения вирусного подавления.

Для того чтобы обеспечить подавление вируса, человеку сначала должен быть поставлен диагноз ВИЧ, затем необходимо предоставить ему уход и обеспечить постоянное использование услуг по уходу и антиретровирусному лечению, в случае когда существует медицинское предписание. Несмотря на то что число людей, получающих антиретровирусную терапию, продолжает расти в странах Африки к югу от Сахары, что содействует снижению показателей заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ, региону всё ещё предстоит ощутить потенциальную пользу от лечения при ВИЧ в полном объёме. По оценкам, в Африке к югу от Сахары примерно для трёх четвертей взрослого населения, живущего с ВИЧ, подавление вируса не было обеспечено по причине пробелов/недостатков на каждом из этапов каскадной диаграммы лечения (см. рисунок 4.3).

РИСУНОК 4.3

Сокращённая каскадная диаграмма лечения при ВИЧ для стран Африки к югу от Сахары, 2012 г.



Источники:

1. Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.
2. Обследования в области демографии и здравоохранения, 2007–2011 гг. (www.measuredhs.com) и одно общественное исследование в Южной Африке (Kranzer, K., van Schaik, N., et al. (2011). Высокая распространённость недиагностированных случаев ВИЧ, о которых сообщили сами люди: межсекторальное серологическое обследование населения в Южной Африке. *PLoS ONE* 6(9): e25244.) Медиана между нижней и верхней границей составляет 51%. Нижняя граница (39%) – это процентная доля людей, живущих с ВИЧ, которые, скорее всего, знают о своём статусе, т.е. в рамках обследования тестирование дало положительный результат и они сообщили о том, что получили результаты тестирования на ВИЧ в течение последних двенадцати месяцев. Верхняя граница (64%) рассчитывается в виде процентной доли тех, чей результат тестирования был положительным, и тех, кто сами сообщили, что когда-то проходили тестирование на ВИЧ (результаты тестирования, проведённого в рамках исследования, не сообщаются реципиенту). Те лица, которые сообщили, что никогда не проходили тестирование на ВИЧ, не знают своего ВИЧ-статуса и составляют оставшиеся 36%.
3. Глобальная отчётность GARPR за 2012 г.
4. Barth R E, van der Loeff MR, et al. (2010). "Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review." *Lancet Infect Disease* 10(3): 155-166.

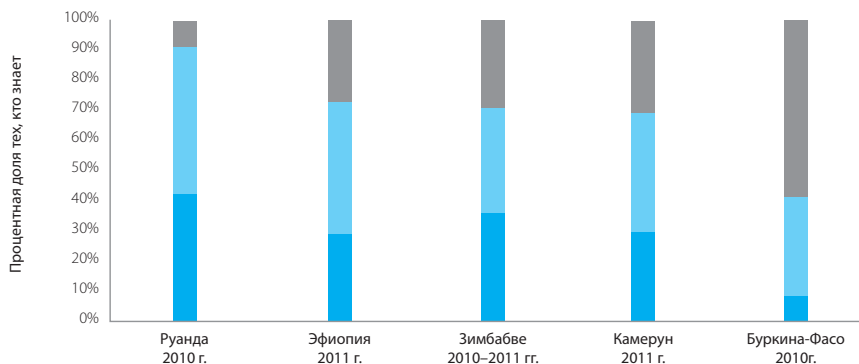
Примечание: Систематические данные о доле населения, живущего с ВИЧ и получающего услуги по уходу, отсутствуют, хотя это является критически важным этапом в обеспечении подавления вируса в сообществе.

Серьёзное препятствие на пути достижения цели ноль смертей вследствие СПИДа и достижения широкомасштабного подавления вируса среди людей, живущих с ВИЧ, возникает в начале каскадной модели лечения при ВИЧ. Несмотря на значительное расширение тестирования на ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары за последнее десятилетие, согласно результатам 15 обследований домашних хозяйств, проведённых в период с 2007 по 2011 год в Африке к югу от Сахары, примерно 36% людей в регионе никогда не проходили тестирование на ВИЧ. В то время как 39% населения стран Африки к югу от Сахары, прошедшего тестирование на ВИЧ в течение последнего года, скорее всего, знает о своём ВИЧ-статусе, и еще 25% людей, прошедших тестирование в предыдущие годы, могут не знать о своём текущем ВИЧ-статусе (см. рисунок 4.4). На территориях и среди групп населения с высокой распространённостью и заболеваемостью ВИЧ ежегодное тестирование на ВИЧ рекомендуется проводить среди ВИЧ-отрицательных людей.

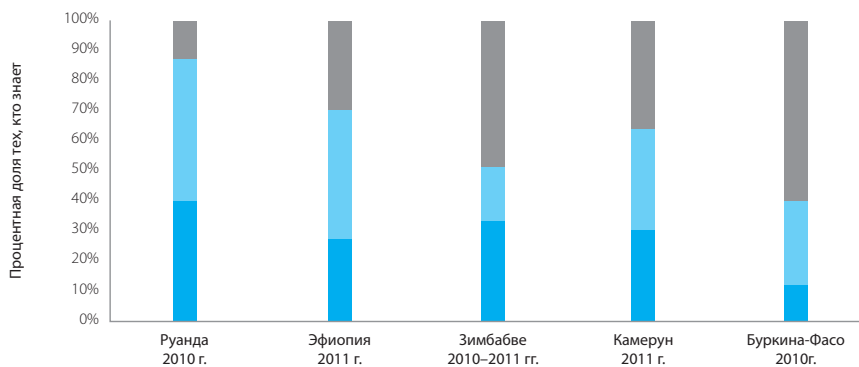
РИСУНОК 4.4

Информированность о своём ВИЧ-статусе среди мужчин и женщин, живущих с ВИЧ, выборочные страны, 2010–2011 гг.

А ВИЧ-положительные женщины



В ВИЧ-положительные мужчины



■ Скорее всего, знают о своём статусе – прошли тестирование в течение последних 12 месяцев
 ■ Осведомлённость о статусе неизвестна
 ■ Не знают о своём статусе – никогда не проходили тестирование

Источник: Обследования в области демографии и здравоохранения, 2007–2011 гг.

Ввиду отсутствия доступа к тестированию у каждого четвёртого человека, начинающего антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов, число клеток CD4 ниже 100, что свидетельствует о поздно поставленном диагнозе и, следовательно, о высоком риске развития ВИЧ-ассоциированной болезни или смерти.⁵

Во всех регионах вероятность прохождения тестирования для женщин выше, чем для мужчин, скорее всего, по причине того, что в дородовых учреждениях женщинам в рамках стандартной процедуры предлагается пройти тестирование на ВИЧ. Несмотря на то что в 2012 году количество проведённых тестов на ВИЧ в 76 странах, предоставивших соответствующие данные в своих Глобальных отчётах о прогрессе в противодействии СПИДу, возросло примерно на 12%, необходимо будет достичь значительно больших успехов в повышении обращаемости

за услугами по тестированию на ВИЧ и чтобы увеличить долю людей, живущих с ВИЧ и имеющих доступ к лечению.

До недавнего времени обособленные медицинские пункты добровольного консультирования и тестирования во многих странах были основным местом для прохождения тестирования. В 2004 году ЮНЭЙДС дополнила своё руководство по проведению тестирования на ВИЧ и включила в него рекомендации, направленные на поддержку тестирования по инициативе медицинских учреждений, а в 2007 году было издано подробное руководство ВОЗ/ЮНЭЙДС по проведению тестирования по инициативе медицинских учреждений. Некоторые страновые исследования показывают, что консультирование и тестирование по инициативе медицинских учреждений позволило расширить охват услугами по тестированию на ВИЧ.⁶ В последние годы тестирование, проводимое на дому с поквартальным обходом, содействовало повышению охвата услугами по тестированию на ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары.^{7,8} С помощью диагностических экспресс-тестов результат тестирования на ВИЧ можно получить менее чем за 30 минут, что потенциально ускоряет получение людьми информации, услуг и поддержки, в которых они нуждаются. Такие тесты позволили добиться многообещающих результатов при работе с труднодоступными группами населения.

У этих подходов были отмечены некоторые ограничения, в том числе недостаточное использование отдельного добровольного консультирования и тестирования на базе медицинских учреждений, низкий уровень тестирования среди ключевых групп населения по инициативе клиента,⁹ высокая стоимость и вопросы анонимности, связанные с кампаниями по проведению тестирования по месту жительства, и отсутствие доступа к услугам среди мужчин, сельского и бедного населения.¹⁰ Признавая необходимость увеличить число людей, знающих о своём ВИЧ-статусе, и содействовать более ранней диагностике инфекции, многие страны применяют совместное тестирование среди пар/партнёров и другие новаторские подходы к тестированию.

Вдобавок к тому, что диагностические экспресс-тесты подходят для тестирования на базе медицинских учреждений и общинных центров, они также могут использоваться людьми для тестирования в стенах своего собственного дома. В 2012 году диагностический экспресс-тест, в котором используется мазок со слизистой полости рта, был одобрен Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (US FDA) и поступил в продажу без рецепта на территории США. Диагностический экспресс-тест мазка из полости рта прошёл преквалификацию ВОЗ в 2004 году, однако он остаётся относительно дорогим. Благодаря анонимности, которую гарантирует самостоятельное тестирование, и его высокому уровню приемлемости, как показали пилотные кампании, проведённые в местах с концентрированной и генерализованной эпидемиями, этот подход заставляет переосмыслить традиционные методы

и предположения, касающиеся тестирования. В рамках ряда исследований изучается влияние самостоятельного тестирования на обращаемость за услугами по уходу. Предварительные результаты крупного исследования по методу случайной кластерной выборки, проведённого в Малави, показали, что в течение начального периода наблюдения (четыре месяца) обращаемость за услугами по лечению при ВИЧ в местностях, где проводилось только самостоятельное тестирование, была не выше, чем в контрольной группе, однако обращаемость возросла более чем в два раза, когда самостоятельное тестирование было дополнено антиретровирусным лечением на дому с оказанием поддержки.

Обеспечение более ранней диагностики для людей, живущих с ВИЧ, требует расширения тестирования на ВИЧ как на базе медицинских учреждений, так и общинных центров. Бразилия, Кения, Малави, Южная Африка, Уганда, Объединённая Республика Танзания и Замбия интегрировали меры по пропаганде тестирования на ВИЧ в общественные кампании, в рамках которых предоставляются услуги по скринингу или профилактике при различных заболеваниях (например, распространение стойких обработанных инсектицидом надкроватных сеток, установка фильтров для воды, проведение скрининга на диабет, гепатит и/или инфекции, передающиеся половым путём). Общинные организации низового уровня сыграли решающую роль в повышении спроса на услуги по тестированию в Зимбабве в середине 2000-х годов.¹¹ В результате реализации проекта Ассерт (HPTN 043), крупного исследования методом случайной выборки среди местного населения, было обнаружено, что участие членов местного сообщества, мобильное тестирование и оказание услуг после тестирования привели к более высокой обращаемости за услугами по тестированию, чем в случае со стандартным добровольным консультированием и тестированием на базе медицинского учреждения. Систематический обзор и метаанализ фактических данных о тестировании и консультировании на ВИЧ среди местных сообществ показали, что тестирование, проводимое в общинных центрах, приводит к более высокому спросу на услуги по тестированию, более широкому охвату людей, живущих с ВИЧ и имеющих высокое число клеток CD4, и увеличению числа людей, пользующихся услугами здравоохранения.¹²

Существует мало систематизированных данных о доле людей, живущих с ВИЧ и получающих медицинские услуги.¹³ Данные о том, продолжают ли люди пользоваться медицинскими услугами после того, как они за ними обратились, носят разнородный характер. Согласно сведениям, поступившим из 18 стран, количество людей, продолжающих пользоваться услугами по уходу в связи с ВИЧ, со временем снижается – показатели удержания на лечении на протяжении периодов в 12 и 60 месяцев составляют соответственно 86% и 72%. Показатели удержания на лечении колеблются между странами значительным образом. Продовольственная поддержка способствовала успеху в лечении при ВИЧ и содействовала приверженности и удержанию на лечении.¹⁴

Улучшение удержания на лечении посредством вовлечения общин

Католическая служба помощи, входящая в международную конфедерацию Caritas Internationalis, с 2004 года совместно с партнёрами работала над реализацией проекта AIDSRelief, программы по уходу и лечению в связи с ВИЧ, финансируемой за счёт средств Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР). Программа AIDSRelief была направлена на поддержку быстрого расширения услуг по уходу и лечению в связи с ВИЧ для неимущих людей и тех, кто не получает услуг в должном объёме, в 10 странах Африки, Карибского бассейна и Латинской Америки. Программа сотрудничала в основном с местными религиозными партнёрскими организациями, включая больницы, клиники, диспансеры и группы местной общественности, том числе с людьми, живущими с ВИЧ.

В рамках программы AIDSRelief был разработан подход, содействующий сильной приверженности лечению посредством расширения участия членов семьи и общественности, подбора оптимальных медицинских препаратов, использования многолетней медицинской документации и предоставления квалифицированной медицинской, лабораторной, общественной и фармацевтической поддержки. Программа AIDSRelief поняла, как необходимо лечить каждого отдельного пациента для того, чтобы получить наилучшие индивидуальные результаты, и как расширить эту модель, чтобы охватить лечением десятки тысяч людей, при этом не поставив под угрозу качество и не превысив ограничения по набору пациентов. Католическая служба помощи совместно со своими партнёрами целенаправленно работала над укреплением местного потенциала и впоследствии передала ответственность за реализацию программы AIDSRelief в руки местным структурам. К концу реализации программы AIDSRelief в феврале 2013 года услуги по уходу получали более 700 000 пациентов, включая 395 000 пациентов, находившихся на антиретровирусном лечении, при этом доля выбывших из программы составила 10,6%, показатель удержания был равен 85%, смертность составила 7,8, а вирусное подавление – 88,2%.

Недавний каскадный анализ, проведённый в Бразилии, Китае, Малави и Вьетнаме, подтверждает, что многие люди выбывают из программ лечения при ВИЧ на разных его этапах, что снижает долю людей, живущих с ВИЧ, достигающих стадии подавления вируса и получающих иную пользу от лечения.¹⁵ Такой анализ может помочь организациям, планирующим и исполняющим программы, разработать целенаправленные меры по улучшению результатов программ. Такие аналитические мероприятия также обеспечивают полезное руководство для планирования и проведения исследований по выявлению факторов риска, обуславливающих выбывание пациентов из программ, и оценке мер по снижению числа пациентов, прекративших лечение от ВИЧ. Общественные группы и организации, оказывающие услуги по уходу, могут играть важную роль в стимулировании приверженности лечению. При мониторинге результатов всего комплекса услуг по лечению при ВИЧ в качестве знаменателя для анализа необходимо использовать общую численность диагностированного и недиагностированного населения, живущего с ВИЧ.

Непрерывное оказание услуг сопровождается особыми трудностями в случае с людьми, живущими с ВИЧ, затронутыми гуманитарным кризисом. Картирование, проведённое УВКБ ООН в 2013 году, показало, что многие люди, получавшие антиретровирусную терапию в Центральноафриканской Республике, были вынуждены спастись бегством из-за конфликта, в результате чего тысячам людей пришлось прекратить лечение от ВИЧ по причине отсутствия работающих медицинских служб в тех отдалённых местах, в которые они мигрировали.

В дополнение к каскадной модели странам также может быть целесообразным определить долю всего взрослого населения с неподавленным ВИЧ. В странах с очень низким охватом услугами по лечению от ВИЧ этот показатель может быть примерно равен уровню распространённости ВИЧ среди взрослого населения. Тем не менее по мере расширения в странах лечения от ВИЧ доля людей с неподавленной вирусной нагрузкой будет снижаться, что повысит уровень безопасности для всего населения ввиду сокращения возможностей для передачи ВИЧ. По причине прогнозируемого роста распространённости ВИЧ в результате увеличения продолжительности жизни людей благодаря лечению от ВИЧ, доля людей с неподавленной вирусной нагрузкой может стать более полезным показателем потенциала передачи ВИЧ.

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ

Лечение при ВИЧ должно предоставляться на протяжении всей жизни пациента и в большинстве случаев должно обеспечивать почти нормальную продолжительность жизни. С этой целью необходимо устанавливать оптимальную длительность режимов лечения, чтобы отсрочить возникновение лекарственной устойчивости, которая свидетельствует о неудачном лечении и о необходимости перехода на другую схему лечения. Согласно результатам более ранних оценок, 6% всех людей, получавших терапию первого ряда в странах Африки к югу от Сахары, должны были перейти к схеме лечения второго ряда в любом из рассматриваемых годов. Несмотря на то что комплекс услуг по лечению при ВИЧ оказывается в недостаточном объёме, достижение высоких результатов возможно. Согласно недавнему отчёту Руанды, 86% людей достигли стадии подавления вируса спустя 18 месяцев после начала антиретровирусной терапии, в то время как по данным из Сенегала 80% людей достигли этой стадии спустя пять лет после начала антиретровирусной терапии.¹⁶

Согласно рекомендациям, приведённым в руководящих принципах ВОЗ по антиретровирусному лечению 2013 года, с целью увеличения сроков лечения при ВИЧ, упрощения процедуры закупок, экономии расходов, минимизации побочных эффектов и усиления приверженности лечению пациентам, отвечающим критериям для начала терапии, по возможности следует назначать упрощённую схему лечения, заключающуюся в ежедневном приёме одной таблетки. ВОЗ рекомендует перевести пациентов, в настоящее время следующих более сложным схемам, на упрощённую схему и сосредоточить отдельные усилия на снятии пациентов со схем лечения препаратом d4Т (ставудином), с которым связан ряд временами серьёзных побочных эффектов. В 2012 году во Вьетнаме схемы лечения, основанные на ежедневном приёме одной таблетки, обусловили увеличение приверженности к лечению при ВИЧ.

Использование оптимизированных, более длительных схем лечения является важным компонентом подхода «Лечение 2.0», направленного на ускорение новой фазы лечения и ухода в связи с ВИЧ. Согласно отчётам о промежуточной оценке, страны Латинской Америки, Азиатско-Тихоокеанского региона, Восточной Европы и Центральной Азии используют подход «Лечение 2.0» в качестве инструмента для выработки и реализации стратегий и программ лечения в связи с ВИЧ, учитывающих местную специфику. Некоторые

аспекты «Лечения 2.0», такие как упрощение лабораторных процедур, всё ещё находятся в процессе разработки; на некоторых странах, например, на Ямайке, внедряются технологии определения числа клеток CD4, которые могут быть использованы в местах оказания ухода, однако потребуются дополнительные усилия для формирования достаточного потенциала в области мониторинга антиретровирусного лечения с помощью тестов на вирусную нагрузку. В соответствии с целью концепции «Лечение 2.0», направленной на эффективное привлечение сообществ для повышения спроса на услуги по лечению при ВИЧ, Аргентина укрепила связь между центрами лечения и общественными группами для усиления приверженности лечению.

Лечение 2015: Скорость, активизация, инновация

Инициатива «Лечение 2015» направлена на ускорение прогресса на пути обеспечения всеобщего доступа к лечению при ВИЧ. Для этого понадобится новый образ мышления и действий. Инициатива «Лечение 2015» основывается на предыдущей работе по расширению доступа к лечению при ВИЧ, включая предыдущую инициативу «3х5», Концепцию ПЕПФАР: создание поколения, свободного от СПИДа, инициативу «Лечение 2.0» и Глобальный план по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей. «Лечение 2015» делает упор на три критически важных компонента успеха:

Скорость. Резкое расширение позволяет изменять посредством мер реагирования саму эпидемию – обеспечивается увеличение распространённости за счёт повышения продолжительности жизни и улучшения здоровья людей, а также возможность снижения числа новых случаев при ВИЧ-инфекции в сообществах. Во многих странах и регионах быстрое расширение лечения ВИЧ привело к резкому сокращению смертности вследствие СПИДа, в то время как высокие показатели охвата лечением связаны с низким уровнем новых ВИЧ-инфекций.

Активизация. В то время как тех, кто в настоящее время получает лечение от ВИЧ, легче охватить услугами, достижение дальнейшего прогресса в обеспечении всеобщего доступа потребует активизации усилий по предоставлению услуг по тестированию и лечению в связи с ВИЧ тем, кто в настоящий момент их не получает. Инициатива «Лечение 2015» призывает все страны без промедления использовать имеющиеся данные для определения ключевых географических территорий и групп населения с высокой распространённостью ВИЧ и несоразмерно неудовлетворённой потребностью в лечении при ВИЧ. На глобальном уровне «Лечение 2015» призывает отдельно сосредоточить усилия на 30 странах, в которых проживает 90% людей, не получающих лечение от ВИЧ в необходимом объёме.

Инновация. Для ускоренного преобразования научных достижений в конкретные страновые действия необходимы новые подходы. Требуется широкомасштабное внедрение инноваций для усовершенствования концепции тестирования на ВИЧ, предоставления людям комплексного лечения и ухода на ранней стадии инфицирования и усиления общинных систем.

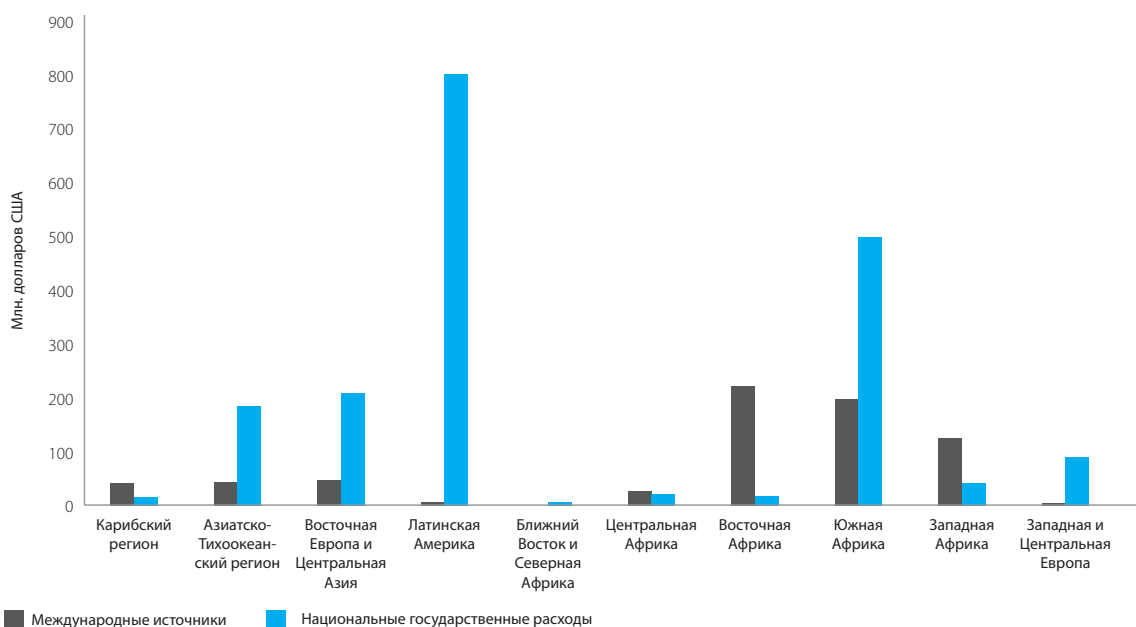
ФИНАНСИРОВАНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

В 2012 году в странах с низким и средним уровнем доходов для лечения и ухода в связи с ВИЧ было доступно примерно 9,9 миллиарда долларов США. В большинстве регионов национальные финансовые средства являются единственным крупнейшим источником финансирования программ лечения в связи с ВИЧ. Тем не менее многие страны, особенно в Восточной, Центральной и Западной Африке, по-прежнему в значительной мере зависят от международного финансирования для реализации своих программ антиретровирусного лечения (см. рисунок 4.5). Некоторые страны отработывают новаторские стратегии для диверсификации источников финансирования и формирования возобновляемых финансовых источников для программ по ВИЧ – данный вопрос более подробно рассматривается в разделе 6.

Несмотря на сокращение стоимости антиретровирусных препаратов, для ускорения роста спроса на услуги и обеспечения устойчивости программ лечения в связи с ВИЧ требуется дальнейшее снижение расходов. Одной из стратегий уменьшения зависимости от международного финансирования для осуществления программ лечения при ВИЧ является наращивание надёжного потенциала в странах с низким и средним уровнем доходов в области импорта, а также производства наиболее важных медицинских препаратов. В «Дорожной карте по вопросам общей ответственности и глобальной солидарности против СПИДа, туберкулёза и малярии» Африканский союз призывает к инвестированию в учреждение региональных центров производства фармацевтической продукции, активизации усилий по обеспечению регионального обмена знаниями и технологиями, унификации нормативных систем и максимальному использованию гибких положений, содержащихся в Соглашении ТРИПС (Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности).

РИСУНОК 4.5

Международные и национальные государственные расходы на антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов, по регионам, различные годы до 2013 г.



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

Несмотря на то что некоторые страны эффективно использовали гибкие положения Соглашения ТРИПС для увеличения доступности наиболее важных препаратов от ВИЧ, эти положения по-прежнему используются не в полном объёме в качестве стратегии для дальнейшего снижения цен на антиретровирусные препараты. Хотя в промежуточных оценках страны признали влияние прав интеллектуальной собственности на доступ к препаратам, только некоторые страны из Азиатско-Тихоокеанского региона и Латинской Америки упомянули о конкретных действиях по использованию существующих гибких положений Соглашения ТРИПС. Некоторые страны выразили обеспокоенность касательно возможного влияния двусторонних и многосторонних соглашений о свободной торговле на доступность недорогих препаратов в будущем, хотя в некоторых страновых отчётах также упоминается отсутствие знаний и опыта как препятствия к развитию благоприятной правовой среды для минимизации барьеров, связанных с интеллектуальной собственностью, для обеспечения доступа к важным медицинским препаратам.

ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ

Все 109 стран, которые представили результаты своих промежуточных оценок по состоянию на август 2013 года, обозначили лечение при ВИЧ как приоритетное направление в национальных стратегических планах. Из этих 109 стран 15 сообщили о том, что они ещё не встали на путь достижения своих целевых показателей по лечению в связи с ВИЧ к 2015 году. Несмотря на то что цель охватить к 2015 году 15 миллионов человек услугами по антиретровирусному лечению находится в пределах досягаемости, страны мира должны ускорить темпы расширения мер, если человечество хочет достигнуть этой цели. Если все страны с низким и средним уровнем доходов примут руководящие принципы ВОЗ 2013 года оценочное количество людей, нуждающихся в антиретровирусном лечении, к 2015 году возрастёт до 30,7 миллиона.

В своих промежуточных оценках страны отметили ряд проблем, касающихся ускорения мер по расширению лечения от ВИЧ, включая трудности, связанные с тем, чтобы побудить людей узнавать свой ВИЧ-статус, сдерживающий эффект стигмы и дискриминации, частый дефицит антиретровирусных препаратов и отсутствие лабораторного потенциала для контроля за числом клеток CD4, вирусной нагрузкой и лекарственной устойчивостью. Страны разделяют общую обеспокоенность по поводу устойчивости программ лечения при ВИЧ и заявляют о необходимости дальнейшего снижения цен на антиретровирусные препараты (включая помимо прочего препараты для схем лечения второго и третьего ряда), а также о необходимости в устойчивом финансировании. Ряд стран Латинской Америки, Азиатско-Тихоокеанского региона и Западной и Центральной Африки выразили обеспокоенность по поводу финансовых последствий внедрения руководящих принципов ВОЗ по лечению в связи с ВИЧ 2013 года, в результате чего значительно увеличится количество людей, соответствующих критериям для начала лечения при ВИЧ.

С целью достижения целевого показателя по лечению при ВИЧ, установленного на 2015 год, в промежуточных оценках были определены некоторые ключевые стратегии дальнейших действий. В отчётах подчёркивалась критическая важность сильной и устойчивой политической

приверженности для обеспечения инвестиций, необходимых для того чтобы продолжить расширение программ. Необходимо активизировать усилия, чтобы вовлечь гражданское общество в процесс формирования спроса на услуги и оказания этих услуг, разработку программ по повышению грамотности по вопросам лечения и систем раннего оповещения о дефиците антиретровирусных препаратов. Страны призвали к реализации региональных и глобальных инициатив по преодолению трудностей на рынке лекарственных средств, включая нормативно-правовые аспекты, такие как контроль качества медицинских препаратов, регулирование прав интеллектуальной собственности, формирование оптимальных цен на лекарственные средства и местное производство антиретровирусных препаратов. В отчётах многих стран также подчёркивается необходимость в дальнейшей интеграции мер по противодействию ВИЧ сектор здравоохранения и другие секторы.

В рамочной программе «Лечение 2015» чётко обозначено направление для дальнейших действий по ускорению прогресса в расширении лечения при ВИЧ. Используя целевой показатель на 2015 год в качестве ключевого ориентира для расширения мер, инициатива «Лечение 2015» служит основой для ускоренного расширения мер на пути обеспечения всеобщего доступа к лечению при ВИЧ. Для того чтобы сформировать устойчивый спрос на услуги по лечению при ВИЧ, страны должны усовершенствовать концепцию тестирования на ВИЧ посредством внедрения ряда проактивных стратегий по стимулированию заинтересованности людей в своём ВИЧ-статусе, инвестированию в общественные инициативы по повышению грамотности, устранению сдерживающих факторов в обеспечении доступа к лечению при ВИЧ и акцентированию внимания на профилактической, а также терапевтической пользе лечения при ВИЧ. С тем чтобы обеспечить инвестирование в ускорение расширения программ, необходимо увеличить национальные и международные отчисления, предпринимать постоянные усилия по повышению эффективности программ лечения в связи с ВИЧ, усилить системы здравоохранения и общинные системы, содействовать программным инновациям, направленным на ускорение расширения, и сформировать средства для производства антиретровирусных препаратов в Африке. В заключение необходимо принять меры по эффективному обслуживанию посредством внедрения результативных новаторских моделей оказания услуг, предпринять усилия по обеспечению равного доступа, содействовать отчётности с помощью тщательного измерения результатов и сформировать стратегические партнёрства в области лечения в связи с ВИЧ, которые задействовали бы уникальный опыт и знания различных заинтересованных сторон.

Инициатива «Лечение 2015» призывает к сосредоточению большего внимания на ускорении расширения мер.¹⁷ Несмотря на возможность применения её рамочной основы во всех странах и регионах, инициатива призывает активизировать усилия в 30 странах, в которых проживает девять десятых людей, не получающих услуги по лечению при ВИЧ в должном объёме: Ангола, Бразилия, Китай, Камерун, Центральноафриканская Республика, Чад, Колумбия, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Гана, Индия, Индонезия, Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Мьянма, Нигерия, Российская Федерация, Южная Африка, Южный Судан, Таиланд, Того, Уганда, Украина, Объединённая Республика Танзания, Вьетнам, Замбия и Зимбабве.

Так же как лечение при ВИЧ зависит от расширения услуг по диагностике ВИЧ, упрощение, улучшение, наличие и расширение доступа к лечению в связи с ВИЧ и выработка новых квалификационных критериев для начала терапии оказывают существенное влияние на тестирование в связи с ВИЧ и на значимость и последствия осведомлённости о своём ВИЧ-статусе. Расширение возможностей людей узнать о своём ВИЧ-статусе требует упрощения методов тестирования и способов доступа людей к услугам по тестированию.

ЛИДЕРСТВО И НОВАТОРСТВО ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ

Страны всего мира приняли решительные меры для оказания услуг по лечению в связи с ВИЧ тем, кто в них нуждается. Например, расширение программ быстрыми темпами осуществляется во Вьетнаме, где в 2012 году новые пациенты составляли 23% из 72 711 людей, получавших антиретровирусную терапию. Вьетнам расширил антиретровирусную терапию в учреждениях закрытого типа (таких как учебные центры и тюрьмы) и добился того, что показатель удержания на лечении превышает 80%. Он также реализовал в двух районах проекты по раннему началу антиретровирусной терапии.

Некоторые страны работали над наращиванием кадрового потенциала в сфере здравоохранения. Например, Малави стало пионером в области проведения антиретровирусной терапии медсёстрами и вовлечения общинных медицинских работников в оказание различных услуг в связи с ВИЧ, включая проведение антиретровирусного лечения специализированными общественными медицинскими работниками.

Новаторские подходы способствуют повышению качества услуг по лечению в связи с ВИЧ. К примеру, Мозамбик занимает передовые позиции в сфере использования новых диагностических методов, например, портативных приборов, которые уже применяются для определения числа клеток CD4 и изучаются на предмет возможного их использования для контроля за вирусной нагрузкой. Использование портативных технологий в Мозамбике помогает удерживать пациента на лечении, оказывать поддержку в усилении приверженности и совершенствовать системы управления информацией.

Аргентина учредила системы раннего оповещения для контроля за устойчивостью вируса и стимулирования приверженности лечению при ВИЧ. Междисциплинарные группы в больницах и медицинских центрах сотрудничают с организациями гражданского общества с целью повышения эффективности лечения.

Южная Африка повышает долгосрочную устойчивость своей программы лечения при ВИЧ. В 2012 году тендер на схемы лечения с использованием фиксированных доз на сумму примерно 700 миллионов долларов США привёл к 38-процентному снижению цены на одну комбинацию препаратов с фиксированной дозой (тенофовир, эмтрицитабин и эфавиренз), что позволило сэкономить примерно 260 миллионов долларов США в 2013-2014 гг.

Обеспечение всеобщего доступа к антиретровирусному лечению в странах со средним уровнем доходов

Несмотря на то что основные усилия по расширению доступа к антиретровирусной терапии сосредоточены на странах с низким уровнем доходов, обеспечение всеобщего доступа к лечению при ВИЧ по-прежнему является сложной задачей. В июне 2013 года делегаты более чем 20 стран со средним уровнем доходов из всех регионов присоединились к представителям гражданского общества и международных организаций в Бразилии для рассмотрения стратегий по расширению лечения при ВИЧ в странах со средним уровнем доходов. Успех в странах со средним уровнем доходов сыграет критическую роль в обеспечении всеобщего доступа, и, согласно прогнозам, к 2020 году большинство людей, живущих с ВИЧ, будут жить в таких странах.

Страны со средним уровнем доходов, которые всё чаще рассматриваются как страны с потенциально прибыльным фармацевтическим рынком, зачастую не получают пользы от международных инициатив по расширению доступа к лекарственным средствам. Многие страны со средним уровнем доходов платят высокую цену за антиретровирусные препараты. Несмотря на то что это особенно касается препаратов, используемых в схемах лечения второго и третьего ряда, даже некоторые рекомендованные ВОЗ фиксированные дозы комбинированных препаратов первого ряда недоступны для определённых стран со средним уровнем доходов. В настоящее время антиретровирусное лечение в странах со средним уровнем доходов финансируется за счёт отчислений из государственного бюджета и личных расходов населения. По мере роста спроса на услуги по лечению в связи с ВИЧ, отчасти по причине расширения квалификационных критериев для начала терапии, обозначенных в консолидированных руководящих принципах ВОЗ по антиретровирусной терапии 2013 года, под потенциальную угрозу попадает будущий доступ к недорогим вариантам лечения ВИЧ.

На заседании в Бразилии тщательно обсуждались и анализировались рынки препаратов от ВИЧ и их ценообразование, их правовой статус в различных странах и реализуемые стратегии для обеспечения регулирования прав интеллектуальной собственности с учётом потребностей общественного здравоохранения. Подчёркивалась важность обмена информацией и технической поддержки между странами со средним уровнем доходов, при этом отдельное внимание уделялось вопросу формирования и совершенствования платформ для обмена информацией о ценах и патентах. Участники разработали рекомендации, касающиеся того, как страны и многосторонние учреждения могут сотрудничать для преодоления трудностей, связанных с механизмами ценообразования, нормативными проблемами, регулированием прав интеллектуальной собственности и мобилизацией сообществ:¹⁸

- Картирование механизмов ценообразования
- Создание платформ обмена информацией о ценообразовании и патентах
- Оказание поддержки гражданскому обществу в вопросах адвокации в области интеллектуальной собственности
- Повышение прозрачности лицензионных соглашений
- Усиление сотрудничества между ВОЗ и национальными учреждениями по контролю за медицинскими препаратами по вопросам контроля качества в рамках программы преквалификации ВОЗ
- Проведение кампаний, касающихся качества препаратов-генериков.

5. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Туберкулёз по-прежнему является основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ. В 2012 году в мире было зарегистрировано примерно 8,7 миллиона людей с туберкулёзом, из которых 1,1 миллиона (13%) жили с ВИЧ. Из 2,8 миллиона больных туберкулёзом, получивших результат тестирования на ВИЧ в 2012 году, у 20% была выявлена ВИЧ-инфекция, включая 42% таких больных в странах Африки к югу от Сахары. Более 75% оценочного количества ВИЧ-положительных больных туберкулёзом проживает в 10 странах (Эфиопия, Индия, Кения, Мозамбик, Нигерия, Южная Африка, Объединённая Республика Танзания, Уганда, Замбия и Зимбабве).

Благодаря устойчивому прогрессу в области удовлетворения потребностей больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ, достижение к 2015 году цели по 50-процентному снижению смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, сегодня находится в пределах досягаемости для человечества. Тем не менее наблюдается выравнивание прогресса в снижении смертности, поэтому страны должны продолжать активизацию своих усилий.

Существует необходимость в срочной реализации проверенных стратегий профилактики и лечения для противодействия взаимосвязанным эпидемиям ВИЧ и туберкулёза. Чтобы ускорить прогресс, крайне необходимо расширение антиретровирусной терапии. Наряду с критической важностью сосредоточения усилий по предоставлению антиретровирусной терапии всем ВИЧ-инфицированным больным туберкулёзом, также содействие в достижении глобальной цели снижения числа людей с активным туберкулёзом окажет более масштабное расширение лечения при ВИЧ. С целью дальнейшей поддержки усилий по профилактике необходимо эффективно реализовать стратегию «Трёх И в отношении ВИЧ/ТБ», а именно: *интенсивный скрининг для выявления туберкулёза, профилактическое лечение *изниазидом* и *инфекционный контроль* в медицинских учреждениях.*

ПРОГРЕСС В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

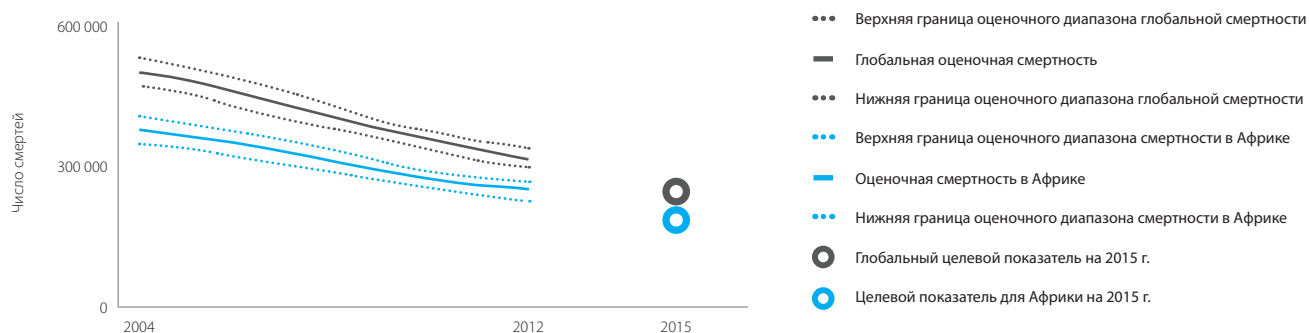
Глобальная цель состоит в том, чтобы к 2015 году снизить наполовину число смертей от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, до менее 250 000. Человечество достигло значительных успехов в выполнении этого целевого показателя (см. рисунок 5.1). С 2004 года смертность от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, снизилась на 36% в мире и несколько меньше

в Африке, где проживает 75% всех людей, живущих с туберкулёзом и ВИЧ. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, расширение совместной деятельности в области ВИЧ/туберкулёза (включая тестирование на ВИЧ, антиретровирусную терапию и стратегию «Трёх И») позволило предотвратить 1,3 миллиона смертей в период с 2005 по 2012 годы.

Из 41 страны с высоким бременем ВИЧ/ТБ, согласно оценкам, в 17 странах смертность от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, снизилась более чем на 50%, а в девяти странах смертность вследствие туберкулёза снизилась на 25–50%. Тем не менее в некоторых странах смертность снижалась более медленными темпами или даже возросла.

РИСУНОК 5.1

Оценочная смертность от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, в мире и в Африке, 2004–2012 гг.



Источник: Глобальный отчёт по туберкулёзу 2013 г., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (подробные оценочные данные по странам представлены в отчёте ВОЗ).

ТАБЛИЦА 5.1

Оценка изменений в смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, в 41 стране с высоким бременем туберкулёза/ВИЧ, 2004–2012 гг.

Снижение более чем на 50%

Ботсвана
Буркина-Фасо
Бурунди
Камбоджа
Центральноафриканская Республика
Кот-д'Ивуар
Эфиопия
Гана
Гаити
Малави
Мьянма
Намибия
Нигерия
Руанда
Таиланд
Уганда
Зимбабве

Снижение на 25–50%

Камерун
Чад
Китай
Джибути
Индия
Кения
Мали
Объединённая Республика Танзания
Замбия

Снижение менее чем на 25%

Ангола
Бразилия
Конго
Демократическая Республика Конго
Индонезия
Лесото
Мозамбик
Российская Федерация
Сьерра-Леоне
Южная Африка
Судан
Свазиленд
Того
Украина
Вьетнам

РАСШИРЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

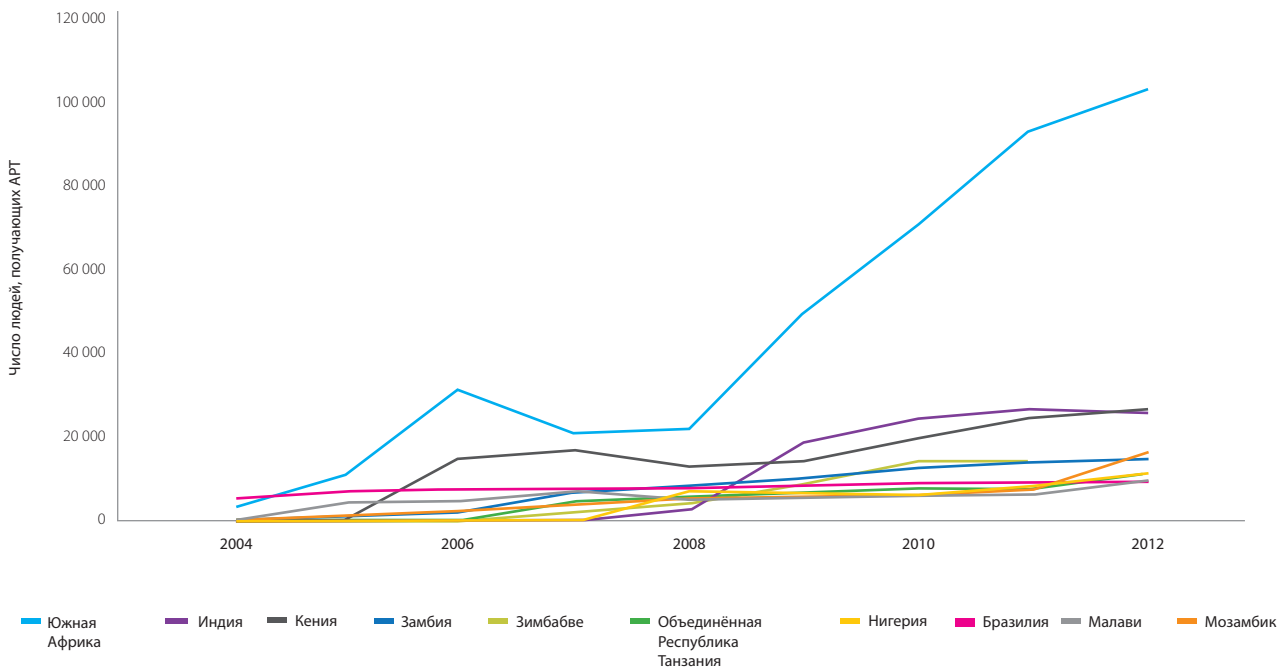
Антиретровирусная терапия на 65% снижает риск того, что у человека, живущего с ВИЧ, разовьётся туберкулёз,¹ а лечение ВИЧ снижает риск смертности среди больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ, примерно на 50%. У людей с коинфекцией ВИЧ и латентного туберкулёза антиретровирусная терапия восстанавливает иммунную систему, поражённую ВИЧ, предотвращая развитие активного туберкулёза. В случаях, когда латентная инфекция прогрессировала в активный туберкулёз, антиретровирусная терапия усиливает способность организма противостоять заболеванию. Признавая центральную роль антиретровирусной терапии в предотвращении смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, ВОЗ в своей политике в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ и в руководящих принципах по антиретровирусному лечению 2013 года рекомендует незамедлительно начинать лечение в связи с ВИЧ всем людям, живущим с ВИЧ, у которых развился туберкулёз, независимо от числа клеток CD4.

Из десяти стран с наибольшим числом больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, Южная Африка добилась наиболее примечательного успеха в расширении антиретровирусной терапии – более 100 000 людей с ВИЧ и туберкулёзом получало лечение от ВИЧ в 2012 году. В 2012 году из оценочного числа людей, инфицированных ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом, процентная доля тех, кто получал антиретровирусную терапию, составила 59% в Кении, 57% – в Малави, 41% – в Замбии и 34% – в Объединённой Республике Танзания. Среди этих стран наибольший успех в увеличении числа людей, находящихся на антиретровирусном лечении, в 2012 году был достигнут в Мозамбике (101-процентный прирост), в Малави (48-процентный прирост), в Объединённой Республике Танзания (43-процентный прирост) и в Нигерии (29-процентный прирост) (см. рисунок 5.2).

Несмотря на достигнутые успехи, недостаточный охват услугами по-прежнему наблюдается в странах с наибольшим бременем ВИЧ/туберкулёза. Из 10 стран с наибольшим количеством больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ и находящихся на антиретровирусном лечении, только Кения и Малави в 2012 году предоставляли антиретровирусное лечение более чем 50% оценочного числа людей с коинфекцией ВИЧ/ТБ. В целом в десяти странах с наиболее тяжёлым бременем ВИЧ/туберкулёза наблюдается выравнивание темпов расширения антиретровирусного лечения для людей, живущих с ВИЧ и туберкулёзом.

РИСУНОК 5.2

Число ВИЧ-положительных больных туберкулёзом, находящихся на антиретровирусном лечении, согласно данным, представленным десятью странами, 2004–2012 гг.



Источник: Глобальная отчётность GARP за 2013 г., ЮНЭЙДС; Глобальный отчёт по туберкулёзу 2013 г., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

На глобальном уровне охват антиретровирусным лечением людей, живущих с ВИЧ и туберкулёзом, по-прежнему является ненадлежащим (см. таблицу 5.2). В то время как в 2012 году антиретровирусное лечение получало 65% всех людей, живущих с ВИЧ и соответствующих критериям для начала терапии, только 57% людей, у которых диагностирована коинфекция ВИЧ/туберкулёз, получали антиретровирусное лечение. Из 41 приоритетной страны, на которую направлена совместная деятельность в области ВИЧ/туберкулёза, только четыре (Бразилия, Кения, Малави и Украина) обеспечили по меньшей мере 50-процентный охват лечением среди ВИЧ-положительных больных туберкулёзом, при этом крайне низкий охват бы зафиксирован в Конго и Судане, где менее 5% оценочного числа больных туберкулёзом, живущих с ВИЧ, получало лечение от ВИЧ в 2012 году. Лекарственные средства могут очень дорого стоить особенно на территориях с высокой распространённостью туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью, что подчёркивает важность альтернативных препаратов-генериков для того, чтобы обеспечить экономическую приемлемость усилий по противодействию ВИЧ/туберкулёза.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ: КЛЮЧЕВАЯ ТРУДНОСТЬ

Для эффективного лечения при ВИЧ необходима срочная диагностика ВИЧ-инфекции среди больных туберкулёзом. Количество людей, живущих с ВИЧ, у которых диагностирован туберкулёз, с каждым годом всё растёт, однако стандартное тестирование и консультирование в связи с ВИЧ в медицинских учреждениях по-прежнему выполняется ненадлежащим образом, что замедляет дальнейший прогресс в предоставлении ВИЧ-положительным больным туберкулёзом важных услуг по лечению в связи с ВИЧ.

Доля людей с туберкулёзом, прошедших тестирование на ВИЧ, в 2012 году возросла на 14% по сравнению с 2011 годом и составляет 2,8 миллиона. Наибольший прогресс был зафиксирован в странах Африки к югу от Сахары, где 75% зарегистрированных больных туберкулёзом прошли тестирование на ВИЧ в 2012 году (см. таблицу 5.3).

ТАБЛИЦА 5.2

Процентная доля новых ВИЧ-положительных больных туберкулёзом, получающих антиретровирусную терапию

>50%		50–25%		<25%	
Украина	92	Ботсвана	49	Вьетнам	24
Кения	59	Руанда	48	Сьерра-Леоне	24
Малави	57	Китай	47	Нигерия	24
Бразилия	57	Камбоджа	47	Бурунди	24
		Намибия	46	Мьянма	22
		Лесото	42	Камерун	22
		Замбия	41	Ангола	21
		Того	40	Индия	20
		Гана	37	Мозамбик	19
		Мали	35	Джибути	15
		Эфиопия	35	Чад	15
		Объединённая Республика Танзания	34	Демократическая Республика Конго	14
		Буркина-Фасо	31	Конго	4
		Южная Африка	31	Судан	1
		Кот-д'Ивуар	30		
		Таиланд	30		
		Гаити	29		
		Свазиленд	29		
		Уганда	28		

Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г., ЮНЭЙДС; Глобальный отчёт по туберкулёзу 2013 г., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Примечание: В данных, представленных Программой по туберкулёзу и СПИДу Индонезии, присутствовали расхождения, поэтому в таблицу не был включён один показатель охвата.

ТАБЛИЦА 5.3

Тестирование на ВИЧ, лечение при ВИЧ для ВИЧ-положительных больных туберкулёзом и профилактика туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, регионы ЮНЭЙДС, 2012 г.*

	ОЦЕНОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ			ЧИСЛО БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С ИЗВЕСТНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ	ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, ПРОШЕДШИХ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ	ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, У КОТОРЫХ ВЫЯВЛЕН ВИЧ	ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, У КОТОРЫХ ВЫЯВЛЕН ВИЧ, НАЧАВШИХ/ПРОДОЛЖИВШИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ	КОЛИЧЕСТВО ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОШЕДШИХ СКРИНИНГ НА ТУБЕРКУЛЁЗ
	ОПТИМАЛЬНОЕ	НИЗКОЕ	ВЫСОКОЕ					
Карибский регион	5	4.2	5.8	17.4	77	20	47	3.97
Восточная Азия	7.8	6.9	8.7	317	31	1.9	59	295
Восточная Европа и Центральная Азия	16	14	18	175	65	6.7	74	23.3
Латинская Америка	25	22	28	103	52	16	83	0.52
Ближний Восток и Северная Африка	7	6.2	7.8	36.2	26	4	56	12.8
Северная Америка	1.2	1.1	1.3	8.93	79	7.6	...	...
Океания	1.1	0.73	1.5	5.38	21	7.1	89	2.86
Южная и Юго-Восточная Азия	190	170	200	1050	36	6.1	60	1360
Африка к югу от Сахары	830	760	900	1050	75	43	55	2390
Западная и Центральная Европа	2.7	2.6	2.9	28.8	43	4.1	78	0.22
В мире	1100	1000	1200	2790	46	20	57	4090

* Цифры выражены в тысячах, за исключением случаев, когда они указаны как проценты.

Тем не менее глобальный охват тестированием на ВИЧ остаётся недостаточным – всего 46% зарегистрированных больных туберкулёзом прошли тестирование на ВИЧ в 2012 году. В Восточной Азии и Южной и Юго-Восточной Азии, где проживает каждый шестой в мире больной туберкулёзом, живущий с ВИЧ, охват людей, живущих с ВИЧ, услугами по тестированию на ВИЧ является особо низким (соответственно 31% и 36% в 2012 году).

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТБ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Стратегия «Трёх И» всё ещё не реализована в полном объёме, в результате чего туберкулёз по-прежнему является главной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ. В 2012 году 42 страны, представивших данные, предоставляли профилактическое лечение изониазидом примерно 520 000 людей, живущих с ВИЧ. Несмотря на многообещающую тенденцию роста спроса на услуги по профилактической терапии, количество людей, получающих в настоящее время профилактическое лечение изониазидом, составляет малую долю людей, живущих с ВИЧ, которые бы могли получить пользу от этой меры. Из 30 стран, представивших числитель и знаменатель по антиретровирусной терапии, 30% тех, кто поступил в систему здравоохранения, получали профилактическое лечение изониазидом.

В комплекс услуг в связи с ВИЧ всё в большей мере включается скрининг на туберкулёз. С 2010 по 2012 годы количество людей, получавших уход в связи с ВИЧ и прошедших скрининг на туберкулёз, возросло более чем на 70% с 2,4 миллиона до 4,1 миллиона.

ИЗМЕРЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ВИЧ/ТБ

Имеющиеся данные, представленные в страновых отчётах GARPR, позволяют получить общее понимание текущей ситуации в отношении взаимосвязи между ВИЧ и туберкулёзом, а также некоторое представление о тенденциях, касающихся ВИЧ-положительных больных туберкулёзом. Тем не менее доступная информация также содержит в себе важные факторы неопределённости, касающиеся исходных данных и достоверности экстраполяций, использованных для восполнения недостающих сведений для того, чтобы выполнить оценку заболеваемости, распространённости и смертности от туберкулёза, ВИЧ-ассоциированного туберкулёза и туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. Процентная доля людей, живущих с ВИЧ, умерших от туберкулёза, остаётся неустановленной, при этом данные вскрытия свидетельствуют о более высокой доле по сравнению с данными, указанными в отчётах о заболеваниях. Ввиду диагностических трудностей информация о туберкулёзе среди детей, живущих с ВИЧ, по-прежнему является скудной. Отсутствует надлежащий мониторинг за реализацией стратегии «Трёх И», и имеется мало информации о людях, живущих с ВИЧ, среди 500 000 людей с широкой лекарственной устойчивостью. Предоставленные странами данные о ключевых показателях, таких как скрининг на ВИЧ и туберкулёз, антиретровирусная терапия для людей, живущих с ВИЧ и туберкулёзом, и получение профилактических услуг, отличаются по качеству, что свидетельствует о занижении показателей в отчётности, отсутствии данных, ошибочной классификации или повторном введении данных, приводящем к завышению показателей.²

Необходимо приложить усилия для того, чтобы улучшить полноту и точность стратегических данных по ВИЧ/ТБ. Примером проблемы практического характера, возникающей при проведении мониторинга и оценки, является ситуация, когда во многих странах программы по ВИЧ и туберкулёзу по-разному интерпретируют показатели лечения, что приводит к существенным расхождениям в данных. Более высокая степень интеграции и согласованности между системами сбора данных о туберкулёзе и ВИЧ поможет повысить качество данных и в то же время укрепить взаимосвязь между услугами в связи с туберкулёзом и ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ и туберкулёзом.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЛАНЫ

Почти все страны, предоставившие результаты своих промежуточных оценок (103 из 109), обозначили снижение смертности от туберкулёза в качестве национального приоритета. Сто одна страна сообщила, что соответствующий целевой показатель был включён в национальные стратегические планы.

Несмотря на то что человечество, по всей видимости, достигнет к 2015 году целевого показателя по снижению смертности от туберкулёза среди

людей, живущих с ВИЧ, прогресс носит неоднородный характер – 26 стран сообщили, что они не добиваются должного успеха для того, чтобы достичь цели, установленной на 2015 год. Кроме того, ориентировочный показатель, установленный на 2015 год, представляет собой всего лишь промежуточный этап на пути достижения конечной цели: установление контроля над туберкулёзом и полное его искоренение. Неизменно высокую заболеваемость и смертность вследствие туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, можно и необходимо остановить. Туберкулёз всецело поддаётся профилактике, в том числе у людей, живущих с ВИЧ, и никто не должен умирать от болезни, которую можно предотвратить и вылечить.

Из всех доступных инструментов антиретровирусная терапия является наиболее мощным средством в отношении ВИЧ-ассоциированного туберкулёза – она снижает риск смерти на 54–95%.³ Улучшение доступа к ранней диагностике ВИЧ и антиретровирусной терапии для тех, у кого выявлен ВИЧ, играет важную роль в снижении смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ. В этом отношении вызывает обеспокоенность тот факт, что ни в одном национальном отчёте о промежуточной оценке ранняя антиретровирусная терапия не рассматривается в качестве стратегии снижения смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ.

Необходимо мобилизовать все имеющиеся инструменты. Сюда входят эффективные профилактические меры, включая усиление скрининга и диагностики, профилактическое лечение изониазидом (пожизненное при наличии соответствующего медицинского предписания) и надлежащий инфекционный контроль. Люди, контактирующие со взрослыми больными туберкулёзом, должны получать профилактическое лечение изониазидом, а программы гигиены труда для работников здравоохранения должны в срочном порядке обеспечить предоставление профилактических услуг работникам, подвергнувшимся риску инфицирования туберкулёзом.

Крайне важно в полном объёме и в срочном порядке внедрить руководящие принципы ВОЗ по антиретровирусному лечению 2013 года и предыдущее руководство по совместной деятельности в области ВИЧ/ТБ. Для этого потребуются незамедлительное принятие мер по усилению совместных действий в сфере ВИЧ/ТБ и реализации стратегий и протоколов, регулирующих предоставление антиретровирусной терапии для всех ВИЧ-положительных больных туберкулёзом, независимо от числа клеток CD4.

Необходимо принять целенаправленные усилия для того, чтобы преодолеть препятствия на пути эффективных мер по противодействию ВИЧ-ассоциированному туберкулёзу, выявленные в национальных промежуточных оценках. В их число входит низкий спрос на услуги по профилактике и лечению, отсутствие чёткого стратегического руководства по незамедлительному началу антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ и ТБ, отсутствие услуг по тестированию на ВИЧ во многих противотуберкулёзных клинических диспансерах и отсутствие надлежащего инфекционного контроля.

Существует крайняя необходимость в новаторстве для того, чтобы расширить охват и обеспечить своевременность и эффективность программ скрининга и лечения в связи с туберкулёзом для людей, живущих с ВИЧ. Структуры, разрабатывающие и исполняющие программы, должны использовать новаторские стратегии тестирования и оказания услуг,

а сообщества должны привлекаться в качестве партнёров для принятия мер по снижению смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ. Исследование ZAMSTAR, проведённое в Замбии и Южной Африке в 2010 году, показало, что использование комплексного подхода, учитывающего потребности домохозяйств, к проблемам туберкулёза и ВИЧ позволило снизить общее бремя туберкулёза в сообществе, а также снизить текущий уровень передачи инфекции среди представителей сообщества.⁴ Необходимо разрабатывать и срочно внедрять новые технологии. GeneXpert MTB/Rif, автоматизированный молекулярный диагностический тест, позволяющий быстрее диагностировать туберкулёз и туберкулёз с лекарственной устойчивостью и в настоящее время внедряющийся во многих странах, является продуктом нового образа мышления и служит примером потенциально прогрессивного влияния новых инструментов в области охраны здоровья.

Лидерство и новаторство в области ВИЧ и туберкулёза в Южной Африке

В Южной Африке эпидемии ВИЧ и туберкулёза тесным образом взаимосвязаны – в 2011 году из примерно 520 000 новых больных туберкулёзом в стране 330 000 пациентов также являлись ВИЧ-инфицированными. Туберкулёз по-прежнему является главной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ в Южной Африке, при этом в 2011 году число смертей от туберкулёза составило 87 000 (76 000 – 100 000). Проблема туберкулёза, стоящая перед страной, усугубляется высоким количеством случаев туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ); в 2011 году в Южной Африке было зафиксировано примерно 8100 случаев МЛУ-ТБ среди зарегистрированных случаев лёгочного туберкулёза, при этом всего лишь 5 643 (70%) поступили на лечение. Из числа пациентов с МЛУ-ТБ, начавших лечение в 2009 году, 42% добились благоприятных результатов, а 18% умерло, при этом результаты лечения ШЛУ-ТБ были хуже.

В ответ на данную проблему в области охраны здоровья в Южной Африке принят ряд важных мер в области общественного здравоохранения, направленных на профилактику туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ. В частности страна уделила первостепенное внимание комплексному подходу к решению проблемы ВИЧ и туберкулёза; стратегии по противодействию обоим заболеваниям интегрированы, а администрирование программ тесно взаимосвязано.

Меры по противодействию взаимосвязанным эпидемиям ВИЧ и туберкулёза были усилены в Южной Африке за счёт значительного расширения услуг по тестированию и лечению в связи с ВИЧ. После начала крупномасштабной национальной кампании по тестированию количество людей, получавших антиретровирусное лечение в Южной Африке в 2012 году, превысило 2,15 миллиона, что составляет 83% охвата согласно руководящим принципам ВОЗ по лечению в связи с ВИЧ 2010 года и на 27% больше охвата в 2011 году. Антиретровирусная терапия предлагается людям, у которых диагностирован ВИЧ и туберкулёз, при этом в 2012 году услуги по лечению в связи с ВИЧ получали 101 937 человек (или 31% от оценочного количества ВИЧ-положительных больных туберкулёзом).

Южная Африка также реализовала стратегию скрининга на туберкулёз для людей, живущих с ВИЧ. Для решения проблем, связанных с диагностированием туберкулёза у людей, живущих с ВИЧ, страна разработала и инициировала национальный план поэтапного внедрения диагностического теста Xpert MTB/RIF вместо микроскопии в качестве первичного метода диагностики. На базе существующих центров микроскопии в Южной Африке внедрено более 290 аппаратов GeneXpert в более чем 140 учреждениях, выполнив примерно 1,2 миллиона тестов в девяти провинциях по состоянию на март 2013 года; при этом страна планирует дальнейшее расширение внедрения в других центрах. По сравнению с микроскопией мазка, метод GeneXpert позволил удвоить число лабораторно подтверждённых случаев туберкулёза и выявить 7% случаев устойчивости к рифампину, что дало возможность клиницистам адаптировать схемы лечения к потребностям отдельных пациентов.⁵

Усиление скрининга также позволило Южной Африке расширить профилактическое лечение изониазидом. В 2012 году в стране было 370 000 людей, живущих с ВИЧ и получающих профилактическую терапию, в результате чего в настоящий момент Южная Африка занимает первое место в мире по проведению профилактического лечения.

6. ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

В 2012 году объёмы финансирования мер по противодействию СПИДу достигли наивысшего уровня за всю историю за счёт увеличения отчислений из национальных источников и средств международных доноров. Благодаря росту объёмов финансирования в 2011 и 2012 годах сейчас человечество имеет существенные шансы достигнуть к 2015 году целевого показателя по обеспечению годового финансирования в размере 22–24 миллиардов долларов США для деятельности в области ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Тем не менее, чтобы достигнуть целевого показателя по финансированию, установленного на 2015 год, требуется обеспечить значительные объёмы дополнительного финансирования.

Несмотря на достижение реального прогресса в мобилизации ресурсов на осуществление ответных мер, рост числа новых случаев инфекции во многих странах и регионах и прогнозируемое отсутствие роста международной помощи в связи с ВИЧ в последующие годы свидетельствуют о необходимости применения новаторских механизмов финансирования и новых национальных источников ресурсов для того, чтобы обеспечить постоянное расширение услуг, необходимых для спасения жизни. Международные доноры также должны возобновить свои обязательства, касающиеся мер по противодействию ВИЧ, согласно принципам совместной ответственности и глобальной солидарности.

ОБЪЁМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ВИЧ РАСТУТ, НО ТРЕБУЕТСЯ ЕЩЁ БОЛЬШЕ

В 2012 году для программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов было доступно примерно 18,9 (16,6–21,2) миллиарда долларов США (см. рисунок 6.1). Это на 10% больше 17,1 (15,7–18,5) миллиарда долларов США, потраченных в 2011 году согласно последним оценкам; это означает, что для достижения целевого показателя, установленного на 2015 год, потребуется значительное увеличение объёмов инвестирования.

* Что касается расходов в связи с ВИЧ, данные, представленные за любой отчётный год, доступны по 136 странам из 141 страны с низким и средним уровнем доходов, при этом за 2012 год данные были представлены 43 странами. Тенденции в области национального государственного финансирования деятельности в области ВИЧ выведены с помощью моделирования на основании данных, представленных в рамках Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу. Национальные частные расходы оценивались отдельно.

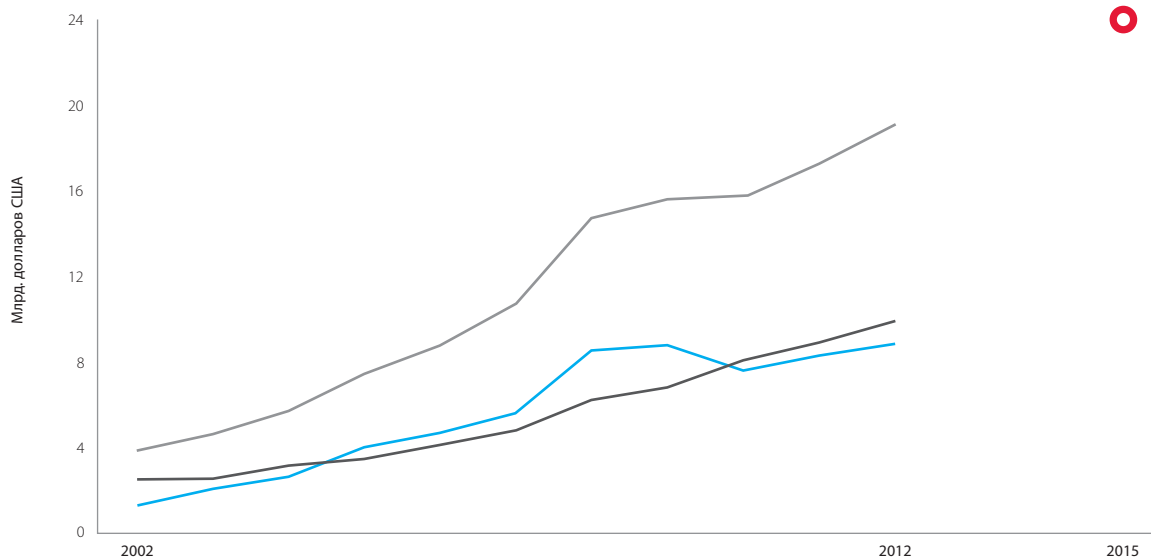
Второй год подряд из национальных источников поступает преобладающая часть финансирования в области ВИЧ в размере примерно 9,9 (7,7–12,2) миллиарда долларов США, что составило 53% всех доступных в мире ресурсов в 2012 году.* Международные расходы на программы по ВИЧ также немного увеличились в 2012 году и вышли на максимальный уровень финансирования, достигнутый в 2009 году, когда начался спад глобальной финансовой и экономической активности.

Если учесть все источники, то в 2012 году на Восточную и Южную Африку приходилось 47% всех расходов в связи с ВИЧ, на втором месте находилась Латинская Америка (17%). На каждый из остальных регионов приходилось менее 10% глобальных расходов в связи с ВИЧ.

Несмотря на то что целевой показатель, установленный на 2015 год, находится в пределах досягаемости, в руководящих принципах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по антиретровирусному лечению 2013 года говорится об умеренном увеличении общего объема потребностей в финансировании мер по противодействию ВИЧ. По оценкам, для полномасштабной реализации новых руководящих принципов, согласно которым увеличивается число людей, соответствующих критериям для начала антиретровирусной терапии, и которые рекомендуют использовать стандартизированные схемы лечения первого ряда, потребуется увеличение общего объема финансирования в области ВИЧ на 5–10% до 2025 года.

РИСУНОК 6.1

Ресурсы, доступные для мер в области ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов, 2002–2012 гг. и целевой показатель на 2015 г.*



— Международные источники — Внутренние государственные и частные расходы — Всего доступно ресурсов в мире

○ О Целевой показатель по объёму глобальных ресурсов на 2015 г.

Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС.

* В Политической декларации по ВИЧ и СПИДу, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2011 году, установлена цель в размере 22–24 миллиардов долларов США к 2015 году.

СТРАНОВОЕ ЛИДЕРСТВО В МОБИЛИЗАЦИИ РЕСУРСОВ

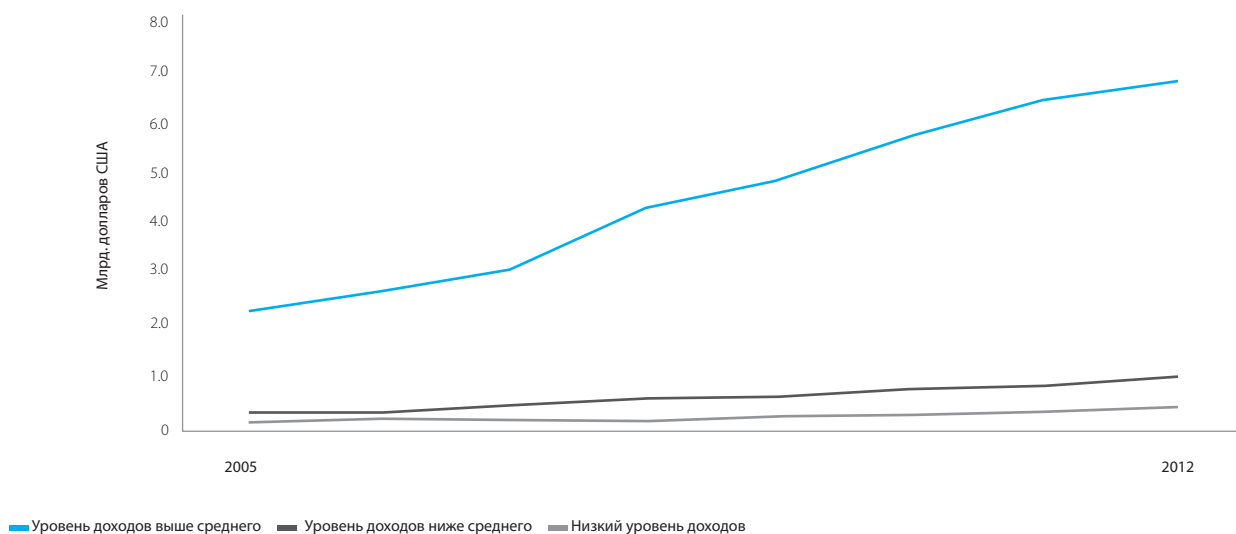
Страны с низким и средним уровнем доходов разрабатывают и возглавляют усилия по мобилизации ресурсов для противодействия ВИЧ. Из тех стран, которые провели промежуточную оценку, 90% стран включили мобилизацию ресурсов в число национальных приоритетов. Более чем 90% национальных стратегических планов предусматривают решение вопроса мобилизации ресурсов. В последние годы многие страны Африки к югу от Сахары, включая Кению, Южную Африку, Того и Замбию, кардинально увеличили объёмы внутренних расходов в связи с ВИЧ.¹

С учётом общих объёмов финансирования тенденция увеличения размеров внутреннего финансирования в связи с ВИЧ особенно заметна в странах с уровнем доходов выше среднего, которые в целом финансируют большую долю услуг по охране здоровья за счёт внутренних средств (см. рисунок 6.2). Однако в пропорциональном отношении в 2012 году наибольший рост объёмов финансирования был зафиксирован в странах с низким уровнем доходов (29%), после которых следуют страны с уровнем доходов ниже среднего (26%) и страны с уровнем доходов выше среднего (6%).

Из 43 стран с низким и средним уровнем доходов, предоставивших данные о расходах в связи со СПИДом в 2012 году, более двух третей стран сообщили об увеличении внутренних расходов в связи с ВИЧ. В некоторых странах – Чад, Гвинея, Кыргызстан и Сьерра-Леоне – размеры внутреннего финансирования деятельности в области ВИЧ увеличились более чем в два раза.

РИСУНОК 6.2

Внутреннее государственное финансирование в связи с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, по категориям доходов, 2005–2012 гг.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЪЁМОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С ВИЧ

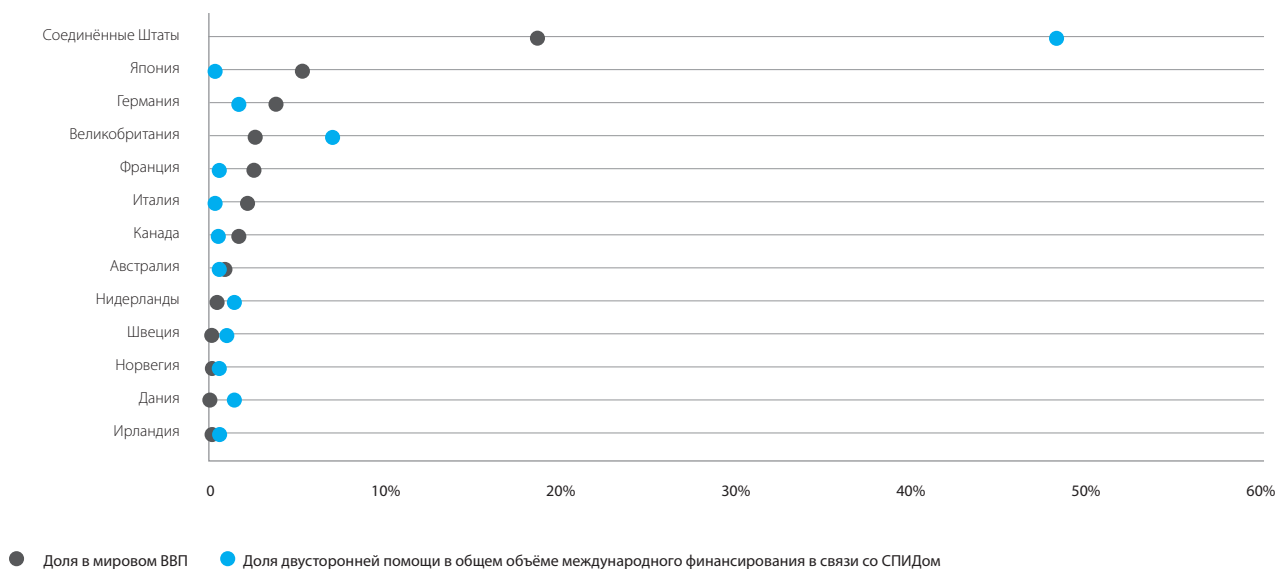
В 2012 году размеры международного инвестирования в программы по ВИЧ достигли примерно 8,9 миллиарда долларов США, что на 8% больше финансирования, полученного от международного сообщества в 2011 году (см. рисунок 6.3). На двустороннюю помощь (т.е. средства, предоставленные страной-донором непосредственно стране-бенефициару) приходилось примерно 67% международных отчислений, при этом оставшаяся часть средств была предоставлена по многосторонним (28%) и филантропическим каналам (5%).

В 2012 году объём финансовых средств в связи с ВИЧ, предоставленных правительствами стран-доноров в двустороннем и многостороннем порядке, а также частными филантропическими финансовыми организациями, номинально увеличился, но в реальном выражении по сути остался прежним. Это номинальное увеличение обуславливалось прежде всего ускорением двусторонних отчислений со стороны правительства США, в то время как недавно полученные результаты отслеживания ресурсов свидетельствуют о том, что большинство правительств европейских стран-доноров в 2012 году снизили размеры своей помощи в связи с ВИЧ. Без возобновления обязательств со стороны международных доноров в ближайшие годы не ожидается роста объёмов международного финансирования деятельности в области ВИЧ.

Как показано на рисунке 6.4, в 2012 году на Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), программу оказания двусторонней помощи, приходилось примерно 73% всей двусторонней помощи в связи с ВИЧ, что составляет почти половину (48,7%) всех международных отчислений в связи с ВИЧ и 23% от общего объёма финансирования в связи с ВИЧ, доступного из всех источников (в том числе международных, национальных, государственных и частных). На Великобританию приходится примерно 10,7% от общего объёма двустороннего финансирования, доступного в 2012 году, затем следуют Нидерланды (2,8%), Дания (2,6%) и Германия (2,4%). Доля некоторых стран, в том числе Дании, Ирландии, Нидерландов, Норвегии, Швеции, Великобритании и США, в объёме международного финансирования в связи с ВИЧ превышает их соответствующую долю глобального валового внутреннего продукта.

РИСУНОК 6.3

Доля международного финансирования в связи с ВИЧ по сравнению с долей глобального ВВП, выборочные страны, 2012 г.



Источник: Данные МВФ о доле в мировом ВВП; оценочные данные ЮНЭЙДС о доле в общем объеме международного финансирования

РИСУНОК 6.4

Международная финансовая помощь в связи с ВИЧ, 2012 г.



Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС

Значительная доля (28%) всей международной помощи предоставляется через многосторонние учреждения, такие как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, глобальная организация здравоохранения ЮНИТЭЙД и учреждения системы ООН. На многостороннее финансирование приходится 13% от общего объёма финансовых ресурсов, доступных для деятельности в связи с ВИЧ из всех источников (в том числе международных, национальных, государственных и частных). Частные филантропические финансовые организации в США и в Европейском союзе предоставили более 5% от общего объёма международной помощи в связи с ВИЧ, ассигнованной в 2012 году.

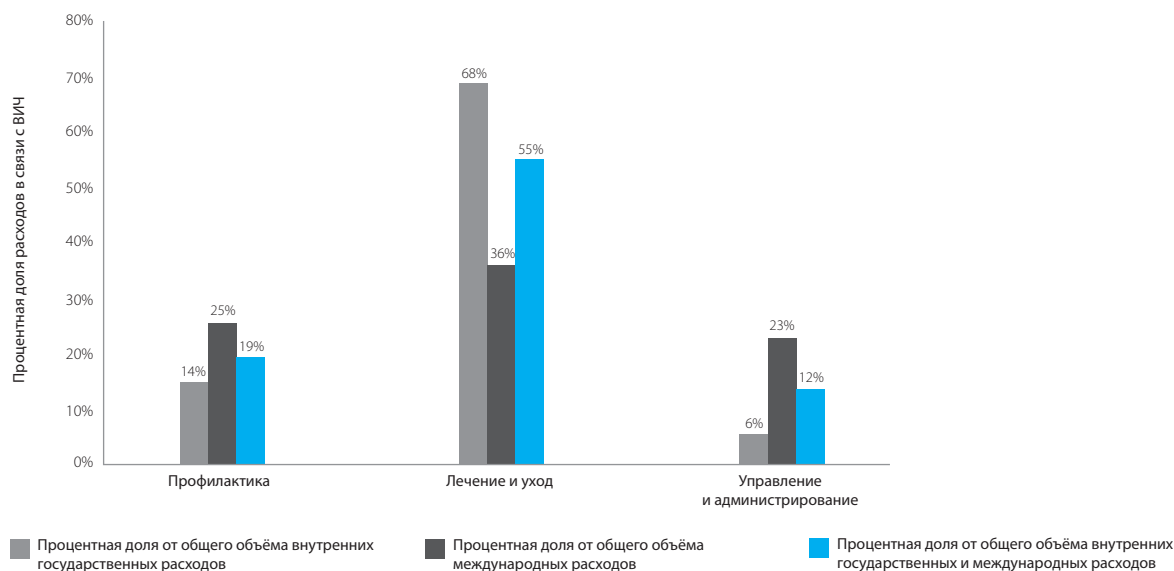
СТРУКТУРА РАСХОДОВ В СВЯЗИ С ВИЧ: КТО ЗА ЧТО ПЛАТИТ?

В 2012 году на услуги по уходу и лечению пришлось более половины (55%) расходов в связи с ВИЧ, в то время как на профилактические программы было направлено 19% расходов в связи с ВИЧ – в последние годы эта доля оставалась относительно неизменной (см. рисунок 6.5). Значительная часть (12%) расходов была направлена на поддержку программного управления и администрирования.

В то время как внутренние ресурсы используются для финансирования большей части расходов на лечение и уход в связи с ВИЧ, за счёт международных средств финансируется большинство мер по профилактике ВИЧ. Почти четверть международных расходов в связи с ВИЧ (23%) направлена на поддержку программного управления и администрирования. Тем не менее следует отметить, что последняя категория расходов также охватывает инвестиции в системы здравоохранения, например, на усиление национальных систем поставки медицинских препаратов.

РИСУНОК 6.5

Распределение расходов в связи с ВИЧ по категориям программ и источникам финансирования, страны с низким и средним уровнем доходов, согласно последним имеющимся данным по состоянию на 2013 г.



ПОСТОЯННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ МЕЖДУНАРОДНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

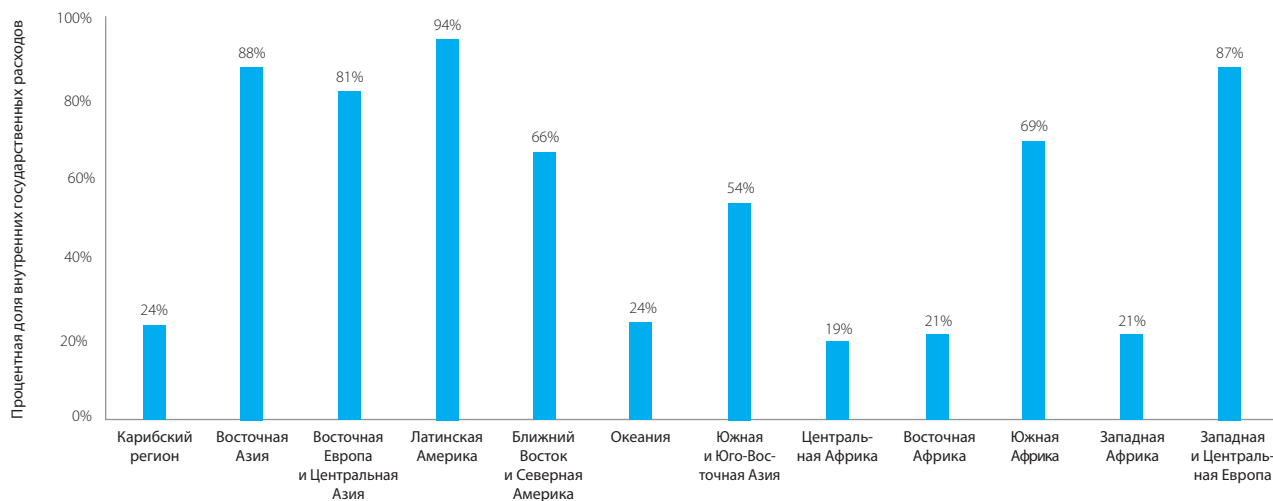
На основании последних официальных данных, предоставленных ЮНЭЙДС, страны с низким уровнем доходов получили 56% международного финансового в связи с ВИЧ, затем следуют страны с уровнем доходов ниже среднего (26%) и страны с уровнем доходов выше среднего (18%). В соответствии с такой структурой расходов страны с низким уровнем доходов по-прежнему в наибольшей степени зависят от международного финансирования их мер по противодействию ВИЧ, при этом внутренние ресурсы покрывают всего 16% расходов в связи с ВИЧ. Зависимость от донорской помощи также представляет собой препятствие на пути обеспечения устойчивости мер по противодействию ВИЧ в странах с уровнем доходов ниже среднего, где на внутренние источники приходится всего лишь 27% от общего объёма финансирования в связи с ВИЧ. Для сравнения страны с уровнем доходов выше среднего самостоятельно покрывают 88% расходов, связанных с деятельности в области ВИЧ.

Различия в структуре финансирования, основанной на национальном доходе, находят своё отражение в различиях между регионами в совокупном объёме финансирования в связи с ВИЧ. В странах Латинской Америки, Восточной Азии, Восточной Европы и Центральной Азии на внутренние источники приходится более 80% расходов в связи с ВИЧ (см. рисунок 6.6). Также из внутренних источников финансируется более 69% расходов в связи с ВИЧ в Южной Африке ввиду формирования во многих странах базы для обеспечения устойчивости ответных мер, особенно в странах Южной Африки с уровнем доходов выше среднего и высоким бременем заболевания.

В 2012 году пятьдесят одна страна с низким и средним уровнем доходов использовала международную помощь для финансирования 75% процентов расходов в связи с ВИЧ или больше. Двадцать девять стран использовали внутренние средства для финансирования по меньшей мере 75% расходов на деятельность в области ВИЧ (см. таблицу 6.1).

РИСУНОК 6.6

Внутренние государственные расходы в виде процентной доли от общего объёма внутреннего государственного и международного финансирования в странах с низким и средним уровнем доходов, согласно последним имеющимся данным в 2013 г.



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

ТАБЛИЦА 6.1

Зависимость национальных мер по противодействию ВИЧ от международных источников финансирования

Финансирование из международных источников в виде процентной доли от общего объёма международного и внутреннего государственного финансирования в странах с низким и средним уровнем доходов, согласно последним имеющимся отчётным данным по состоянию на 2013 г.

0–24%

Алжир 2012 г.
Аргентина 2010 г.
Ботсвана 2011 г.
Бразилия 2010 г.
Чили 2012 г.
Китай 2012 г.
Колумбия 2011 г.
Коста-Рика 2010 г.
Куба 2011 г.
Корейская Народно-Демократическая Республика 2011 г.
Доминика 2011 г.
Эквадор 2010 г.
Габон 2012 г.
Иран (Исламская Республика) 2009 г.
Казахстан 2012 г.
Латвия 2011 г.
Литва 2012 г.
Малайзия 2012 г.
Мексика 2009 г.
Панама 2010 г.
Румыния 2012 г.
Российская Федерация 2008 г.
Сейшельские Острова 2012 г.
Южная Африка 2009 г.
Сирийская Арабская Республика 2011 г.
Таиланд 2011 г.
Турция 2012 г.
Уругвай 2007 г.
Венесуэла (Боливарианская Республика) 2011 г.

25–49%

Ангола 2011 г.
Азербайджан 2011 г.
Болгария 2011 г.
Кабо-Верде 2012 г.
Египет 2008 г.
Сальвадор 2012 г.
Гренада 2011 г.
Гватемала 2012 г.
Гондурас 2010 г.
Ливан 2011 г.
Маршалловы Острова 2012 г.
Маврикий 2010 г.
Марокко 2012 г.
Намибия 2010 г.
Перу 2010 г.
Филиппины 2011 г.
Самоа 2011 г.
Сербия 2012 г.
Шри-Ланка 2010 г.
Бывшая Югославская Республика Македония 2010 г.
Украина 2010 г.
Узбекистан 2012 г.

50–74%

Албания 2005 г.
Антигуа и Барбуда 2012 г.
Беларусь 2011 г.
Белиз 2010 г.
Бенин 2012 г.
Камерун 2010 г.
Чад 2012 г.
Конго 2010 г.
Доминиканская Республика 2008 г.
Грузия 2012 г.
Индонезия 2010 г.
Ямайка 2010 г.
Кыргызстан 2012 г.
Мадагаскар 2012 г.
Монголия 2011 г.
Никарагуа 2010 г.
Нигер 2012 г.
Нигерия 2010 г.
Пакистан 2010 г.
Палау 2011 г.
Парагвай 2011 г.
Республика Молдова 2012 г.
Сент-Винсент и Гренадины 2012 г.
Суринам 2011 г.
Свазиленд 2009 г.
Того 2012 г.
Объединённая Республика Танзания 2005 г.
Йемен 2011 г.

75–100%

Афганистан 2012 г.
Армения 2012 г.
Бангладеш 2012 г.
Боливия (Многонациональное Государство) 2011 г.
Босния и Герцеговина 2009 г.
Буркина-Фасо 2010 г.
Бурунди 2012 г.
Камбоджа 2012 г.
Центральноафриканская Республика 2011 г.
Коморские Острова 2012 г.
Кот-д'Ивуар 2009 г.
Демократическая Республика Конго 2010 г.
Джибути 2012 г.
Эритрея 2009 г.
Фиджи 2012 г.
Гамбия 2008 г.
Гана 2011 г.
Гвинея 2012 г.
Гвинея-Бисау 2010 г.
Гаити 2011 г.
Иордания 2012 г.
Кения 2011 г.
Кирибати 2012 г.
Лаосская Народно-Демократическая Республика 2011 г.
Либерия 2011 г.
Малави 2011 г.
Мали 2010 г.
Мавритания 2012 г.
Микронезия (Федеративные Штаты) 2012 г.
Черногория 2009 г.
Мозамбик 2008 г.
Мьянма 2011 г.
Непал 2009 г.
Папуа-Новая Гвинея 2010 г.
Руанда 2009 г.
Сент-Люсия 2007 г.
Сан-Томе и Принсипи 2012 г.
Сенегал 2011 г.
Сьерра-Леоне 2009 г.
Соломоновы Острова 2011 г.
Сомали 2009 г.
Таджикистан 2011 г.
Тимор-Лешти 2009 г.
Тунис 2011 г.
Тувалу 2011 г.
Уганда 2008 г.
Вануату 2012 г.
Вьетнам 2010 г.
Замбия 2006 г.
Зимбабве 2012 г.

Страны, не предоставившие данные, или актуальные данные с разбивкой отсутствуют

Индия 2011 г.
Лесото 2010 г.
Тонга 2011 г.
Бутан
Гайана
Ирак
Ливия
Мальдивы
Словакия
Туркменистан

Источник: Глобальная Отчётность GARPR за 2013 г.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЛАНЫ

Ликвидация глобального дефицита ресурсов в связи со СПИДом была включена в список национальных приоритетов в 99 из 109 стран, предоставивших результаты промежуточной оценки. В 91 стране соответствующий целевой показатель был включён в национальные стратегические планы. Сорок процентов стран, в которых ликвидация дефицита ресурсов в связи со СПИДом официально признана приоритетной задачей (39 из 99), сообщают о том, что они отстают от достижения своего целевого показателя по мобилизации ресурсов к 2015 году.

Для того чтобы выполнить цель, установленную на 2015 год, необходимо найти дополнительное годовое финансирование по меньшей мере в размере 2,9–5,4 миллиарда долларов США. В своих промежуточных оценках страны определили несколько стратегий по ликвидации дефицита ресурсов с небольшими вариациями в приоритетных подходах в зависимости от региональных и социально-экономических условий и типа эпидемии.

Прежде всего страны выявили необходимость в устойчивом лидерстве и приверженности на высоком уровне для обеспечения национального инвестирования в достаточном объёме, соразмерном с платёжной способностью страны, бременем заболевания и темпами экономического роста. В промежуточных оценках подчёркивается важность разработки планов мобилизации ресурсов, которые бы чётко определяли потенциальные внутренние и международные источники финансирования. В качестве важной стратегии по ликвидации дефицита ресурсов страны определили необходимость создания и укрепления частно-государственных партнёрств, которые будут использовать ресурсы частного сектора, а также новаторские механизмы обеспечения устойчивого финансирования, такие как объединение средств, включение услуг в связи с ВИЧ в национальные программы социальной защиты и медицинского страхования и использование различных сборов и налогов для формирования новых финансовых средств.

В своих промежуточных оценках страны настойчиво призывают международное сообщество не прекращать поддержку мер по противодействию ВИЧ, особенно в момент, когда исторический прогресс может оказаться под угрозой из-за неопределённости в области финансирования. Даже при увеличении внутренних отчислений некоторые страны, особенно страны с малыми ресурсами и тяжёлым бременем ВИЧ, будут не в состоянии ликвидировать дефицит ресурсов без внешней помощи. Например, по оценкам Малави, внутренних средств достаточно для покрытия только 30% дефицита ресурсов в связи с ВИЧ. Аналогичным образом, согласно прогнозам, Вьетнаму, принявшему обязательство увеличить объёмы внутреннего финансирования в связи с ВИЧ на 20% в год в период с 2012 по 2020 годы, понадобится 100 миллионов долларов США в год в виде внешней помощи, чтобы обеспечить эффективность мер по противодействию ВИЧ.

ЮНЭЙДС призвала страны придерживаться инвестиционного подхода к финансированию в области ВИЧ и направлять ограниченные ресурсы на меры, территории и группы населения, где есть высокая вероятность максимальной отдачи. Осознавая сложную финансовую ситуацию в мире, а также необходимость срочно заложить основу для устойчивых ответных мер, всё больше стран разрабатывает «набор инвестиционных инструментов», направленных на мобилизацию достаточных ресурсов для осуществления «нужных действий» в «нужном объёме» с целью максимизации воздействия и минимизации будущих расходов. Ямайка, Нигерия и Таиланд уже разработали свои наборы инвестиционных инструментов, в то время как другие страны начали процесс их разработки.

Устойчивость финансирования в области ВИЧ – увеличение внутреннего финансирования посредством новаторских механизмов

В 2012 году Африканский союз (АС) предпринял дальновидный шаг, разработав «Дорожную карту по вопросам общей ответственности и глобальной солидарности против СПИДа, туберкулёза и малярии в Африке».² В рамках первого направления деятельности, обозначенного в Дорожной карте, подчёркивается необходимость в устойчивом финансировании в области ВИЧ посредством диверсификации источников финансирования для программ по СПИДу, туберкулёзу и малярии в регионе.

В Дорожной карте АС делает упор на новаторских подходах к мобилизации ресурсов, и в соответствии с этим принципом некоторые страны Африки отработали ряд стратегий по формированию новых внутренних значительных ресурсов для финансирования мер по противодействию ВИЧ. Несколько стран, таких как Эфиопия, Малави и Намибия, активизируют финансирование в области ВИЧ, обязуя различные государственные организации выделять как минимум 2% от своего бюджета на деятельность в связи с ВИЧ. Кения, Объединённая Республика Танзания и Замбия рассматривают варианты создания трастовых фондов по ВИЧ. В течение последних 12 месяцев Зимбабве внедрила национальный сбор на ВИЧ и СПИД в национальную систему налогообложения и сейчас отработывает способы дополнения этого сбора за счёт взносов частного и неофициального секторов. Находясь в поиске способов диверсификации и увеличения объёмов национального инвестирования в деятельность в связи с ВИЧ, Малави спрогнозировала, что при выделении на программы по ВИЧ 1% от существующего 5-процентного сбора на операционную прибыль телекоммуникационных компаний к 2013 году можно получить до 2,4 миллиона долларов США. В то же время в результате внедрения сбора в размере 3 центов за 1 минуту на звонки, поступившие в Малави, к 2013 году можно получить 5,4 миллиона долларов США для финансирования мер по противодействию ВИЧ. Аналогичным образом Намибия планирует получить 4,1 миллиона долларов США к 2020 году посредством введения сбора на авиаперелёты в размере 5 долларов США за каждого пассажира, вылетающего за пределы страны.

Несмотря на то что необходимость в снижении зависимости от международного финансирования мер по противодействию ВИЧ является особо насущной в странах Африки к югу от Сахары, страны в других регионах также работают над формированием устойчивого финансирования путём включения ВИЧ в более широкие механизмы финансирования сектора здравоохранения. Например, Молдова предоставляла лечение при ВИЧ и оппортунистических инфекциях в рамках своей национальной системы медицинского страхования, которая была инициирована в 2004 году. С 2005 года Таиланд аналогичным образом предоставлял доступ к бесплатному антиретровирусному лечению и добровольному консультированию и тестированию в связи с ВИЧ в рамках системы всеобщего медицинского страхования. Кроме того, Индия и Грузия также разрабатывают планы по включению важных услуг в связи с ВИЧ в стандартный страховой пакет в рамках своих систем всеобщего медицинского страхования.

Набор инвестиционных инструментов Нигерии

С целью исполнения обязательств, принятых в Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 года, и ускорения прогресса на пути обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ Нигерия разработала Президентский комплексный план ответных мер (ПКПОМ).³ Нигерия занимает второе место по количеству населения, живущего с ВИЧ, при этом только одна треть людей, соответствующих критериям для начала терапии, получают антиретровирусное лечение и только 18% ВИЧ-положительных беременных женщин получают антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку.

ПКПОМ направлен на ликвидацию текущего дефицита в сфере оказания услуг и финансирования и предлагает набор инвестиционных инструментов для финансирования деятельности в связи с ВИЧ. Набор инвестиционных инструментов позволяет провести оценку потребностей и пробелов, определить целевые направления деятельности, количественно измерить масштабы расширения, необходимого для устранения дефицита, спрогнозировать объёмы требуемого финансирования и проанализировать ожидаемые последствия в плане количества спасённых жизней, предотвращённых случаев инфицирования и сэкономленных расходов.

В рамках ПКПОМ были определены следующие приоритетные направления для расширения на последующие три года: профилактика передачи ВИЧ половым путём среди молодых людей и ключевых групп населения, подвергающихся более высокому риску инфицирования, консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, предоставление лечения и ухода нуждающимся в нём людям и профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку. В отношении приоритетных мер в ПКПОМ заложены такие целевые показатели по охвату, как расширение мер по профилактике ВИЧ среди ключевых групп населения на 140% и расширение предоставления антиретровирусного лечения беременным женщинам на 400%.

Согласно прогнозам Нигерии, реализация Президентского плана позволит спасти 46 000 жизней и предотвратить 105 000 новых случаев инфицирования к 2015 году. Прогнозируется, что ПКПОМ позволит спасти жизнь 13 000 детей и предотвратить 55 000 новых случаев инфекции среди детей. Общий прогнозируемый объём сэкономленных средств составляет 1,65 миллиарда долларов США в результате отсрочки или предотвращения расходов на лечение в связи с ВИЧ.

Для того чтобы реализовать план, его необходимо профинансировать. По оценкам, общий объём инвестирования в области ВИЧ в Нигерии необходимо увеличить на 37%. ПКПОМ призывает к увеличению внутренних инвестиций на 73%, что позволит повысить долю общих внутренних расходов в связи с ВИЧ с 25% до 45% в период с 2014 по 2015 годы. Тем не менее, согласно прогнозам, страна будет не в состоянии ликвидировать дефицит ресурсов только за счёт внутреннего финансирования. С целью содействия мобилизации необходимых ресурсов ПКПОМ призывает снизить расходы на управление программами, что позволит сэкономить 27,3 миллиона долларов США, которые могут быть реинвестированы в профилактическую деятельность.

7. УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Гендерное неравенство и негативные гендерные нормы по-прежнему содействуют развитию эпидемии ВИЧ и способствуют распространению практики незащищённого секса и снижению доступа к услугам в связи с ВИЧ и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья для мужчин, женщин и трансгендерных лиц. Эпидемия накладывает особо сильное бремя на женщин и девочек. Вдобавок к более высокой биологической уязвимости женщин к ВИЧ-инфицированию, неблагоприятные социальные, правовые и экономические условия, с которыми постоянно сталкиваются женщины, ограничивают их способность защититься от ВИЧ-инфекции, а также ограничивают доступ к важным услугам в связи с ВИЧ и услугам по охране репродуктивного здоровья, в частности для женщин, живущих с ВИЧ. Женщины и девочки также несут на себе бремя по оказанию первичной медицинской помощи, зачастую предоставляя такие жизненно важные услуги безвозмездно. Несмотря на то что в страновых отчётах признаётся значимость гендерного равенства в обеспечении эффективности мер по противодействию ВИЧ, необходимы целенаправленные инвестиции и усиленное политическое лидерство для достижения глобальной цели устранения гендерного неравенства и жестокого обращения и насилия на гендерной почве и расширения возможностей женщин и девочек защитить себя от ВИЧ.

УСТОЙЧИВОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ

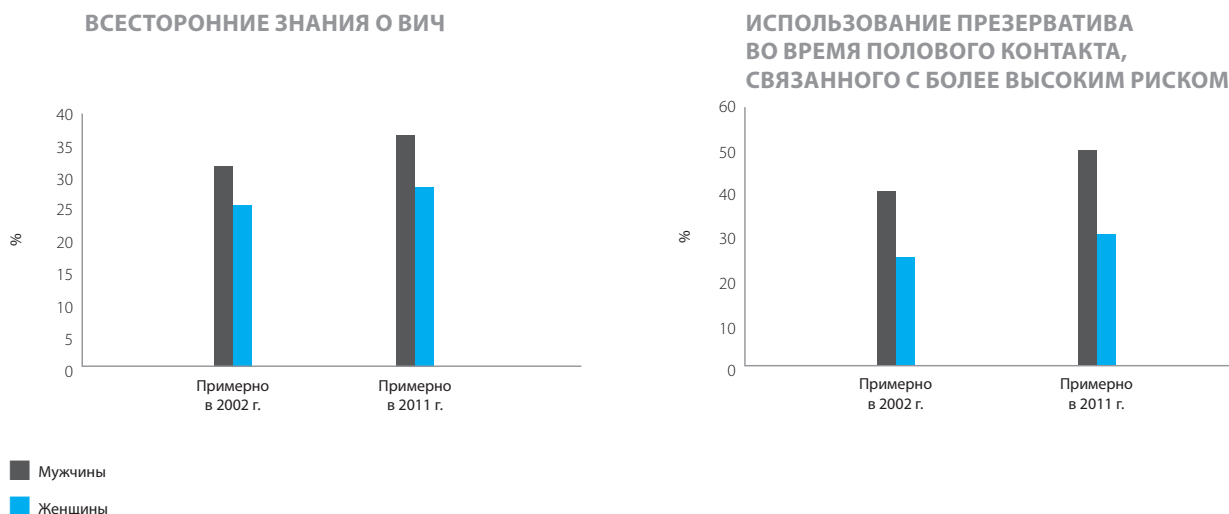
В мире женщины составляют 52% всех людей, живущих с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, а мужчины – 48%. Однако в Африке к югу от Сахары, центре глобальной эпидемии, 57% всех людей, живущих с ВИЧ, всё ещё приходится на женщин.

Помимо более высокой биологической уязвимости женщин к ВИЧ-инфицированию, в число гендерных факторов неравенства входят уязвимость к изнасилованию, вступление в половую связь с мужчинами старшего возраста¹, неравный доступ к образованию² и неравные экономические возможности.³ Это ещё больше усугубляет риски, связанные с ВИЧ, для девочек и молодых женщин. По сравнению с мужчинами, женщинам грозит более высокий риск ВИЧ-инфицирования в раннем возрасте, в результате чего глобальная распространённость ВИЧ среди девочек и молодых женщин в два или более раз выше, чем среди мужчин того же возраста.⁴

В странах Африки к югу от Сахары национальные исследования показывают, что у молодых женщин (в возрасте от 15 до 24 лет) более низкий уровень точных и всесторонних знаний о ВИЧ, чем у молодых мужчин того же возраста. Молодые женщины в странах Африки к югу от Сахары также реже сообщают об использовании презерватива во время последнего полового контакта (см. рисунок 7.1).

РИСУНОК 7.1

Уровни знаний о ВИЧ и использования презервативов во время полового контакта, связанного с более высоким риском, среди молодых мужчин и женщин (15–24 года), примерно в 2002 и 2011 годах в Африке к югу от Сахары



Источник: Данные обследований в области демографии и здравоохранения, страны с доступными данными в Африке к югу от Сахары

Помимо непосредственного влияния ВИЧ-инфекции на здоровье, эпидемия также пагубно сказывается на здоровье и благосостоянии женщин иным образом. В странах с высокой распространённостью ВИЧ среди молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет заболеваемость туберкулёзом в 1,5–2 раза выше, чем среди мужчин в той же возрастной группе.⁵ Женщины, живущие с ВИЧ, также имеют повышенный риск развития рака шейки матки, что

подчёркивает крайнюю необходимость в предоставлении женщинам доступа к тестированию и лечению в связи с ВИЧ, а также к комплексным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.⁶ Также женщины сталкиваются со значительными препятствиями при получении доступа к услугам ввиду экономических ограничений и гендерной дискриминации.⁷ Кроме того, женщины и девочки несут на себе несоразмерное бремя по уходу, что ограничивает их образовательные и экономические возможности.⁸

ВИЧ оказывает особо сильное влияние на женщин в ключевых группах населения. По оценкам, глобальная распространённость ВИЧ среди женщин секс-бизнеса составляет 12% и возрастает до примерно 30% в странах со средней и высокой распространённостью ВИЧ.⁹ Несмотря на скудность имеющихся данных, глобальный анализ доступной информации показал, что вероятность того, трансгендерные женщины живут с ВИЧ, в 49 раз больше, чем среди женщин в целом, при этом суммарный показатель распространённости ВИЧ среди трансгендерных женщин составляет 19%.¹⁰

Несмотря на особое внимание, уделяемое в Африке к югу от Сахары мерам реагирования, которые учитывают гендерные особенности, женщины, особенно в ключевых группах населения, подвергаются существенному риску ВИЧ-инфицирования и, кроме того, несут на себе несоразмерное социально-экономическое бремя в странах с концентрированной эпидемией. В Азиатско-Тихоокеанском регионе, где среди людей, живущих с ВИЧ, мужчин больше чем женщин, женщины в домохозяйствах, затронутых ВИЧ, чаще имеют долги и выполняют основную часть обязанностей по уходу.¹¹

Уязвимость трансгендерных женщин к ВИЧ-инфицированию также возрастает в результате гендерного неравенства. Проявлением такого неравенства является непризнание гендерной идентичности, что приводит к отказу в основных гражданских правах, таких как доступ к достоверным документам, удостоверяющим личность. В результате этого трансгендерные женщины зачастую не в состоянии получить доступ к услугам в связи с ВИЧ и сталкиваются с дискриминационным отношением со стороны поставщиков медицинских услуг.¹²

Неравные гендерные нормы также подрывают эффективность мер по противодействию ВИЧ для мужчин. Широко распространённые представления о мужском превосходстве подталкивают мужчин к рискованному сексуальному поведению и удерживают их от обращения за медицинскими услугами и услугами в связи с ВИЧ.¹³ Кроме того, услуги по охране здоровья зачастую не отвечают потребностям мужчин – часы работы медицинских учреждений совпадают с рабочими часами мужчин, а поставщики медицинских услуг зачастую не учитывают специфику мужских потребностей.¹⁴ В результате снижается вероятность того, что мужчины будут проходить тестирование на ВИЧ, на момент постановки на антиретровирусное лечение мужчины имеют более низкое число клеток CD4, а также снижается вероятность того, что они останутся на лечении.^{15,16} Таким образом, смертность вследствие СПИДа среди мужчин, получающих антиретровирусную терапию, неизменно выше, чем среди женщин.^{17,18}

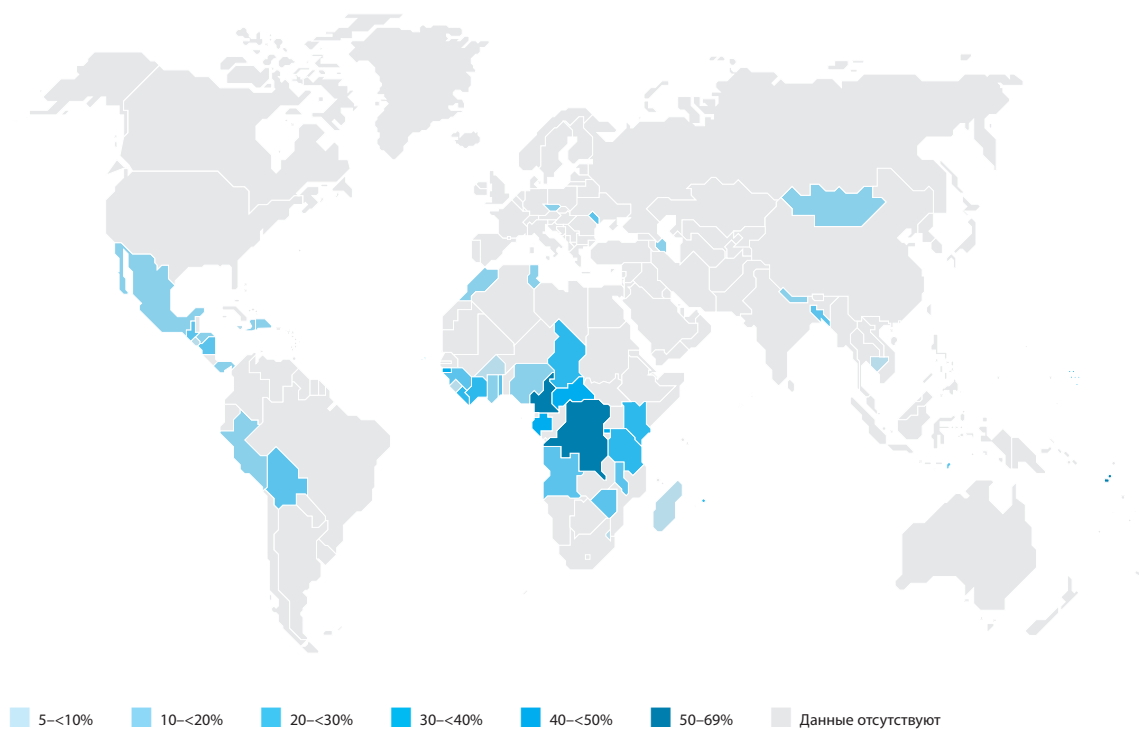
ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И УЯЗВИМОСТЬ ЖЕНЩИН К ВИЧ

Гендерное насилие – это распространённое во всём мире явление и серьёзное нарушение прав человека. Почти в 50 странах, предоставивших данные о распространённости насилия со стороны интимного партнёра, 9–60% женщин в возрасте от 15 до 49 лет сообщили о том, что они подвергались насилию со стороны интимных партнёров в течение последних 12 месяцев (см. рисунок 7.2).

Гендерное насилие повышает риск ВИЧ-инфицирования. Согласно двум последним исследованиям среди женщин в Уганде (15–49 лет) и Южной Африке (15–26 лет), вероятность ВИЧ-инфицирования у женщин, подвергнувшихся насилию со стороны интимного партнёра, на 50% выше, чем у женщин, не подвергавшихся насилию.^{19, 20}

РИСУНОК 7.2

Насилие со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев, по сообщениям женщин в возрасте от 15 до 49 лет



Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

Женщины в ключевых группах населения, такие как женщины, потребляющие инъекционные наркотики, работницы секс-бизнеса и трансгендерные женщины, подвергаются особому риску насилия.^{21, 22} Исследования в различных странах выявили высокую распространённость изнасилований, физического насилия и других форм жестокого обращения среди работников секс-бизнеса.^{23, 24} Женщины в странах, затронутых конфликтом, имеют повышенную уязвимость к сексуальному насилию

и массовым изнасилованиям во время конфликтов.²⁵ Трансгендерные женщины, многие из которых работают в сфере секс-бизнеса ради выживания, также зачастую подвергаются насилию и жестокому обращению.²⁶ «Корректирующее» изнасилование лесбиянок является ещё одним источником травмы и риска ВИЧ-инфицирования.

Связь между насилием в отношении женщин и повышенным риском ВИЧ-инфицирования многогранна и имеет социальный, физиологический и психологический аспекты. Насилие, пережитое в детстве, связано с более рискованным поведением в более старшем возрасте.²⁷ Страх перед насилием ограничивает возможность женщин и девочек договориться о более безопасном сексе.²⁸ Обеспокоенность по поводу возможной стигмы и дискриминации, жестокого обращения и насилия ещё больше удерживает женщин от обращения за услугами по тестированию на ВИЧ и другими важными услугами по охране здоровья. Сексуальное насилие может привести к травматическим повреждениям женских половых органов, что в свою очередь повышает уязвимость к ВИЧ-инфицированию; при этом биологическая уязвимость выше в случае, если женщина подвергается сексуальному насилию в детстве или подростковом возрасте или неоднократному насилию.²⁹ Последствия насилия могут быть особо тяжкими для работниц секс-бизнеса, женщин, потребляющих инъекционные наркотики, и трансгендерных женщин в результате совокупного воздействия множественных проявлений стигмы и дискриминации.

Одно исследование, проведённое в Уганде, показало, что 29% обследованных женщин, живущих с ВИЧ, сообщили о физическом или сексуальном насилии со стороны интимного партнёра за последние 12 месяцев и что вероятность того, что женщины, находящиеся на антиретровирусном лечении, сообщат о насилии со стороны интимного партнёра в два раза выше.³⁰ Такое насилие отчасти может объясняться тем фактом, что женщины, чаще обращающиеся за услугами по тестированию, скорее всего, первыми в домохозяйстве, узнают о своём ВИЧ-статусе и, таким образом, могут подвергаться осуждению.

Несмотря на вызывающую тревогу распространённость и тяжкие последствия гендерного насилия, женщины, подвергнувшиеся насилию, по-прежнему получают услуги совершенно ненадлежащего качества. Недавнее исследование в Кении показало, что только четверть женщин и 13% мужчин в возрасте от 18 до 24 лет, подвергнувшихся сексуальному насилию в возрасте до 18 лет, знали о том, куда обратиться за помощью.³¹

СТРАТЕГИИ ПРИНЯТИЯ МЕР ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ИЗМЕНЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Всё в большей степени в мерах по противодействию ВИЧ делается акцент на гендерное равенство. Такая направленность имеет особую распространённость в странах Африки к югу от Сахары, но в меньшей мере распространена в странах, где эпидемии сконцентрированы среди ключевых групп населения.³² На Ближнем Востоке и в Северной Африке и в Восточной Европе и Центральной Азии гендерные вопросы, включая гендерное насилие, зачастую не включаются в национальные меры по противодействию, при этом в этих странах сбор данных с разбивкой по полу или участие женских сетей и групп женщин, живущих с ВИЧ, носят ограниченный характер.

По данным стран, которые провели промежуточную оценку реализации Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 года, устранение гендерного неравенства признаётся как критически важный компонент эффективных мер по противодействию ВИЧ для женщин. Сто стран из 109, представивших свои отчёты в 2013 году, обозначили ликвидацию гендерного неравенства в качестве национального приоритета. Тем не менее в 2013 году только 52% стран сообщили о том, что они выполняли обязательства по устранению гендерного неравенства. Несмотря на то что обязательства, принятые правительствами стран, подают надежды, существует необходимость в срочном и более последовательном их преобразовании в активные действия.

Рисунок 7.3 показывает, что страновые стратегии и распределение ресурсов особенно отстают по ключевым аспектам комплексных усилий по преодолению гендерного неравенства: расширение участия мужчин и возможностей женщин, а также предоставление услуг по удовлетворению потребностей и соблюдению прав женщин в области охраны их сексуального и репродуктивного здоровья и доступа к профилактике ВИЧ и иным услугам в связи с ВИЧ. Едва ли половина стран собирает данные о связи между ВИЧ и гендерным насилием, и менее четверти национальных стратегических планов по ВИЧ направлены на устранению гендерного насилия.³³

РИСУНОК 7.3

Стратегии, касающиеся ключевых компонентов программ в области ВИЧ, направленных на изменение гендерных отношений, в 72 странах



Источник: Промежуточная оценка реализации «Повестки ЮНЭЙДС для ускорения страновых действий с целью решения проблем женщин, девочек, гендерного равенства и ВИЧ», доклад для Координационного совета программы ЮНЭЙДС 2012 г.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

Для того чтобы достичь цели «ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль смертей вследствие СПИДа и ноль дискриминации», необходима нулевая терпимость к гендерному насилию. Для этого требуется устойчивый прогресс с целью устранению гендерного неравенства. Эффективные меры по противодействию ВИЧ должны быть направлены на преодоление и изменение негативных гендерных норм, способствующих развитию эпидемии ВИЧ. Несмотря на то что была проделана большая работа, страны должны инвестировать в ряд стратегических направлений при поддержке гражданского общества и партнёров в области развития.

В частности, страны должны работать над снижением распространённости ВИЧ-инфекции среди девочек и молодых женщин путём их защиты от сексуального насилия и предоставления всеобщего доступа к всестороннему просвещению по вопросам ВИЧ и услугам по социальной защите. С целью обеспечения доступа девушкам и молодым женщинам могут понадобиться отдельные точки доступа к необходимым услугам. Необходимы стратегические и программные усилия для преобразования негативных гендерных норм с целью предотвращения гендерного насилия и предоставления комплексных услуг пережившим гендерное насилие.

Услуги в связи с ВИЧ должны в большей мере учитывать специфику потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и гендерных нужд и прав женщин, мужчин и трансгендерных лиц во всём их разнообразии, особенно тех, кто живёт с ВИЧ, в ключевых группах населения, подвергающихся повышенному риску инфицирования или живущих в странах, затронутых конфликтом. Существует необходимость в инвестировании в доказательную базу для того, чтобы успешно преодолевать гендерные аспекты эпидемии ВИЧ. Контекст эпидемии и соответствующие меры по противодействию должны исследоваться с учётом гендерной проблематики и с проведением инклюзивной оценки, основанной на принципах участия.

В повестке дня в области развития после 2015 года потребностям женщин и девочек необходимо придать приоритетное значение. В обсуждениях, касающихся приоритетов на период после 2015 года, такие цели, как «ноль дискриминации, ноль терпимости к гендерному насилию и ноль нарушений прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья», должны занять центральное место в стратегиях развития на национальном и международном уровнях.

РАСШИРЕНИЕ УЧАСТИЯ ТРАНСГЕНДЕРНОГО СООБЩЕСТВА В НИКАРАГУА

Численность женского трансгендерного сообщества в Никарагуа составляет примерно 3000 человек, при этом оценочная распространённость ВИЧ находится на уровне 15–19%. С целью реагирования на потребности трансгендерного сообщества в услугах по охране здоровья девять организаций объединили усилия для выработки Стратегического плана комплексного медицинского обслуживания для трансгендерного населения.

Процесс разработки плана включал в себя ситуационный анализ, определение приоритетности мер, планирование и выявление ресурсов. В рамках анализа существующих фактических данных об основополагающих движущих факторах эпидемии среди трансгендерного населения были определены наиболее полноценные исследования социально-экономических факторов, условий жизни и труда, медицинского обслуживания, биологических и генетических факторов, социальных и общественных сетей и норм поведения.

План направлен на устранение пробелов, касающихся социальных факторов, обуславливающих риск ВИЧ-инфицирования и уязвимость

трансгендерных лиц в Никарагуа. В число ключевых действий входят адвокати́рование правовых реформ, содействие развитию прав человека, мобилизация финансовых ресурсов, проведение обучающих семинаров, обучение в области здравоохранения и реализация коммуникационных стратегий, направленных на изменение поведения. Несмотря на сложность и грандиозность поставленных в плане целей, более 80% трансгендерных участников процесса планирования считают, что предлагаемые действия осуществимы.

Политическое лидерство в области мер, направленных на изменение гендерных отношений, в Либерии и Руанде

В мерах по противодействию ВИЧ в Либерии в настоящий момент задействован ряд организаций гражданского общества, таких как Католическая и Лютеранская церкви, Неравнодушные мусульмане Либерии, традиционные лидеры и Либерийская сеть женщин, живущих с ВИЧ, которые принимают активное участие в решении проблем в связи с ВИЧ и гендерных вопросов. Женщины, живущие с ВИЧ, совместно с Министерством по гендерным вопросам и развитию также имеют представителей в Страновом координационном комитете Глобального фонда, наивысшем национальном директивном органе Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Постановлением парламента была учреждена Национальная комиссия по СПИДу под руководством Президента. В неё входят представители женщин, живущих с ВИЧ, и Министерства по гендерным вопросам и развитию; эта Комиссия ежегодно получает от Правительства официальные бюджетные ассигнования. Правительство учредило Управление по вопросам ВИЧ при Министерстве по гендерным вопросам и развитию и в значительной степени финансирует его деятельность для того, чтобы координировать усилия в области СПИДа и гендерной проблематики; кроме того, была внесена поправка в Закон о здравоохранении с целью защиты прав людей, включая женщин, живущих с ВИЧ.

В 2012 году в Либерии была проведена промежуточная оценка реализации Национального рабочего плана по решению проблем женщин, девочек, гендерного равенства и ВИЧ, которая показала, что в результате выполнения плана усилились национальные меры по противодействию СПИДу и была установлена взаимосвязь с более широкими мерами по устранению гендерного насилия и наращиванию потенциала Правительства. Реализация Плана была начата в 2010 году Президентом Элен Джонсон-Серлиф совместно с Исполнительным директором ЮНЭЙДС Мишелем Сидибэ и принцессой Матильдой Бельгийской для содействия в восстановлении национальной системы здравоохранения, которая была разрушена во время гражданской войны, и для ликвидации высокого уровня изнасилований и сексуального насилия в отношении девочек и женщин.

8. УСТРАНИТЬ СТИГМУ, ДИСКРИМИНАЦИЮ, КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ И ПРАКТИКУ В СВЯЗИ С ВИЧ

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ по-прежнему являются основным препятствием на пути принятия эффективных мер по противодействию ВИЧ во всём мире. Исследования для определения индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, и другие исследования позволили количественно измерить и глубже понять распространённость и последствия стигмы и дискриминации, при этом значительная доля людей, живущих с ВИЧ, сообщила о дискриминации при приёме на работу и отказе в оказании услуг по планированию семьи, стоматологическом и другом медицинском обслуживании (см. таблицу 8.1).

ВЛИЯНИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

Многочисленные исследования обнаруживают связь между стигмой в связи с ВИЧ и отсроченным прохождением тестирования на ВИЧ, несообщением ВИЧ-статуса партнёру и низким спросом на услуги в связи с ВИЧ.^{1,2,3,4} Стигма и дискриминация продолжает иметь место во многих учреждениях здравоохранения, при этом люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с осуждением со стороны поставщиков медицинских услуг, а также с отказом в обслуживании. Поступают многочисленные сообщения о принудительной стерилизации женщин, живущих с ВИЧ, включая случаи, повлёкшие за собой судебный процесс в некоторых странах, таких как Чили⁵, Кения⁶ и Намибия⁷.

Люди, подвергающиеся стигме и дискриминации, сообщают о ряде негативных последствий, включая потерю дохода, социальную изоляцию и неспособность принимать полноценное участие в жизни общества по причине их ВИЧ-статуса. Согласно результатам исследований, проведённых в рамках определения индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, проявления стигмы и дискриминации вызывают глубокие психологические расстройства, которые приводят к возникновению чувства вины, стыда и мыслей о самоубийстве. Ввиду пагубного влияния стигмы и дискриминации как на людей, живущих с ВИЧ, так и на эффективность программ в области ВИЧ, Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству призвала страны принять срочные меры по отмене карательных законов и запрету дискриминации.⁸

ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ОТ ДИСКРИМИНАЦИИ В СВЯЗИ С ВИЧ

Защитное законодательство, надлежащим образом обеспеченное ресурсами и применяемое на практике, способствует расширению доступа к важным медицинским и социальным услугам, повышению качества и эффективности услуг и защите людей, живущих с ВИЧ или уязвимых к ВИЧ, от стигмы, дискриминации и насилия. В 2012 году 61% стран сообщили о наличии антидискриминационных законов, направленных на защиту людей, живущих с ВИЧ.

ТАБЛИЦА 8.1

Люди, живущие с ВИЧ, сообщившие об отказе им в оказании медицинских услуг и приёме на работу из-за их ВИЧ-статуса за последние 12 месяцев, выборочные страны, 2008–2013 гг.

	ОТКАЗ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ И/ИЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ (%)	ОТКАЗ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ (%)	ОТКАЗ В ПРИЁМЕ НА РАБОТУ (%)
Аргентина	16	45	13
Бангладеш	4	4	9
Беларусь	18	19	6
Боливия	19	5	10
Камерун	2	3	7
Китай	12	...	15
Колумбия	27	...	9
Демократическая Республика Конго	6	...	13
Доминиканская Республика	8	2	10
Эквадор	20	5	10
Сальвадор	8	4	3
Эфиопия	7	6	21
Фиджи	13	11	14
Германия	19	...	...
Гватемала	6	10	3
Ямайка	3	...	...
Малави	5	8	...
Малайзия	...	...	12
Мексика	14	2	5
Молдова	13	2	5
Мьянма	10	35	15
Непал	21	3	4
Нигерия	21	6	...
Пакистан	33	3	35
Парагвай	17	4	9
Филиппины	8	6	...
Польша	20	3	11
Россия	10	5	3
Руанда	13	88	37
Южная Африка (ОР-Тамбо, Восточная Капская провинция)	5	7	3
Шри-Ланка	...	...	4
Свазиленд	4	1	3
Таиланд	20	14	26
Украина	20	3	8
Замбия	8	10	17

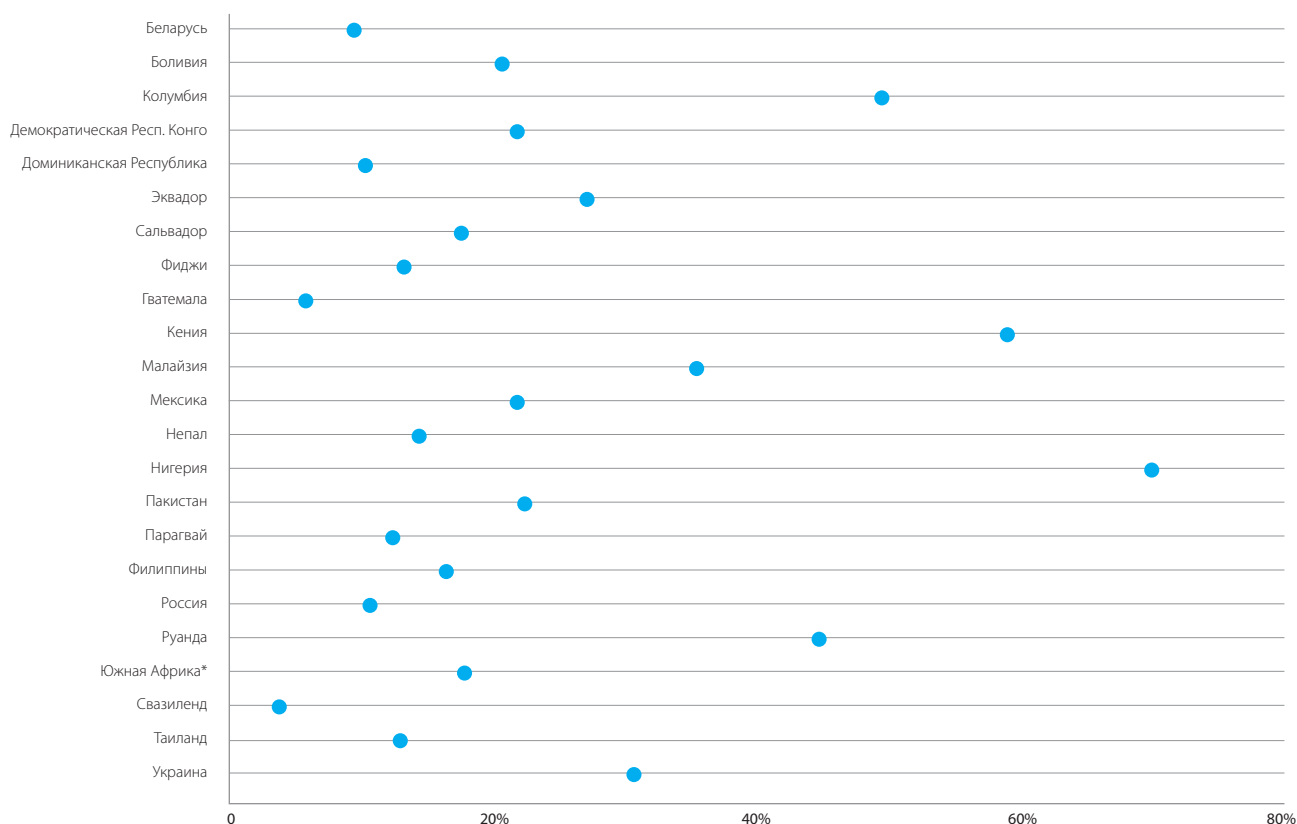
Источник: Исследования, проведённые в рамках определения индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, www.stigmaindex.org

Тем не менее многие люди, чьи права нарушаются, не добиваются их защиты с помощью юридических средств.⁹ В 17 из 23 стран, где проводилось исследование для определения индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, в суд обращалось менее 30% людей, живущих с ВИЧ, чьи права были нарушены (независимо от того, были ли судебное требование удовлетворено) (см. рисунок 8.1).

Для того чтобы обеспечить доступ к судебной защите, должны существовать правовые услуги в связи с ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ. В 2012 году 55% стран сообщили о наличии правовых услуг в связи с ВИЧ (по сравнению с 45% в 2008 году), в то время как 57% стран указали, что судьи и магистраты прошли обучение по вопросам дискриминации в связи с ВИЧ (что выше, чем 46% в 2008 году). Процентная доля стран, сообщивших о наличии бесплатных правовых услуг или услуг по сниженной стоимости для людей, живущих с ВИЧ, оказываемых через частные юридические фирмы или центры на базе университетов, возросла с 39% в 2008 году до 52% в 2012 году (см. рисунок 8.2).

РИСУНОК 8.1

Люди, живущие с ВИЧ, чьи права были нарушены и которые обращались в суд, выборочные страны, 2008–2013 гг.

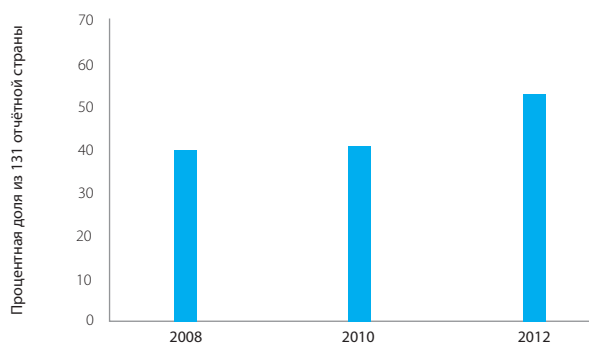


Источник: Исследования, проведённые для определения индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, выборочные страны, 2008–2013 гг., www.stigmaindex.org

* ОР-Тамбо, Восточная Капская провинция

РИСУНОК 8.2

Страны, в которых частные юридические фирмы или центры на базе университетов предоставляют бесплатные правовые услуги или услуги по сниженной стоимости для людей, живущих с ВИЧ



Источник: 2008 г., 2010 г., 2012 г., страновая отчётность по НКИП, неправительственные источники (www.unaids.org/ncpi)

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ НЕРАЗГЛАШЕНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СТАТУСА, СОЗДАНИЯ ОПАСНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЛЯ ДРУГОГО ЛИЦА И ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

По состоянию на 2013 год в 63 странах есть по меньшей мере одна административно-территориальная единица, в которой действуют положения, касающиеся ВИЧ и предусматривающие преследование по закону за неразглашение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности заражения ВИЧ-инфекцией и передачу ВИЧ. В других странах неразглашение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности ВИЧ-инфицирования или передача ВИЧ приравнивались к таким уголовно-наказуемым преступлениям, как посягательство сексуального характера, нанесение тяжких телесных повреждений, преступная халатность, непредумышленное убийство или покушение на убийство.

Анализ этих законов и случаев судебного преследования за неразглашение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности ВИЧ-инфицирования или передачу ВИЧ показывает, что они не учитывают наилучшие доступные научные и медицинские факты в области ВИЧ, касающиеся способов передачи ВИЧ и пользы лечения.¹⁰ Кроме того, в этих законах и судебных процессах зачастую игнорируются общеприменимые нормы уголовного права и принципы соблюдения прав человека. Например, были зафиксированы случаи судебного преследования людей, живущих с ВИЧ, за создание опасности ВИЧ-инфицирования для другого лица в отношении таких поступков, как плевки и укусы, которые не представляют угрозы передачи ВИЧ.¹¹

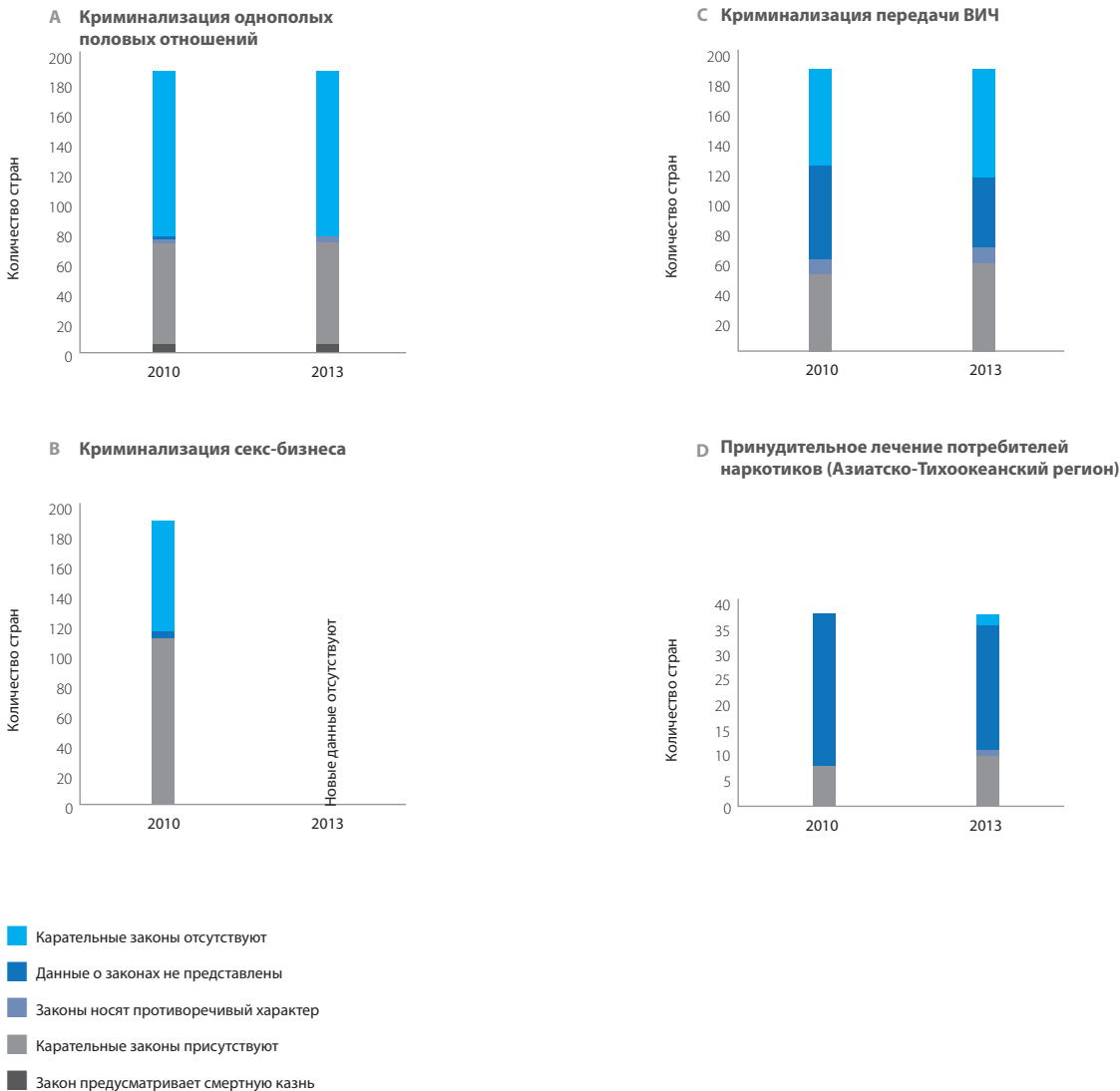
Также были зафиксированы случаи судебного преследования людей, живущих с ВИЧ, за вступление в половой контакт с использованием презерватива.¹² Такие случаи преследования противоречат наилучшим доступным научным и медицинским фактам и, скорее всего, приведут к вынесению несправедливого приговора. Судебное преследование людей, живущих с ВИЧ, за такие действия также являются контрпродуктивными, поскольку они создают атмосферу страха, что подрывает усилия в области

здравоохранения, направленные на содействие добровольному обращению людей за услугами по профилактике, тестированию и лечению в связи с ВИЧ.

В соответствии с рекомендациями Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству некоторые страны начали процесс пересмотра таких законов, ограничили их применение или полностью их отменили (см. рисунок 8.3). В 2011 году Фиджи исключили уголовную ответственность за передачу ВИЧ или создание опасности ВИЧ-инфицирования для другого лица из более широкого закона о ВИЧ; Гайана решительно отклонила предложенный законопроект об уголовной ответственности, касающийся ВИЧ; и по меньшей мере четыре страны Африки – Конго, Гвинея, Сенегал и Того – с 2010 года применяют уголовное право исключительно к делам, касающимся умышленной передачи ВИЧ. С целью оказания поддержки странам в этой области ЮНЭЙДС недавно опубликовала новые руководящие указания: «Прекращение чрезмерно широкой криминализации неразглашения ВИЧ-положительного статуса, создания опасности ВИЧ-инфицирования для другого лица и передачи ВИЧ».¹³

РИСУНОК 8.3

Карательные законы, касающиеся ВИЧ, 2010–2013 гг.



Источники:

Криминализация однополых половых отношений

2010: Международная ассоциация лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов. Гомофобия, спонсируемая государством (доступ получен 8 апреля 2010 г.).

2013: Международная ассоциация лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов. Гомофобия, спонсируемая государством (опубликовано в мае 2013 г., 8-е издание).

Криминализация секс-бизнеса

2010: Государственный департамент США, 2009 г. Страновые отчёты о правозащитной деятельности.

Криминализация передачи ВИЧ

2010: Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ. Глобальный обзор криминализации (доступ получен 8 апреля 2013 г.).

2013: Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ. Глобальный обзор криминализации (доступ получен 23 июня 2013 г.).

Принудительное лечение потребителей наркотиков

2010: Международная федерация по регулированию рождаемости. Приговор вирусу: общественное здравоохранение, права человека и уголовное законодательство.

2013: ЮНЭЙДС. Карательные законы препятствуют осуществлению ответных мер в Азиатско-Тихоокеанском регионе, июнь 2013 г.

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Карательные законы, направленные на ключевые группы населения, подвергающиеся повышенному риску ВИЧ-инфицирования, по-прежнему широко распространены по всему миру. В 2012 году неправительственные источники информации в 70% стран и центральные правительства в 60% стран сообщили о наличии законов, положений или норм, препятствующих оказанию эффективных услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ ключевым и уязвимым группам населения.

76 стран из 193 в настоящее время криминализуют однополые отношения, при этом в некоторых административно-территориальных единицах предусмотрена смертная казнь в случае вынесения обвинительного приговора по данным статьям закона.¹⁴ Семь из десяти стран, получающих наибольшие объёмы финансирования от Глобального фонда, а также более половины из 88 стран, получающих поддержку в рамках ПЕПФАР, криминализуют половые отношения по обоюдному согласию среди лиц одного пола.¹⁵

Карательные законодательные нормы, касающиеся потребления наркотиков, включая суровые наказания за хранение малого количества наркотиков для личного пользования, криминализацию наркотической зависимости, принудительное содержание в наркологических учреждениях и запреты на опиоидную заместительную терапию или программы обмена игл и шприцев, препятствуют или мешают потребителям инъекционных наркотиков получать крайне необходимые им услуги.¹⁶ Условия принудительного содержания в наркологических учреждениях в некоторых странах настолько суровы, что Специальный докладчик ООН по вопросу о пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания выступил с резким их осуждением в 2013 году.¹⁷ В 2012 году 12 учреждений системы ООН совместно призвали к закрытию наркологических и реабилитационных центров принудительного содержания.

В большинстве стран применяются законы, криминализирующие некоторые аспекты секс-бизнеса,¹⁸ при этом работники секс-бизнеса зачастую подвергаются преследованию и ненадлежащему обращению со стороны правоохранительных органов. Программа развития ООН (ПРООН), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), ЮНЭЙДС и Сеть проектов работников секс-бизнеса призвали к декриминализации секс-бизнеса и устранению случаев неправоудного применения законов и норм в отношении работников секс-бизнеса.

В то время как в некоторых странах ситуация для ключевых групп населения усугубляется, в других странах наблюдаются некоторые многообещающие признаки в области лидерства и новаторства с целью предоставления ключевым группам населения услуг, основанных на соблюдении их прав. Например, Малайзия уходит от использования наркологических и реабилитационных центров принудительного содержания и создаёт сеть клиник по «лечению и уходу», не предусматривающих лишения свободы, что обусловило снижение уровня потребления инъекционных наркотиков на 37% и арестов – на 76%.¹⁹ Комиссия Южной Африки по гендерному равенству, конституционно уполномоченный орган, рекомендовала декриминализовать секс-бизнес на основании соблюдения прав человека.²⁰ В июне 2013 года

Верховный суд США отменил требование о соблюдении государственной политики по борьбе с «проституцией» для получения госбюджетного финансирования.

ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ СТИГМЫ В СВЯЗИ С ВИЧ

Программы по противодействию стигме наиболее эффективны, если они в то же время направлены на преодоление индивидуальных, организационных и общественно-политических факторов, способствующих стигме и дискриминации.²¹ Имеющиеся факты свидетельствуют о том, что программы по противодействию стигме снижают уровень социальной изоляции и повышают приверженность лечению от ВИЧ.²² С учётом особой серьёзности последствий дискриминации в учреждениях здравоохранения для людей, живущих с ВИЧ, необходимо активизировать усилия по ослаблению стигматизирующего отношения и поведения со стороны медицинских работников.

Недавний систематический анализ показал значительное расширение за последнее десятилетие доказательной базы для разработки эффективных программ по ослаблению стигматизирующего и дискриминационного отношения.²³ Несмотря на явную пользу усилий по борьбе со стигмой для мер по противодействию ВИЧ, такие программы по-прежнему не получают достаточных ресурсов. Хотя доля грантовых средств Глобального фонда, предназначенная для финансирования деятельности по устранению стигмы и содействию правам человека, возросла с 13% в 8-м раунде до 62% в 10-м раунде, проведённая оценка показывает, что меры по противодействию стигме зачастую не включены в рабочие планы, бюджеты или рамочные программы оценки эффективности, финансируемые за счёт грантовых средств.²⁴

ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ

Почти все страны, предоставившие результаты промежуточных оценок (103 из 109), включили ликвидацию стигмы и дискриминации в список национальных приоритетов, при этом 99 стран интегрировали данную цель в свои национальные стратегические планы по ВИЧ. Несмотря на то что в национальных промежуточных оценках в явной форме признаётся пагубное влияние стигмы и дискриминации на национальные меры по противодействию ВИЧ, 62% стран в Восточной и Южной Африке и 50% в Азиатско-Тихоокеанском регионе сообщают о том, что они не выполняют показателей по устранению стигмы и дискриминации.

Помимо недостатка стратегической информации о стигме и дискриминации и неудовлетворительного обеспечения исполнения существующих антидискриминационных положений, в национальных промежуточных оценках также говорится о ненадлежащем финансировании программ, направленных на снижение стигмы и дискриминации, как об основном препятствии на пути полного искоренения дискриминации. Из 133 стран, представивших отчёты по расходам в связи с ВИЧ, большинство (54%) стран совсем не инвестировали средств в программы в области прав человека, а из тех, которые инвестировали, всего восемь стран потратили более 1% от общего бюджета на такие программы.

Необходимо срочно принять меры по анализу национальных законодательных и нормативных баз на предмет их соответствия принципам соблюдения прав человека, пересмотру и при необходимости отмене законов для принятия мер, основанных на уважении прав человека и направленных на обеспечение равного доступа к важным программам по ВИЧ. Все национальные меры должны быть нацелены на устранение стигмы и дискриминации и расширение доступа к правосудию. Благодаря просвещению и повышению информированности ответные меры должны устранять причины стигмы и дискриминации, включая безрассудный страх перед инфицированием и моральное осуждение.

В соответствии с рекомендациями Глобальной комиссии по ВИЧ и законодательству особое внимание необходимо уделить отмене карательных законов, касающихся ключевых групп населения. Усовершенствование законодательных баз должно быть дополнено разумным устойчивым инвестированием в программы по противодействию стигме, направленные на формирование более рациональных социальных норм, основанных на принципах социальной интеграции, терпимости и недопущения дискриминации. Необходимо значительно увеличить инвестирование в механизмы исполнения антидискриминационных законов, включая поддержку в оказании юридических услуг людям, живущим с ВИЧ, и представителям ключевых групп населения, а также программы, направленные на повышение правовой грамотности людей, живущих с ВИЧ или затронутых ВИЧ.

Участие в усилиях по устранению стигмы и дискриминации должны принимать не только традиционные структуры из сектора здравоохранения, но и все ветви власти, включая законодательную и судебную, а также гражданское общество и люди, живущие с ВИЧ. Также необходимо принять меры по повышению уровня осведомлённости и понимания среди тех, кто принимает законы (парламентариев), и тех, кто обеспечивает их выполнение (министерств внутренних дел и юстиции, полиции, прокуроров, судей, адвокатов, сотрудников тюрем и традиционных и религиозных лидеров), в области прав человека в контексте ВИЧ.

Лидерство с целью устранения дискриминации

Во многих странах лидерство и новаторство оказали положительное влияние на принятие мер по противодействию ВИЧ, основанных на соблюдении прав человека.

Во всём мире страны предприняли шаги по отмене карательных законов, препятствующих осуществлению мер по противодействию ВИЧ на основе соблюдения прав человека. В 2012 году Вьетнам принял закон, положивший конец практике удержания работников секс-бизнеса в центрах для административного задержания. В июне 2013 года власти китайской провинции Гуандун объявили о намерении снять ограничения, запрещающие людям, живущим с ВИЧ, работать учителями. В 2012 году Восточно-африканская законодательная ассамблея приняла Закон о профилактике и контроле ВИЧ и СПИДа, направленный на создание правовой базы, основанной на принципах соблюдения прав человека, для Бурунди, Кении, Руанды, Уганды и Объединённой Республики Танзания.

Некоторые страны также приняли меры по усилению исполнения положений, направленных на защиту прав человека, и расширению доступа к правосудию для людей, подвергнувшихся дискриминации. В 2010 году Молдова реализовала разностороннюю программу по противодействию нарушениям прав человека ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ, путём оказания юридической помощи, проведения стратегических судебных процессов и обучения судей, адвокатов и сотрудников правоохранительных органов по вопросам прав человека. Белиз, Марокко и другие страны сообщают о привлечении национальных правозащитных организаций и управлений уполномоченного по правам человека в процессы, касающиеся стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Кения учредила судебскую коллегия по вопросам ВИЧ, с тем чтобы предоставить людям, подвергнувшимся дискриминации, возможность судебной защиты.

Вовлечение религиозных лидеров в меры по наращиванию потенциала в области ВИЧ и прав человека было усилено в августе 2013 года с принятием новой рамочной концепции для диалога между религиозными лидерами и людьми, живущими с ВИЧ.²⁵ Рамочная концепция для диалога – это инструмент, призванный укрепить системный, всесторонний и устойчивый диалог и сотрудничество между людьми, живущими с ВИЧ, и религиозными лидерами на национальном уровне для устранения стигмы и дискриминации и решения других важных проблем. Предполагается, что этим инструментом будут пользоваться национальные сети людей, живущих с ВИЧ, сети религиозных лидеров, живущих с ВИЧ, религиозные лидеры, религиозные организации и межправительственные органы и агентства в области развития, занимающиеся соответствующими вопросами, включая страновые офисы ЮНЭЙДС.

9. УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

С 2010 года 10 стран, территорий и районов сняли ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ. Однако устранение оставшихся ограничений свободы перемещения на основании ВИЧ-статуса потребует интенсификации усилий по отмене таких контрпродуктивных и дискриминационных законов, которые сохраняют силу в 43 странах. Для этого необходимо будет провести информационно-разъяснительную работу с ключевыми лицами и органами, принимающими решения, по вопросам того, как передаётся и не передаётся ВИЧ, а также улучшить общественное отношение к людям, живущим с ВИЧ, и мигрантам и стимулировать принятие обязательств по реализации программ в области ВИЧ, направленных на охват мобильного населения.

Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса не могут быть оправданы из соображений общественного здравоохранения. Нет никаких доказательств того, что лица, совершающие поездки, представляют угрозу в плане передачи ВИЧ, и в любом случае имеющиеся факты и обширный международный опыт указывают на то, что стратегии, основанные на научных данных и принципах соблюдения прав человека, а не обязательное тестирование и другие карательные и принудительные подходы, являются наиболее эффективными в профилактике передачи ВИЧ. Кроме того, ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса также ограничивают спрос на услуги по добровольному тестированию на ВИЧ и препятствуют развитию приверженности лечению от ВИЧ.

ПРОГРЕСС НА ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

Преобладающее большинство стран во всём мире сняли ограничения на въезд, пребывание и проживание людей, живущих с ВИЧ (см. таблицу 9.1), и наблюдается чётная международная тенденция к отмене таких дискриминационных законов. С 2000 до середины 2013 годов число стран, территорий и районов, применяющих ограничения на поездки на основании ВИЧ-статуса, снизилось более чем на половину – с 96 до 43 (см. рисунок 9.1).

С 2010 по 2012 годы восемь стран (Армения, Китай, Фиджи, Намибия, Республика Корея, Республика Молдова, Украина и США) сняли такие ограничения. В январе 2013 года Монголия отменила ограничения на въезд,

пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса в результате внедрения более широкого законодательства, которое также сняло ограничения на трудоустройство, не позволявшие людям, живущим с ВИЧ, занимать определённые должности, включая работу в пищевой промышленности. В середине 2013 года Андорра сообщила об отмене своих ограничений.

ТЕКУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ, ОБУСЛОВЛИВАЕМЫЕ ДИСКРИМИНАЦИОННЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ

Несмотря на тенденцию к отмене ограничений на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ, такие законы по-прежнему остаются в силе во многих странах (см. рисунок 9.2). Пять стран сохраняют полный запрет на въезд людей, живущих с ВИЧ, пять стран требуют подтверждения ВИЧ-отрицательного статуса теми, кто планирует пребывание на протяжении 10–90 дней, и как минимум в 19 странах разрешена депортация людей в случае выявления у них ВИЧ-инфекции.

ТАБЛИЦА 9.1

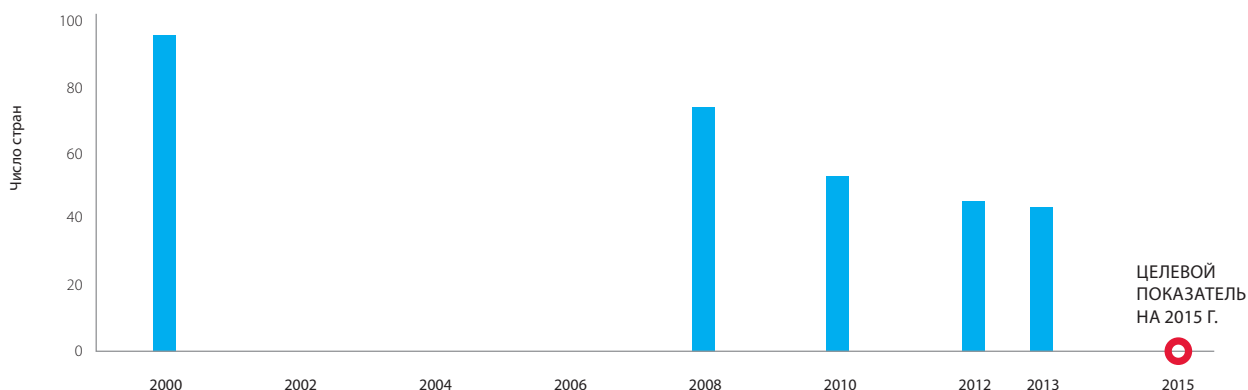
Страны, территории и зоны, имеющие ограничения на въезд, пребывание или проживание для людей, живущих с ВИЧ, по состоянию на июль 2013 г.

1. Аруба	15. Иордания	30. Саудовская Аравия
2. Австралия	16. Кувейт	31. Сингапур
3. Бахрейн	17. Ливан	32. Словакия
4. Беларусь	18. Литва	33. Соломоновы Острова
5. Белиз	19. Малайзия	34. Судан
6. Бруней-Даруссалам	20. Маршалловы Острова	35. Сирийская Арабская Республика
7. Коморские Острова	21. Маврикий	36. Китайский Тайбэй
8. Куба	22. Новая Зеландия	37. Таджикистан
9. Кипр	23. Никарагуа	38. Тонга
10. Корейская Народно-Демократическая Республика	24. Оман	39. Туркменистан
11. Доминиканская Республика	25. Папуа-Новая Гвинея	40. Теркс и Кайкос
12. Египет	26. Парагвай	41. Объединённые Арабские Эмираты
13. Ирак	27. Катар	42. Узбекистан
14. Израиль	28. Российская Федерация	43. Йемен
	29. Самоа	

Источник: База данных ЮНЭЙДС по ограничениям на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса по состоянию на август 2013 г.

РИСУНОК 9.1

Число стран, имеющих ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ, 2000–2013 гг. и целевой показатель на 2015 г.



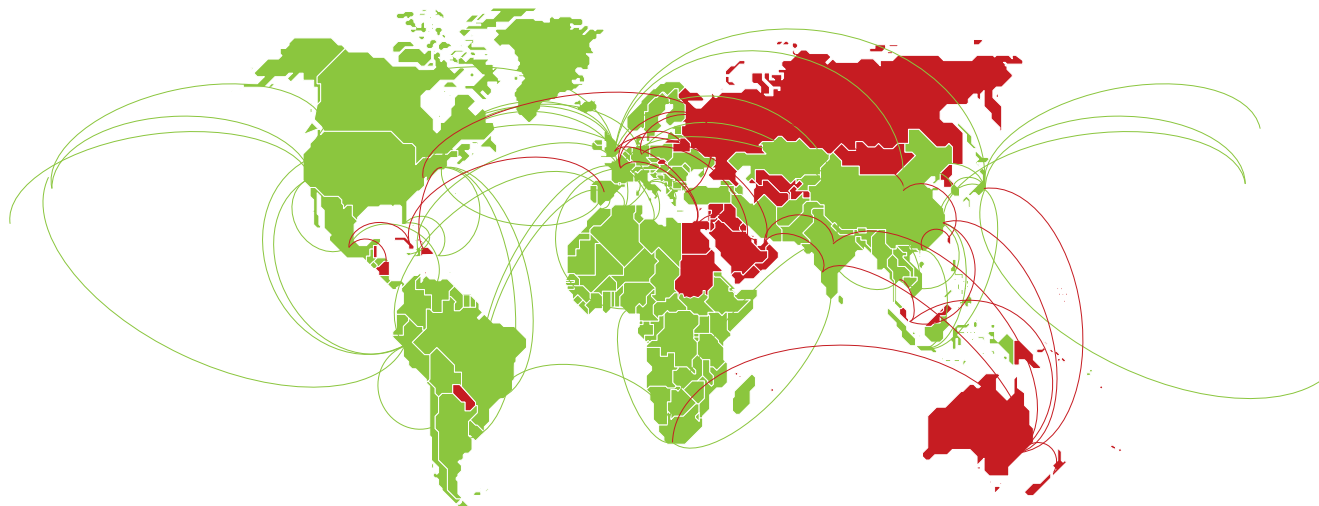
Источник: за 2000 г., Вайсснер, П., Хэрри, Д. Ограничения на въезд и проживание для людей, живущих с ВИЧ. Международная рабочая группа по вопросу ограничений на поездки в связи с ВИЧ. Первое заседание, 24–25 февраля 2008 г., Женева, Швейцария; за 2008 г., 2010 г. и 2013 г., База данных ЮНЭЙДС по ограничениям на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса.

РИСУНОК 9.2

Ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ, по состоянию на июль 2013 г.



Ограничения на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ, которые могут включать в себя следующие действия: обязательное и периодическое тестирование на ВИЧ без гарантирования конфиденциальности данных, консультирования или направления на услуги или лечение, лишение свободы, депортация, полный запрет на въезд или запрет на краткосрочное или долгосрочное пребывание/трудоустройство и выдача специального разрешения.



Источник: База данных ЮНЭЙДС по ограничениям на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса, по состоянию на август 2013 г.

Эти законы и способы их исполнения являются нарушением прав человека в отношении лиц, живущих с ВИЧ. Люди, планирующие переселиться или мигрировать, зачастую проходят тестирование без информированного согласия или консультирования, а затем получают отказ в выдаче визы. В других случаях люди заражаются в стране назначения и их ВИЧ-положительный статус выявляется во время процедуры продления визы; их зачастую не информируют о том, что их тестируют на ВИЧ, им не сообщаются результаты тестирования и не оказываются услуги по консультированию; вместо этого их задерживают и в ускоренном порядке депортируют, иногда не предоставляя возможности собрать личные вещи и получить окончательный расчёт за работу. Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса действуют во всех странах-членах Совета сотрудничества арабских государств Персидского залива (ССАГПЗ), являющихся основным пунктом назначения для рабочих мигрантов, особенно из Азии.

Женщины-мигранты сталкиваются с дополнительными проблемами, поскольку они зачастую более уязвимы к физическому и сексуальному насилию и словесным оскорблениям. Многие люди, пережившие сексуальное насилие, из-за страха общественного порицания и стигматизации в результате пережитого ими сексуального и физического насилия, не сообщают о случившемся и, таким образом, вынуждены самостоятельно преодолевать негативные физические и психологические последствия изнасилования, включая риск ВИЧ-инфицирования.¹ Травма, вызванная жестоким обращением и насилием, усугубляется стигмой и финансовыми последствиями депортации на основании ВИЧ-положительного статуса.

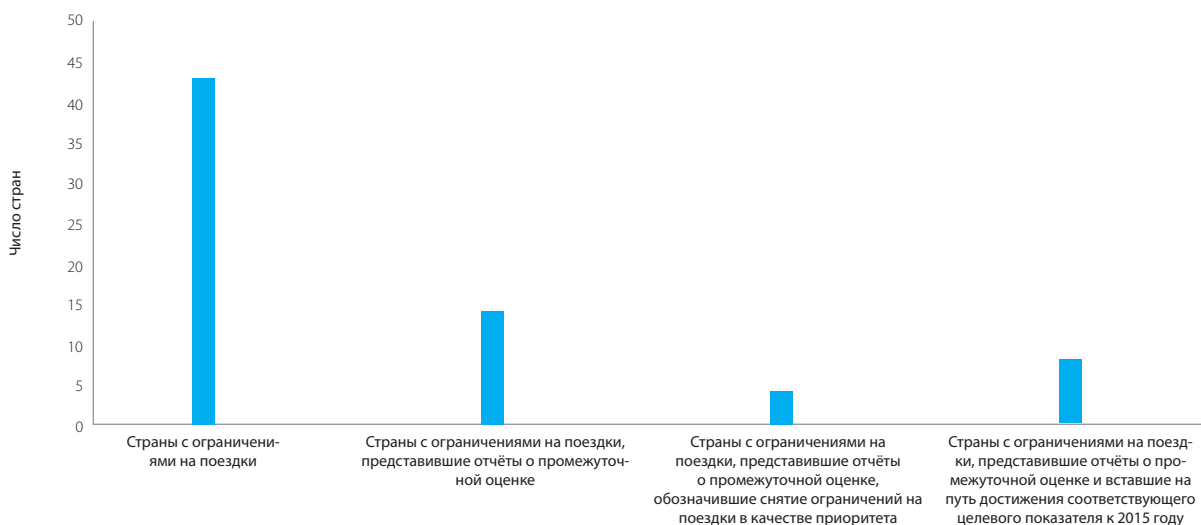
1 http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf

Ограничения, действующие на Ближнем Востоке и в Северной Африке, оказывают влияние не только на людей, мигрирующих из других регионов, но также и на людей, живущих с ВИЧ в самом регионе. В своём отчёте о результатах промежуточной оценки Иордания делает акцент на применении национальных ограничений в отношении мигрантов из соседних стран (в частности, из Египта, Ирака и Сирии), а также на влиянии норм по обязательному скринингу на ВИЧ на примерно один миллион иорданцев, работающих за границей, преимущественно в странах ССАГПЗ.

Из 43 стран, территорий и районов всего мира, в которых по-прежнему действуют дискриминационные ограничения на въезд, пребывание и проживание в связи с ВИЧ, 15 стран представили отчёты о промежуточной оценке. Из этих стран только четыре страны (Египет, Иордания, Маврикий и Парагвай) обозначили снятие ограничений в качестве приоритетного вопроса, причем три страны (Египет, Маврикий и Парагвай) сообщают, что они реализуют меры для достижения соответствующего целевого показателя к 2015 году. Ливан, Малайзия, Папуа-Новая Гвинея, Судан и Таджикистан также сообщили о том, что они стремятся к устранению ограничений к 2015 году (см. рисунок 9.3).

РИСУНОК 9.3

Промежуточные оценки, приоритеты и планы в странах с действующими ограничениями на въезд, пребывание и проживание для людей, живущих с ВИЧ, 2013 г.



Источник: Отчёты о промежуточной оценке за 2013 г.

РАСТУЩЕЕ ПРИЗНАНИЕ ВРЕДА, НАНОСИМОГО ОГРАНИЧЕНИЯМИ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ

Всё большее понимание получает тот факт, что дискриминационные ограничения на въезд, пребывание и проживание не отвечают потребностям делового мира в условиях растущей глобализации. В ноябре 2012 года более 40 генеральных директоров компаний, представляющих почти 2 миллиона сотрудников по всему миру, призвали к отмене всех ограничений на поездки в связи с ВИЧ как из экономических, так и правозащитных соображений. Являясь представителями таких выдающихся работодателей, как «Кока-Кола», «Хайнекен», «Джонсон энд Джонсон», «Кения Эйрвэйз», «Мерк», Национальная баскетбольная ассоциация, «Пфайзер» и «Томсон

Рейтер», генеральные директора подчеркнули потребность компаний в свободном отправлении своих сотрудников за границу, независимо от их ВИЧ-статуса, для того чтобы добиться успеха в условиях глобализации и высокой конкуренции.

НА ПУТИ К 2015 ГОДУ

Достижение цели устранения оставшихся ограничений на въезд, пребывание и проживание в связи с ВИЧ потребует ускорения прогресса, особенно в проведении информационно-разъяснительной работы среди старших должностных лиц и содействии правовому и нормативному реформированию. Национальные коалиции или рабочие группы – объединяющие государственных служащих и представителей гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ, – играют потенциально важную роль в активизации усилий по устранению этих ограничений. В мерах по информированию и убеждению ключевых лиц, принимающих решения, должны принимать участие министерства здравоохранения, внутренних дел, миграции, юстиции и труда.

По всей видимости, наибольшая часть мигрантов, к которым применяются обязательное тестирование на ВИЧ, ограничения и депортация, – это люди, планирующие въезд, пребывание и проживание в странах Ближнего Востока и Северной Африки. В связи с этим необходимо принять гораздо больше мер на региональном уровне, например, организовать учебные визиты государственных служащих из стран ССАГПЗ в другие страны Ближнего Востока и Северной Африки, в которых ограничения отсутствуют, такие как Марокко и Тунис. Уроки, полученные странами, снявшими ограничения и не обнаружившими каких-либо негативных последствий, могут сыграть потенциально важную роль в понимании лицами, принимающими решения, того факта, что нет никаких оснований с точки зрения здравоохранения для существования ограничений на въезд, пребывание и проживание в связи с ВИЧ.

Вместо применения дискриминационных норм, страны должны обеспечивать всем мигрантам, как гражданам, так и негражданам, доступ к важным услугам в связи с ВИЧ. Страны должны внедрять программы по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, основанные на научных данных и соблюдении прав человека и направленные на мигрантов, как в официальном, так и в неофициальном секторе.

РЕФОРМИРОВАНИЕ ИММИГРАЦИОННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Папуа – Новая Гвинея является одной из стран, предпринимая шаги по снятию действующих ограничений. Проводимый Министерством иностранных дел анализ Закона о миграции и Положения о миграции предоставил возможность национальным заинтересованным сторонам, участвующим в мерах по противодействию ВИЧ, призвать к исключению ВИЧ и СПИДа из списка болезней, определённых как представляющие «угрозу обществу». В рамках этого анализа звучали призывы предоставить консульским должностным лицам, сотрудникам миграционных служб и медицинским работникам руководство по последовательному применению критериев для миграционной медицинской оценки. Все миграционные оценки состояния здоровья должны соответствовать требованиям Закона о контроле и профилактике ВИЧ/СПИДа, согласно которому дискриминация на основании ВИЧ-статуса является противоправной.

10. УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

По мере того как устойчивость приобретает всё большую международную приоритетность в мерах по противодействию СПИДу, предпринимаются шаги по устранению параллельных систем и по интеграции ВИЧ в системы здравоохранения и в более широкую деятельность в области развития.* Страны уделяют первостепенное внимание включению ВИЧ в различные системы, при этом 90% стран (103 из 109) обозначили интеграцию ВИЧ в качестве национального приоритета. Тем не менее меньшее число стран (77 из 109, или 70%) сообщили о том, что они идут по пути выполнения своих национальных обязательств по интеграции. Страны, которые не обеспечивают достижение данной цели, зачастую ссылаются на принципы и процедуры донорских структур, выделяющих финансирование и предъявляющих требования к отчётности в отношении конкретных заболеваний, как на препятствия к интеграции усилий.

Различные страны придерживаются различных подходов, что отчасти отражает необходимость в оказании услуг, учитывающих потребности конкретных групп населения. Масштаб и степень интеграции услуг в связи с ВИЧ в другие услуги по охране здоровья, и наоборот, различаются в зависимости от характера эпидемии и потребностей ключевых групп населения.

ПРИВЕДЕНИЕ В СООТВЕТСТВИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПЛАНИРОВАНИЯ

На уровне национального планирования многие страны предприняли важные шаги по приведению в соответствие программ по ВИЧ с более широкими планами в области здравоохранения или развития. Преобладающее большинство стран, выполнивших промежуточную оценку (82%), включили вопрос интеграции в свои национальные стратегические планы по ВИЧ или эквивалентные документы. Многие страны (45%)

* В данном политематическом разделе рассматривается интеграция различных услуг в связи с ВИЧ (например, консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, антиретровирусное лечение, профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку и услуги в связи с ВИЧ/ТБ) в услуги по здравоохранению и более широкую деятельность в области развития, и поэтому в нём могут затрагиваться вопросы, рассматриваемые – хоть и под другим углом – в других разделах настоящего доклада.

сообщают о том, что меры по противодействию ВИЧ приведены в соответствие с другими планами, направленными на конкретные заболевания (например, план совместных действий в области ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путём (ИППП)), или включены в национальные планы в сфере здравоохранения или развития.

Для согласования различных планов и программ страны использовали ряд подходов. Некоторые страны (например, Бразилия, Камерун, Кот-д'Ивуар, Фиджи, Мадагаскар, Малави, Мавритания, Республика Молдова и Того) привели в соответствие или полностью интегрировали стратегические планы и бюджетные циклы в области ВИЧ и здравоохранения в целом. Используя секторальный подход и механизм объединения финансовых средств, Непал финансирует меры по противодействию ВИЧ в рамках более широкой стратегии, содействующей внедрению комплексных подходов. Другие страны, такие как Эфиопия, Габон, Грузия, Малави, Марокко, Таиланд, Сенегал, Южная Африка и Замбия, проводят – либо в той или иной степени уже провели – интеграцию услуг в связи с ВИЧ в национальные системы медицинского страхования, фонды здравоохранения или иные внутренние механизмы финансирования.

ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ

Когда меры по противодействию ВИЧ разрабатывались и расширялись впервые, многие страны учредили системы специализированных услуг для удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ. В то время как такой подход был оправданным на ранних этапах принятия ответных мер, впоследствии становилось всё очевиднее, что для максимизации эффективности услуг и обеспечения устойчивости ответных мер необходима стратегическая интеграция услуг в связи с ВИЧ в системы здравоохранения и другие секторы.

Не существует единого подхода к интеграции услуг, который удовлетворял бы потребности всех стран. В разных странах применялись разные подходы к интеграции услуг, что отчасти соответствовало различиям в основных системах оказания услуг в связи с ВИЧ, системах здравоохранения и потребностях и приоритетах стран. Несмотря на изобилие применяемых подходов, имеющиеся фактические данные свидетельствуют о пользе комплексных подходов, которые повышают спрос на услуги и улучшают координирование медицинского обслуживания. Примерами этого является интеграция услуг в связи с туберкулёзом и ВИЧ,^{1,2} услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку и услуг по охране здоровья матери и ребёнка^{3,4}, объединение ВИЧ и хронических неинфекционных заболеваний^{5,6} и в более широком плане интеграция услуг в связи с ВИЧ в системы первичной медицинской помощи и общие системы здравоохранения и общественные системы.⁷ Помимо расширения доступа к медицинскому обслуживанию, модели оказания комплексных услуг могут способствовать снижению удельных расходов, что подтверждается более низкой стоимостью тестирования и консультирования в связи с ВИЧ, когда такие услуги интегрированы с другими медицинскими услугами.⁸

Был достигнут прогресс в интеграции систем оказания услуг, как свидетельствуют данные Глобальной отчётности GARPR за 2012 год и отчёты стран, выполнивших промежуточную оценку⁹ (см. рисунок 10.1):

- **ВИЧ и туберкулёз.** Из 105 стран, предоставивших данные, 56 (53%) стран приняли активные меры по полной интеграции услуг в связи с ВИЧ/ТБ или усилению системы совместного оказания услуг. Степень интеграции услуг в связи с ВИЧ/ТБ значительно варьировалась: от полной интеграции систем оказания услуг до внедрения конкретных услуг (например, услуги по диагностике ТБ в клиниках по лечению в связи с ВИЧ). Некоторые страны, включая Армению, Ботсвану, Коморские Острова, Демократическую Республику Конго, Эфиопию, Эритрею, Намибию, Северный Судан и Южную Африку, выявили необходимость в дальнейшей интеграции услуг в связи с ВИЧ и туберкулёзом для расширения мер по своевременному диагностированию и лечению коинфекции ВИЧ/ТБ.
- **Услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку и поддержка охраны здоровья матери и ребёнка.** Из 118 стран, предоставивших требуемые данные, 70% стран сообщили о том, что они интегрировали тестирование, консультирование в связи с ВИЧ, услуги, оказываемые в учреждениях дородового наблюдения, и услуги по охране здоровья матери и ребёнка с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку. Сорок три страны сообщают об объединении или интеграции систем оказания услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку и более широких услуг по охране здоровья матери и ребёнка. Примерами таких стран являются Гамбия, Гвинея-Бисау, Эфиопия и Вьетнам (см. текстовый блок ниже).
- **Услуги в связи с ВИЧ и ИППП и охрана сексуального и репродуктивного здоровья.** Две третьих стран сообщают об интеграции ВИЧ в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, при этом более 45 стран провели быструю оценку взаимосвязи охраны сексуального и репродуктивного здоровья и услуг в связи с ВИЧ. Например, Непал установил координационный механизм для интеграции услуг по охране репродуктивного здоровья в программы по ВИЧ и координированные программы обучения медицинских работников по вопросам ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья. В Марокко в результате интеграции ВИЧ в систему здравоохранения увеличилось число людей, получающих услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ, с 46 000 в 2010 году до 222 620 человек, прошедших тестирование в 2012 году; при этом возрос охват ВИЧ-положительных беременных женщин услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку с 29% в 2010 году до 48% в 2012 году. Некоторые страны сообщили о том, что национальное лидерство стало ключом к эффективной интеграции. Некоторые доноры используют отдельные каналы финансирования для услуг в связи с ВИЧ и ИППП, что может препятствовать эффективной интеграции.
- **ВИЧ и неинфекционные заболевания.** Расширение услуг в связи с ВИЧ дало импульс развитию более широких систем оказания медицинских услуг в связи с хроническими заболеваниями во многих странах, где медицинское обслуживание в связи с хроническими заболеваниями исторически носило весьма ограниченный характер. Из 115 стран, предоставивших требуемые сведения, 27 (23%) стран сообщают об интеграции консультирования и тестирования в связи с ВИЧ

и антиретровирусного лечения с услугами в связи с хроническими неинфекционными заболеваниями. Среди стран, предпринявших шаги по интеграции таких услуг, степень и глубина интеграции варьируется. Некоторые страны начали использовать положительный синергетический и сопутствующий эффект для контроля за ВИЧ и другими хроническими заболеваниями.

- **ВИЧ и первичная медицинская помощь и общие системы здравоохранения и общественные системы.** Пятьдесят пять процентов стран сообщают об интеграции консультирования и тестирования в связи с ВИЧ в общее амбулаторное обслуживание, при этом 32% стран интегрировали антиретровирусное лечение в услуги, оказываемые такими учреждениями. Учреждения по оказанию первичной медицинской помощи и родовому наблюдению предоставляют комплексные услуги по охране репродуктивного здоровья и услуги в связи с ИППП, туберкулёзом и ВИЧ в Армении; Багамские Острова интегрировали услуги в связи с ВИЧ и ИППП в первичное медицинское обслуживание; обособленные клиники для антиретровирусного лечения в Намибии находятся в процессе интеграции в систему первичной медицинской помощи. Бразилия предоставляет комплексные услуги в связи с ВИЧ и по оказанию первичной медицинской помощи через государственную децентрализованную систему здравоохранения. Необходимо принять дополнительные усилия для усиления общественных систем и содействия дальнейшей децентрализации систем оказания услуг в связи с ВИЧ.

Несмотря на то что модели оказания комплексных услуг потенциально могут принести пользу во всех регионах, методы, оказавшиеся эффективными для одной страны или группы населения, могут таковыми не являться для другой. Поскольку многие ключевые группы населения избегают основных систем медицинского обслуживания, особенно в странах с широко распространённой стигмой и дискриминацией или в странах, где их статус или поведение криминализуется, необходимы специальные подходы к оказанию услуг.¹⁰

РИСУНОК 10.1

Интеграция ВИЧ в систему оказания медицинских услуг

Услуги в связи с ВИЧ и туберкулёзом

Более 90% стран сообщили о наличии большого количества служб, предлагающих комплексные услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ и туберкулёзом (70 стран, 92%), в то время как три страны (4%) начали данный процесс, согласно их Глобальным докладам о прогрессе в деле противодействия СПИДу за 2013 год.

56 стран (53%) достигли большого прогресса в интеграции услуг и сообщили о наличии большого числа служб, оказывающих комплексные услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ, антиретровирусному лечению и услуги в связи с туберкулёзом.

Услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья

79 стран (67%) сообщили о наличии большого количества учреждений, оказывающих услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ в комплексе с услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

34 страны (29%) сообщили о наличии небольшого числа учреждений, оказывающих комплексные услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ и по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Искоренение передачи ВИЧ от матери ребёнку и поддержка охраны здоровья матери и ребёнка

83 страны (70%) сообщили о наличии большого числа учреждений, интегрировавших услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ с услугами по дородовому наблюдению, охране здоровья матери и ребёнка с услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку.

Тем не менее 31 страна (26%) сообщили о наличии небольшого числа служб, оказывающих услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ и услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку в комплексе с услугами по дородовому наблюдению и охране здоровья матери и ребёнка.

ВИЧ и неинфекционные заболевания

33 страны (28%) сообщили о наличии большого количества учреждений, интегрировавших услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ и услуги в связи с хроническими неинфекционными заболеваниями, в то время как 45 стран (38%) сообщили о том, что только некоторые службы, оказывают комплексные услуги.

27 стран (23%) сообщили о наличии большого количества учреждений, интегрировавших консультирование и тестирование в связи с ВИЧ с антиретровирусной терапией и услугами в связи с хроническими неинфекционными заболеваниями, однако 47 стран (41%) сообщили о небольшом количестве учреждений, интегрировавших эти услуги.

Интеграция ВИЧ в первичное медицинское обслуживание

71 страна (55%) сообщила о наличии большого числа служб, предоставляющих консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, интегрированных в общее амбулаторное обслуживание в медицинских учреждениях; 45 (35%) стран сообщили о наличии небольшого числа служб, оказывающих комплексные услуги.

37 стран (32%) достигли большого прогресса в интеграции услуг и сообщили о наличии большого числа учреждений, оказывающих комплексные услуги по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ, антиретровирусному лечению и общей амбулаторной помощи; однако 51 страна (44%) сообщила о наличии небольшого числа учреждений, предоставляющих комплексные услуги.

Источник: Глобальная отчётность GARPR за 2013 г.

ИНТЕГРАЦИЯ ВИЧ В СЕКТОРАХ, НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Ключевые факторы содействия и синергия в области развития обеспечивают эффективность, справедливость и реализацию основной программной деятельности в области ВИЧ. Путём интеграции мер по противодействию ВИЧ не только в секторе здравоохранения, но также в секторах, не относящихся к здравоохранению, повышается устойчивость рациональных мер в ответ на ВИЧ.

Использование инициатив в области социальной защиты в целях содействия профилактике ВИЧ является одним из примеров того, как меры по противодействию ВИЧ могут быть эффективно интегрированы в инициативы в области развития, не относящиеся к сфере здравоохранения. Аналогичным образом, ввиду того что отсутствие продовольственной безопасности препятствует принятию эффективных мер по профилактике и лечению в связи с ВИЧ,¹¹ усилия в области ВИЧ должны быть интегрированы в программы нутритивной поддержки, кормления и иные планы с целью повышения продовольственной безопасности. Некоторые исследования принесли обнадеживающие результаты в отношении потенциального влияния просвещения в целом¹² и денежных пособий в частности на сексуальное поведение молодых людей и риск ВИЧ-инфицирования.^{13,14,15}

НА ПУТИ К 2015 ГОДУ

В странах наблюдается сильная официальная поддержка интеграции ВИЧ в более широкую деятельность в области здравоохранения и развития. Из числа стран, представивших результаты промежуточных оценок и определивших интеграцию ВИЧ в качестве национального приоритета, 94 страны включили обязательства по интеграции в свои национальные стратегические планы по ВИЧ.

Несмотря на значительные успехи в плане выведения мер по противодействию СПИДу из изоляции, страны находятся на разных этапах интеграции мер в ответ на ВИЧ в более широкий сектор здравоохранения и другие секторы, касающиеся развития.

В национальных промежуточных оценках были определены многочисленные проблемы и задачи, включая необходимость в усилении лидерства и приверженности делу устранению параллельных структур, переходе к интеграции услуг и улучшении межсекторального сотрудничества. Некоторые страны сообщили о том, что внешняя финансовая помощь должна быть направлена не на финансирование мер по противодействию отдельным заболеваниям, а на финансирование комплексных медицинских услуг. Страны сообщили, что для эффективного усовершенствования систем здравоохранения необходимо инвестирование в системы оказания комплексных услуг, например, в материальную инфраструктуру, новые системы обучения, новые подходы к управлению или интегрированные механизмы отчётности для мониторинга и оценки. Системы мониторинга эффективности моделей оказания комплексных услуг должны быть усовершенствованы, а также должна быть выработана более обстоятельная доказательная база. Такие данные могут затем быть использованы для разработки значимых показателей, с помощью которых можно измерить воздействие мер и программ.

ПОСЛЕ 2015 ГОДА

Дискуссии, касающиеся повестки дня на период после 2015 года, направлены на выработку повестки дня в области глобального здравоохранения с упором на охрану здоровья, а не на противодействие заболеваниям. Как следует из предыдущего обсуждения, деятельность в области ВИЧ учитывает необходимость интеграции компонентов мер по противодействию ВИЧ в систему здравоохранения и осуществляется в соответствии с этой необходимостью. Тем не менее проблема ВИЧ должна сохранять своё первостепенное значение. Те аспекты, которые обеспечили эффективность мер по противодействию, должны быть сохранены и включены в будущие цели в области здравоохранения и развития. Однако некоторые аспекты мер по противодействию ВИЧ требуют тщательного рассмотрения на предмет того, принесёт ли дополнительную пользу интеграция услуг. Ключевые группы населения, живущие с ВИЧ, необязательно будут пользоваться услугами общественного здравоохранения. Модели оказания услуг должны учитывать потребности этих групп, например, путём оказания совместных аутрич-услуг или с помощью иных моделей, а также обеспечивать участие затронутых сообществ.¹⁶

Выступая в качестве путеводной нити в сфере оказания услуг, ориентированных на потребности людей и основанных на принципе соблюдения прав человека, меры по противодействию ВИЧ могут стать источником ценной информации для формирующейся парадигмы здравоохранения и развития.

Устранение параллельных систем и успешное интегрирование программ и услуг требует трёх различных комплексов действий:

- **С точки зрения разработки стратегий и планов национального уровня.** Необходимо совместное бюджетирование для программ по ВИЧ и другим заболеваниям или для сектора здравоохранения в целом, а в программах по здравоохранению должны учитываться другие секторальные планы (например, в сфере финансов, образования, труда, защиты прав человека, гендерных отношений), и между ними должна быть установлена взаимосвязь.
- **С точки зрения управления.** Донорские подходы должны содействовать, а не препятствовать комплексному планированию и программному управлению, в то время как правительственные структуры должны быть усилены и адаптированы для содействия интеграции. Необходимо провести тщательный анализ кадровых ресурсов в сфере здравоохранения с тем, чтобы обеспечить достаточное количество работников и правильное распределение навыков для оказания комплексной медицинской помощи.

- **С точки зрения оказания услуг.** В местах обслуживания услуги в связи с ВИЧ должны быть интегрированы с услугами по здравоохранению и другими услугами, если это целесообразно. Необходимо тщательно контролировать качество оказания услуг и при необходимости повысить его.

По мере расширения базы фактических данных, касающихся странового опыта, важно будет фиксировать как положительные, так и отрицательные результаты для выработки чётких руководств и показателей по тому, как наилучшим образом подойти к интеграции мер по противодействию ВИЧ в более широкую деятельность в области здравоохранения и развития, и для определения тех компонентов, которые имеют ключевое значение для достижения успеха.

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЛИДЕРСТВО И НОВАТОРСТВО

Интеграция услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку в систему услуг по охране здоровья матери и ребёнка

Во всём мире страны придерживаются новаторских подходов к интеграции профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку в более широкую систему услуг по охране здоровья матери и ребёнка. Эти подходы в свою очередь способствуют улучшению результатов в области здравоохранения в отношении женщин и детей.

В результате комплексного подхода к оказанию услуг для женщин и детей Гамбия превысила свой целевой показатель в отношении числа младенцев, рождённых женщинами, живущими с ВИЧ, и получающих котримоксазол в течение первых двух месяцев жизни (целевой показатель: 944; текущий показатель: 1070 (113%). Для расширения спроса на услуги по профилактике эти услуги были согласованы с программой вакцинации DPT1, реализованной через клиники по комплексной охране здоровья ребёнка.

Гвинея-Бисау интегрировала тестирование и консультирование в связи с ВИЧ в систему охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку является неотъемлемым компонентом дородового ухода, интегрированным в комплекс услуг, оказываемых почти всеми государственными учреждениями дородового наблюдения, включая систематический скрининг, при этом уровень прохождения добровольного тестирования на ВИЧ составил 85%. Благодаря расширению интегрированных услуг в медицинских учреждениях и клиниках дородового ухода доля ВИЧ-положительных беременных женщин, получающих антиретровирусную терапию, возросла с 32% в 2010 году до 50% в 2012 году.

Эфиопия устойчиво интегрировала широкий спектр услуг в связи с ВИЧ, включая тестирование и консультирование в связи с ВИЧ, антиретровирусную терапию и профилактику передачи ВИЧ от матери ребёнку, в систему охраны репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорождённого и ребёнка. Несмотря на эти меры, охват детей услугами по профилактике новых случаев инфекции по-прежнему ниже 50%, что подчёркивает необходимость в постоянных усилиях по формированию устойчивого спроса на услуги и расширению доступа к услугам и повышению их качества. Крайне важно полностью интегрировать профилактику новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей в программы охраны здоровья матери и ребёнка и систему охраны репродуктивного здоровья в различных местах оказания услуг.

В 2012 году Вьетнам начал реализацию пилотной модели интеграции услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку, услуг в связи с инфекциями, передающимися половым путём, и охране сексуального и репродуктивного здоровья в двух провинциях с низкой распространённостью ВИЧ. Для оказания комплексных медицинских услуг, включая консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, модель предполагает использование акушерок в качестве первого контактного лица для беременных женщин. Вьетнам планирует расширить модель на другие регионы после проведения оценки региональных потребностей в охране сексуального и репродуктивного здоровья и потребностей в услугах в связи с ВИЧ, кадрового потенциала и инфраструктуры. В целях дальнейшей поддержки интеграции услуг контроль за профилактикой передачи ВИЧ от матери ребёнку передается из Управления по контролю за СПИДом в Департамент по охране здоровья матери и ребёнка Министерства здравоохранения.

На региональном уровне в странах Восточной и Южной Африки реализуется региональный Совместный проект по установлению связи между услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и услугами в связи с ВИЧ, направленный на интеграцию услуг в связи с ВИЧ и услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья на уровнях разработки стратегии, оказания услуг и формирования знаний. В рамках проекта, финансируемого за счёт средств Европейского союза, в различных странах были проведены быстрые оценки и базисные исследования, выполнено картирование услуг в связи с ВИЧ и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и осуществлён ряд комплексных мероприятий. Проект был приведён в соответствии с другими региональными инициативами, включая План действий Мапуту и стратегии Сообщества по вопросам развития юга Африки в области услуг в связи с ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

1. Cohen, M. et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 365: 493–505.
2. Auvert, B. et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2: e298.
3. Gray, R. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet*, 369: 657–666.
4. Bailey, R.C. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. *Lancet*, 369: 643–656.
5. Grant, R.M. et al. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 363: 2587–2599.
6. Choopanya, et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 381(9883): 2083–9200.
7. Halperin, D.T. et al. (2011). A surprising prevention success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Medicine*, 8(2): e1000414.
8. Gregson, S. et al. (2010). HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, 39(5): 1311–1323.
9. Scott-Sheldon, et al. (2011). Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. *Journal of Immune Deficiency Syndromes*, 58: 489–498.
10. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Case_Study_Club_Risky_Zambia.pdf.
11. Johnson, L.F., et al. (2012). The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface*. 9(72):1544-1554.
12. Eyawo, O., et al. (2010). HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 10: 770–777.
13. Burton, J., Darbes, L. and Operario, D. (2010). Couples-focused behavioural interventions for prevention of HIV: Systematic review of the state of evidence. *AIDS Behavior*, 14: 1–10.
14. UNFPA (2013) (in press). Donor Support for contraceptives and condoms for family planning and STI/HIV prevention in 2012, final draft (New York: United Nations Population Fund).

15. Scorgie, F., et al. (2013). 'We are despised in the hospitals': Sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health and Sexuality*, 5(4): 450–465.
16. Global Forum on HIV and MSM (2012). *Access to HIV Prevention and Treatment for Men who have Sex with Men: Findings from the 2012 Global Health and Rights Study*. http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/documents/GMHR_2012.pdf
17. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2306128/Collapsible-origami-condom-wins-praise-Bill-Melinda-Gates-Foundation.html>.
18. Jewkes, R.K. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *Lancet*, 376(9734): 41–48 <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067361060548X.pdf>.
19. Binagwaho, A. et al. (2012). Adolescents and the right to health: Eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care*, 24 (7): 936–942.
20. UNESCO (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education* (Geneva: UNESCO).
21. Bjorkman-Nyqvist, M., Corno, L. and de Walque, D. and Svensson, J. (2013). Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: A randomized trial. TUPDC0106 – Poster Discussion Session, IAS 7th International AIDS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Kuala Lumpur, July..
22. Baird, S., McIntosh, C. and Ozler, B. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomised trial. *Lancet*, 379(9823): 1320–1329.
23. Lutz, B. (2012). *Can (Conditional) Cash Transfers Contribute to HIV Prevention for Girls?* (Geneva: UNESCO, Gender Equality, HIV and Education).
24. Njeuhmeli, E. et al. (2011). Voluntary Medical Male Circumcision: Modeling the Impact and Cost of Expanding Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa. *PLoS Med* 8(11).
25. Там же.
26. Cherutich, P. et al. (2012). Progress in voluntary medical male circumcision service provision – Kenya, 2008–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61: 957–961.
27. Baral, S., et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 380: 367–377.
28. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: A multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88: i76–i85. DOI: 10.1136/sextrans-2012-050719
29. Kerrigan, D. et al. (2010). *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington, DC: World Bank).

30. UNFPA (2010). HIV and Sex Work: Preventing HIV Risk and Vulnerability (Geneva: UNFPA).
31. Beyrer, C. et al. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380: 367–377.
32. Wilson, P., Santos, G., Herbert, P. and Ayala, G. (2011). *Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers* (Oakland, CA: Global Forum on MSM and HIV).
33. Sullivan, P.S., et al. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *Lancet*, 380: 388–399.
34. Fay, H., et al. Stigma, healthcare access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav.* 2011, 15:1088–1097.
35. Wilson et al., *Emerging Strategies*.
36. Mahler, H.R., et al. (2011). Voluntary medical male circumcision: Matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa Region, Tanzania. *PLoS Medicine*, 8: 31001131.

2. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

1. Harm Reduction International (2012). *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response* (London: Harm Reduction International).
2. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 88: i76–i85. DOI: 10.1136/sextrans-2012-050719.
3. Strathdee, S.A. and Stockman, J. (2010). Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: Current trends and implications for interventions. *Current HIV/AIDS Report*, 7(2): 99–106.
4. Mathers, B.M., et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *Lancet*, 372: 1733–1745.
5. ЮНОДК (2013). Всемирный доклад о наркотиках 2013 (Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций).
6. Abdul-Quader, A. et al. (2012). *Ukraine HIV Data Synthesis Project: Final Report, May 2012* (Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention).
7. WHO, UNODC and UNAIDS (2013). Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (Geneva: United Nations).

3. ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

1. Alkema, L, et al. (2013). National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet*, 381(9878): 1642–1652.

2. United States Centers for Disease Control and Prevention (2013). Impact of an innovative approach to prevent mother-to-child transmission of HIV: Malawi, July 2011–September 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62: 148–151.
3. Zaba, B., et al. (2013). Effect of HIV infection on pregnancy-related mortality in sub-Saharan Africa: Secondary analyses of polled community-based data from the network for Analysing Longitudinal Population-based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). *Lancet*, 381: 1763–1771.
4. UNAIDS, PEPFAR, UNICEF, WHO (2013), *2013 progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive* (Geneva: UNAIDS).
5. Cambodia Ministry of Health (2013). *Standard Operating Procedures for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia* (Phnom Penh: Ministry of Health).

4. ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

1. UNHCR (2012). *UNHCR Global Trends 2012: A Year of Crises* (Geneva: UNHCR).
2. Bor, J., et al. (2013). Increases in adult life expectancy in rural South Africa: Valuing the scale-up of HIV treatment. *Science*, 339: 961–965.
3. Resch, S., et al. (2011). *Economic Returns to Investment in AIDS Treatment in Low and Middle Income Countries*. PLoS ONE 6:e25310.
4. WHO (2011). *Universal Access Report* (Geneva: WHO).
5. WHO, UNAIDS and UNICEF (2013). *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impact and Opportunities* (Geneva: WHO, UNAIDS and UNICEF).
6. See Kennedy, C. et al. (2013). Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *AIDS and Behavior* 17(5): 1571-1590 and, in the context of antenatal care, Hensen, B. et al. (2012). Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counselling. *Tropical Medicine & International Health* 17(1): 59-70.
7. Mutale, W., Michelo, C. et al. (2010). Home-based voluntary HIV counseling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *BMC Public Health*, 10: 347–347.
8. Sekandi, J.N., Sempeera, H. et al. (2011). High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *BMC Public Health*, 11: 730–730.
9. See, for instance, Adam, P.C., de Wit, J.B., Toskin, I., Mathers, B.M. et al. (2009). Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52(2): S143–S151.

10. Choko, A.T., Desmond, N., Webb, E.L., Chavula, K., Napierala-Mavedzenge, S. et al. (2011). The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high hiv prevalence setting: A cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Medicine*, 8(10): e1001102. DOI:10.1371/journal.pmed.1001102.
11. Gregson, S., Nyamukapa, C.A., Sherr, L., Mugurungi, O. and Campbell, C. (2013). Grassroots community organizations' contribution to the scale-up of HIV testing and counselling services in Zimbabwe. *AIDS*, 27(10): 1657–1666.
12. Suthar, A. B. et al. (2013). Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med* 10(8): e1001496.
13. Kranzer, K., D. Govindasamy, et al. (2012). “Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review.” *J Int AIDS Soc* 15(2): 17383.
14. Ivers, et al. (2009). “HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity.” *Clin Infect Dis* 49(7): 1096–1102.
15. For Brazil, see Grinsztejn, B. (2013). PowerPoint presentation: Research on maximizing the treatment and prevention benefits of ART in MSM/TG in Brazil. Presented at the 7th IAS Conference, Kuala Lumpur, Malaysia, 30 June -3 July. Organization: Oswaldo Cruz Foundation.
For Viet Nam, see Bui Duc Duong (2013). PowerPoint presentation: Getting to Three Zeros in Viet Nam. Organization: Viet Nam Authority of HIV/AIDS Control.
For China, see Ying-Ru Lo (2013). PowerPoint presentation: HIV Research Priorities. The Strategic Use of Antiretrovirals and Combination Prevention. Presented at the 2nd Asia HIV/AIDS Research Network Meeting, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan, 19 -20 January. Organization: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
For Malawi, see Integrated HIV Program report (2012). Government of Malawi Ministry of Health. http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q4.pdf.
16. WHO, UNAIDS and UNICEF, *Global Update on HIV Treatment 2013*.
17. ЮНЭЙДС (2013). *Лечение 2015* (Женева: ЮНЭЙДС).
18. International consultation focuses on access to HIV medicines for middleincome countries(UNAIDS 13 June 2013) <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/june/20130613brazil/>

5. СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

1. Suthar, A.B. et al. (2012). Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(7): e1001270. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001270.
2. ВОЗ (2012). *Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом* (Женева: ВОЗ), с. 96, 100, 102.

3. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource limited settings. *Clinics in Chest Medicine*. 2009, 30(4):685–699
4. Ayles, H. et al. Effect of household and community interventions on the burden of tuberculosis in southern Africa: the ZAMSTAR community-randomised trial. *The Lancet, Early Online Publication*, 1 August 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)61131-9
5. Stevens, W. (2013). South Africa's 'Reality Check'. Presented at the 5th GLI Meeting, Global Forum of Xpert MTB/RIF implementers, Supranational Reference Laboratory Network Consultation, Veyrier-du-Lac, France, 16 April 2013. Organization: University of the Witwatersrand and National Health Laboratory Service. <http://goo.gl/eUkVXU> accessed 28 August 2013.

6. ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

1. African Union and UNAIDS (2013). *Delivering Results Toward Ending AIDS, Tuberculosis and Malaria: African Union Accountability Report on Africa–G8 Partnership Commitments*.
2. African Union. Roadmap on Shared Responsibility and Global Solidarity for AIDS, TB and Malaria Response in Africa. 2012. http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5B1%5D.pdf (Addis Ababa: African Union).
3. The President's Comprehensive Response Plan. <http://www.zero-hiv.org/wpcontent/uploads/2013/07/PCRP-Summary.pdf>

7. УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

1. Leclerc-Madlala S. (2008). Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*, 22 Suppl 4:S17–25.
2. UNESCO (2011). *Global Education Digest* (Paris: UNESCO).
3. ILO (2012). *Key Indicators on the Labour Market*, 7th edn (Geneva: ILO).
4. ЮНЭЙДС (2012). Доклад о глобальной эпидемии СПИДа (Женева: ЮНЭЙДС).
5. DeLuca, A., Chaisson, R.E. and Martinson, N.A. (2009). Intensified case finding for tuberculosis in prevention of mother-to-child transmission programs: a simple and potentially vital additional for maternal and child health. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 50: 1 96–199.
6. Francheschi, S. and Guglielmo, R. (2010). The prevention of cervical cancer in HIV-infected women. *AIDS*, 16: 2579–2580.
7. Janet M. Turan, Laura Nyblade (2013). HIV-related Stigma as a Barrier to Achievement of Global PMTCT and Maternal Health Goals: A Review of the Evidence. *AIDS and Behavior*, Volume 17, Issue 7, pp 2528-2539

8. Orner, P (2006). Psychosocial impacts on caregivers of people living with AIDS. *AIDS Care*, 18(3): 236-40.
9. Baral, S. et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 12: 538–549.
10. Baral S, et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infection Diseases*, 13(3):214–22.
11. United Nations Development Programme (2011). *The Socio-economic Impact of HIV at the Household Level: A Regional Analysis* (New York: UNDP).
12. United Nations Development Programme (2012). *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region* (New York: UNDP).
13. Barker, G. and Ricardo, C. (2005). Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS, conflict, and violence. In G. Barker and C. Ricardo, *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence* (Geneva: World Bank).
14. Byamugisha, R. et al. (2010). Research determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Reproductive Health*, 7: 12.
15. Ochieng-Ooko, V., et al. (2010). Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 88: 681–688.
16. Taylor-Smith, K., et al. (2010). Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 22: 49–56.
17. Cornell, M., et al. (2012). Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 9: e1001304.
18. Kanters, S. et al. (2013). Increased mortality among HIV-positive men on antiretroviral therapy: survival differences between sexes explained by late initiation in Uganda. *HIV/AIDS – Research and Palliative Care*, 5: 111–119.
19. Jewkes, R. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 376(9734): 41–48.
20. Kouyoumdjian, F.B., et al. (2013). Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. *AIDS*, 27: 1331–1338.
21. World Health Organization (2013). *Global and Regional Estimates of Violence against Women* (Geneva: WHO).
22. Wechsberg, W.M. et al. (2010). *Drugs, Sex, Gender-based Violence, and the Intersection of the HIV/AIDS Epidemic with Vulnerable Women in South Africa*. Research Triangle Park, North Carolina: RTI Press).

23. World Health Organization & Global Coalition on Women and AIDS (2005), Violence against sex workers and HIV prevention. Information Bulletin Series, 3.
24. Shannon, K. et al. (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *British Medical Journal*, 339: 2939.
25. Deering, K.N. (2013). Violence and HIV risk among sex workers in Southern India. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(2): 168–174.
26. Supervie, V., Halima, Y. and Blower, S. (2010). Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, 24: 2841–2847.
27. De Santis, J.P. (2009). HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5): 362–372.
28. Hillis, S.D., et al. (2001). Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33: 206–211.
29. Там же.
30. Boily, M.C., et al. (2009). Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act? *The Lancet*, 9(2):118–129.
31. Osinde, M.O. et al. (2011). Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health*, 11: 50.
32. UNICEF, CDC and Kenya National Bureau of Statistics (2012). *Violence against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey*.
33. UNAIDS (2012). *Mid-term Review of the UNAIDS Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV*. UNAIDS/PCB(31)/12.20.

8. УСТРАНИТЬ СТИГМУ, ДИСКРИМИНАЦИЮ, КАРАТЕЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ И ПРАКТИКУ В СВЯЗИ С ВИЧ

1. Karim, Q.A., et al. (2008). The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, 3(4): 351–365.
2. Brou, H., et al. (2007). When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Med*, 4(12): e342.
3. Bwirire, L.D., et al. (2008). Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(12): 1195–1200.
4. Estonian Network of People Living with HIV; Polish Network of People Living with HIV/AIDS; League of People Living with HIV/AIDS Moldova; Positive Living Association, Turkey; All Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS, Ukraine. *HIV-related stigma: Late testing, Late treatment*. 2011. <http://www.gnpplus.net/en/resources/human-rights-and-stigma/item/101-hiv-relatedstigma-late-testing-late-treatment>.

5. <http://reproductiverights.org/en/lbs-fs-vs-chile>.
6. African Gender and Media Initiative (2012). *Robbed of Choice: Forced and Coerced Sterilization Experiences of Women Living with HIV in Kenya* (Nairobi, Kenya: African Gender and Media Initiative).
7. <http://thinkafricapress.com/namibia/forced-sterilisation-hiv-positive-women>.
8. Global Commission on HIV and the Law (2012). *HIV and the Law: Risks, Rights & Health*. (New York: UNDP) <http://www.hivlawcommission.org/>
9. UNDP (2013). *Legal Protections against HIV-related Human Rights Violations: Experiences and Lessons Learned from National HIV Laws in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNDP).
10. UNAIDS (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*, revised version (Geneva: UNAIDS). http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf
11. Там же.
12. UNAIDS (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues*, revised version. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/KeyScientificMedicalLegalIssuesCriminalisationHIV_final.pdf.
13. UNAIDS (2013). *Ending Overly-broad Criminalisation of HIV Nondisclosure, Exposure and Transmission: Critical Scientific, Medical and Legal Considerations*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/05/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation.pdf.
14. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (2013). *State-sponsored Homophobia 2013*. www.ilga.org.
15. amfAR and Johns Hopkins University (2011). *Achieving an AIDS-free Generation for Gay Men and Other MSM*. www.amfar.org.
16. Chiu, J. and Burris, S. (2011). *Punitive Drug Laws and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*. Global Commission on HIV and the Law Working Paper. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=98>.
17. Mendez, J.E. (2013). Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Human Rights Council, 22nd Session. No. A/HRC/22/53.
18. Open Society Foundation (2012). *Laws and Policies Affecting Sex Work* (New York: Open Society Foundation).
19. amFAR and International AIDS Society (2012). *The Twin Epidemics of HIV and Drug Use: Innovative Strategies for Healthy Communities*. www.amfar.org.
20. South African Government (2010). Press statement, 17 May. <http://allafrica.com/stories/201305161216.html>.

21. Katz, I.T., et al. (in press). Impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on HIV treatment adherence: systematic review, meta-synthesis, and conceptual framework. *Journal of International AIDS Society*.
22. Stangl, A.L., et al. (in press). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*.
23. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2011). Making a Difference: the Global Fund Results Report 2011. <http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports>.
24. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf.
25. The Framework for Dialogue, <http://www.frameworkfordialogue.org/>

9. УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

1. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf

10. УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

1. Legido-Quigley, H, et al. (2013). Integrating tuberculosis and HIV services in low- and middle-income countries: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 8(2): 199–211.
2. Uyei, J., et al. (2011). Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, 11: 855–867.
3. Tudor Car, L., et al. (2011). Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
4. Suthar, A.B. et al. (2013). Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: A systematic review and metaanalysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91: 46–56.
5. Rabkin, M. Melaku, Z., Bruce, K., Reja, A., Koler, A., Tadesse, Y., Kamiru, H.N., Sibanyoni, L.T. and El-Sadr, W. (2012). Strengthening health systems for chronic care: Leveraging HIV programs to support diabetes services in Ethiopia and Swaziland. *Journal of Tropical Medicine*, 137460. DOI: 10.1155/2012/137460.
6. Gounder, C.R. and Chaisson, R.E. (2012). A diagonal approach to building primary healthcare systems in resource-limited settings: Women-centred integration of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, MCH and NCD initiatives. *Tropical Medicine & International Health*, 17(12): 1426–1431.
7. Topp, S.M., et al. (2010). Strengthening health systems at facility-level: Feasibility of integrating antiretroviral therapy into primary health care services in Lusaka, Zambia. *PLoS ONE*, 5(7): e11522. DOI: 10.1371/journal.pone.0011522

8. Sweeney, S., et al. (2012). Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: A systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 88: 85–99. DOI: 10.1136/sextrans-2011-050199.
9. Quantitative data refer to GARPR data (2012), whereas country examples were derived from MTR reports (2013).
10. Beyrer, C., Baral, S., Kerrigan, D., El-Bassel, N., Bekker, L. et al. (2011). Expanding the space: Inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57: S96–S99.
11. Garcia J. et al. (2013). Persistent household food insecurity, HIV, and maternal stress in peri-urban Ghana. *BMC Public Health*, 13: 215.
12. Stroeken, K., Remes, P., De Koker, P., Michiels, K., Van Vossle, A. and Temmerman, M. (2012). HIV among out-of-school youth in Eastern and Southern Africa: A review. *AIDS Care*, 24(2): 186–94. DOI: 10.1080/09540121.2011.596519.
13. Kohler, H.P. and Thornton, R.L. (2011). Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: Unconditionally promising? *World Bank Economic Review*. DOI: 10.1093/wber/lhr041.
14. Baird, S., et al. (2010). The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 19(1): 55–68.
15. Baird S.J. et al. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomized trial. *Lancet*, 379: 1320–1329.
16. Beyrer, C. et al. (2011). Expanding the space: Inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57(Suppl. 2): S96–S99.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Введение	A2
Эпидемиология	A4
Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)	
Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)	
Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)	
Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)	
Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)	
Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ	
Оценочная смертность вследствие СПИДа	
Снизить передачу ВИЧ половым путём на 50% к 2015 году	A46
Тестирование на ВИЧ, множественные половые партнёрства и использование презервативов	
Работники секс-бизнеса – оценочная численность группы населения	
Процентная доля работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	
Процентная доля работников секс-бизнеса, живущих с ВИЧ	
Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами – оценочная численность группы населения	
Процентная доля мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнёром-мужчиной	
Процентная доля мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ	
Снизить наполовину передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков к 2015 году	A54
Потребители инъекционных наркотиков – оценочная численность группы населения	
Число шприцев, распространённых на одного потребителя инъекционных наркотиков в год в рамках программ обмена игл и шприцев	
Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	
Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков	
Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ	
Искоренить случаи ВИЧ-инфицирования среди детей и снизить уровень материнской смертности	A62
Процентная доля младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных беременных женщин и прошедших вирусологическое тестирование на ВИЧ в течение 2 месяцев со дня рождения	
Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей	
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку	
Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году	A78
Постоянное получение антиретровирусного лечения в течение 12 месяцев	
Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват	
Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват	
Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ по назначению антиретровирусного лечения 2013 года	
Снизить наполовину уровень смертности от туберкулёза среди людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году	A102
Процентная доля ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	
ВИЧ-инфицированные больные туберкулёзом, находящиеся на антиретровирусном лечении	
Оценочная смертность от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, в Африке, в странах с высоким бременем ТБ/ВИЧ	
Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов в связи со СПИДом	A110
Национальные расходы в связи с ВИЧ из национальных государственных источников (доллары США)	
Национальные расходы в связи с ВИЧ из международных источников (доллары США)	
Общий объём национальных расходов в связи с ВИЧ из национальных государственных и международных источников (доллары США)	
Устранить гендерное неравенство и жестокое обращение и насилие на гендерной почве и расширить возможности женщин и девочек защитить себя от ВИЧ	A126
Уровень знаний молодых людей о профилактике ВИЧ	
Доля состоявших в браке или половых отношениях женщин в возрасте 15–49 лет, переживших физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнёра-мужчины в течение последних 12 месяцев	
Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин	
Устранить ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса	A136
Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса	
Усилить интеграцию услуг в связи с ВИЧ	A140
Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированные с другими медицинскими услугами	
Текущая посещаемость школ детьми в возрасте от 10 до 14 лет	

ВВЕДЕНИЕ

Данные, представленные в нижеприведённых таблицах, были скомпилированы ЮНЭЙДС на базе двух источников:

- Глобальная отчётность о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR), инструмент, работающий в режиме онлайн, в который страны загружают свои последние данные по глобальным показателям, и;
- Смоделированные оценочные данные по ВИЧ, созданные с помощью стандартного моделирующего программного обеспечения национальными эпидемиологическими группами.

В своих отчётах GARPR страны предоставили обширные сведения о прогрессе в достижении основных показателей в области ВИЧ. За исключением незначительной адаптации по двум показателям, основные показатели остались прежними для последнего раунда отчётности, что позволяет выявить тенденции на глобальном, региональном и национальном уровнях. Несмотря на то что в Глобальную отчётность GARPR 2013 г. не был включён в полном объёме Инструмент оценки национальных обязательств и стратегий, обширное исследование государственных и общественных источников информации, касающееся стратегий по ВИЧ, вопросов прав человека и предоставления услуг, была включена краткая анкета, касающаяся стратегий. Полное описание показателей, использованных в Глобальной отчётности GARPR, и процесса компиляции этих данных размещено по адресу: <http://goo.gl/KYeUPt>.

Смоделированные оценочные данные о ВИЧ в нижеприведённых таблицах обозначены как оценки. Оценочные данные рассчитаны с помощью программного пакета Spectrum. Файлы с национальными данными формируются странами и представляются в ЮНЭЙДС на рассмотрение. Результаты утверждаются национальными представителями. По странам, которые не моделируют оценочные данные, создаются предварительные файлы на базе опубликованной или иным образом полученной информации, и оценочные данные в таблицу не включены. Данные по регионам в целом рассчитываются с помощью всех файлов и не ограничиваются файлами, предоставленными странами. Оценки включают только диапазоны, если страна располагает весьма ограниченными данными для использования в модели. Оценки по детям в странах с концентрированной эпидемией являются неточными и, следовательно, исключены из таблиц.

Для получения более подробной информации о программном пакете Spectrum, применяемом для формирования оценок, посетите сайт www.futuresinstitute.org. Для получения информации о допущениях и процессе выработки параметров в связи с ВИЧ, используемых в Spectrum, посетите www.epidem.org.

Анализ массива данных, представленный в Глобальном докладе за 2013 год, основан на данных, приведённых в настоящем приложении. Доступ к этим данным в разных визуальных форматах можно получить по адресу: aidsinfo.unaids.org. Это позволяет использовать данные для эффективной коммуникации в достижении целевых показателей на глобальном и страновом уровнях.

Для тех, кто, интересуется более тщательным анализом и разбивкой данных по более долгим временным периодам, весь массив данных размещён по адресу: www.aidsinfoonline.org.

<http://aidsinfo.unaids.org>

<http://aidsinfoonline.org>



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	1,3	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1
Багамские Острова	3,5	3,4	3,5	3,3	3,2	3,5
Барбадос	0,7	0,6	0,9	0,9	0,8	1,1
Куба	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Доминиканская Республика	1,3	1,1	1,5	0,7	0,6	0,8
Гаити	2,9	2,6	3,2	2,1	1,9	2,3
Ямайка	2,4	2,0	2,7	1,7	1,4	2,0
Тринидад и Тобаго	1,3	1,1	1,4	1,6	1,4	1,7
Восточная Азия	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Китай ¹	...	...	...	<0,1	<0,1	0,1
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Армения	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Азербайджан	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Беларусь	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
Грузия	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
Республика Молдова	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	<0,1	<0,1	0,1	0,3	0,2	0,6
Украина	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0
Узбекистан	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2
Латинская Америка	0,5	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5
Аргентина	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5
Белиз	1,8	1,6	1,9	1,4	1,3	1,6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	0,4	0,3	0,6	0,3	0,1	0,4
Бразилия	...	0,4	0,5	...	0,4	0,5
Чили	0,4	0,2	0,6	0,4	0,2	0,6
Колумбия	0,6	0,5	0,8	0,5	0,4	0,7
Коста-Рика	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Эквадор	0,6	0,3	0,9	0,6	0,4	1,1
Сальвадор	0,8	0,6	1,2	0,6	0,4	1,2
Гватемала	0,8	0,5	1,3	0,7	0,4	1,5
Гайана	0,7	0,4	1,1	1,3	0,8	2,1
Гондурас	1,2	1,0	1,5	0,5	0,4	0,7
Мексика	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3
Никарагуа	<0,1	<0,1	<0,1	0,3	0,2	0,4
Панама	1,2	1,0	1,5	0,7	0,5	1,0
Парагвай	0,1	<0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Перу	0,6	0,4	0,8	0,4	0,2	1,3
Суринам	1,2	1,0	1,4	1,1	1,0	1,2
Уругвай	0,5	0,3	0,7	0,7	0,5	1,0
Венесуэла (Боливарианская Республика)	0,6	0,4	0,9	0,6	0,4	0,9
Ближний Восток и Северная Африка	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	2,3	1,8	2,8	1,2	1,0	1,5
Египет	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Иран (Исламская Республика)	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	0,1	0,2
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,2
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	0,7	0,4	1,1	0,5	0,4	0,8
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,3
Северная Америка	0,5	0,4	0,7	0,5	0,4	0,8
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	<0,1	<0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	0,7	0,5	1,0	0,5	0,4	0,7
Южная и Юго-Восточная Азия	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
Афганистан	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Бангладеш	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Бутан	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Камбоджа	1,5	1,1	2,6	0,8	0,5	1,5
Индия ¹	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
Индонезия	<0,1	<0,1	0,2	0,4	0,3	0,7
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
Малайзия	0,4	0,3	0,6	0,4	0,3	0,6
Мальдивы	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Мьянма	0,8	0,7	0,9	0,6	0,5	0,6
Непал	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4
Пакистан	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,2
Филиппины	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Таиланд	1,8	1,7	1,9	1,1	1,0	1,2
Вьетнам	0,3	<0,1	0,6	0,4	0,1	0,8
Страны Африки югу от Сахары	5,8	5,5	6,3	4,7	4,4	5,0
Ангола	1,8	1,3	2,6	2,3	1,9	2,8
Бенин	1,6	1,4	1,8	1,1	1,0	1,3

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ботсвана	28,1	26,7	29,6	23,0	21,8	24,4
Буркина-Фасо	2,2	1,9	2,6	1,0	0,8	1,1
Бурунди	2,9	2,4	3,4	1,3	1,0	1,5
Камерун	5,2	4,9	5,6	4,5	4,1	4,9
Кабо-Верде	0,5	0,4	0,6	0,2	0,2	0,4
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	3,8	3,3	4,4	2,7	2,3	3,4
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	4,7	4,3	5,3	2,8	2,5	3,0
Кот-д'Ивуар	6,4	5,9	7,2	3,2	2,8	3,8
Демократическая Республика Конго	1,5	1,4	1,7	1,1	1,0	1,2
Экваториальная Гвинея	3,6	2,0	6,6	6,2	3,4	9,7
Эритрея	2,0	1,5	2,7	0,7	0,5	0,9
Эфиопия	3,6	3,3	3,9	1,3	1,2	1,5
Габон	6,1	5,4	6,9	4,0	3,5	4,8
Гамбия	1,0	0,7	1,3	1,3	0,9	1,7
Гана	2,3	2,0	2,6	1,4	1,2	1,6
Гвинея	1,3	1,1	1,5	1,7	1,4	2,0
Гвинея-Бисау	2,8	2,1	3,8	3,9	2,9	5,3
Кения	8,5	8,2	8,8	6,1	5,9	6,3
Лесото	23,4	21,9	24,9	23,1	21,7	24,7
Либерия	2,3	1,9	2,6	0,9	0,7	1,1
Мадагаскар	0,7	0,5	0,8	0,5	0,4	0,6
Малави	15,5	14,8	16,4	10,8	10,2	11,4
Мали	1,6	1,3	2,0	0,9	0,7	1,2
Мавритания	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	0,6
Маврикий	1,0	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3
Мозамбик	9,0	8,1	10,2	11,1	9,9	12,9
Намибия	15,0	13,0	17,1	13,3	11,4	15,2
Нигер	1,0	0,9	1,2	0,5	0,4	0,6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Нигерия	3,5	3,0	4,0	3,1	2,8	3,5
Руанда	4,4	4,0	4,9	2,9	2,6	3,2
Сан-Томе и Принсипи	1,1	0,7	1,5	1,0	0,8	1,4
Сенегал	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6
Сьерра-Леоне	1,0	0,7	1,4	1,5	1,0	2,1
Южная Африка	15,3	14,7	15,8	17,9	17,3	18,4
Южный Судан	3,1	1,4	5,2	2,7	1,8	4,0
Свазиленд	24,8	23,2	26,6	26,5	24,6	28,3
Того	4,5	3,9	5,4	2,9	2,5	3,5
Уганда	6,8	5,9	7,8	7,2	6,4	8,4
Объединённая Республика Танзания	7,5	6,7	8,3	5,1	4,6	5,7
Замбия	15,1	14,2	16,0	12,7	11,9	13,7
Зимбабве	24,3	23,0	25,6	14,7	13,8	15,6
Западная и Центральная Европа	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...
Израиль	...	...	...	...	...	...
Италия	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная распространённость ВИЧ – взрослые (от 15 до 49 лет)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	0,8	0,7	0,9	0,8	0,7	0,9

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 год.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	280 000	250 000	310 000	250 000	220 000	280 000
Багамские Острова	5 900	5 800	6 100	7 000	6 700	7 400
Барбадос	1 100	<1 000	1 400	1 500	1 300	1 800
Куба	2 800	2 100	4 000	4 700	3 400	8 200
Доминиканская Республика	64 000	55 000	74 000	45 000	39 000	52 000
Гаити	160 000	140 000	180 000	150 000	130 000	160 000
Ямайка	34 000	28 000	40 000	28 000	23 000	34 000
Тринидад и Тобаго	10 000	9 200	12 000	14 000	13 000	15 000
Восточная Азия	370 000	270 000	530 000	880 000	650 000	1 200 000
Китай ¹	...	...	...	780 000	620 000	940 000
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	5 400	8 000	...	7 100	11 000
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	5 500	8 900	...	12 000	20 000
Восточная Европа и Центральная Азия	860 000	700 000	1 100 000	1 300 000	1 000 000	1 700 000
Армения	1 700	<1 000	3 500	3 500	2 300	5 300
Азербайджан	3 600	2 500	5 800	10 000	8 000	14 000
Беларусь	7 200	5 700	9 600	23 000	21 000	26 000
Грузия	1 500	1 100	2 200	6 600	5 200	9 500
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	1 000	<1 000	1 800	8 700	6 000	13 000
Республика Молдова	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	1 400	<500	4 000	12 000	6 900	24 000
Украина	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	270 000
Узбекистан	37 000	23 000	51 000	30 000	23 000	40 000
Латинская Америка	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 500 000	1 200 000	1 900 000
Аргентина	78 000	59 000	97 000	98 000	80 000	120 000
Белиз	2 500	2 200	2 800	3 100	2 800	3 400

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	18 000	13 000	27 000	16 000	8 500	24 000
Бразилия	...	430 000	520 000	...	530 000	660 000
Чили	33 000	16 000	50 000	39 000	25 000	61 000
Колумбия	140 000	100 000	180 000	150 000	110 000	190 000
Коста-Рика	5 200	4 900	5 500	9 800	8 800	11 000
Эквадор	40 000	22 000	60 000	52 000	36 000	99 000
Сальвадор	26 000	19 000	38 000	25 000	16 000	45 000
Гватемала	49 000	31 000	76 000	58 000	36 000	130 000
Гайана	3 300	2 000	5 200	7 200	4 300	12 000
Гондурас	43 000	36 000	52 000	26 000	21 000	33 000
Мексика	190 000	160 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Никарагуа	1 300	<1 000	2 500	9 600	6 600	15 000
Панама	21 000	17 000	26 000	17 000	12 000	22 000
Парагвай	3 600	2 300	11 000	13 000	7 400	24 000
Перу	94 000	67 000	130 000	76 000	36 000	230 000
Суринам	3 500	2 800	4 100	4 000	3 600	4 400
Уругвай	8 400	5 800	12 000	13 000	9 800	19 000
Венесуэла (Боливарианская Республика)	84 000	56 000	130 000	110 000	74 000	160 000
Ближний Восток и Северная Африка	150 000	100 000	230 000	260 000	200 000	380 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	9 700	7 600	12 000	7 700	6 200	9 400
Египет	2 000	1 300	3 400	6 500	4 300	10 000
Иран (Исламская Республика)	15 000	7 000	29 000	71 000	53 000	100 000
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	8 700	6 200	11 000	30 000	22 000	40 000
Оман	...	<500	1 300	...	2 800	5 700
Сомали	29 000	16 000	44 000	31 000	21 000	47 000
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<500	<500	1 100	2 300	1 400	3 800

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	4 100	2 000	7 500	19 000	8 900	47 000
Северная Америка	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Канада	...	36 000	51 000	...	59 000	85 000
Соединённые Штаты Америки	...	750 000	1 200 000	...	920 000	1 800 000
Океания	37 000	30 000	45 000	51 000	43 000	59 000
Австралия	...	10 000	15 000	...	18 000	27 000
Фиджи	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 200
Новая Зеландия	...	1 300	1 900	...	2 200	3 600
Папуа – Новая Гвинея	22 000	15 000	32 000	25 000	20 000	31 000
Южная и Юго-Восточная Азия	3 700 000	2 900 000	4 600 000	3 900 000	2 900 000	5 200 000
Афганистан	1 600	<1 000	5 300	4 300	1 600	14 000
Бангладеш	4 000	<500	6 900	8 000	3 100	82 000
Бутан	<500	<500	<500	1 100	<1 000	2 700
Камбоджа	110 000	77 000	190 000	76 000	59 000	120 000
Индия ¹	2 400 000	1 900 000	2 800 000	2 100 000	1 700 000	2 600 000
Индонезия	83 000	<100	260 000	610 000	390 000	940 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	3 300	2 500	6 600	12 000	10 000	13 000
Малайзия	54 000	38 000	80 000	82 000	60 000	110 000
Мальдивы	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Мьянма	220 000	190 000	250 000	200 000	170 000	220 000
Непал	50 000	41 000	63 000	49 000	39 000	65 000
Пакистан	10 000	6 500	19 000	87 000	50 000	160 000
Филиппины	5 400	3 200	11 000	15 000	11 000	23 000
Сингапур	...	2 200	3 900	...	3 000	4 700
Шри-Ланка	1 900	1 200	3 500	3 000	2 000	5 000
Таиланд	660 000	610 000	700 000	440 000	400 000	480 000
Вьетнам	160 000	41 000	320 000	260 000	70 000	490 000
Страны Африки югу от Сахары	21 700 000	20 200 000	23 500 000	25 000 000	23 500 000	26 600 000
Ангола	130 000	96 000	190 000	250 000	210 000	300 000
Бенин	62 000	55 000	70 000	72 000	64 000	80 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ботсвана	300 000	280 000	320 000	340 000	320 000	360 000
Буркина-Фасо	180 000	160 000	210 000	110 000	99 000	130 000
Бурунди	130 000	110 000	150 000	89 000	75 000	110 000
Камерун	480 000	450 000	530 000	600 000	550 000	660 000
Кабо-Верде	1 300	<1 000	1 400	<1 000	<1 000	1 200
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	190 000	160 000	220 000	210 000	180 000	270 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	92 000	84 000	100 000	74 000	68 000	81 000
Кот-д'Ивуар	630 000	570 000	710 000	450 000	390 000	530 000
Демократическая Республика Конго	440 000	400 000	490 000	480 000	440 000	530 000
Экваториальная Гвинея	12 000	6 700	22 000	31 000	17 000	49 000
Эритрея	30 000	21 000	41 000	18 000	14 000	24 000
Эфиопия	1 300 000	1 200 000	1 400 000	760 000	690 000	840 000
Габон	42 000	37 000	48 000	41 000	36 000	48 000
Гамбия	7 200	5 400	9 600	14 000	11 000	19 000
Гана	270 000	230 000	310 000	240 000	200 000	270 000
Гвинея	64 000	52 000	77 000	120 000	97 000	140 000
Гвинея-Бисау	21 000	15 000	28 000	41 000	32 000	55 000
Кения	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 600 000	1 600 000	1 700 000
Лесото	280 000	260 000	300 000	360 000	340 000	380 000
Либерия	33 000	28 000	39 000	22 000	19 000	26 000
Мадагаскар	55 000	44 000	67 000	59 000	49 000	69 000
Малави	1 100 000	1 000 000	1 100 000	1 100 000	1 100 000	1 200 000
Мали	110 000	87 000	140 000	100 000	79 000	120 000
Мавритания	9 100	7 000	12 000	10 000	7 700	15 000
Маврикий	7 300	6 700	8 200	11 000	9 600	12 000
Мозамбик	850 000	760 000	970 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Намибия	170 000	150 000	200 000	220 000	190 000	250 000
Нигер	57 000	48 000	69 000	46 000	39 000	56 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Нигерия	2 600 000	2 200 000	3 000 000	3 400 000	3 100 000	3 800 000
Руанда	240 000	220 000	270 000	210 000	190 000	230 000
Сан-Томе и Принсипи	<1 000	<1 000	1 300	1 400	1 000	1 900
Сенегал	27 000	23 000	32 000	43 000	35 000	52 000
Сьерра-Леоне	27 000	19 000	37 000	58 000	42 000	82 000
Южная Африка	4 300 000	4 100 000	4 700 000	6 100 000	5 800 000	6 400 000
Южный Судан	120 000	55 000	210 000	150 000	100 000	230 000
Свазиленд	150 000	140 000	160 000	210 000	200 000	230 000
Того	130 000	110 000	160 000	130 000	110 000	150 000
Уганда	1 000 000	910 000	1 200 000	1 500 000	1 400 000	1 800 000
Объединённая Республика Танзания	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 500 000	1 300 000	1 600 000
Замбия	940 000	880 000	1 000 000	1 100 000	1 000 000	1 200 000
Зимбабве	1 800 000	1 700 000	2 000 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Западная и Центральная Европа	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	930 000
Австрия	...	3 800	7 000	...	13 000	25 000
Бельгия	...	6 600	11 000	...	16 000	26 000
Болгария	...	1 100	2 200	...	2 400	5 800
Хорватия	...	<500	<1 000	...	<1 000	1 600
Чешская Республика	...	1 100	1 400	...	1 800	2 300
Дания	...	3 000	4 000	...	5 500	7 500
Эстония	...	3 500	5 300	...	7 200	11 000
Финляндия	...	1 500	2 000	...	2 600	3 600
Франция	...	98 000	130 000	...	120 000	180 000
Германия	...	36 000	44 000	...	62 000	78 000
Греция	...	7 300	9 200	...	9 300	13 000
Венгрия	...	2 000	3 200	...	2 600	4 800
Исландия	...	<500	<500	...	<500	<1 000
Ирландия	...	3 600	6 100	...	6 300	10 000
Израиль	...	4 200	7 300	...	6 700	11 000
Италия	...	84 000	120 000	...	110 000	140 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латвия	...	3 500	6 100	...	6 100	12 000
Литва	...	<1 000	<1 000	...	<1 000	1 800
Люксембург	...	<500	<1 000	...	<1 000	1 100
Мальта	...	<200	<500	...	<500	<500
Нидерланды	...	14 000	24 000	...	20 000	34 000
Норвегия	...	2 400	4 300	...	3 600	6 300
Польша	...	16 000	29 000	...	25 000	46 000
Португалия	...	26 000	45 000	...	38 000	62 000
Румыния	...	12 000	20 000	...	14 000	21 000
Сербия	...	<500	3 800	...	2 200	5 500
Словакия	...	<200	<500	...	<500	<1 000
Словения	...	<200	<500	...	<500	<1 000
Испания	...	110 000	140 000	...	140 000	170 000
Швеция	...	5 400	10 000	...	7 200	13 000
Швейцария	...	11 000	17 000	...	16 000	27 000
Турция	...	1 300	2 300	...	3 900	8 000
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	...	37 000	56 000	...	76 000	120 000
В МИРЕ	30 000 000	27 200 000	33 100 000	35 300 000	32 200 000	38 800 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	250 000	230 000	280 000	230 000	210 000	260 000
Багамские Острова	5 900	5 700	6 000	6 900	6 600	7 300
Барбадос	1 100	<1 000	1 400	1 500	1 300	1 700
Куба	2 700	2 100	4 000	4 700	3 300	8 100
Доминиканская Республика	61 000	53 000	70 000	42 000	37 000	49 000
Гаити	140 000	120 000	160 000	130 000	120 000	150 000
Ямайка	33 000	28 000	39 000	28 000	23 000	33 000
Тринидад и Тобаго	10 000	9 000	11 000	14 000	13 000	15 000
Восточная Азия	370 000	270 000	520 000	880 000	650 000	1 200 000
Китай ¹	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	850 000	690 000	1 000 000	1 300 000	990 000	1 600 000
Армения	1 700	<1 000	3 500	3 500	2 300	5 300
Азербайджан	3 600	2 500	5 800	10 000	7 900	14 000
Беларусь	7 200	5 700	9 500	23 000	21 000	25 000
Грузия	1 500	1 100	2 200	6 600	5 200	9 400
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<1 000	<1 000	1 700	8 700	5 900	13 000
Республика Молдова	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	1 300	<500	3 800	11 000	6 500	23 000
Украина	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	260 000
Узбекистан	36 000	22 000	50 000	27 000	21 000	38 000
Латинская Америка	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 400 000	1 200 000	1 800 000
Аргентина	77 000	58 000	96 000	95 000	77 000	110 000
Белиз	2 400	2 100	2 600	2 800	2 600	3 100

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	18 000	13 000	26 000	15 000	7 700	23 000
Бразилия	...	420 000	510 000	...	520 000	650 000
Чили	33 000	16 000	49 000	39 000	25 000	61 000
Колумбия	140 000	100 000	180 000	140 000	100 000	190 000
Коста-Рика	5 000	4 700	5 300	9 400	8 500	10 000
Эквадор	39 000	21 000	58 000	51 000	36 000	98 000
Сальвадор	25 000	18 000	36 000	24 000	16 000	43 000
Гватемала	46 000	29 000	72 000	53 000	33 000	120 000
Гайана	3 100	1 900	4 900	7 000	4 100	11 000
Гондурас	39 000	32 000	47 000	23 000	19 000	30 000
Мексика	190 000	150 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Никарагуа	1 300	<1 000	2 400	9 500	6 500	15 000
Панама	20 000	16 000	25 000	16 000	12 000	21 000
Парагвай	3 500	2 200	11 000	13 000	7 200	24 000
Перу	89 000	64 000	120 000	72 000	34 000	230 000
Суринам	3 300	2 700	3 900	3 800	3 400	4 300
Уругвай	8 300	5 800	12 000	13 000	9 600	19 000
Венесуэла (Боливарианская Республика)	80 000	53 000	120 000	100 000	72 000	160 000
Ближний Восток и Северная Африка	130 000	93 000	210 000	250 000	180 000	350 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	9 200	7 200	11 000	6 500	5 200	8 000
Египет	1 900	1 200	3 300	6 300	4 100	9 900
Иран (Исламская Республика)	15 000	7 000	29 000	70 000	52 000	100 000
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	8 300	5 900	11 000	29 000	22 000	39 000
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	25 000	15 000	40 000	26 000	17 000	40 000
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<500	<500	1 100	2 300	1 300	3 700

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	3 800	1 900	7 200	18 000	8 300	44 000
Северная Америка	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	35 000	29 000	43 000	48 000	40 000	55 000
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 100
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	21 000	14 000	29 000	22 000	18 000	28 000
Южная и Юго-Восточная Азия	3 600 000	2 800 000	4 500 000	3 700 000	2 700 000	4 900 000
Афганистан	1 500	<1 000	5 000	4 000	1 500	13 000
Бангладеш	3 900	<500	6 700	7 600	3 000	80 000
Бутан	<500	<500	<500	1 000	<500	2 600
Камбоджа	100 000	74 000	180 000	71 000	51 000	130 000
Индия ¹	2 300 000	1 900 000	2 700 000	1 900 000	1 600 000	2 400 000
Индонезия	82 000	<100	260 000	590 000	380 000	910 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	3 200	2 400	6 000	11 000	9 300	12 000
Малайзия	53 000	38 000	79 000	81 000	59 000	110 000
Мальдивы	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Мьянма	220 000	190 000	250 000	190 000	160 000	210 000
Непал	49 000	40 000	61 000	45 000	36 000	60 000
Пакистан	9 800	6 400	19 000	85 000	48 000	160 000
Филиппины	5 100	3 000	10 000	14 000	11 000	22 000
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	1 800	1 100	3 500	2 900	1 900	4 800
Таиланд	650 000	610 000	690 000	430 000	390 000	470 000
Вьетнам	160 000	41 000	310 000	250 000	68 000	480 000
Страны Африки к югу от Сахары	19 400 000	18 000 000	21 000 000	22 100 000	20 700 000	23 400 000
Ангола	110 000	85 000	170 000	220 000	180 000	270 000
Бенин	56 000	49 000	63 000	62 000	56 000	70 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ботсвана	290 000	270 000	310 000	330 000	310 000	350 000
Буркина-Фасо	140 000	120 000	160 000	94 000	81 000	110 000
Бурунди	100 000	86 000	120 000	72 000	60 000	88 000
Камерун	450 000	410 000	490 000	540 000	500 000	590 000
Кабо-Верде	1 100	<1 000	1 200	<1 000	<1 000	1 100
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	170 000	140 000	190 000	180 000	150 000	220 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	77 000	70 000	86 000	61 000	56 000	67 000
Кот-д'Ивуар	570 000	510 000	650 000	390 000	340 000	450 000
Демократическая Республика Конго	370 000	340 000	410 000	390 000	360 000	430 000
Экваториальная Гвинея	11 000	6 000	20 000	28 000	15 000	43 000
Эритрея	26 000	19 000	35 000	15 000	12 000	20 000
Эфиопия	1 100 000	1 000 000	1 200 000	590 000	540 000	660 000
Габон	40 000	35 000	45 000	37 000	33 000	44 000
Гамбия	6 600	4 900	8 800	13 000	9 400	17 000
Гана	240 000	210 000	280 000	210 000	180 000	240 000
Гвинея	58 000	48 000	71 000	100 000	86 000	130 000
Гвинея-Бисау	19 000	14 000	26 000	35 000	27 000	48 000
Кения	1 400 000	1 300 000	1 500 000	1 400 000	1 400 000	1 500 000
Лесото	250 000	240 000	280 000	320 000	300 000	340 000
Либерия	31 000	26 000	36 000	18 000	15 000	22 000
Мадагаскар	48 000	39 000	59 000	50 000	41 000	60 000
Малави	910 000	860 000	980 000	950 000	900 000	1 000 000
Мали	94 000	77 000	120 000	84 000	66 000	100 000
Мавритания	8 200	6 300	11 000	8 700	6 300	12 000
Маврикий	7 300	6 700	8 100	10 000	9 500	12 000
Мозамбик	780 000	700 000	900 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Намибия	160 000	140 000	180 000	200 000	180 000	230 000
Нигер	51 000	43 000	62 000	36 000	30 000	45 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Нигерия	2 400 000	2 000 000	2 800 000	3 000 000	2 700 000	3 300 000
Руанда	200 000	180 000	220 000	180 000	160 000	200 000
Сан-Томе и Принсипи	<1 000	<1 000	1 200	1 200	<1 000	1 500
Сенегал	24 000	20 000	29 000	37 000	30 000	44 000
Сьерра-Леоне	25 000	18 000	35 000	52 000	37 000	74 000
Южная Африка	4 100 000	3 900 000	4 400 000	5 700 000	5 500 000	6 000 000
Южный Судан	110 000	52 000	190 000	140 000	88 000	200 000
Свазиленд	130 000	120 000	140 000	190 000	180 000	200 000
Того	120 000	100 000	140 000	110 000	95 000	130 000
Уганда	830 000	730 000	950 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Объединённая Республика Танзания	1 300 000	1 200 000	1 400 000	1 200 000	1 100 000	1 400 000
Замбия	800 000	750 000	860 000	950 000	900 000	1 000 000
Зимбабве	1 600 000	1 600 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Западная и Центральная Европа	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	920 000
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...
Израиль	...	...	...	...	...	...
Италия	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Люди, живущие с ВИЧ (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	27 500 000	24 900 000	30 300 000	32 100 000	29 100 000	35 300 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	25 000	22 000	28 000	12 000	9 400	14 000
Багамские Острова	<1 000	<1 000	<1 000	<500	<500	<500
Барбадос	<200	<200	<200	<100	<100	<100
Куба	...	...	...	<500	<200	1 000
Доминиканская Республика	5 900	5 000	7 100	<500	<200	<1 000
Гаити	14 000	12 000	16 000	8 500	6 900	11 000
Ямайка	2 900	2 300	3 600	1 400	<1 000	2 000
Тринидад и Тобаго	1 300	1 200	1 600	<1 000	<1 000	<1 000
Восточная Азия	68 000	50 000	96 000	81 000	34 000	160 000
Китай ¹	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	140 000	110 000	180 000	130 000	89 000	190 000
Армения	<500	<200	1 200	<500	<200	<1 000
Азербайджан	...	...	...	<1 000	<500	1 600
Беларусь	2 000	1 500	2 600	1 600	<1 000	2 400
Грузия	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 400
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<500	<200	<500	1 700	<1 000	2 600
Республика Молдова	1 700	1 200	3 900	1 800	1 400	2 500
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	<1 000	<500	3 000	2 100	<1 000	5 500
Украина	35 000	30 000	40 000	11 000	7 500	15 000
Узбекистан	...	...	...	2 300	1 300	3 800
Латинская Америка	97 000	78 000	120 000	86 000	57 000	150 000
Аргентина	...	...	...	4 200	2 800	6 200
Белиз	<500	<500	<500	<200	<100	<200

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	2 300	1 600	3 500	1 100	<200	1 900
Бразилия	...	...	...	34 000	27 000	45 000
Чили	...	...	...	2 300	1 100	6 200
Колумбия	11 000	7 700	15 000	9 000	5 600	14 000
Коста-Рика	...	...	...	<1 000	<500	<1 000
Эквадор	...	...	...	4 200	2 400	14 000
Сальвадор	...	...	...	1 100	<500	3 700
Гватемала	...	...	...	3 000	1 000	15 000
Гайана	...	...	...	<500	<200	<1 000
Гондурас	...	...	...	<1 000	<1 000	1 700
Мексика	10 000	7 400	14 000	9 300	6 200	14 000
Никарагуа	<500	<200	<500	1 500	<1 000	2 600
Панама	...	...	...	<1 000	<500	1 000
Парагвай	...	...	...	1 600	<1 000	3 800
Перу	...	...	...	4 600	1 000	28 000
Суринам	<500	<500	<500	<500	<200	<500
Уругвай	...	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	...	...	...	6 600	3 300	12 000
Ближний Восток и Северная Африка	21 000	16 000	30 000	32 000	22 000	47 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	1 700	1 400	2 200	<500	<200	<1 000
Египет	...	...	...	<1 000	<1 000	1 700
Иран (Исламская Республика)	...	...	...	11 000	7 400	20 000
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	...	...	...	3 400	2 200	5 100
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	...	...	...	3 300	1 800	5 900
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	...	...	...	<500	<200	<1 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	...	...	...	3 500	1 400	6 800
Северная Америка	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	4 300	3 500	5 400	2 100	1 500	2 700
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	...	...	...	<200	<200	<200
Новая Зеландия	...	...	...	<200	<100	<500
Папуа – Новая Гвинея	3 500	2 600	4 600	<1 000	<500	1 200
Южная и Юго-Восточная Азия	400 000	310 000	520 000	270 000	160 000	440 000
Афганистан	...	...	...	<1 000	<200	2 400
Бангладеш	<1 000	<100	3 500	<1 000	<500	19 000
Бутан	...	...	...	<200	<100	<1 000
Камбоджа	6 000	3 200	14 000	1 400	<1 000	2 900
Индия ¹	260 000	220 000	310 000	130 000	80 000	230 000
Индонезия	29 000	<100	68 000	76 000	47 000	150 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	1 000	<1 000	1 200
Малайзия	6 200	4 200	9 500	7 400	4 800	11 000
Мальдивы	...	...	...	<100	<100	<100
Мьянма	25 000	20 000	30 000	7 100	5 700	8 900
Непал	9 500	7 100	13 000	1 200	<1 000	2 700
Пакистан	2 300	1 500	4 100	19 000	8 700	39 000
Филиппины	<1 000	<500	1 600	1 800	1 100	4 000
Сингапур	...	...	...	<200	<100	<500
Шри-Ланка	<500	<200	<1 000	<500	<200	<1 000
Таиланд	24 000	21 000	38 000	8 800	5 500	24 000
Вьетнам	31 000	11 000	57 000	13 000	2 300	28 000
Страны Африки к югу от Сахары	2 600 000	2 400 000	2 800 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Ангола	19 000	14 000	26 000	28 000	21 000	36 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Бенин	7 400	6 500	8 500	4 100	3 200	5 200
Ботсвана	27 000	25 000	30 000	12 000	11 000	15 000
Буркина-Фасо	8 400	6 700	10 000	5 800	3 800	8 300
Бурунди	5 600	4 500	7 100	4 600	2 400	7 500
Камерун	62 000	56 000	70 000	45 000	38 000	53 000
Кабо-Верде	...	...	...	<100	<100	<100
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	23 000	19 000	31 000	16 000	12 000	21 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	8 900	8 000	10 000	4 700	3 800	5 800
Кот-д'Ивуар	58 000	49 000	70 000	30 000	22 000	39 000
Демократическая Республика Конго	51 000	47 000	57 000	34 000	30 000	40 000
Экваториальная Гвинея	...	...	...	2 600	1 200	4 500
Эритрея	1 900	1 200	3 100	<500	<500	<1 000
Эфиопия	130 000	110 000	140 000	20 000	14 000	29 000
Габон	5 900	5 000	6 800	1 000	<500	2 100
Гамбия	1 500	1 200	2 100	<1 000	<500	1 300
Гана	28 000	24 000	32 000	8 000	4 500	12 000
Гвинея	...	...	...	10 000	7 000	14 000
Гвинея-Бисау	4 200	3 200	5 500	3 600	2 300	5 700
Кения	140 000	130 000	150 000	98 000	91 000	110 000
Лесото	33 000	30 000	36 000	26 000	23 000	30 000
Либерия	4 300	3 500	5 100	<500	<200	<500
Мадагаскар	...	...	...	3 900	2 600	5 900
Малави	110 000	100 000	120 000	66 000	58 000	76 000
Мали	11 000	8 700	15 000	4 200	1 600	7 300
Мавритания	...	...	...	<500	<200	<1 000
Маврикий	...	...	...	<1 000	<1 000	1 100
Мозамбик	160 000	150 000	190 000	120 000	97 000	150 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Намибия	23 000	20 000	27 000	10 000	8 000	13 000
Нигер	7 800	6 500	9 600	1 100	<1 000	1 800
Нигерия	400 000	350 000	470 000	260 000	210 000	310 000
Руанда	17 000	15 000	20 000	7 800	5 800	11 000
Сан-Томе и Принсипи	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Сенегал	4 700	3 900	5 700	2 000	1 300	3 000
Сьерра-Леоне	6 100	4 500	8 200	3 100	1 200	6 900
Южная Африка	640 000	600 000	700 000	370 000	340 000	420 000
Южный Судан	...	...	...	15 000	7 500	23 000
Свазиленд	17 000	16 000	19 000	12 000	9 800	14 000
Того	18 000	15 000	21 000	4 800	2 800	7 500
Уганда	94 000	82 000	110 000	140 000	110 000	170 000
Объединённая Республика Танзания	130 000	120 000	150 000	83 000	69 000	100 000
Замбия	100 000	95 000	110 000	56 000	49 000	64 000
Зимбабве	130 000	120 000	150 000	69 000	59 000	79 000
Западная и Центральная Европа	...	...	...	29 000	25 000	35 000
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (все возрастные группы)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	3 400 000	3 100 000	3 700 000	2 300 000	1 900 000	2 700 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	22 000	19 000	24 000	11 000	9 100	14 000
Багамские Острова	<1 000	<1 000	<1 000	<500	<500	<500
Барбадос	<200	<200	<200	<100	<100	<100
Куба	...	...	...	<500	<200	<1 000
Доминиканская Республика	5 200	4 400	6 300	<500	<200	<1 000
Гаити	11 000	9 700	13 000	8 200	6 600	10 000
Ямайка	2 700	2 100	3 300	1 400	<1 000	1 900
Тринидад и Тобаго	1 300	1 200	1 500	<500	<500	<1 000
Восточная Азия	67 000	49 000	95 000	80 000	34 000	150 000
Китай ¹	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	140 000	110 000	170 000	130 000	89 000	190 000
Армения	<500	<200	1 200	<500	<200	<1 000
Азербайджан	...	...	...	<1 000	<500	1 600
Беларусь	2 000	1 500	2 600	1 600	<1 000	2 400
Грузия	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 400
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<500	<200	<500	1 700	<1 000	2 600
Республика Молдова	1 600	1 200	3 900	1 800	1 400	2 400
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	<1 000	<500	3 100	2 000	<1 000	5 200
Украина	34 000	29 000	39 000	11 000	7 400	15 000
Узбекистан	...	...	...	2 300	1 300	3 800
Латинская Америка	90 000	72 000	110 000	84 000	56 000	150 000
Аргентина	...	...	...	4 200	2 800	6 100
Белиз	<500	<500	<500	<200	<100	<200

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	2 200	1 400	3 300	1 000	<100	1 800
Бразилия	...	...	...	...	...	...
Чили	...	...	...	2 300	1 100	6 200
Колумбия	9 900	7 100	14 000	8 700	5 400	13 000
Коста-Рика	...	...	...	<1 000	<500	<1 000
Эквадор	...	...	...	4 200	2 400	13 000
Сальвадор	...	...	...	1 000	<500	3 400
Гватемала	...	...	...	2 500	<1 000	13 000
Гайана	...	...	...	<500	<200	<1 000
Гондурас	...	...	...	<1 000	<1 000	1 500
Мексика	9 800	6 900	13 000	9 200	6 100	14 000
Никарагуа	<500	<200	<500	1 500	<1 000	2 600
Панама	...	...	...	<1 000	<500	1 000
Парагвай	...	...	...	1 500	<1 000	3 700
Перу	...	...	...	4 500	1 000	27 000
Суринам	<500	<500	<500	<500	<200	<500
Уругвай	...	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	...	...	...	6 300	3 200	12 000
Ближний Восток и Северная Африка	18 000	14 000	25 000	29 000	20 000	43 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	1 600	1 200	2 000	<200	<200	<500
Египет	...	...	...	<1 000	<1 000	1 600
Иран (Исламская Республика)	...	...	...	11 000	7 300	19 000
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	...	...	...	3 400	2 200	5 000
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	...	...	...	2 600	1 300	4 700
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	...	...	...	<500	<200	<1 000
Йемен	...	...	...	3 200	1 300	6 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Северная Америка	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	3 900	3 100	4 800	1 800	1 200	2 400
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	...	...	...	<200	<200	<200
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	3 000	2 200	4 100	<500	<500	<1 000
Южная и Юго-Восточная Азия	370 000	280 000	480 000	250 000	140 000	410 000
Афганистан	...	...	...	<1000	<200	2 200
Бангладеш	<500	<100	3 400	<1 000	<500	18 000
Бутан	...	...	...	<200	<100	<1 000
Камбоджа	4 900	2 500	12 000	1 200	<100	<100
Индия ¹	240 000	190 000	280 000	120 000	70 000	210 000
Индонезия	29 000	<100	67 000	72 000	44 000	140 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	<1 000	<1 000	1 100
Малайзия	6 100	4 100	9 400	7 300	4 700	11 000
Мальдивы	...	...	...	<100	<100	<100
Мьянма	24 000	19 000	29 000	6 400	5 000	8 000
Непал	8 900	6 600	12 000	<1 000	<500	2 000
Пакистан	2 200	1 500	4 000	18 000	8 400	38 000
Филиппины	<1 000	<500	1 500	1 700	1 100	3 900
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	<500	<200	<1 000	<500	<200	<1 000
Таиланд	23 000	20 000	36 000	8 700	5 400	23 000
Вьетнам	30 000	11 000	55 000	13 000	2 200	27 000
Страны Африки к югу от Сахары	2 100 000	1 900 000	2 200 000	1 400 000	1 200 000	1 500 000
Ангола	16 000	12 000	21 000	23 000	17 000	30 000
Бенин	5 900	5 100	6 900	3 400	2 500	4 300

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ботсвана	24 000	22 000	26 000	12 000	10 000	14 000
Буркина-Фасо	3 800	2 600	5 400	4 500	2 800	6 600
Бурунди	2 000	1 100	2 900	3 300	1 600	5 900
Камерун	53 000	47 000	60 000	39 000	33 000	46 000
Кабо-Верде	...	...	...	<100	<100	<100
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	18 000	14 000	24 000	12 000	8 200	16 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	6 600	5 900	7 600	3 400	2 700	4 300
Кот-д'Ивуар	46 000	37 000	56 000	25 000	19 000	33 000
Демократическая Республика Конго	38 000	34 000	42 000	24 000	21 000	28 000
Экваториальная Гвинея	...	...	...	2 000	<1 000	3 500
Эритрея	1 200	<1 000	2 500	<500	<200	<1 000
Эфиопия	87 000	74 000	100 000	11 000	4 800	18 000
Габон	5 200	4 300	6 000	<1 000	<500	1 700
Гамбия	1 300	1 000	1 800	<1 000	<500	1 200
Гана	23 000	19 000	27 000	7 100	4 000	11 000
Гвинея	...	...	...	8 500	5 400	12 000
Гвинея-Бисау	3 600	2 700	4 700	2 800	1 700	4 500
Кения	97 000	90 000	110 000	85 000	80 000	96 000
Лесото	27 000	24 000	30 000	23 000	20 000	26 000
Либерия	3 600	2 900	4 400	<100	<100	<100
Мадагаскар	...	...	...	2 900	1 800	4 500
Малави	83 000	78 000	91 000	55 000	49 000	63 000
Мали	8 200	6 000	11 000	3 000	<1 000	5 500
Мавритания	...	...	...	<200	<100	<500
Маврикий	...	...	...	<1 000	<1 000	1 100
Мозамбик	140 000	130 000	160 000	100 000	85 000	130 000
Намибия	20 000	18 000	23 000	9 700	74 00	12 000
Нигер	6 200	5 100	7 600	<200	<100	<500

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Нигерия	350 000	290 000	400 000	200 000	160 000	250 000
Руанда	11 000	8 800	13 000	6 900	5 100	9 300
Сан-Томе и Принсипи	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Сенегал	4 000	3 300	4 800	1 300	<1 000	2 100
Сьерра-Леоне	5 500	4 100	7 400	2 800	1 000	6 100
Южная Африка	560 000	530 000	620 000	350 000	320 000	390 000
Южный Судан	...	...	...	12 000	6 000	19 000
Свазиленд	14 000	13 000	15 000	10 000	8 400	12 000
Того	15 000	12 000	18 000	4 100	2 300	6 500
Уганда	69 000	59 000	81 000	120 000	100 000	150 000
Объединённая Республика Танзания	91 000	80 000	100 000	69 000	58 000	85 000
Замбия	75 000	70 000	81 000	46 000	41 000	54 000
Зимбабве	97 000	87 000	110 000	59 000	51 000	69 000
Западная и Центральная Европа	...	...	...	29 000	25 000	34 000
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...
Израиль	...	...	...	...	...	...
Италия	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочное число новых случаев ВИЧ-инфицирования (от 15 лет и старше)

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	2 800 000	2 600 000	3 100 000	2 000 000	1 700 000	2 400 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	0,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,4
Багамские Острова	1,8	1,4	2,2	1,3	1,0	1,6
Барбадос	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5
Куба	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Доминиканская Республика	0,2	0,1	0,3	0,1	<0,1	0,2
Гаити	0,9	0,8	1,1	0,6	0,4	0,8
Ямайка	0,5	0,4	0,6	0,9	0,5	1,5
Тринидад и Тобаго	0,9	0,7	1,2	0,6	0,5	0,7
Восточная Азия	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Китай ²	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Армения	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Азербайджан	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	0,1	0,3
Беларусь	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Грузия	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,2	0,5
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	<0,1	0,2
Республика Молдова	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	0,1	<0,1	0,3	0,1	<0,1	0,3
Украина	0,5	0,3	0,7	0,4	0,3	0,5
Узбекистан	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Латинская Америка	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,4
Аргентина	0,1	<0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Белиз	0,6	0,5	0,7	0,5	0,3	0,8

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,3
Бразилия	...	0,1	0,1	...	0,2	0,4
Чили	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Колумбия	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Коста Рика	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Эквадор	0,2	0,1	0,5	0,4	0,2	1,3
Сальвадор	0,2	0,1	0,5	0,3	0,1	0,8
Гватемала	0,2	0,1	0,8	0,3	0,1	1,1
Гайана	0,8	0,4	1,5	0,5	0,2	1,1
Гондурас	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4
Мексика	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,2
Никарагуа	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Панама	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,6
Парагвай	0,3	0,1	0,6	0,2	<0,1	0,5
Перу	0,2	<0,1	0,6	0,2	<0,1	1,1
Суринам	0,7	0,5	0,9	0,4	0,3	0,7
Уругвай	0,2	0,1	0,4	0,5	0,3	0,9
Венесуэла (Боливарианская Республика)	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Ближний Восток и Северная Африка	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	0,3	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2
Египет	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Иран (Исламская Республика)	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	<0,1	<0,1	0,1	0,1	<0,1	0,2
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	0,2	0,1	0,4	0,2	<0,1	0,3
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	0,1	<0,1	0,3	0,1	<0,1	0,3
Северная Америка	0,1	<0,1	0,2	0,3	0,1	0,5
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Южная и Юго-Восточная Азия	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Афганистан	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Бангладеш	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Бутан	<0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,4
Камбоджа	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Индия ²	0,1	<0,1	0,2	0,1	<0,1	0,2
Индонезия	0,5	0,3	0,8	0,4	0,2	0,8
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3
Малайзия	<0,1	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	0,2
Мальдивы	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Мьянма	0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Непал	<0,1	<0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,2
Пакистан	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Филиппины	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Таиланд	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,6
Вьетнам	0,1	<0,1	0,2	0,2	<0,1	0,6
Страны Африки к югу от Сахары	2,5	2,3	3,0	1,2	0,9	1,6
Ангола	1,2	0,9	1,5	0,6	0,4	0,9

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Бенин	0,4	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3
Ботсвана	6,7	5,8	8,4	3,7	2,3	5,5
Буркина-Фасо	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,5
Бурунди	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3	0,6
Камерун	1,8	1,6	2,3	1,0	0,6	1,4
Кабо-Верде	<0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	1,1	0,8	1,5	0,6	0,4	0,9
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	1,3	1,1	1,6	0,8	0,6	1,1
Кот-д'Ивуар	1,2	1,0	1,6	0,7	0,5	1,0
Демократическая Республика Конго	0,8	0,7	1,0	0,4	0,3	0,6
Экваториальная Гвинея	3,1	1,6	5,5	1,6	0,7	3,1
Эритрея	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
Эфиопия	0,5	0,3	0,6	0,3	0,2	0,3
Габон	1,6	1,1	2,6	0,4	0,2	0,6
Гамбия	0,5	0,3	0,8	0,2	0,1	0,5
Гана	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4
Гвинея	0,8	0,6	1,1	0,4	0,2	0,6
Гвинея-Бисау	1,7	1,1	2,6	0,9	0,5	1,5
Кения	3,6	3,0	4,6	1,8	1,5	2,3
Лесото	10,7	9,4	13,0	5,8	3,8	8,4
Либерия	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Мадагаскар	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4
Малави	4,5	4,0	5,4	2,7	2,0	3,7
Мали	0,3	0,2	0,5	0,2	<0,1	0,3
Мавритания	0,2	0,1	0,4	0,1	<0,1	0,2
Маврикий	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5
Мозамбик	6,6	5,7	8,1	2,8	2,1	3,8

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Намибия	4,1	3,2	5,5	2,2	1,4	3,4
Нигер	0,1	<0,1	0,2	<0,1	<0,1	0,1
Нигерия	1,3	1,1	1,6	0,7	0,4	1,0
Руанда	1,3	1,2	1,6	1,0	0,8	1,2
Сан-Томе и Принсипи	0,4	0,3	0,7	0,3	0,1	0,6
Сенегал	0,3	0,2	0,4	0,1	<0,1	0,2
Сьерра-Леоне	1,0	0,6	1,7	0,3	0,1	0,5
Южная Африка	13,9	12,9	16,8	3,9	2,5	5,7
Южный Судан	1,2	0,7	2,0	0,6	0,3	1,2
Свазиленд	20,0	17,2	24,5	10,3	6,7	14,7
Того	0,9	0,7	1,3	0,5	0,3	0,8
Уганда	4,0	3,4	4,9	2,3	1,6	3,2
Объединённая Республика Танзания	3,6	3,1	4,6	1,8	1,3	2,6
Замбия	4,6	4,1	5,6	3,5	2,5	4,9
Зимбабве	6,3	5,6	7,5	3,9	2,9	5,2
Западная и Центральная Европа	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,1
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процентная доля молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, живущих с ВИЧ¹, 2012 г.

	Женщины			Мужчины		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ирландия
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/844>

² Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	24 000	21 000	27 000	11 000	9 400	14 000
Багамские Острова	<500	<500	<500	<500	<500	<500
Барбадос	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Куба	<500	<200	<500	<100	<100	<100
Доминиканская Республика	4 600	3 900	5 500	1 900	1 400	2 600
Гаити	15 000	14 000	17 000	7 500	6 200	8 900
Ямайка	2 700	2 300	3 400	1 300	<1 000	1 800
Тринидад и Тобаго	<1 000	<500	<1 000	<500	<500	<1 000
Восточная Азия	18 000	12 000	35 000	41 000	25 000	64 000
Китай ¹	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	36 000	26 000	47 000	91 000	66 000	120 000
Армения	<100	<100	<200	<500	<200	<500
Азербайджан	<200	<100	<200	<1 000	<500	<1 000
Беларусь	<500	<200	<500	1 200	1 000	1 500
Грузия	<100	<100	<100	<200	<200	<500
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<100	<100	<200	<500	<200	<1 000
Республика Молдова	<1 000	<1 000	<1 000	1 300	<1 000	1 800
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	<100	<100	<200	<1 000	<500	<1 000
Украина	8 600	6 900	10 000	18 000	15 000	22 000
Узбекистан	1 800	<1 000	2 900	2 400	1 700	3 500
Латинская Америка	82 000	63 000	100 000	52 000	35 000	75 000
Аргентина	2 900	1 700	4 300	3 700	2 200	5 300

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Белиз	<200	<100	<200	<200	<100	<200
Боливия (Многонациональное Государство)	<1 000	<1 000	1 700	1 300	<1 000	2 000
Бразилия	...	18 000	27 000	...	11 000	19 000
Чили	...	...	...	...	...	...
Колумбия	8 700	6 400	12 000	6 500	3 800	10 000
Коста Рика	<200	<200	<200	<500	<500	<500
Эквадор	2 800	1 100	4 700	2 700	1 600	4 400
Сальвадор	1 600	1 100	2 400	<1 000	<500	2 100
Гватемала	2 000	1 100	3 200	3 400	1 800	7 100
Гайана	<200	<100	<500	<100	<100	<500
Гондурас	3 600	3 000	4 400	1 700	1 300	2 200
Мексика	...	...	...	...	...	...
Никарагуа	<100	<100	<200	<200	<100	<500
Панама	1 700	1 300	2 100	<1 000	<500	<1 000
Парагвай	<500	<200	<1 000	<500	<100	<1 000
Перу	9 300	4 900	15 000	4 100	1 700	10 000
Суринам	<500	<200	<500	<200	<200	<200
Уругвай	...	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	6 800	4 100	11 000	3 800	1 400	7 900
Ближний Восток Северная Африка	8 300	4 600	14 000	17 000	12 000	26 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	<1 000	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 000
Египет	<200	<100	<500	<500	<200	<1 000
Иран (Исламская Республика)	<500	<200	1 200	4 600	3 200	6 400
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	<500	<500	<500	1 200	<1 000	1 800
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	2 000	<1 000	3 300	2 500	1 700	3 900

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Йемен	<500	<100	<500	<1 000	<500	2 400
Северная Америка	19 000	15 000	24 000	20 000	16 000	27 000
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	1 500	<1 000	2 200	1 200	<1 000	1 800
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	1 300	<1 000	2 000	<1 000	<1 000	1 600
Южная и Юго-Восточная Азия	220 000	160 000	320 000	220 000	150 000	310 000
Афганистан	<200	<100	<500	<500	<100	<1 000
Бангладеш	<200	<100	<1 000	<500	<200	2 300
Бутан	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Камбоджа	6 000	4 500	9 500	2 700	1 900	4 700
Индия ¹	130 000	99 000	210 000	140 000	100 000	170 000
Индонезия	1 300	<100	41 000	27 000	16 000	42 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	<100	<100	<500	<500	<500	<1 000
Малайзия	4 200	3 000	6 000	5 200	3 100	8 000
Мальдивы	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Мьянма	9 800	8 500	11 000	12 000	9 700	14 000
Непал	1 600	1 200	2 200	4 100	3 100	5 600
Пакистан	<500	<500	<1 000	3 500	2 100	6 600
Филиппины	<500	<200	<1 000	<500	<200	<1 000
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	<100	<100	<200	<200	<200	<500
Таиланд	61 000	54 000	67 000	21 000	18 000	24 000
Вьетнам	5 500	<1 000	12 000	12 000	2 500	24 000

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Страны Африки югу от Сахары	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Ангола	8 400	6 200	13 000	13 000	9 200	17 000
Бенин	4 100	3 400	4 900	3 100	2 500	3 900
Ботсвана	21 000	19 000	23 000	5 700	5 000	6 800
Буркина-Фасо	19 000	17 000	23 000	5 500	4 100	7 100
Бурунди	13 000	11 000	16 000	4 800	3 600	6 300
Камерун	29 000	26 000	33 000	35 000	30 000	40 000
Кабо-Верде	<200	<100	<200	<100	<100	<100
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	14 000	11 000	16 000	14 000	12 000	19 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	9 000	8 000	10 000	5 200	4 500	5 900
Кот-д'Ивуар	46 000	40 000	55 000	31 000	26 000	38 000
Демократическая Республика Конго	31 000	28 000	36 000	32 000	29 000	36 000
Экваториальная Гвинея	<1 000	<500	1 300	1 400	<500	2 900
Эритрея	2 700	1 400	3 800	1 200	<1 000	1 900
Эфиопия	100 000	89 000	110 000	47 000	40 000	56 000
Габон	2 400	2 000	2 800	2 300	1 900	2 900
Гамбия	<500	<500	<500	<1 000	<500	<1 000
Гана	19 000	16 000	24 000	12 000	8 900	15 000
Гвинея	3 300	2 500	4 500	5 100	3 700	6 800
Гвинея-Бисау	<1 000	<1 000	1 300	2 300	1 600	3 100
Кения	130 000	120 000	140 000	57 000	51 000	65 000
Лесото	16 000	15 000	18 000	15 000	14 000	17 000
Либерия	2 000	1 600	2 500	1 700	1 300	2 100
Мадагаскар	4 600	3 800	5 700	6 200	5 300	7 200
Малави	86 000	81 000	95 000	46 000	40 000	52 000
Мали	7 800	5 500	10 000	4 900	3 300	6 800
Мавритания	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 100

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Маврикий	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	<1 000
Мозамбик	39 000	35 000	46 000	77 000	65 000	93 000
Намибия	9 300	7 900	11 000	5 000	3 400	7 100
Нигер	3 200	2 600	3 900	3 400	2 600	4 300
Нигерия	150 000	120 000	200 000	240 000	210 000	280 000
Руанда	23 000	21 000	26 000	5 600	4 200	7 500
Сан-Томе и Принсипи	<100	<100	<100	<100	<100	<200
Сенегал	1 300	1 100	1 600	1 900	1 400	2 500
Сьерра-Леоне	1 100	<1 000	1 700	3 300	2 200	5 100
Южная Африка	200 000	190 000	230 000	240 000	220 000	270 000
Южный Судан	6 900	1 900	17 000	13 000	8 400	20 000
Свазиленд	7 700	6 900	8 700	5 500	4 800	6 300
Того	7 900	6 500	9 800	7 200	5 500	9 500
Уганда	110 000	94 000	120 000	63 000	52 000	81 000
Объединённая Республика Танзания	120 000	100 000	130 000	80 000	69 000	94 000
Замбия	77 000	72 000	84 000	30 000	26 000	36 000
Зимбабве	160 000	150 000	170 000	39 000	34 000	45 000
Западная и Центральная Европа	8 100	7 300	8 700	7 600	6 900	8 300
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценочная смертность вследствие СПИДа

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Венгрия
Исландия
Ирландия
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	1 900 000	1 700 000	2 200 000	1 600 000	1 400 000	1 900 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Тестирование на ВИЧ, множественные половые партнёры и использование презервативов

Население, прошедшее тестирование на ВИЧ и получившее результаты тестирования за последние 12 месяцев¹

Процентная доля взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет, сообщившего о наличии более одного полового партнёра за последние 12 месяцев²

Процентная доля взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет, у которых было более одного полового партнёра за последние 12 месяцев и которые сообщили об использовании презерватива во время последнего полового контакта³

	Год, источник	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Карибский регион							
Доминиканская Республика	2007, ОДЗ ⁴	20,5	18,6	3,0	24,3	34,9	45,0
Гаити	2012, ОДЗ	20,6	13,4	1,3	23,0	43,2	43,3
Восточная Европа и Центральная Азия							
Армения	2010, ОДЗ	1,9	0,5	0	15,2	...	72,3
Азербайджан	2006, ОДЗ			0	6,1	...	26,0
Республика Молдова	2005, ОДЗ	11,9	10,1	1,3	11,3	27,4	71,5
Украина	2007, ОДЗ	12,3	7,2	2,3	12,9	48,0	46,4
Латинская Америка							
Боливия (Многонациональное Государство)	2008, ОДЗ	...	1,9	...	12,0	...	35,2
Колумбия	2010, ОДЗ	8,9	...	3,9	...	33,7	...
Гайана	2009, ОДЗ	27,0	21,6	1,3	9,9	47,9	65,4
Гондурас	2005–2006, ОДЗ	...	...	0,7	...	26,5	...
Южная и Юго-Восточная Азия							
Камбоджа	2010, ОДЗ	8,0	6,1	0	1,5	...	39,5
Индия	2005–2006 (НОЗС ⁵)	1,2	1,4	0,1	1,3	11,8	22,7
Непал	2011, ОДЗ	2,9	7,5	0,1	3,8	...	26,5
Тимор-Лешти	2009, ОДЗ	...	...	0	1,4	...	19,1
Вьетнам	2005, ИПС ⁶	2,0	2,6	...	...	...	...
Страны Африки юг от Сахары							
Бенин	2012, ОДЗ	14,6	5,2	1,3	21,2	29,9	22,1
Буркина-Фасо	2010, ОДЗ	11,2	8,4	0,6	16,6	62,3	26,5
Бурунди	2010, ОДЗ	18,7	11,7	0,3	3,1	14,3	14,3
Камерун	2011 (МИКС ⁷)	22,3	20,4	...	...	37,3	43,0
Кабо-Верде	2012, ИПС	47,3	27,9	5,0	34,4	51,1	73,2
Конго	2009, ИПС	8,5	7,1	6,8	28,4	29,0	27,9
Кот-д'Ивуар	2005, ИПС	3,7	3,2	3,6	23,7	40,7	37,5
Демократическая Республика Конго	2007, ОДЗ	4,1	3,8	3,0	16,8	8,5	15,9
Эритрея	2012, ОДЗ	41,5	41,7	56,4	41,3	2,3	18,2
Эфиопия	2011, ОДЗ	20,0	20,7	0,4	3,5	47,1	15,5

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Тестирование на ВИЧ, множественные половые партнёры и использование презервативов

Население, прошедшее тестирование на ВИЧ и получившее результаты тестирования за последние 12 месяцев¹

Процентная доля взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет, сообщившего о наличии более одного полового партнёра за последние 12 месяцев²

Процентная доля взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет, у которых было более одного полового партнёра за последние 12 месяцев и которые сообщили об использовании презерватива во время последнего полового контакта³

	Год, источник	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Кения	2008–2009, ОДЗ	29,3	22,8	1,2	9,3	31,8	37,0
Габон	2012, ОДЗ	10,1	29,0	...	...	44,0	51,1
Гана	2008, ОДЗ	6,8	4,1	1,0	11,3	18,1	26,2
Гвинея	2005, ОДЗ	1,1	2,9	2,0	24,7	19,7	24,4
Лесото	2009, ОДЗ	42,0	24,0	6,4	21,9	38,5	52,3
Либерия	2007, ОДЗ	1,6	2,3	5,8	18,0	13,5	22,3
Мадагаскар	2008–2009, ОДЗ	4,2	3,6	2,1	15,5	7,6	7,4
Малави	2010, ОДЗ	...	31,3	0,7	9,2	27,3	24,5
Мали	2006, ОДЗ	3,1	2,7	1,2	15,2	8,1	12,2
Мозамбик	2011, ОДЗ	25,9	14,2	2,8	29,5	30,6	25,5
Намибия	2006, ОДЗ	28,6	17,6	1,7	11,2	65,7	74,4
Нигер	2006, ОДЗ	0,9	1,6	0,7	12,3	7,6	6,6
Нигерия	2008, ОДЗ	6,6	6,5	1,0	9,9	22,9	33,1
Руанда	2010–2011, ОДЗ	38,6	37,7	0,6	3,9	28,9	27,5
Сан-Томе и Принсипи	2008–2009, ОДЗ	31,4	22,8	1,0	16,5	...	32,9
Сенегал	2010–2011, ОДЗ	13,6	9,0	0,5	8,4	22,3	20,7
Сьерра-Леоне	2008, ОДЗ	4,1	3,4	3,5	15,7	6,8	15,2
Свазиленд	2006–2007, ОДЗ	21,9	8,9	1,6	13,6	55,0	55,8
Объединённая Республика Танзания	2010, ОДЗ	29,5	25,0	3,5	20,7	27,2	23,6
Уганда	2006, ОДЗ	12,0	10,4	1,8	20,5	23,9	20,4
Замбия	2007, ОДЗ	18,5	11,7	1,2	14,4	33,1	28,0
Зимбабве	2010–2011, ОДЗ	33,6	20,5	1,1	10,6	48,0	33,1

Западная и Центральная Европа

Албания	2008–2009, ОДЗ	0,2	0,6	0,1	5,4	...	36,9
Босния и Герцеговина	2012, МИКС	...	...	...	...	17,1	43,5

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/843>.

² Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/661>.

³ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/842>.

⁴ Обследования в области демографии и здравоохранения.

⁵ Национальное обследование здоровья семей.

⁶ Исследование показателей по СПИДу.

⁷ Мультииндикаторное кластерное обследование.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Работники секс-бизнеса – оценочная численность группы населения

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Карибский регион		
Ямайка	14 957	2011
Восточная и Центральная Азия		
Армения	6 200	2010
Азербайджан	25 054	2011
Беларусь	50 000	2012
Казахстан	20 270	2012
Кыргызстан	[5 900–8 100]	2010
Республика Молдова	14 768	2011
Таджикистан	12 500	2009
Латинская Америка		
Аргентина	72 000	2012
Белиз	[346–595]	2012
Сальвадор	13 292	2011
Гватемала	21 845	2011
Никарагуа	11 543	2012
Панама	[5 000–10 000]	2012
Парагвай	1 252	2011
Перу	35 560	2010
Ближний Восток и Северная Африка		
Джибути	2 865	2012
Египет	24 000	2011
Марокко	66 000	2010
Тунис	25 000	2012
Океания		
Австралия	25 000	2011
Фиджи	857	2012
Южная и Юго-Восточная Азия		
Бангладеш	[63 600–74 300]	2009
Малайзия	60 000	2010
Мьянма	43 432	2012

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Непал	26 878	2011
Пакистан	136 000	2009
Шри-Ланка	41 000	2010
Таиланд	123 530	2012
Вьетнам	65 166	2011
Страны Африки югу от Сахары		
Бенин	12 789	2012
Кабо-Верде	1 096	2011
Чад	1 171	2009
Коморские Острова	200	2012
Экваториальная Гвинея	5 791	2012
Гамбия	3 100	2009
Гана	51 937	2011
Гвинея	4 796	2012
Гвинея-Бисау	3 138	2012
Кения	133 675 [76 654–208 711]	2012
Либерия	1 822	2011
Маврикий	9 000	2012
Нигер	27 471	2012
Нигерия	459 887	2012
Руанда	12 278	2012
Сенегал	4 200	2012
Того	8 000	2009
Западная и Центральная Европа		
Сербия	3 901	2011

Примечание: ЮНЭЙДС не запрашивала источников или методов, использованных для получения оценочной численности ключевых групп населения. Представляемые нами данные отражают обязательства отчётных стран по проведению оценки численности групп населения. ЮНЭЙДС не может гарантировать точности этих оценок. Любое вторичное использование этих данных требует крайней осторожности.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Процентная доля работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом¹

	2009 г.	2012 г.
Карибский регион		
Куба	56	70
Доминиканская Республика	81	85
Гаити	90	90
Ямайка	97	91
Восточная Азия		
Монголия	90	80
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	70	85
Казахстан	96	97
Кыргызстан	94	88
Таджикистан	84	71
Латинская Америка		
Аргентина	99	96
Колумбия	...	98
Сальвадор	...	97
Гватемала	96	99
Гайана	61	94
Гондурас	80	79
Никарагуа	74	96
Панама	76	99
Ближний Восток и Северная Африка		
Марокко	54	50
Тунис	52	55
Океания		
Папуа – Новая Гвинея	50	80
Южная и Юго-Восточная Азия		
Афганистан	58	51

	2009 г.	2012 г.
Индонезия	68	58
Лаосская Народно-Демократическая Республика	94	92
Малайзия	61	84
Пакистан	38	35
Вьетнам	78	83
Страны Африки, расположенные к югу от Сахары		
Бенин	25	85
Буркина-Фасо	99	98
Бурунди	82	91
Камерун	73	73
Кот-д'Ивуар	97	93
Демократическая Республика Конго	62	32
Эритрея	45	71
Габон	76	58
Гвинея	65	77
Гвинея-Бисау	93	93
Нигер	85	95
Сенегал	97	94
Того	88	91
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	76	88
Эстония	94	98
Черногория	72	78
Румыния	98	89
Сербия	91	91
Бывшая Югославская Республика Македония	78	89

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/663>.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Процентная доля работников секс-бизнеса, живущих с ВИЧ¹

	2009 г.	2012 г.
Карибский регион		
Куба	0,3	1,0
Доминиканская Республика	4,8	3,7
Гаити	5,3	8,4
Ямайка	4,9	4,6
Восточная Европа и Центральная Азия		
Азербайджан	1,7	0,2
Беларусь	6,4	0,7
Казахстан	1,3	1,2
Кыргызстан	1,6	3,5
Таджикистан	2,8	3,7
Латинская Америка		
Аргентина	5,4	5,4
Боливия (Многонациональное Государство)	0,4	0,6
Бразилия	5,2	4,9
Чили	0,7	0,3
Гайана	16,6	16,6
Гондурас	2,3	2,8
Парагвай	1,8	2,0
Ближний Восток и Северная Африка		
Тунис	0,4	0,6
Океания		
Папуа – Новая Гвинея	5,9	17,8
Южная и Юго-Восточная Азия		
Афганистан	0	0,3
Индонезия	10,2	9,0
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,5	1,0
Малайзия	10,5	4,2
Мьянма	18,1	7,1
Пакистан	2,3	2,4

	2009 г.	2012 г.
Вьетнам	3,2	2,7
Страны Африки юг от Сахары		
Бенин	24,7	21,0
Буркина-Фасо	8,9	16,4
Бурунди	39,8	26,5
Камерун	35,5	36,8
Чад	20,0	20,0
Кот-д'Ивуар	35,5	28,7
Эритрея	7,8	6,0
Гвинея	32,7	16,7
Гвинея-Бисау	39,6	39,0
Нигер	35,6	17,3
Сенегал	19,8	18,5
Того	29,3	13,1
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	0	0,5
Эстония	7,7	6,2
Литва	0	0,3
Черногория	0,8	0
Сербия	2,2	2,0

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/847>.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами – оценочная численность группы населения

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Карибский регион		
Ямайка	38 138	2011
Восточная Европа и Центральная Азия		
Армения	6 600	2010
Азербайджан	6 572	2011
Беларусь	55 000	2012
Казахстан	31 940	2012
Республика Молдова	22 285	2011
Латинская Америка		
Аргентина	300 000	2012
Сальвадор	19 688	2011
Гватемала	109 152	2011
Никарагуа	40 956	2012
Панама	[30 335–43 336]	2012
Парагвай	24 159	2011
Перу	435 426	2010
Ближний Восток и Северная Африка		
Египет	48 000	2011
Марокко	44 000	2010
Тунис	28 000	2012
Северная Америка		
Канада	369 532 [312 681–426 384]	2011
Южная и Юго-Восточная Азия		

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Бангладеш	[21 833–110 581]	2010
Непал	256 600	2011
Шри-Ланка	31 000	2010
Таиланд	550 571	2012
Вьетнам	285 388	2011
Страны Африки к югу от Сахары		
Бенин	1 382	2012
Коморские Острова	66	2012
Гамбия	150	2009
Гана	30 583	2011
Гвинея	613	2012
Гвинея-Бисау	7 048	2012
Кения	13 000	2012
Либерия	711	2011
Маврикий	9 000	2012
Нигер	10 205	2012
Нигерия	25 476	2012
Сенегал	1 840	2012
Сейшельские Острова	266	2011
Того	751	2011
Западная и Центральная Европа		
Сербия	55 447	2011
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	424 200	2011

Примечание: ЮНЭЙДС не запрашивала источников или методов, использованных для получения оценочной численности ключевых групп населения. Представляемые нами данные отражают обязательства отчётных стран по проведению оценки численности групп населения. ЮНЭЙДС не может гарантировать точности этих оценок. Любое вторичное использование этих данных требует крайней осторожности.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Процентная доля мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнёром-мужчиной¹

	2009 г.	2012 г.
Карибский регион		
Куба	52	59
Доминиканская Республика	66	40
Гаити	73	73
Ямайка	73	77
Восточная Азия		
Монголия	78	70
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	61	63
Грузия	62	73
Казахстан	76	86
Латинская Америка		
Бразилия	48	60
Коста-Рика	65	56
Сальвадор	55	57
Гватемала	78	61
Гондурас	47	71
Никарагуа	36	51
Панама	86	48
Парагвай	63	74
Ближний Восток и Северная Африка		
Египет	13	20
Тунис	40	29

	2009 г.	2012 г.
Океания		
Папуа – Новая Гвинея	51	63
Южная и Юго-Восточная Азия		
Бангладеш	31	26
Индонезия	57	60
Малайзия	21	77
Непал	75	75
Вьетнам	66	67
Страны Африки югу от Сахары		
Буркина-Фасо	52	58
Камерун	43	57
Кот-д'Ивуар	42	70
Сенегал	76	76
Того	72	47
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	56	20
Болгария	70	66
Эстония	47	42
Латвия	50	40
Литва	47	48
Румыния	43	42
Сербия	67	58
Бывшая Югославская Республика Македония	56	49

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/664>.

СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Процентная доля мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ¹

	2009 г.	2012 г.
Карибский регион		
Куба	0,7	7,4
Доминиканская Республика	10,7	7,1
Ямайка	31,8	37,6
Восточная Азия		
Монголия	1,8	10,7
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	2,7	1,3
Грузия	3,6	13,0
Казахстан	0,3	0,6
Латинская Америка		
Аргентина	11,8	15,7
Бразилия	12,6	10,5
Коста-Рика	12,7	10,9
Сальвадор	9,8	10,2
Гватемала	7,6	13,3
Гайана	19,4	19,4
Гондурас	6,6	6,8
Никарагуа	4,2	6,6
Перу	10,1	12,4
Ближний Восток и Северная Африка		

	2009 г.	2012 г.
Египет	5,6	4,1
Ливан	1,0	1,2
Тунис	4,8	10,1
Южная и Юго-Восточная Азия		
Индонезия	5,2	8,5
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5,6	18,2
Малайзия	3,9	12,6
Таиланд	13,5	7,1
Вьетнам	16,7	16,7
Страны Африки к югу от Сахары		
Кот-д'Ивуар	24,5	18,8
Южная Африка	13,2	9,9
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	0,7	1,2
Болгария	3,3	0,6
Латвия	4,0	7,8
Литва	0	2,6
Румыния	4,4	5,0
Сербия	6,1	4,4
Бывшая Югославская Республика Македония	2,8	0,5

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/850>.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Потребители инъекционные наркотиков – оценочная численность группы населения

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Восточная Европа и Центральная Азия		
Армения	12 700	2010
Азербайджан	71 283	2011
Беларусь	75 000	2012
Казахстан	116 840	2012
Республика Молдова	31 562	2011
Таджикистан	25 000	2009
Латинская Америка		
Мексика	164 157	2011
Ближний Восток и Северная Африка		
Египет	100 000	2011
Марокко	5 000	2012
Тунис	9 000	2012
Северная Америка		
Канада	112 930 [89 432–135 591]	2011
Южная и Юго-Восточная Азия		
Бангладеш	[21 800–23 800]	2009
Непал	31 308	2011
Пакистан	914 000	2009

	Оценочная численность группы населения	Год проведения оценки
Шри-Ланка	1 200	2012
Таиланд	40 300	2011
Вьетнам	217 432	2011
Страны Африки юг от Сахары		
Бенин	35	2012
Кабо-Верде	15	2011
Кения	18 327	2012
Либерия	457	2011
Мадагаскар	14 445	2011
Маврикий	10 000	2011
Нигер	670	2012
Нигерия	11 692	2012
Сенегал	1 324	2011
Сейшельские Острова	345	2011
Того	390	2011
Западная и Центральная Европа		
Румыния	19 265	2011
Сербия	30 383	2011
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	547 500	2011

Примечание: ЮНЭЙДС не запрашивала источников или методов, использованных для получения оценочной численности ключевых групп населения. Представляемые нами данные отражают обязательства отчётных стран по проведению оценки численности групп населения. ЮНЭЙДС не может гарантировать точности этих оценок. Любое вторичное использование этих данных требует крайней осторожности.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Число шприцев, распространённых на одного потребителя инъекционных наркотиков в год в рамках программ обмена игл и шприцев¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Восточная Азия			
Китай	...	180	193
Восточная Европа и Центральная Азия			
Армения	16	28	28
Азербайджан	...	49	37
Беларусь	47	48	21
Грузия	27	22	23
Казахстан	176	154	190
Кыргызстан	...	151	253
Республика Молдова	66	58	60
Таджикистан	104	88	199
Украина	62	75	...
Узбекистан	...	173	124
Латинская Америка			
Мексика	3	7	12
Ближний Восток и Северная Африка			
Иран (Исламская Республика)	...	30	74
Марокко	...	13	45
Тунис	...	15	9
Океания			
Австралия	...	203	203
Новая Зеландия	...	277	...
Южная и Юго-Восточная Азия			
Афганистан	35	80	119
Бангладеш	214	264	237
Камбоджа	44	120	35
Индия	228	387	163
Индонезия	10	7	22
Лаосская Народно-Демократическая Республика	...	...	182
Малайзия	17	116	94

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Число шприцев, распространённых на одного потребителя инъекционных наркотиков в год в рамках программ обмена игл и шприцев¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Мьянма	92	118	116
Непал	57	71	36
Пакистан	...	42	98
Таиланд	...	10	12
Вьетнам	141	140	180
Страны к югу от Сахары			
Мадагаскар	...	543	632
Маврикий	52	31	28
Сенегал	...	10	6
Западная и Центральная Европа			
Албания	...	90	...
Босния и Герцеговина	51	26	51
Болгария	...	34	34
Кипр	...	<1	...
Чешская Республика	...	202	...
Эстония	...	153	...
Финляндия	...	202	...
Греция	...	7	56
Венгрия	66	114	74
Латвия	17	19	...
Литва	...	32	...
Люксембург	...	124	...
Мальта	...	302	...
Норвегия	...	254	...
Польша	...	78	47
Румыния	55	49	52
Сербия	26	69	38
Швеция	...	214	...
Швейцария	...	88	...
Бывшая Югославская Республика Македония	49	23	28

²⁰ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/851>.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта¹

	2009 г.	2012 г.
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	59	53
Грузия	78	34
Казахстан	46	51
Кыргызстан	53	49
Республика Молдова	36	23
Таджикистан	28	52
Узбекистан	26	43
Латинская Америка		
Бразилия	70	41
Мексика	28	58
Парагвай	22	45
Ближний Восток и Северная Африка		
Иран (Исламская Республика)	33	15
Марокко	13	31
Тунис	35	19
Северная Америка		
Канада	39	36
Океания		
Австралия	27	19
Южная и Юго-Восточная Азия		

	2009 г.	2012 г.
Афганистан	35	23
Бангладеш	43	45
Индонезия	36	52
Малайзия	28	27
Непал	51	47
Пакистан	31	23
Таиланд	42	49
Вьетнам	52	49
Страны Африки югу от Сахары		
Бенин	30	53
Маврикий	31	25
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	30	31
Болгария	38	59
Эстония	66	36
Румыния	17	56
Сербия	29	31
Швеция	7	8
Швейцария	50	48
Бывшая Югославская Республика Македония	51	54

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/852>.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков¹

	2009 г.	2012 г.
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	87	89
Грузия	48	83
Казахстан	63	58
Кыргызстан	99	100
Республика Молдова	63	94
Таджикистан	82	80
Узбекистан		
Латинская Америка	54	54
Бразилия	40	41
Мексика	71	92
Парагвай		
Ближний Восток и Северная Африка	74	92
Иран (Исламская Республика)	7	67
Марокко	78	88
Тунис		
Океания	80	79
Австралия		
Южная и Юго-Восточная Азия	94	78

	2009 г.	2012 г.
Афганистан	32	36
Бангладеш	88	87
Индонезия	83	98
Малайзия	99	95
Непал	77	66
Пакистан	63	80
Таиланд	95	96
Вьетнам		
Страны Африки югу от Сахары	31	71
Бенин	72	89
Маврикий		
Западная и Центральная Европа	82	75
Албания	87	92
Босния и Герцеговина	98	77
Литва	24	95
Черногория	85	16
Румыния	80	85
Сербия	58	65
Швеция	73	92
Бывшая Югославская Республика Македония		

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/853>.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ К 2015 ГОДУ

Процентная доля потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ¹

	2009 г.	2012 г.
Восточная Европа и Центральная Азия		
Беларусь	13,7	17,1
Грузия	2,2	3,0
Казахстан	2,9	4,0
Кыргызстан	14,3	14,6
Республика Молдова	16,4	7,9
Таджикистан	17,6	13,5
Латинская Америка		
Бразилия	5,9	5,9
Мексика	5,0	5,8
Ближний Восток и Северная Африка		
Иран (Исламская Республика)	14,3	13,6
Марокко	2,1	11,4
Тунис	3,1	3,0
Северная Америка		
Канада	12,7	10,9
Океания		
Австралия	1,5	1,2
Новая Зеландия	0,3	0,4
Южная и Юго-Восточная Азия		
Афганистан	7,1	4,4
Бангладеш	1,6	1,1
Индонезия	52,4	36,4

	2009 г.	2012 г.
Малайзия	22,1	18,9
Мьянма	36,3	18,0
Непал	20,7	6,3
Пакистан	20,8	27,2
Таиланд	38,7	25,2
Вьетнам	18,4	11,6
Страны Африки югу от Сахары		
Маврикий	47,1	51,6
Западная и Центральная Европа		
Албания	0	0,5
Босния и Герцеговина	0,4	0,3
Болгария	6,8	7,0
Эстония	62,5	52,4
Латвия	22,6	11,2
Литва	8,0	4,6
Люксембург	1,8	2,4
Черногория	0	0,3
Румыния	1,1	6,9
Сербия	4,8	1,7
Швейцария	10,9	7,3
Бывшая Югославская Республика Македония	0,8	0
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	1,6	1,0

Примечание: Данные, представленные в настоящем приложении, – это только те данные, которые использовались в анализе тенденций в тексте, т.е. полученные от стран, предоставивших как минимум 3 частных значения с 2007 года. Все представленные странами данные доступны в базе данных в режиме онлайн «AIDSinfoOnlineDatabase» (www.aidsinfoonline.org).

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/855>.

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Процентная доля младенцев, рождённых ВИЧ-инфицированными беременными женщинами, прошедшими вирусологическое тестирование на ВИЧ в течение 2 месяцев со дня рождения^{1, 2}

2012 г.		2012 г.	
Карибский регион			
Антигуа и Барбуда	14	Сальвадор	11
Багамские Острова	90	Гватемала	14
Доминиканская Республика	44	Гайана	39
Гаити	70	Гондурас	39
Сент-Люсия	50	Никарагуа	55
Сент-Винсент и Гренадины	74	Панама	35
Тринидад и Тобаго	27	Парагвай	43
Восточная Азия		Перу	17
Китай	34	Уругвай	100
Монголия	100	Венесуэла (Боливарианская Республика)	26
Восточная Европа и Центральная Азия		Ближний Восток и Северная Африка	
Армения	54	Алжир	100
Азербайджан	97	Джибути	28
Беларусь	78	Египет	100
Грузия	100	Иран (Исламская Республика)	46
Казахстан	98	Ливан	9
Кыргызстан	15	Марокко	47
Республика Молдова	95	Оман	52
Узбекистан	45	Тунис	7
Латинская Америка		Объединённые Арабские Эмираты	100
Аргентина	70	Йемен	20
Бразилия	21	Океания	
Чили	97	Австралия	100
Колумбия	68	Фиджи	71
Коста Рика	100	Микронезия (Федеративные Штаты)	0
Эквадор	90	Новая Зеландия	100
		Папуа – Новая Гвинея	31

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Процентная доля младенцев, рождённых ВИЧ-инфицированными беременными женщинами, прошедших вирусологическое тестирование на ВИЧ в течение 2 месяцев со дня рождения^{1, 2}

2012 г.		2012 г.	
Самоа	1	Гана	16
Южная и Юго-Восточная Азия		Гвинея	0
Камбоджа	33	Кения	39
Лаосская Народно-Демократическая Республика	7	Либерия	93
Малайзия	100	Мадагаскар	0
Мьянма	7	Малави	4
Пакистан	0	Мали	19
Филиппины	3	Маврикий	18
Шри-Ланка	40	Мозамбик	35
Таиланд	77	Намибия	62
Вьетнам	24	Руанда	75
Страны Африки югу от Сахары		Сенегал	10
Ангола	9	Сьерра-Леоне	3
Бенин	26	Того	13
Ботсвана	39	Объединённая Республика Танзания	32
Буркина-Фасо	40	Замбия	74
Бурунди	8	Зимбабве	36
Камерун	46	Западная и Центральная Европа	
Кабо-Верде	63	Албания	0
Чад	3	Босния и Герцеговина	100
Коморские Острова	0	Болгария	100
Конго	8	Польша	100
Кот-д'Ивуар	15	Румыния	96
Демократическая Республика Конго	3	Сербия	100
Эфиопия	19	Словакия	100
Габон	47	Испания	100

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/857>.

² На основании данных, представленных странами в Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу, 2013 г.

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	3 500	3 000	4 000	<500	<500	<1 000
Багамские Острова
Барбадос
Куба
Доминиканская Республика
Гаити	2 500	2 100	2 900	<500	<500	<1 000
Ямайка
Тринидад и Тобаго
Восточная Азия	1 000	<1 000	1 500	1 500	<1 000	3 300
Китай ¹
Корейская Народно-Демократическая Республика
Япония
Монголия
Republic of Korea
Восточная Европа и Центральная Азия	3 700	2 900	4 700	<1 000	<500	1 200
Армения
Азербайджан
Беларусь
Грузия
Казахстан
Кыргызстан
Республика Молдова
Российская Федерация
Таджикистан
Украина
Узбекистан
Латинская Америка	7 400	6 000	9 000	2 000	<1 000	4 600
Аргентина
Белиз

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)
Бразилия
Чили
Колумбия
Коста-Рика
Эквадор
Сальвадор
Гватемала
Гайана
Гондурас
Мексика
Никарагуа
Панама
Парагвай
Перу
Суринам
Уругвай
Венесуэла (Боливарианская Республика)
Ближний Восток и Северная Африка	2 600	1 700	4 200	3 000	2 000	4 600
Алжир
Джибути	<200	<200	<500	<200	<100	<200
Египет
Иран (Исламская Республика)
Ливан
Марокко
Оман
Сомали
Судан
Тунис

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	<200	<200	<500	<200	<200	<500
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	<500	<500	< 1 000	<500	<200	<500
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	...	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	<500	<500	<1 000	<500	<200	<500
Южная и Юго-Восточная Азия	30 000	26 000	42 000	21 000	16 000	32 000
Афганистан	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	...	...	...	...	...	...
Бутан	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	...	...	...	...	...	...
Индия ¹	...	...	...	...	...	...
Индонезия	...	...	...	...	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Малайзия	...	...	...	...	...	...
Мальдивы	...	...	...	...	...	...
Мьянма	...	...	...	...	...	...
Непал	...	...	...	...	...	...
Пакистан	...	...	...	...	...	...
Филиппины	...	...	...	...	...	...
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	...	...	...	...	...	...
Таиланд	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	...	...	...	...	...	...
Страны югу от Сахары	500 000	460 000	560 000	230 000	200 000	280 000
Ангола	3 600	2 600	5 300	5 100	4 000	6 600

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Бенин	1 500	1 300	1 800	<1 000	<1 000	<1 000
Ботсвана	3 200	2 900	3 500	<500	<500	<1 000
Буркина-Фасо	4 600	3 800	5 500	1 300	<1 000	1 800
Бурунди	3 600	3 000	4 500	1 300	<1 000	1 800
Камерун	9 700	8 500	11 000	5 800	4 600	7 100
Кабо-Верде	...	...	...	...	...	...
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	5 200	4 300	6 200	4 100	3 200	5 500
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	2 300	2 000	2 600	1 300	1 100	1 500
Кот-д'Ивуар	13 000	11 000	15 000	4 700	3 400	6 400
Демократическая Республика Конго	14 000	12 000	16 000	11 000	9 300	12 000
Экваториальная Гвинея	...	...	...	...	...	...
Эритрея	<1 000	<500	<1 000	<200	<100	<500
Эфиопия	39 000	33 000	45 000	9 500	7 300	12 000
Габон	<1 000	<1 000	<1 000	<500	<200	<500
Гамбия	...	...	...	...	...	...
Гана	5 200	4 400	6 200	<1 000	<1 000	1 500
Гвинея	...	...	...	...	...	...
Гвинея-Бисау	<1 000	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 200
Кения	40 000	35 000	45 000	13 000	10 000	17 000
Лесото	6 100	5 500	6 600	3 700	3 100	4 300
Либерия	<1 000	<1 000	<1 000	<500	<200	<500
Мадагаскар	...	...	...	...	...	...
Малави	28 000	25 000	31 000	11 000	8 200	14 000
Мали	...	...	...	...	...	...
Мавритания	...	...	...	...	...	...
Маврикий	...	...	...	...	...	...
Мозамбик	21 000	19 000	25 000	14 000	11 000	20 000

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Намибия	3 100	2 600	3 700	<1 000	<1 000	1 200
Нигер	...	...	...	...	...	...
Нигерия	58 000	48 000	70 000	59 000	49 000	70 000
Руанда	6 400	5 600	7 300	<1 000	<500	1 500
Сан-Томе и Принсипи	...	...	...	...	...	...
Сенегал	...	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	<1 000	<500	<1 000	<500	<500	<1 000
Южная Африка	75 000	67 000	82 000	21 000	19 000	32 000
Южный Судан	...	...	...	...	...	...
Свазиленд	3 600	3 200	3 900	1 600	1 300	2 000
Того	3 000	2 400	3 600	<1 000	<500	1 200
Уганда	25 000	21 000	30 000	15 000	10 000	22 000
Объединённая Республика Танзания	42 000	37 000	48 000	14 000	8 600	21 000
Замбия	27 000	24 000	30 000	9 400	8 300	11 000
Зимбабве	37 000	34 000	41 000	9 300	7 000	12 000
Западная и Центральная Европа	...	...	...	<200	<100	<200
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ирландия
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	550 000	500 000	620 000	260 000	230 000	320 000

¹ Показатели по Китаю основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	6 913	6 700	5 700	7 700	>95	89	>95
Багамские Острова	87	...	...	...	...	...	...
Барбадос	24	...	...	...	...	...	...
Куба	106	...	...	...	...	...	...
Доминиканская Республика	1 300	...	...	...	...	...	...
Гаити	4 889	5 000	4 200	5 700	>95	85	>95
Ямайка	295	...	...	...	...	...	...
Тринидад и Тобаго	212	...	...	...	...	...	...
Восточная Азия	2 361	9 000	5 900	14 000	26	17	42
Китай ³	...	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...	...
Монголия	5	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	19 619	12 000	8 800	17 000	>95	>95	>95
Армения	13	...	...	...	...	...	...
Азербайджан	35	...	...	...	...	...	...
Беларусь	203	...	...	...	...	...	...
Грузия	24	...	...	...	...	...	...
Казахстан	302	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	111	...	...	...	...	...	...
Республика Молдова	141	...	...	...	...	...	...
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	62	...	...	...	...	...	...
Украина	5 220	...	...	...	...	...	...

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Узбекистан	508	...	...	...	...	...	...
Латинская Америка	14 810	18 000	13 000	26 000	83	61	>95
Аргентина	1 612	...	...	...	...	...	...
Белиз	40	...	...	...	...	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	163	...	...	...	...	...	...
Бразилия	...	...	...	...	...	...	...
Чили	157	...	...	...	...	...	...
Колумбия	854	...	...	...	...	...	...
Коста-Рика	37	...	...	...	...	...	...
Эквадор	550	...	...	...	...	...	...
Сальвадор	166	...	...	...	...	...	...
Гватемала	252	...	...	...	...	...	...
Гайана	152	...	...	...	...	...	...
Гондурас	238	...	...	...	...	...	...
Мексика	773	...	...	...	...	...	...
Никарагуа	141	...	...	...	...	...	...
Панама	187	...	...	...	...	...	...
Парагвай	215	...	...	...	...	...	...
Перу	696	...	...	...	...	...	...
Суринам	107	...	...	...	...	...	...
Уругвай	139	...	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	690	...	...	...	...	...	...
Ближний Восток и Северная Африка	710	8 400	5 900	13 000	8	6	13
Алжир	121	...	...	...	...	...	...

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Джибути	63	<500	<500	<500	20	15	26
Египет	9	...	...	...	...	...	...
Иран (Исламская Республика)	115	...	...	...	...	...	...
Ливан	5	...	...	...	...	...	...
Марокко	195	...	...	...	...	...	...
Оман	22	...	...	...	...	...	...
Сомали	57	...	...	...	...	...	...
Судан	90	...	...	...	...	...	...
Тунис	9	...	...	...	...	...	...
Йемен	20	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	...	6 400	3 600	11 000	>95	55	>95
Канада	...	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...	...
Океания	496	1 000	<1 000	1 300	49	38	63
Австралия	...	...	...	...	...	...	...
Фиджи	14	...	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	328	<1 000	<1 000	1 100	39	29	51
Южная и Юго-Восточная Азия	11 820	66 000	52 000	92 000	18	14	25
Афганистан	7	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	16	...	...	...	...	...	...
Бутан	9	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	1 058	...	...	...	...	...	...
Индия ³	...	...	...	...	...	...	...
Индонезия	1 048	...	...	...	...	...	...

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Лаосская Народно-Демократическая Республика	49	...	...	...	...	...	...
Малайзия	342	...	...	...	...	...	...
Мальдивы		...	...	...	...	...	...
Мьянма	2 890	...	...	...	...	...	...
Непал	110	...	...	...	...	...	...
Пакистан	55	...	...	...	...	...	...
Филиппины	19	...	...	...	...	...	...
Сингапур		...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	5	...	...	...	...	...	...
Таиланд	4 918	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	1 294	...	...	...	...	...	...
Страны Африки к югу от Сахары	861 036	1 400 000	1 200 000	1 500 000	64	58	70
Ангола	2 656	15 000	12 000	19 000	17	14	22
Бенин	1 349	3 400	2 900	4 000	40	34	47
Ботсвана	12 207	13 000	11 000	14 000	>95	86	>95
Буркина-Фасо	3 582	5 400	4 400	6 700	66	53	81
Бурунди	2 742	5 100	3 900	6 500	54	41	69
Камерун	17 362	27 000	23 000	31 000	64	56	73
Кабо-Верде	244	...	...	...	...	...	...
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...	...
Чад	1 680	12 000	10 000	16 000	14	11	18
Коморские Острова	3	...	...	...	...	...	...
Конго	579	3 100	2 700	3 500	19	17	22
Кот-д'Ивуар	13 294	20 000	16 000	24 000	68	55	84

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Демократическая Республика Конго	4 176	32 000	28 000	37 000	13	11	15
Экваториальная Гвинея	340	...	...	...	...	...	...
Эритрея	291	<1 000	<500	<1 000	46	34	69
Эфиопия	15 828	38 000	32 000	46 000	41	35	49
Габон	1 064	1 500	1 300	1 900	70	57	87
Гамбия	1 068	...	...	...	...	...	...
Гана	8 957	9 500	7 800	11 000	95	77	>95
Гвинея	2 755	6 300	5 000	8 000	44	34	55
Гвинея-Бисау	738	2 200	1 600	3 100	33	25	46
Кения	45 397	86 000	76 000	97 000	53	47	60
Лесото	9 153	16 000	14 000	17 000	58	52	64
Либерия	850	<1 000	<1 000	1 300	87	69	>95
Мадагаскар	77	...	...	...	...	...	...
Малави	40 770	68 000	61 000	75 000	60	54	67
Мали	3 339	...	...	...	...	...	...
Мавритания	554	...	...	...	...	...	...
Маврикий	95	...	...	...	...	...	...
Мозамбик	80 779	94 000	81 000	110 000	86	74	>95
Намибия	7 619	8 100	6 700	9 700	94	78	>95
Нигер	707	...	...	...	...	...	...
Нигерия	33 323	200 000	170 000	230 000	17	15	19
Руанда	9 057	10 000	9 000	12 000	87	75	>95
Сан-Томе и Принсипи	36	...	...	...	...	...	...
Сенегал	1 000	...	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	3 018	3 200	2 300	4 800	93	67	>95

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Южная Африка	234 952	280 000	260 000	310 000	83	75	90
Южный Судан	1 002	7 500	4 600	12 000	13	8	21
Свазиленд	10 167	12 000	11 000	13 000	83	75	92
Того	4 411	5 100	4 200	6 300	86	70	>95
Уганда	73 870	100 000	88 000	120 000	72	62	86
Объединённая Республика Танзания	73 955	97 000	83 000	110 000	77	66	89
Замбия	76 963	79 000	71 000	88 000	>95	87	>95
Зимбабве	55 849	68 000	60 000	76 000	82	72	91
Западная и Центральная Европа	...	4 800	4 000	5 800	>95	81	>95
Австрия	...	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...	...
Израиль	...	...	...	...	...	...	...
Италия	...	...	...	...	...	...	...

ИСКОРЕНИТЬ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку¹, 2012 г.

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку²

Оценочное число беременных женщин, живущих с ВИЧ, нуждающихся в антиретровирусных препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

Оценочная процентная доля беременных женщин, живущих с ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку

		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латвия	...	...	...	...	...	...	...
Литва	...	...	...	...	...	...	...
Люксембург	...	...	...	...	...	...	...
Мальта	...	...	...	...	...	...	...
Нидерланды	...	...	...	...	...	...	...
Норвегия	...	...	...	...	...	...	...
Польша	...	...	...	...	...	...	...
Португалия	...	...	...	...	...	...	...
Румыния	...	...	...	...	...	...	...
Сербия	...	...	...	...	...	...	...
Словакия	...	...	...	...	...	...	...
Словения	...	...	...	...	...	...	...
Испания	...	...	...	...	...	...	...
Швеция	...	...	...	...	...	...	...
Швейцария	...	...	...	...	...	...	...
Турция	...	...	...	...	...	...	...
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	...	...	...	...	...	...	...
В МИРЕ	928 883	1 500 000	1 300 000	1 600 000	62	57	70

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/856>. Показатель не включает в себя женщин, получавших однократную дозу невирапина.

² Число женщин, получавших антиретровирусные препараты, основано на данных национальных файлов Spectrum. По странам, не представившим национальные файлы Spectrum, значения взяты из Глобального доклада о прогрессе в деле противодействия СПИДУ.

³ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Постоянное получение антиретровирусного лечения в течение 12 месяцев¹, 2012 г.

Процентная доля взрослых и детей, живущих с ВИЧ, находящихся на лечении спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии

Общая численность взрослых и детей в когорте или исследовании, начавших получать антиретровирусную терапию

Карибский регион

Антигуа и Барбуда	92	269
Багамские Острова	53	93
Барбадос	83	119
Куба	95	1 497
Гаити	75	6 532
Ямайка	74	665
Сент-Китс и Невис	33	6
Сент-Люсия	81	21
Сент-Винсент и Гренадины	75	32
Тринидад и Тобаго	92	477

Восточная Азия

Китай	86	46 170
Монголия	88	17

Восточная Европа и Центральная Азия

Армения	84	106
Азербайджан	70	345
Беларусь	79	1 136
Грузия	86	435
Казахстан	81	852
Кыргызстан	73	229
Республика Молдова	82	530
Таджикистан	74	395
Украина	84	6 555
Узбекистан	90	1 624

Латинская Америка

Боливия (Многонациональное Государство)	67	264
Бразилия	80	41 663
Чили	97	343
Колумбия	53	22 912

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Постоянное получение антиретровирусного лечения в течение 12 месяцев¹, 2012 г.

	Процентная доля взрослых и детей, живущих с ВИЧ, находящихся на лечении спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	Общая численность взрослых и детей в когорте или исследовании, начавших получать антиретровирусную терапию
Эквадор	85	10 630
Сальвадор	87	1 163
Гватемала	82	1 966
Гайана	81	545
Гондурас	89	1 077
Мексика	92	16 971
Никарагуа	74	562
Парагвай	87	721
Суринам	67	277
Уругвай	72	523
Венесуэла (Боливарианская Республика)	94	43 032
Ближний Восток и Северная Африка		
Алжир	89	706
Бахрейн	100	22
Джибути	93	93
Египет	93	251
Иран (Исламская Республика)	83	1 106
Ливан	85	89
Марокко	91	575
Оман	78	120
Сомали	74	239
Судан	64	673
Тунис	92	47
Йемен	80	94
Океания		
Фиджи	89	18
Новая Зеландия	100	210
Палау	100	3
Папуа – Новая Гвинея	83	1 006
Соломоновы Острова	100	1

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Постоянное получение антиретровирусного лечения в течение 12 месяцев¹, 2012 г.

Процентная доля взрослых и детей, живущих с ВИЧ, находящихся на лечении спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии

Общая численность взрослых и детей в когорте или исследовании, начавших получать антиретровирусную терапию

Южная и Юго-Восточная Азия

Афганистан	100	30
Бангладеш	91	534
Бруней-Даруссалам	83	6
Камбоджа	87	3 677
Индонезия	66	6 085
Лаосская Народно-Демократическая Республика	86	524
Малайзия	96	3 236
Мальдивы	86	7
Филиппины	87	107
Шри-Ланка	76	80
Таиланд	82	20 733
Вьетнам	83	7 015

Страны Африки к югу от Сахары

Ботсвана	86	14 927
Бурунди	91	4 614
Камерун	61	3 360
Кабо-Верде	96	904
Чад	68	10 546
Коморские Острова	80	5
Кот-д'Ивуар	60	16 077
Демократическая Республика Конго	79	836
Экваториальная Гвинея	61	500
Эфиопия	83	6 943
Гамбия	86	1 278
Гана	95	73 339
Гвинея	72	1 184
Гвинея-Бисау	72	1 922
Кения	92	47 564
Лесото	72	18 875

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Постоянное получение антиретровирусного лечения в течение 12 месяцев¹, 2012 г.

	Процентная доля взрослых и детей, живущих с ВИЧ, находящихся на лечении спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	Общая численность взрослых и детей в когорте или исследовании, начавших получать антиретровирусную терапию
Мадагаскар	73	116
Малави	79	114 122
Мали	64	14 678
Мавритания	89	208
Маврикий	72	462
Мозамбик	74	2 210
Намибия	83	17 485
Нигер	75	2 268
Нигерия	78	111 418
Сан-Томе и Принсипи	77	56
Сейшельские Острова	81	104
Сьерра-Леоне	70	...
Южный Судан	71	...
Свазиленд	89	14 496
Того	82	6 509
Замбия	80	144 854
Зимбабве	85	8 044
Западная и Центральная Европа		
Босния и Герцеговина	100	22
Болгария	71	93
Литва	95	291
Черногория	80	5
Румыния	91	553
Словакия	92	153
Бывшая Югославская Республика Македония	93	45

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/860>.

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	80 190	120 000	110 000	130 000	72	67	78
Багамские Острова	921	3 700	3 600	3 900	74	72	77
Барбадос	1 004	<1 000	<1 000	1 100	>95	>95	>95
Куба	8 074	3 900	2 900	5 800	>95	>95	>95
Доминиканская Республика	21 138	27 000	25 000	30 000	78	72	86
Гаити	40 964	65 000	61 000	71 000	63	58	68
Ямайка	10 014	15 000	13 000	17 000	68	60	77
Тринидад и Тобаго	5 407	7 500	7 200	7 800	72	69	75
Восточная Азия	151 572	350 000	290 000	440 000	47	39	60
Китай ⁴	151 519	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	176 760	510 000	430 000	580 000	35	30	41
Армения	436	1 300	<1 000	1 800	34	25	48
Азербайджан	885	3 800	3 000	4 800	24	19	31
Беларусь	4 120	9 400	8 700	10 000	44	40	48
Грузия	1 598	2 300	1 900	3 100	71	60	>95
Казахстан	2 338	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	457	2 200	1 600	3 300	20	14	30
Республика Молдова	2 012	7 200	6 100	8 700	28	24	34
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	895	3 400	2 200	5 500	27	18	44
Украина	38 082	100 000	89 000	110 000	39	35	45
Узбекистан	3 491	11 000	9 200	15 000	31	25	39
Латинская Америка	619 104	790 000	700 000	920 000	75	67	87
Аргентина	47 725	59 000	52 000	66 000	81	71	90
Белиз	1 166	1 600	1 500	1 700	73	68	77

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	2 278	6 300	4 300	9 100	36	25	52
Бразилия	307 025	...	320 000	370 000	...	81	93
Чили	18 898	22 000	17 000	29 000	86	67	>95
Колумбия	33 148	60 000	52 000	82 000	51	41	65
Коста-Рика	3 631	5 100	4 800	5 500	76	71	82
Эквадор	9 080	21 000	16 000	32 000	42	32	63
Сальвадор	6 308	13 000	10 000	19 000	50	38	72
Гватемала	14 112	27 000	19 000	44 000	53	39	89
Гайана	3 516	3 800	2 400	5 400	93	58	>95
Гондурас	8 187	14 000	12 000	16 000	60	53	70
Мексика	82 000	100 000	91 000	110 000	82	74	91
Никарагуа	2 086	2 900	2 100	4 200	72	52	>95
Панама	5 668	9 200	7 500	11 000	76	62	93
Парагвай	3 606	5 000	3 400	7 600	72	49	>95
Перу	27 007	36 000	23 000	74 000	60	39	>95
Суринам	1 288	2 000	1 900	2 100	65	62	70
Уругвай	3 928	6 100	5 000	7 700	64	52	81
Венесуэла (Боливарианская Республика)	42 060	59 000	46 000	79 000	72	56	>95
Ближний Восток и Северная Африка	19 424	92 000	70 000	130 000	22	17	30
Алжир	3 134	...	...	...	...	...	...
Джибути	1 442	4 100	3 400	4 800	35	29	42
Египет	954	2 500	2 300	7 700	38	34	>95
Иран (Исламская Республика)	3 417	27 000	21 000	36 000	13	10	17
Ливан	536	...	...	...	...	...	...
Марокко	5 059	10 000	8 400	13 000	48	39	61
Оман	731	...	...	...	...	...	...
Сомали	1 407	9 500	6 800	14 000	15	10	22
Судан	2 405	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Тунис	443	<1 000	<1 000	1 200	56	37	83
Йемен	703	4 600	2 500	12 000	15	8	42
Северная Америка	...	880 000	730 000	1 100 000	91	76	>95
Канада	...	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...	...
Океания	11 169	28 000	24 000	31 000	>95	84	>95
Австралия	...	...	...	...	...	...	...
Фиджи	127	<500	<500	<500	42	35	52
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	11 042	13 000	11 000	15 000	84	73	>95
Южная и Юго-Восточная Азия	1 028 036	1 800 000	1 500 000	2 300 000	52	42	65
Афганистан	150	1 200	<1 000	3 500	9	4	26
Бангладеш	783	2 900	1 300	17 000	27	12	>95
Бутан	33	<500	<200	<1 000	11	6	23
Камбоджа	44 318	54 000	39 000	95 000	82	60	>95
Индия ⁴	570 620	1 000 000	880 000	1 100 000	51	44	57
Индонезия	29 960	170 000	120 000	240 000	18	12	25
Лаосская Народная-Демократическая Республика	2 212	4 100	3 700	4 700	54	48	61
Малайзия	14 594	35 000	28 000	45 000	41	32	52
Мальдивы	5	<100	<100	<100	27	22	35
Мьянма	49 676	110 000	95 000	120 000	46	41	51
Непал	7 168	22 000	19 000	27 000	33	28	40
Пакистан	2 996	21 000	13 000	36 000	14	9	25
Филиппины	3 459	4 500	3 500	6 400	76	59	>95
Сингапур	...	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	363	1 100	<1 000	1 700	35	27	54
Таиланд	232 816	280 000	270 000	300 000	76	71	80
Вьетнам	68 883	120 000	40 000	220 000	58	19	>95
Страны Африки к югу от Сахары	6 991 492	10 300 000	9 900 000	10 900 000	68	65	72

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ангола	39 704	85 000	72 000	100 000	48	41	57
Бенин	23 400	34 000	31 000	36 000	70	65	75
Ботсвана	201 822	200 000	190 000	210 000	>95	>95	>95
Буркина-Фасо	39 047	54 000	49 000	59 000	72	66	79
Бурунди	27 098	40 000	36 000	46 000	67	60	76
Камерун	117 791	240 000	230 000	260 000	49	46	52
Кабо-Верде	798	<1 000	<1 000	<1 000	>95	>95	>95
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...	...
Чад	35 014	82 000	73 000	98 000	43	38	51
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...	...
Конго	16 086	36 000	34 000	39 000	44	41	48
Кот-д'Ивуар	104 750	190 000	180 000	210 000	55	50	61
Демократическая Республика Конго	59 468	170 000	160 000	180 000	38	36	41
Экваториальная Гвинея	6 512	11 000	7 000	17 000	58	37	86
Эритрея	7 608	9 400	8 000	12 000	81	68	>95
Эфиопия	270 460	400 000	370 000	430 000	68	63	72
Габон	14 152	22 000	20 000	24 000	67	62	73
Гамбия	3 300	5 600	4 500	6 900	64	51	79
Гана	66 366	110 000	96 000	120 000	62	56	69
Гвинея	25 552	45 000	39 000	52 000	57	50	65
Гвинея-Бисау	5 766	14 000	12 000	18 000	43	35	54
Кения	548 588	680 000	630 000	680 000	81	75	80
Лесото	87 352	150 000	140 000	160 000	59	56	61
Либерия	5 048	11 000	9 700	12 000	47	42	52
Мадагаскар	357	25 000	21 000	28 000	1	1	2
Малави	368 690	480 000	470 000	500 000	76	73	79
Мали	26 839	46 000	40 000	52 000	58	51	66
Мавритания	1 830	4 500	3 600	5 700	41	33	52
Маврикий	1 517	4 200	3 900	4 800	36	33	40
Мозамбик	282 687	590 000	540 000	650 000	48	44	53

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Намибия	105 347	120 000	110 000	130 000	91	83	>95
Нигер	11 137	20 000	18 000	24 000	55	47	64
Нигерия	459 465	1 300 000	1 200 000	1 400 000	36	33	39
Руанда	107 021	110 000	110 000	120 000	94	89	>95
Сан-Томе и Принсипи	285	<1 000	<500	<1 000	51	40	66
Сенегал	13 485	20 000	18 000	23 000	67	59	75
Сьерра-Леоне	7 802	22 000	18 000	30 000	35	28	47
Южная Африка	2 010 340	2 500 000	2 400 000	2 600 000	81	79	86
Южный Судан	4 376	49 000	34 000	73 000	9	6	13
Свазиленд	80 103	93 000	89 000	96 000	87	83	90
Того	28 213	57 000	51 000	65 000	50	45	57
Уганда	403 089	580 000	530 000	640 000	70	64	78
Объединённая Республика Танзания	399 886	580 000	540 000	630 000	68	64	74
Замбия	446 841	520 000	500 000	540 000	86	83	91
Зимбабве	518 801	610 000	590 000	640 000	85	81	88
Западная и Центральная Европа	...	560 000	520 000	590 000	>95	94	>95
Австрия	...	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число взрослых, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число взрослых, получающих АРТ ³	Оценочное число взрослых, нуждающихся в антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам ВОЗ 2010 г. ²			Оценочный охват АРТ на основании руководящих принципов ВОЗ 2010 г. ^{3,2}		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Страны с нижним и средним уровнем доходов	9 090 394	14 000 000	13 100 000	15 200 000	64	60	69

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² На основании национальных файлов Spectrum.

³ На основании данных Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR).

⁴ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	3 826	9 200	8 000	11 000	44	38	50
Багамские Острова	...	...	...	...	...	...	...
Барбадос	...	...	...	...	...	...	...
Куба	24	...	...	...	...	...	...
Доминиканская Республика	1 083	...	...	...	...	...	...
Гаити	2 265	6 700	5 700	7 800	34	29	40
Ямайка	454	...	...	...	...	...	...
Тринидад и Тобаго	...	...	...	...	...	...	...
Восточная Азия	2 085	6 400	4 700	8 800	33	24	46
Китай ⁴	...	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	8 784	12 000	12 000	12 000	75	73	78
Армения	13	...	...	...	...	...	...
Азербайджан	22	...	...	...	...	...	...
Беларусь	154	...	...	...	...	...	...
Грузия	42	...	...	...	...	...	...
Казахстан	296	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	...	...	...	...	...	...	...
Республика Молдова	63	...	...	...	...	...	...
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	149	...	...	...	...	...	...
Украина	2 268	...	...	...	...	...	...
Узбекистан	2 530	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Латинская Америка	22 661	30 000	25 000	39 000	75	62	>95
Аргентина	3 000	...	...	...	...	...	...
Белиз	95	...	...	...	...	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	86	...	...	...	...	...	...
Бразилия	6 150	...	...	...	...	...	...
Чили	173	...	...	...	...	...	...
Колумбия	6 249	...	...	...	...	...	...
Коста-Рика	61	...	...	...	...	...	...
Эквадор	550	...	...	...	...	...	...
Сальвадор	335	...	...	...	...	...	...
Гватемала	1 024	...	...	...	...	...	...
Гвиана	201	...	...	...	...	...	...
Гондурас	783	...	...	...	...	...	...
Мексика	1 800	...	...	...	...	...	...
Никарагуа	104	...	...	...	...	...	...
Панама	256	...	...	...	...	...	...
Парагвай	181	...	...	...	...	...	...
Перу	495	...	...	...	...	...	...
Суринам	84	...	...	...	...	...	...
Уругвай	118	...	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	972	...	...	...	...	...	...
Ближний Восток и Северная Африка	1 011	13 000	8 600	21 000	8	6	13
Алжир	262	...	...	...	...	...	...
Джибути	40	<1 000	<1 000	<1 000	6	5	8
Египет	42	...	...	...	...	...	...
Иран (Исламская Республика)	141	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Ливан	4	...	...	...	...	...	...
Марокко	244	...	...	...	...	...	...
Оман	...	...	...	...	...	...	...
Сомали	43	...	...	...	...	...	...
Судан	170	...	...	...	...	...	...
Тунис	12	...	...	...	...	...	...
Йемен	53	...	...	...	...	...	...
Северная Америка	...	1 900	1 300	2 700	92	65	>95
Канада	...	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...	...
Океания	729	1 800	1 400	2 400	40	31	51
Австралия	...	...	...	...	...	...	...
Фиджи	7	...	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	722	1 800	1 400	2 300	39	30	51
Южная и Юго-Восточная Азия	56 401	130 000	110 000	170 000	43	37	56
Афганистан	8	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	48	...	...	...	...	...	...
Бутан	5	...	...	...	...	...	...
Камбоджа	4 595	...	...	...	...	...	...
Индия ⁴	34 367	...	...	...	...	...	...
Индонезия	1 695	...	...	...	...	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	163	...	...	...	...	...	...
Малайзия	490	...	...	...	...	...	...
Мальдивы	0	...	...	...	...	...	...
Мьянма	4 033	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Непал	551	...	...	...	...	...	...
Пакистан	139	...	...	...	...	...	...
Филиппины	33	...	...	...	...	...	...
Сингапур	...	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	24	...	...	...	...	...	...
Таиланд	6 274	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	3 828	...	...	...	...	...	...
Страны Африки югу от Сахары	551 065	1 700 000	1 600 000	1 900 000	32	30	36
Ангола	2 903	19 000	15 000	24 000	15	12	19
Бенин	2 635	5 300	4 500	6 200	49	42	58
Ботсвана	10 261	10 000	9 900	10 000	>95	>95	>95
Буркина-Фасо	1 878	12 000	9 700	14 000	59	49	72
Бурунди	2 023	9 700	7 800	12 000	21	17	26
Камерун	4 992	33 000	29 000	38 000	15	13	17
Кабо-Верде	66	...	...	...	...	...	...
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...	...
Чад	5 842	20 000	17 000	25 000	29	24	37
Коморские Острова	1	...	...	...	...	...	...
Конго	1 148	7 500	6 600	8 500	15	14	17
Кот-д'Ивуар	5 620	35 000	29 000	41 000	16	14	19
Демократическая Республика Конго	4 751	53 000	47 000	61 000	9	8	10
Экваториальная Гвинея	...	2 100	<1 000	3 600	8	4	14
Эритрея	632	1 900	1 400	2 600	34	26	46
Эфиопия	17 677	78 000	71 000	96 000	23	20	28
Габон	494	2 000	1 700	2 400	24	20	29
Гамбия	271	...	...	...	...	...	...

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Гана	3 504	14 000	12 000	17 000	25	20	30
Гвинея	1 114	8 300	6 800	10 000	13	11	17
Гвинея-Бисау	335	3 300	2 500	4 400	11	8	14
Кения	55 439	150 000	130 000	180 000	38	34	45
Лесото	5 395	22 000	19 000	24 000	25	22	27
Либерия	430	2 100	1 800	2 500	20	17	24
Мадагаскар	14	...	...	...	...	...	...
Малави	36 441	100 000	90 000	110 000	36	33	41
Мали	1 912	...	...	...	...	...	...
Мавритания	51	...	...	...	...	...	...
Маврикий	10	...	...	...	...	...	...
Мозамбик	27 164	100 000	88 000	120 000	27	23	32
Намбия	11 340	13 000	12 000	15 000	88	79	>95
Нигер	673	...	...	...	...	...	...
Нигерия	31 556	260 000	220 000	290 000	12	11	14
Руанда	7 597	18 000	15 000	21 000	43	36	52
Сан-Томе и Принсипи	11	...	...	...	...	...	...
Сенегал	1 207	...	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	457	3 000	2 200	4 700	15	11	24
Южная Африка	140 541	220 000	210 000	250 000	63	57	69
Южный Судан	553	11 000	7 200	17 000	5	3	8
Свазиленд	7 431	14 000	12 000	15 000	54	49	59
Того	2 098	8 800	7 200	11 000	24	19	30
Уганда	35 453	110 000	88 000	130 000	33	28	41
Объединённая Республика Танзания	32 407	130 000	110 000	150 000	26	22	30
Замбия	34 084	89 000	80 000	99 000	38	35	43
Зимбабве	46 874	100 000	94 000	120 000	45	40	50

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Западная и Центральная Европа	...	<1 000	<1 000	<1 000	68	62	76
Австрия
Бельгия
Болгария
Хорватия
Чешская Республика
Дания
Эстония
Финляндия
Франция
Германия
Греция
Венгрия
Исландия
Ирландия
Израиль
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочное число детей, получающих антиретровирусное лечение и нуждающихся в нём, и их охват¹, 2012 г.

	Зарегистрированное число детей в возрасте от 0 до 14 лет, получающих АРТ ²	Оценочное число детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии ³			Оценочный охват антиретровирусной терапией среди детей ³		
		Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Страны с низким и средним уровнем доходов	646 812	1 900 000	1 700 000	2 200 000	34	31	39

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² На основании данных Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR).

³ На основании национальных файлов Spectrum.

⁴ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам по антиретровирусному лечению 2013 года, страны с низким и средним уровнем доходов¹

2013 г.

	Оценочное число	Низкая оценка	Высокая оценка
Карибский регион			
Куба			
Доминиканская Республика	41 000	37 000	45 000
Гаити	130 000	120 000	140 000
Ямайка	25 000	22 000	29 000
Восточная Азия			
Китай			
Корейская Народно-Демократическая Республика			
Монголия	900	900	1 000
Восточная Европа и Центральная Азия			
Армения	3 000	2 000	4 000
Азербайджан	9 000	7 000	11 000
Беларусь	16 000	15 000	18 000
Грузия	6 000	5 000	8 000
Казахстан			
Кыргызстан	8 000	6 000	11 000
Республика Молдова	16 000	13 000	19 000
Российская Федерация	820 000	650 000	1 000 000
Таджикистан	11 000	7 000	19 000
Украина	220 000	190 000	240 000
Узбекистан	26 000	22 000	33 000
Шри-Ланка	3 000	2 000	4 000
Таиланд	420 000	400 000	440 000
Вьетнам	240 000	75 000	430 000
Латинская Америка			
Аргентина	91 000	81 000	100 000
Белиз	3 000	3 000	3 000
Боливия	13 000	9 000	19 000

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам по антиретровирусному лечению 2013 года, страны с низким и средним уровнем доходов¹

2013 г.

	Оценочное число	Низкая оценка	Высокая оценка
Бразилия			
Чили	36 000	27 000	47 000
Колумбия	130 000	100 000	160 000
Коста-Рика	9 000	8 000	9 000
Эквадор	47 000	36 000	74 000
Сальвадор	23 000	17 000	35 000
Гватемала	49 000	36 000	89 000
Республика Гайана	7 000	4 000	10 000
Гондурас	22 000	19 000	26 000
Мексика	160 000	140 000	180 000
Никарагуа	9 000	7 000	13 000
Панама	15 000	12 000	19 000
Парагвай	13 000	8 000	20 000
Перу	64 000	40 000	150 000
Суринам	3 000	3 000	4 000
Уругвай	11 000	9 000	14 000
Венесуэла	97 000	77 000	130 000
Ближний Восток и Северная Африка			
Алжир			
Джибути	6 000	5 000	7 000
Египет	6 000	4 000	12 000
Иран (Исламская Республика)	63 000	48 000	86 000
Ливан			
Марокко	26 000	21 000	33 000
Сомали	27 000	19 000	40 000
Судан	55 000	45 000	69 000
Тунис	2 000	1 000	3 000
Йемен	18 000	9 000	45 000

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам по антиретровирусному лечению 2013 года, страны с низким и средним уровнем доходов¹

2013 г.

	Оценочное число	Низкая оценка	Высокая оценка
Океания			
Фиджи	700	600	900
Папуа – Новая Гвинея	22 000	19 000	26 000
Южная и Юго-Восточная Азия			
Афганистан	4 000	2 000	11 000
Бангладеш	7 000	3 000	53 000
Бутан	900	500	2 000
Камбоджа	70 000	52 000	120 000
Индия	1 700 000	1 500 000	2 000 000
Индонезия	510 000	350 000	730 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	8 000	7 000	9 000
Малайзия	69 000	54 000	87 000
Мальдивы	<100	<100	<100
Мьянма			
Непал	41 000	34 000	51 000
Пакистан	83 000	52 000	150 000
Филиппины	14 000	11 000	21 000
Страны Африки к югу от Сахары			
Ангола	230 000	190 000	270 000
Бенин	65 000	60 000	71 000
Ботсвана	300 000	290 000	310 000
Буркина-Фасо	100 000	89 000	110 000
Бурунди	77 000	68 000	88 000
Камерун	520 000	480 000	560 000
Кабо-Верде			
Центральноафриканская Республика	110 000	96 000	120 000
Чад	180 000	160 000	210 000
Коморские Острова			
Конго	62 000	58 000	67 000

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам по антиретровирусному лечению 2013 года, страны с низким и средним уровнем доходов¹

2013 г.

	Оценочное число	Низкая оценка	Высокая оценка
Кот-д'Ивуар	380 000	350 000	430 000
Демократическая Республика Конго	420 000	390 000	450 000
Эритрея	16 000	13 000	20 000
Эфиопия	640 000	590 000	690 000
Габон	35 000	32 000	39 000
Гамбия	12 000	10 000	15 000
Гана	200 000	180 000	220 000
Гвинея	110 000	94 000	130 000
Гвинея-Бисау	41 000	32 000	52 000
Кения	1 300 000	1 300 000	1 400 000
Лесото	280 000	270 000	290 000
Либерия	17 000	16 000	20 000
Мадагаскар	47 000	39 000	55 000
Малави	950 000	910 000	1 000 000
Мали	88 000	74 000	100 000
Мавритания	8 000	7 000	11 000
Маврикий	9 000	8 000	10 000
Мозамбик	1 300 000	1 200 000	1 500 000
Намибия	200 000	180 000	220 000
Нигер	39 000	33 000	46 000
Нигерия	3 000 000	2 700 000	3 300 000
Руанда	190 000	180 000	210 000
Сан-Томе и Принсипи	1 000	900	2 000
Сенегал	33 000	29 000	38 000
Сьерра-Леоне	49 000	38 000	65 000
Южная Африка	5 100 000	4 900 000	5 400 000
Южный Судан	140 000	93 000	210 000
Свазиленд	170 000	170 000	180 000

ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Прогнозируемое число людей, отвечающих критериям для начала антиретровирусной терапии согласно руководящим принципам по антиретровирусному лечению 2013 года, страны с низким и средним уровнем доходов¹

2013 г.

	Оценочное число	Низкая оценка	Высокая оценка
Того	100 000	93 000	120 000
Уганда	1 400 000	1 300 000	1 600 000
Объединённая Республика Танзания	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Замбия	970 000	930 000	1 000 000
Зимбабве	1 100 000	1 100 000	1 200 000
Западная и Центральная Европа			
Болгария	3 000	2 000	4 000
Латвия	5 000	4 000	7 000
Литва	900	700	1 000
Румыния	14 000	13 000	16 000
Сербия			
Турция	4 000	3 000	6 000
Страны с низким и средним уровнем доходов			
	28 600 000	26 500 000	30 900 000

Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2012 г.

¹ При расчёте было принято допущение, что критериям для начала антиретровирусной терапии отвечают следующие лица: все взрослые в возрасте от 15 лет и старше, у которых число клеток CD4 меньше 500 на кубический миллиметр, все беременные женщины, живущие с ВИЧ, все взрослые с коинфекцией ВИЧ и туберкулёза, все ВИЧ-дискордантные пары и все дети, живущие с ВИЧ, младше пяти лет.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Процентная доля ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ²

2012 г.		2012 г.	
Карибский регион		Эквадор¹	
Антигуа и Барбуда	100	Сальвадор	89
Багамские Острова	59	Гватемала ¹	16
Барбадос	67	Республика Гайана	84
Куба	94	Гондурас	51
Доминиканская Республика	50	Мексика	19
Гренада ¹	0	Никарагуа ¹	58
Гаити	29	Панама ¹	97
Ямайка ¹	35	Парагвай	50
Сент-Люсия	100	Суринам	53
Сент-Винсент и Гренадины	63	Уругвай	23
Тринидад и Тобаго	29	Венесуэла (Боливарианская Республика)	43
Восточная Азия		Ближний Восток и Северная Африка	
Китай	47	Алжир ¹	31
Монголия	27	Бахрейн	8
Восточная Европа и Центральная Азия		Джибути	15
Армения	100	Иран (Исламская Республика)	40
Азербайджан	45	Ливан	7
Беларусь	55	Марокко	61
Грузия	52	Оман	100
Казахстан	20	Катар	100
Кыргызстан ¹	41	Сомали	6
Республика Молдова	30	Судан	1
Таджикистан	22	Тунис	8
Украина	92	Йемен ¹	10
Узбекистан	23	Океания	
Латинская Америка		Фиджи	100
Белиз	73	Новая Зеландия ¹	100
Боливия (Многонациональное Государство)	38	Папуа – Новая Гвинея	30
Бразилия	57	Южная и Юго-Восточная Азия	
Чили ¹	2	Афганистан	2
Колумбия	30	Бангладеш	26
Коста-Рика ¹	38	Бруней-Даруссалам	100

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Процентная доля ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ²

	2012 г.		2012 г.
Камбоджа	47	Гвинея	24
Индия	20	Кения	59
Индонезия ¹	56	Лесото	42
Лаосская Народно-Демократическая Республика ¹	56	Либерия	15
Малайзия	19	Мадагаскар	3
Мальдивы	0	Малави	57
Мьянма	22	Мали	35
Непал	20	Мавритания ¹	2
Пакистан	1	Маврикий	64
Шри-Ланка	65	Мозамбик	19
Таиланд	30	Намибия	46
Вьетнам	24	Нигер ¹	27
Страны Африки, расположенные к югу от Сахары		Нигерия	24
Ангола	21	Руанда ¹	48
Бенин ¹	11	Сан-Томе и Принсипи	100
Ботсвана	49	Сенегал	33
Буркина-Фасо	31	Сейшельские Острова	100
Бурунди	24	Сьерра-Леоне	24
Камерун	22	Южная Африка	31
Кабо-Верде	62	Южный Судан	28
Центральноафриканская Республика	5	Свазиленд	29
Чад	15	Того	40
Коморские Острова	40	Уганда	28
Конго	4	Объединённая Республика Танзания	34
Кот-д'Ивуар	30	Замбия	41
Демократическая Республика Конго	14	Западная и Центральная Европа	
Экваториальная Гвинея ¹	62	Румыния	35
Эфиопия	35	Сербия	90
Габон	29	Словакия	0
Гана	37	Турция	106

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по ТБ по состоянию на 13 июля 2013 г., если не указано иное.

¹ Основано на значениях, представленных странами в рамках Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR) 2013 г.

² Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/651>.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

ВИЧ-инфицированные больные туберкулёзом, находящиеся на антиретровирусном лечении

2012 г.		2012 г.	
Карибский регион			
Антигуа и Барбуда	2	Чили ¹	2
Багамские Острова	5	Колумбия	474
Барбадос	1	Коста-Рика ¹	24
Куба	51	Эквадор ¹	583
Доминика	0	Сальвадор	178
Доминиканская Республика	268	Гватемала ¹	243
Гренада ¹	0	Республика Гайана	168
Гаити	1 252	Гондурас	192
Ямайка ¹	14	Мексика	298
Сент-Китс и Невис	0	Никарагуа ¹	58
Сент-Люсия	1	Панама ¹	224
Сент-Винсент и Гренадины	6	Парагвай	121
Тринидад и Тобаго	24	Перу	847
		Суринам	25
		Уругвай	32
		Венесуэла (Боливарианская Республика)	517
Восточная Азия		Ближний Восток и Северная Африка	
Китай	3 454	Алжир ¹	110
Монголия	3	Бахрейн	1
		Джибути	83
Восточная Европа и Центральная Азия		Египет	17
Армения	55	Иран (Исламская Республика)	117
Азербайджан	63	Ирак	1
Беларусь	153	Иордания	0
Грузия	26	Кувейт	3
Казахстан	51	Ливан	3
Кыргызстан ¹	118	Марокко	357
Республика Молдова	103	Оман	14
Таджикистан	78	Катар	1
Украина	4 433	Сомали	51
Узбекистан	103	Судан	40
		Сирийская Арабская Республика	5
Латинская Америка			
Белиз	19		
Боливия (Многонациональное Государство)	164		
Бразилия	9 049		

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

ВИЧ-инфицированные больные туберкулёзом, находящиеся на антиретровирусном лечении

	2012 г.		2012 г.
Тунис	14	Вьетнам	2 232
Объединённая Арабская Республика ¹	12	Страны Африки к югу от Сахары	
Йемен ¹	16	Ангола	1 149
Океания		Бенин ¹	113
Фиджи	3	Ботсвана	2 475
Кирибати	0	Буркина-Фасо	503
Маршалловы Острова	0	Бурунди	588
Федеративные Штаты Микронезия	0	Камерун	4 261
Новая Зеландия ¹	3	Кабо-Верде	44
Палау	0	Центральноафриканская Республика	290
Папуа – Новая Гвинея	325	Чад	626
Самоа	0	Коморские Острова	4
Соломоновы Острова	0	Конго	152
Тонга	0	Кот-д'Ивуар	2 396
Тувалу	0	Демократическая Республика Конго	2 296
Вануату	0	Экваториальная Гвинея ¹	123
Южная и Юго-Восточная Азия		Эфиопия	8 022
Афганистан	5	Габон	559
Бангладеш	63	Гамбия	146
Бруней-Даруссалам	2	Гана	1 033
Камбоджа	1 268	Гвинея	903
Индия	25 790	Гвинея-Бисау	0
Индонезия ¹	4 209	Кения	26 487
Лаосская Народно-Демократическая Республика ¹	263	Лесото	4 171
Малайзия	434	Либерия	115
Мальдивы	0	Мадагаскар	18
Мьянма	4 270	Малави	9 144
Непал	217	Мали	425
Пакистан	22	Мавритания ¹	14
Шри-Ланка	11	Маврикий	9
Таиланд	3 591	Мозамбик	15 391
Тимор-Лешти	4	Намибия	3 362

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

ВИЧ-инфицированные больные туберкулёзом, находящиеся на антиретровирусном лечении

	2012 г.
Нигер ²	516
Нигерия	10 866
Руанда ¹	1 395
Сан-Томе и Принсипи	18
Сенегал	561
Сейшельские Острова	3
Сьерра-Леоне	931
Южная Африка	101 937
Южный Судан	147
Свазиленд	3 762
Того	476
Уганда	9 962
Объединённая Республика Танзания	10 993
Замбия	14 471
Западная и Центральная Европа	

	2012 г.
Албания	7
Андорра	0
Болгария	3
Эстония	28
Греция ¹	28
Исландия	0
Латвия	65
Черногория	0
Румыния	205
Сербия	6
Словакия	0
Словения	0
Бывшая Югославская Республика Македония	0
Турция	35

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по ТБ по состоянию на 13 июля 2013 г., если не указано иное.

¹ Согласно данным, предоставленным странами в рамках Глобальной отчётности о прогрессе в деле противодействия СПИДу (GARPR) за 2013 г.

² Данные программ по ТБ и СПИДу имеют расхождения. Данные программы ТБ носили частичный характер, поэтому были использованы данные программы по СПИДу.

СНИЗИТЬ НАПОЛОВИНУ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Оценочная смертность от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, в Африке, в странах с высоким бременем ТБ/ВИЧ, 2004 и 2012 гг.

	2004 г.			2012 г.		
	оценочное число	низкая оценка	высокая оценка	оценочное число	низкая оценка	высокая оценка
Ангола	780	660	900	1 300	1 100	1 400
Ботсвана	3 000	2 600	3 700	930	740	1 100
Буркина-Фасо	1 300	1 100	1 500	470	400	540
Бурунди	2 600	2 200	3 000	850	700	1 000
Камбоджа	3 100	2 700	3 500	560	410	700
Камерун	12 000	11 000	14 000	7 700	6 500	9 300
Центральноафриканская Республика	8 700	7 600	10 000	2 400	2 000	2 900
Чад	1 900	1 700	2 300	1 400	1 200	1 700
Конго	1 300	1 000	1 500	1 000	820	1 200
Кот-д'Ивуар	9 800	8 400	11 600	2 500	2 200	3 100
Демократическая Республика Конго	6 700	5 600	8 500	6 300	5 500	8 100
Джибути	230	190	260	150	120	170
Эфиопия	27 000	21 000	35 000	5 600	4 600	7 300
Гана	2 600	2 400	3 200	540	490	630
Кения	15 000	12 000	18 000	7 700	6 600	8 900
Лесото	1 400	910	1 900	1 500	1 300	1 900
Малави	14 000	12 000	16 000	3 500	3 100	4 300
Мали	610	520	730	360	310	420
Мозамбик	34 000	28 000	41 000	45 000	35 000	53 000
Намибия	9 800	8 600	12 000	1 600	1 300	2 000
Нигерия	39 000	22 000	65 000	19 000	11 000	25 000
Руанда	4 100	3 600	4 900	740	600	920
Сьерра-Леоне	1 000	880	1 200	2 000	1 600	2 200
Южная Африка	99 000	88 000	120 000	88 000	75 000	100 000
Судан	2 100	1 900	2 500	2 100	1 900	2 500
Свазиленд	3 100	2 500	3 700	4 300	4 000	5 100
Того	490	410	570	380	310	440
Уганда	25 000	21 000	29 000	9 200	8 000	12 000
Объединённая Республика Танзания	11 000	9 200	13 000	7 000	5 800	8 000
Замбия	11 000	9 700	13 000	7 600	6 200	8 900
Зимбабве	36 000	30 000	40 000	18 000	15 000	20 000

Источник: Оценочные данные ЮНЭЙДС/ВОЗ за 2013 г.

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных источников (доллары США)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Карибский регион			
Антигуа и Барбуда	300 777	326 796	297 612
Куба	58 593 535	60 633 504	...
Доминика	223 664	223 664	...
Гренада	5 521	182 713	...
Гаити	1 608 233	1 608 233	...
Ямайка	3 848 958	...	...
Сент-Винсент и Гренадины	2 508 745	1 267 636	615 427
Восточная Азия			
Китай	497 309 403	529 376 000	554 007 385
Корейская Народно-Демократическая Республика	1 009 600	1 070 420	...
Монголия	950 996	1 169 128	...
Восточная Европа и Центральная Азия			
Армения	1 961 038	2 079 270	1 090 732
Азербайджан	6 857 540	8 563 409	...
Беларусь	13 246 041	9 668 805	...
Грузия	4 362 929	4 562 010	4 545 234
Казахстан	...	30 346 857	30 352 251
Кыргызстан	1 407 901	1 441 565	3 886 526
Республика Молдова	4 617 721	5 125 529	2 381 845
Таджикистан	1 718 968	2 269 834	...
Украина	38 054 198	...	...
Узбекистан	16 985 205	12 636 531	13 334 449
Латинская Америка			
Белиз	1 134 649	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	...	2 276 663	...
Бразилия	745 830 717	...	...
Чили	119 224 642	123 044 300	132 689 469

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных источников (доллары США)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Колумбия	86 962 224	102 516 422	...
Коста-Рика	24 765 744	...	...
Эквадор	24 270 868	...	...
Сальвадор	37 297 450	...	41 243 741
Гватемала	28 765 245	...	25 324 612
Гондурас	16 025 455	...	...
Никарагуа	9 682 304	...	...
Панама	15 702 066	...	...
Парагвай	2 677 348	2 507 935	...
Перу	15 445 506	...	...
Суринам	1 939 620	2 249 605	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	109 037 329	80 352 294	...
Ближний Восток и Северная Африка			
Алжир	5 345 581	8 258 614	9 187 280
Джибути	627 309	596 705	867 075
Иордания	1 000 000	1 000 000	...
Ливан	1 570 000	1 570 000	...
Марокко	6 357 832	6 728 697	7 493 931
Сирийская Арабская Республика	...	620 000	...
Тунис	110 040	117 400	...
Йемен	442 233	467 395	...
Океания			
Фиджи	419 594	467 602	...
Маршалловы Острова	200 027	120 246	235 704
Палау	394 323	394 323	...
Папуа – Новая Гвинея	12 077 392	...	...
Самоа	161 694	172 845	...
Соломоновы Острова	150 032	151 749	...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных источников (доллары США)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Тувалу	12 000	20 180	...
Вануату	36 510	36 482	...
Южная и Юго-Восточная Азия			
Афганистан	200 000	...	24 250
Бангладеш	1 202 508	746 225	977 247
Камбоджа	...	5 644 947	5 671 862
Индонезия	27 577 082	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	827 689	827 689	...
Малайзия	31 383 249	36 668 151	54 416 987
Мьянма	2 596 875	3 944 294	...
Пакистан	4 768 321	...	...
Филиппины	3 372 467	4 126 663	...
Шри-Ланка	2 277 815	...	...
Таиланд	200 251 009	267 932 277	...
Вьетнам	21 431 087	...	...
Страны Африки югу от Сахары			
Ангола	15 877 187	21 462 786	...
Бенин	6 937 649	7 796 210	11 467 748
Ботсвана	262 400 227	299 022 611	...
Буркина-Фасо	11 118 571	...	...
Бурунди	1 774 303	2 034 615	1 358 187
Камерун	14 395 254	...	...
Кабо-Верде	499 368	522 275	17 194
Центральноафриканская Республика	1 873 217	1 887 321	...
Чад	3 862 235	2 766 010	6 212 969
Коморские Острова	169 643	936 323	174 303
Конго	8 104 228	...	...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных источников (доллары США)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Демократическая Республика Конго	2 759 539	...	...
Габон	6 166 691	6 423 890	12 297 465
Гана	8 087 144	14 854 634	...
Гвинея	317 576	638 185	2 302 175
Гвинея-Бисау	611 774	...	...
Кения	134 682 271	162 569 668	...
Либерия	83 100	190 000	...
Мадагаскар	4 473 518	6 479 528	4 144 594
Мали	6 502 189	...	...
Мавритания	698 854	3 720 945	616 666
Маврикий	4 894 627	...	...
Намибия	168 791 097	...	...
Нигер	69 420	82 936	3 894 068
Нигерия	125 139 587	...	...
Сан-Томе и Принсипи	7 803	112 650	...
Сенегал	...	2 709 561	...
Сейшельские Острова	2 297 113	2 003 196	4 278 262
Того	8 878 290	4 074 688	5 614 798
Зимбабве	20 833 554	28 061 185	37 084 924
Западная и Центральная Европа			
Болгария	4 252 150	6 668 195	...
Латвия	5 996 109	7 192 416	...
Литва	...	3 601 011	2 496 551
Румыния	91 512 275	102 458 472	88 082 973
Сербия	...	...	9 071 059
Бывшая Югославская Республика Македония	2 366 290	...	...
Турция	...	...	12 291 905

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет международных источников (доллары США)

Международные источники

	Двусторонние			Учреждения системы ООН			Глобальный фонд		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Карибский регион									
Антигуа и Барбуда	820 914	246 310	...	6 866	6 866	3 509	233 300	37 290	21 542
Куба	...	...	...	...	...	...	8 261 407	9 321 423	...
Гренада	49 936	6 361	...	1 178	34 666	...	14 839	11 355	...
Гаити	129 685 595	148 224 334	...	13 250 596	50 569 566	...	21 587 726	8 607 148	...
Ямайка	360 894	...	...	258 577	...	...	9 680 362	...	...
Сент-Винсент и Гренадины	1 332 973	733 063	...	33 512	...	8 765	116 050	82 558	92 267
Восточная Азия									
Китай	14 787 060	13 690 093	3 319 375	5 675 752	2 935 759	602 155	40 436 517	27 664 861	64 216 671
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	5 000	75 000	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия									
Армения	...	...	...	126 671	188 352	126 960	2 885 885	3 227 460	3 561 135
Азербайджан	...	...	...	171 014	152 855	...	616 197	5 416 440	...
Беларусь	234 102	4 749	...	238 119	266 925	...	5 946 198	9 778 974	...
Грузия	1 070 223	2 125 481	1 112 293	212 468	401 494	307 243	5 300 330	5 146 960	8 783 691
Казахстан	...	...	...	...	338 007	120 714	...	5 151 157	6 961 187
Кыргызстан	319 578	319 578	...	1 753 560	905 000	1 371 130	5 836 715	2 152 922	6 759 253
Республика Молдова	182 941	236 752	139 249	403 777	979 690	303 987	5 302 443	7 161 464	6 213 396
Таджикистан	2 564 546	2 751 455	...	537 086	743 891	...	9 825 871	8 815 922	...
Украина	3 384 197	...	...	1 758 678	...	...	26 858 256	...	...
Узбекистан	165 236	...	...	468 000	468 000	848 538	6 045 177	6 045 177	9 923 281
Латинская Америка									
Белиз	529 130	...	...	280 346	...	...	...	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	...	156 582	...	...	499 221	...	...	4 799 828	...
Бразилия	...	...	...	7 468 124	...	...	...	...	...
Чили	57 283	...	...	411 244	...	...	...	...	...
Колумбия	...	...	...	275 591	332 690	63 999	...	1 839 543	9 587 253
Коста-Рика	311 345	...	...	338 411	...	...	...	...	...
Эквадор	29 658	...	...	1 336 249	...	...	26 364	...	...
Сальвадор	2 101 422	...	2 758 436	273 174	...	575 666	7 451 451	...	9 301 591

Международные источники

Банки развития			Другие многосторонние			Другие международные		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	664 499
...
...	48 982	...	22 028	2 727	...
...
...	472 073	...	...
...	718 655	...	...	...	720 147	...	34 434	...
...	25 418 125	15 706 811	...	...	...	8 483 235
...
...	19 891	72 194	85 353	530 992
...	591 500	423 000	...
...	58 522	145 031	...
...	249 945	847 976	861 115
...	9 133	188	...	1 041 864	375 555
1 517 507	551 780	...	400 000	350 000	...	...	...	1 382 380
...	214 054	141 112	53 783
...	586 650	720 935	...	...	...	...
...	183 024	...	...	1 693 574	...	...
...
...	603 420	...	...
...	1 519 416	...
...	1 699 227	...	...
...	383 172	439 387
...
...	504 393	...	...	1 024 748	...	...
...	727 674	...	...	855 594	...	...
...	...	46 916	645 969	...	198 784	983 416	...	1 095 296

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет международных источников (доллары США)

Международные источники

	Двусторонние			Учреждения системы ООН			Глобальный фонд		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Гватемала	3 413 212	...	3 401 047	1 569 879	...	1 159 823	5 661 421	...	12 312 352
Гондурас	5 065 130	...	...	1 344 386	...	...	8 010 681	...	...
Никарагуа	2 554 713	...	...	2 113 283	...	...	9 155 592	...	...
Парагвай	2 857 575	...	...	318 962	739 922	...	3 588 531	4 115 637	...
Перу	2 575 018	...	...	403 751	...	...	7 278 840	...	...
Суринам	2 547 077	1 253 125	...	73 872	67 700	...	1 485 037	1 009 894	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	...	...	...	626 411	133 327	...	...	...	...
Ближний Восток и Северная Африка									
Алжир	289 363	548 057	180 195	180 699	319 371	609 511	...	...	...
Джибути	1 059 733	123 916	143 655	1 971 916	1 597 164	1 137 495	1 358 827	1 975 708	1 574 418
Иордания	...	...	...	...	...	...	723 768	433 831	968 902
Марокко	46 215	50 836	56 618	881 906	742 118	826 517	4 811 881	4 190 951	4 667 574
Сирийская Арабская Республика	...	...	...	...	189 850	...	...	...	...
Тунис	...	...	...	...	...	...	2 928 100	2 615 149	...
Йемен	...	...	...	923 775	461 636	...	...	351 385	...
Океания									
Фиджи	149 660	164 857	...	339 790	653 830	335 118	72 512	206 829	...
Кирибати	...	...	...	...	...	...	424 106	83 959	134 298
Маршалловы Острова	72 449	25 021	95 250	...	...	...	118 457	83 557	34 991
Микронезия (Федеративные Штаты)	265 491	290 594	296 349	68 898	...	...	115 772	86 810	96 236
Папуа – Новая Гвинея	28 199 728	...	...	2 495 709	...	...	4 572 622	...	...
Самоа	...	...	...	95 536	29 583	...	82 661	102 625	...
Соломоновы Острова	393 993	439 782	...	44 612	17 436	...	...	...	...
Тувалу	...	...	...	...	...	...	43 641	121 916	...
Вануату	898 503	1 397 372	...	38 888	28 769	...	177 211	328 393	175 692
Южная и Юго-Восточная Азия									
Афганистан	90 499	1 456 111	...	849 942	1 172 183	27 092	1 774 255	1 645 560	1 829 829
Бангладеш	2 869 608	3 190 243	3 785 791	232 797	202 846	546 436	10 461 394	12 389 199	6 875 780

Международные источники

Банки развития			Другие многосторонние			Другие международные		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
63 778	162 901	...	...	2 014 505	...	1 081 601
...	42 406	...	...	1 253 743	...	...
11 892	91 960	...	...	134 531	...	...
2 268	239 221	...
...	2 216 561	...	...
...	12 385	...
...
...	403	4 524	99 135
28 249	105 812	...	...	...
...
...	1 359 102	1 405 370	1 565 199
...
...	10 000	...
...	844 990	333 504	...
43 333	853 432	587 591	...	218 669	174 503	...
...	...	19 692	5 694	174 929	185 287	...	...	...
...
...	71 645	96 066	54 103	...	...	...
2 607 197	74 194	...	...	872 219	...	...
...	5 137	2 430	...
...	167 661	...	215 690	131 802	...
4 000	35 000	...
...	510 411	49 077	20 692	...	43 397	131 705
1 523 129	3 728 220	2 080 692	...	...	...	...	...	676 536
...	1 690 130	...	...	...	2 577	348 682	428 488	206 672

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ
Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет международных источников (доллары США)

Международные источники

	Двусторонние			Учреждения системы ООН			Глобальный фонд		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Камбоджа		15 713 795	15 872 474		7 128 857	4 320 352		18 030 595	20 027 132
Индонезия	13 030 257	...	...	...	...	...	...	...	...
Лаосская Народная Демократическая Республика	1 206 336	1 841 772	...	972 646	934 476	...	4 357 227	7 562 540	...
Малайзия	...	...	...	561 880	307 629	...	...	2 232 176	1 725 292
Мьянма	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Пакистан	2 312 562	...	...	3 996 848	...	...	388 442	...	...
Филиппины	597 420	624 340	...	1 007 266	1 171 076	...	3 278 792	1 955 077	...
Шри-Ланка	...	...	...	1 046 040	...	...	267 529	...	...
Таиланд	7 071 757	8 103 688	...	1 473 326	1 488 538	...	26 021 888	35 359 954	...
Вьетнам	84 013 483	...	...	1 343 508	...	...	6 650 517	...	...

Страны Африки к югу от Сахары

Ангола	4 057 292	9 014 036	...	3 879 748	894 705	...	8 199 031	263 478	...
Бенин	119 433	3 967 181	2 970 320	3 228 966	3 071 804	1 727 806	2 368 720	11 669 947	12 766 641
Ботсвана	88 439 410	76 787 833	...	2 028 440	2 723 550	...	...	...	...
Буркина-Фасо	17 330 444	...	...	7 264 617	...	...	13 963 876	...	...
Бурунди	...	8 500 000	8 500 000	...	544 314	1 032 781	...	14 145 538	11 365 873
Камерун	8 679 422	...	...	3 562 002	...	...	17 134 894	...	...
Кабо-Верде	...	...	...	149 724	94 703	759	1 711 088	2 853 473	16 002
Центральноафриканская Республика	747 766	420 561	...	8 055 827	7 063 516	...	3 979 986	6 189 238	...
Чад	2 897 656	144 184	311 178	2 142 046	3 036 244	3 209 744	1 705 808	8 225 860	5 247 126
Коморские Острова	...	...	...	...	...	72 309	...	...	1 233 403
Конго	381 566	...	...	337 139	...	...	6 354 280	...	...
Демократическая Республика Конго	24 298 279	...	...	16 480 566	...	...	30 107 409	...	...
Габон	489 931	920 533	...	578 116	1 124 598	2 005 277	1 288 011	915 788	...
Гана	7 835 285	20 922 460	...	3 384 797	5 488 229	...	27 525 703	23 226 584	...
Гвинея	2 937 281	3 008 420	1 135 908	1 780 330	1 355 255	4 897 526	1 463 210	4 611 586	773 945
Гвинея-Бисау	3 959 113	...	...	687 951	...	...	...	...	...
Кения	554 075 845	554 497 335	...	...	7 620 359	...	15 266 186	20 864 464	...
Либерия	...	539 765	...	2 763 451	7 588 885	...	25 511 143	22 804 922	...

Международные источники

Банки развития			Другие многосторонние			Другие международные		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	1 745 621	1 165 243	...	3 990 878	2 913 501
...	28 193 858	...	...	...	...	...
163 594	231 690	...	250 914	...	...	801 333	345 968	...
...
...	37 904 167	42 349 184	...
284 301	380 983	...	...	800 838	...	...
...	24 881	...	119 242	96 768	...
...	568 614	...	...	152 214	...	...
54 915	120 790	...	...	...	...	1 304 782	1 357 422	...
8 001 304	1 517 166	...	...	695 801	...	...

...	126 898	...	2 051 653	1 327 135	...	...	388 500	...
1 613 734	320 288	...	...	159 011	698 521	3 929 033	92 462	190 493
...	...	...	297 015	331 272	...	9 904 538	11 551 282	...
24 081	...	...	...	...	...	414 874	...	...
...	...	...	...	...	...	39 908 205	218 971	...
...	...	...	...	...	...	11 539 968	...	...
...	...	...	...	...	...	185 032	124 985	...
...	...	...	...	...	...	240 603	112 671	...
661 033	...	82 871	522 711	4 631 043	...	...	30 944	829 603
...	...	...	...	...	47 590	...	...	...
807 570	...	...	...	...	...	487 802	...	...
26 737 388	...	...	163 387	...	...	4 650 788	...	...
...	643 284	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	216 699	...	...	9 052 997	11 170 672	...
...	...	88 996	...	...	878 754	4 925 974	5 163 845	1 711 334
...
...	...	...	...	...	...	22 034 292	...	...
...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Внутренние расходы в связи с ВИЧ за счет международных источников (доллары США)

Международные источники

	Двусторонние			Учреждения системы ООН			Глобальный фонд		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Мадагаскар	1 968 850	2 406 633	1 433 205	1 417 801	1 540 707	1 349 969	1 485 034	4 475 148	2 463 869
Мали	3 919 460	...	...	450 946	...	...	14 931 689	...	...
Мавритания	...	...	...	247 500	291 600	281 450	...	69 957	3 036 125
Маврикий	105 559	...	...	291 226	...	...	1 675 382	...	...
Намибия	93 028 647	...	...	7 860 111	...	...	9 324 333	...	...
Нигер	2 475 111	2 660 802	3 581 728	581 263	5 987 007	3 869 274	9 493 223	5 824 701	2 926 358
Нигерия	284 908 865	...	...	18 410 698	...	...	65 899 650	...	...
Сан-Томе и Принсипи	...	...	225 477	259 461	273 686	14 924	260 248	294 122	82 727
Сенегал	...	4 446 971	...	...	375 212	...	...	14 800 499	...
Сейшельские Острова	...	...	...	17 581	53 040	170 405	...	...	...
Того	1 605 831	1 713 886	4 794 200	1 506 109	1 499 068	1 535 628	6 937 675	10 670 960	3 476 107
Зимбабве	49 772 291	77 692 280	91 023 382	17 972 300	27 240 021	5 446 365	66 042 408	26 233 338	107 083 627
Западная и Центральная Европа									
Болгария	19 713	...	...	81 000	95 000	...	5 494 807	6 382 691	...
Латвия	...	...	...	146 569	25 228	...	...	...	...
Литва	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Румыния	...	...	...	660 616	716 706	20 000	1 417 679	...	...
Сербия	...	...	115 171	...	...	198 435	...	...	3 859 000
Бывшая Югославская Республика Македония	...	...	...	462 347	...	...	1 723 215	...	...

Международные источники

Банки развития			Другие многосторонние			Другие международные		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	21 246	...	...	15 391	...	66 330	10 935	179 741
8 018 577	...	...	109 648	...	...	2 585 546	...	...
...
...	...	...	202 511	...	...	89 241	...	...
...
...	2 689	284 548	231 782	14 301	32 525	1 329 766	1 083 592	...
1 505 746	...	...	45 762	...	...	156 616	...	...
43 656	118 046	...	...	...	...	34 585	82 365	...
...	...	...	...	186 494	...	...	...	...
24 104	...	...	3 827	13 174	...	11 983	...	200 240
...	...	...	...	1 015 344	1 091 481	3 463 112	637 841	90 042
30 000	...	...	16 724 223	32 791 644	84 770	13 577 964	12 073 887	23 967 887
...	...	...	...	...	...	44 937	...	...
...	...	...	...	...	...	25 990	70 621	...
...	...	...	...	...	...	...	68 390	...
1 771 480	4 577 421	...	56 078	203 467	...	89 902	179 530	671 044
...	...	...	...	...	36 920	...	...	78 501
...	...	...	...	...	...	171 120	...	...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Общий объём внутренних расходов в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных и международных источников (доллары США)¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Карибский регион			
Антигуа и Барбуда	1 361 858	617 262	987 161
Куба	66 854 940	69 954 928	...
Доминика	223 664	223 664	...
Гренада	93 501	286 803	...
Гаити	166 132 144	209 009 280	...
Ямайка	14 620 864	...	...
Сент-Винсент и Гренадины	3 991 280	2 836 345	1 436 605
Восточная Азия			
Китай	583 626 880	589 373 504	630 628 800
Корейская Народно-Демократическая Республика	1 014 600	1 145 420	...
Монголия	3 501 188	3 731 466	...
Восточная Европа и Центральная Азия			
Армения	5 045 789	5 580 436	5 329 710
Азербайджан	8 236 251	14 555 704	...
Беларусь	19 722 982	19 864 484	...
Грузия	11 195 893	13 083 921	15 609 576
Казахстан	...	36 887 020	37 809 896
Кыргызстан	11 235 261	5 720 845	13 399 289
Республика Молдова	10 720 936	13 644 548	9 092 261
Таджикистан	15 233 122	15 302 037	...
Украина	71 931 928	...	...
Узбекистан	23 663 618	19 149 708	24 106 268
Латинская Америка			
Белиз	2 547 545	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	...	9 251 710	...
Бразилия	754 998 080	...	...
Чили	119 693 168	123 427 472	133 128 856
Колумбия ¹	87 237 816	104 688 656	10 671 901
Коста-Рика	26 944 640	...	...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Общий объём внутренних расходов в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных и международных источников (доллары США)¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Эквадор	27 246 408	...	...
Сальвадор	48 752 880	...	59 224 233
Гватемала	41 650 940	...	43 279 436
Гондурас	31 741 800	...	...
Никарагуа	23 744 276	...	...
Панама	17 229 700	...	...
Парагвай	9 444 684	7 602 715	...
Перу	27 919 674	...	...
Суринам	6 045 606	4 592 708	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	109 663 744	80 485 624	...
Ближний Восток и Северная Африка			
Алжир	5 816 047	9 130 566	10 076 121
Джибути	5 046 034	4 293 493	3 828 456
Иордания	1 723 768	1 433 832	968 902
Ливан	2 420 000	2 420 000	...
Марокко	13 456 936	13 117 972	14 609 839
Сирийская Арабская Республика	...	809 850	...
Тунис	3 038 140	2 742 549	...
Йемен	2 210 998	1 613 920	...
Океания			
Фиджи	2 096 989	2 255 212	335 118
Кирибати	429 800	258 888	339 277
Маршалловы Острова	390 933	228 824	365 945
Микронезия (Федеративные Штаты)	521 806	473 470	446 688
Палау	982 489	1 044 959	...
Папуа – Новая Гвинея	50 899 064	...	...
Самоа	345 028	307 482	...
Соломоновы Острова	804 327	908 429	...
Тувалу	59 641	177 096	...
Вануату	1 661 523	1 883 490	328 089

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Общий объём внутренних расходов в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных и международных источников (доллары США)¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Южная и Юго-Восточная Азия			
Афганистан	4 437 825	8 002 074	4 638 399
Бангладеш	15 114 988	18 647 130	12 394 502
Камбоджа	...	52 254 696	49 970 564
Индонезия	68 801 200	...	...
Лаосская Народно-Демократическая Республика	8 579 739	11 744 135	...
Малайзия	31 945 130	39 207 956	56 142 280
Мьянма	40 501 040	46 293 476	...
Пакистан	12 932 295	...	...
Филиппины	8 375 187	7 998 805	...
Шри-Ланка	4 312 212	...	...
Таиланд	236 177 680	314 362 656	...
Вьетнам	123 652 864	...	...
Страны Африки к югу от Сахары			
Ангола	34 064 912	33 477 540	...
Бенин	18 197 534	27 076 904	29 821 530
Ботсвана	363 069 632	390 416 544	...
Буркина-Фасо	50 116 464	...	...
Бурунди	41 682 508	25 443 438	22 256 840
Камерун	55 311 540	...	...
Кабо-Верде	2 545 213	3 595 435	33 955
Центральноафриканская Республика	14 897 398	15 673 308	...
Чад	11 791 489	18 834 284	15 893 491
Коморские Острова	169 643	936 324	1 527 605
Конго	16 472 586	...	...
Демократическая Республика Конго	105 197 360	...	...
Габон	8 522 748	10 028 093	14 302 741
Гана	56 102 624	75 662 576	...
Гвинея	11 424 371	14 777 291	11 788 635
Гвинея-Бисау	5 258 837	...	...

ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ В СВЯЗИ СО СПИДОМ

Общий объём внутренних расходов в связи с ВИЧ за счет внутренних государственных и международных источников (доллары США)¹

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Кения	726 058 624	745 551 808	...
Либерия	28 357 694	31 123 572	...
Мадагаскар	9 411 533	14 949 588	9 571 378
Малави	65 560 000	77 390 000	...
Мали	36 518 056	...	...
Мавритания	946 354	4 082 502	3 934 241
Маврикий	7 258 547	...	...
Намибия	279 004 192	...	...
Нигер	14 180 564	15 656 028	14 588 501
Нигерия	496 066 912	...	...
Сан-Томе и Принсипи	605 751	880 869	323 128
Сенегал	...	22 518 738	...
Сейшельские Острова	2 354 608	2 069 411	4 648 906
Того	22 391 016	19 611 786	16 602 255
Зимбабве	184 952 736	204 092 352	264 690 960
Западная и Центральная Европа			
Болгария	9 892 606	13 145 886	...
Латвия	6 168 667	7 288 265	...
Литва	...	3 669 401	2 496 551
Румыния	95 508 032	108 135 600	88 774 016
Сербия	...	...	13 359 087
Бывшая Югославская Республика Македония	4 722 972	...	...
Турция	...	...	12 291 905

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/861>.

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Уровень знаний молодых людей о профилактике ВИЧ

Всесторонние правильные знания о СПИДе среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет (правильно назвали 2 способа профилактики СПИДа и отвергли 3 неправильных представления¹⁾ (%)

	Год, источник	Женщины	Мужчины
Карибский регион			
Доминиканская Республика	2007, ОДЗ ²	40,8	33,7
Гаити	2005–06, ОДЗ	33,9	40,1
Восточная Европа и Центральная Азия			
Армения	2005, ОДЗ	22,6	15,1
Азербайджан	2006, ОДЗ	4,8	5,3
Украина	2007, ОДЗ	44,8	42,8
Латинская Америка			
Боливия (Многонациональное Государство)	2008, ОДЗ	22,4	27,7
Белиз	2011, МИКС ³	42,9	0
Колумбия	2010, ОДЗ	24,1	0
Гайана	2009, ОДЗ	54,1	46,6
Гондурас	2005–06, ОДЗ	29,7	0
Никарагуа	2001, ОДЗ	22,2	0
Ближний Восток и Северная Африка			
Египет	2005, ОДЗ	4,4	0
Иордания	2007, ОДЗ	12,5	5,0
Марокко	2003–04, ОДЗ	11,7	0
Южная и Юго-Восточная Азия			
Камбоджа	2010, ОДЗ	44,4	43,7
Индия	2005–06, НОЗС ⁴	19,9	36,1
Непал	2011, ДМО	25,8	33,9
Тимор-Лешти	2009, ДМО	12,2	19,7
Вьетнам	2005, ИПС ⁵	42,3	50,3
Страны Африки к югу от Сахары			
Бенин	2006, ДМО	8,4	14,2
Буркина-Фасо	2010, ДМО	31,1	35,7
Бурунди	2010, ДМО	44,5	46,5
Камерун	2011, МИКС	28,7	33,5

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Уровень знаний молодых людей о профилактике ВИЧ

Всесторонние правильные знания о СПИДе среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет (правильно назвали 2 способа профилактики СПИДа и отвергли 3 неправильных представления¹) (%)

	Год, источник	Женщины	Мужчины
Кабо-Верде	2012, ИПС	90,1	88,9
Конго	2009, ИПС	8,3	21,9
Демократическая Республика Конго	2007, ОДЗ	15,1	20,7
Эритрея	2012, ОДЗ	24,7	33,8
Эфиопия	2011, ОДЗ	23,9	34,2
Кения	2008–09, ОДЗ	46,6	55,3
Габон	2012, ОДЗ	28,8	36,1
Лесото	2009, ОДЗ	38,6	28,7
Мадагаскар	2008–09, ОДЗ	22,5	26,0
Малави	2010, ОДЗ	41,8	44,7
Мозамбик	2011, ОДЗ	30,2	51,8
Намибия	2006, ОДЗ	59,4	52,9
Нигер	2006, ОДЗ	13,4	15,9
Нигерия	2008, ОДЗ	22,2	32,6
Руанда	2010–11, ОДЗ	52,0	46,1
Сан-Томе и Принсипи	2008–09, ОДЗ	42,6	43,4
Сенегал	2010–11, ОДЗ	29,4	30,7
Сьерра-Леоне	2008, ОДЗ	17,2	27,6
Свазиленд	2006–07, ОДЗ	52,1	52,3
Объединённая Республика Танзания	2010, ОДЗ	48,2	42,7
Уганда	2006, ОДЗ	31,9	38,2
Замбия	2007, ОДЗ	34,0	36,9
Зимбабве	2010–11, ОДЗ	51,9	47,0

Западная и Центральная Европа

Албания	2008–09, ОДЗ	35,9	22,0
Босния и Герцеговина	2012, МИКС	47,5	47,3
Черногория	2012, ИПС	22,0	22,3

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/658>.

² Обследования в области демографии и здравоохранения.

³ Мультииндикаторное кластерное обследование.

⁴ Национальное обследование здоровья семей

⁵ Исследование показателей по СПИДу.

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Доля состоявших в браке или половых отношениях женщин в возрасте 15–49 лет, переживших физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнёра-мужчины в течение последних 12 месяцев¹

2012 г. ²		2012 г. ²	
Карибский регион		Тимор-Лешти	29
Доминиканская Республика	12	Страны Африки юг от Сахары	
Гаити	16	Ангола	29
Ямайка	10	Буркина-Фасо	9
Восточная Азия		Камерун	51
Монголия	10	Центральноафриканская Республика	40
Восточная Европа и Центральная Азия		Чад	30
Азербайджан	10	Кот-д'Ивуар	31
Республика Молдова	25	Демократическая Республика Конго	59
Латинская Америка		Габон	45
Боливия (Многонациональное Государство)	24	Гана	19
Сальвадор	8	Гвинея	23
Гватемала	28	Гвинея-Бисау	40
Гондурас	15	Кения	32
Мексика	17	Либерия	35
Никарагуа	22	Мадагаскар	9
Панама	15	Малави	22
Перу	14	Маврикий	23
Ближний Восток и Северная Африка		Нигерия	15
Марокко	15	Руанда	44
Тунис	16	Сан-Томе и Принсипи	26
Океания		Сьерра-Леоне	10
Маршалловы Острова	25	Свазиленд	8
Вануату	60	Того	22
Южная и Юго-Восточная Азия		Объединённая Республика Танзания	35
Бангладеш	22	Зимбабве	27
Камбоджа	10	Западная и Центральная Европа	
Непал	14	Чешская Республика	11

¹ Определение показателя см. на сайте <http://indicatorregistry.org/node/863>.

² Последние данные.

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Карибский регион	130 000	120 000	150 000	120 000	110 000	140 000
Багамские Острова	2 700	2 600	2 800	3 500	3 300	3 700
Барбадос	<500	<500	<500	<500	<500	<500
Куба	<500	<500	<500	<1 000	<1 000	1 500
Доминиканская Республика	31 000	27 000	35 000	22 000	19 000	26 000
Гаити	80 000	71 000	90 000	78 000	70 000	88 000
Ямайка	13 000	11 000	15 000	9 300	7 800	11 000
Тринидад и Тобаго	5 200	4 600	5 800	7 300	6 800	8 000
Восточная Азия	100 000	74 000	140 000	250 000	180 000	350 000
Китай ¹	...	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	...	...	...	...	...	...
Япония	...	...	...	...	...	...
Монголия	...	...	...	...	...	...
Республика Корея	...	...	...	...	...	...
Восточная Европа и Центральная Азия	360 000	280 000	450 000	430 000	340 000	550 000
Армения	<200	<100	<500	<1 000	<500	<1 000
Азербайджан	<1 000	<500	<1 000	1 100	<1 000	1 500
Беларусь	2 500	1 900	3 300	7 100	6 400	8 000
Грузия	<500	<500	<1 000	1 400	1 100	2 000
Казахстан	...	...	...	...	...	...
Кыргызстан	<500	<500	<1 000	1 600	1 100	2 300
Республика Молдова	3 700	2 900	4 800	6 500	5 300	8 200
Российская Федерация	...	...	...	...	...	...
Таджикистан	<500	<200	1 600	4 100	2 300	8 400
Украина	76 000	65 000	87 000	95 000	80 000	110 000
Узбекистан	8 000	5 000	11 000	7 200	5 400	10 000
Латинская Америка	370 000	330 000	440 000	430 000	350 000	550 000
Аргентина	23 000	17 000	29 000	32 000	26 000	37 000
Белиз	1 000	<1 000	1 100	1 300	1 200	1 500

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Боливия (Многонациональное Государство)	5 100	3 700	7 400	4 600	2 500	7 100
Бразилия	...	130 000	170 000	...	160 000	190 000
Чили	4 100	1 800	6 900	5 400	3 600	8 100
Колумбия	39 000	29 000	52 000	42 000	32 000	56 000
Коста-Рика	2 400	2 300	2 600	4 000	3 600	4 500
Эквадор	7 800	4 200	12 000	12 000	8 300	21 000
Сальвадор	8 800	6 400	13 000	9 000	5 900	16 000
Гватемала	19 000	12 000	30 000	20 000	12 000	44 000
Гайана	1 500	<1 000	2 400	3 600	2 100	5 700
Гондурас	17 000	14 000	21 000	9 400	8 000	11 000
Мексика	39 000	32 000	47 000	38 000	32 000	46 000
Никарагуа	<500	<200	<1 000	2 900	2 000	4 400
Панама	5 800	4 800	7 100	5 000	3 700	6 600
Парагвай	1 200	<1 000	4 000	5 500	3 100	10 000
Перу	27 000	19 000	36 000	23 000	11 000	68 000
Суринам	1 600	1 300	1 900	2 000	1 800	2 200
Уругвай	1 700	1 200	2 600	2 700	2 100	4 000
Венесуэла (Боливарианская Республика)	26 000	17 000	40 000	38 000	27 000	56 000
Ближний Восток и Северная Африка	62 000	41 000	110 000	100 000	74 000	150 000
Алжир	...	...	...	...	...	...
Джибути	5 000	3 900	6 000	3 700	3 000	4 700
Египет	<1 000	<500	1 100	1 400	<1 000	2 100
Иран (Исламская Республика)	1 200	<1 000	2 300	19 000	13 000	30 000
Ливан	...	...	...	...	...	...
Марокко	4 400	3 100	5 700	11 000	8 500	14 000
Оман	...	...	...	...	...	...
Сомали	12 000	7 000	19 000	13 000	8 600	20 000
Судан	...	...	...	...	...	...
Тунис	<500	<200	<1 000	<1 000	<500	1 100

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Йемен	1 300	<1 000	2 400	7 700	3 600	19 000
Северная Америка	180 000	150 000	230 000	260 000	190 000	380 000
Канада	...	...	...	...	...	...
Соединённые Штаты Америки	...	...	...	...	...	...
Океания	14 000	11 000	19 000	18 000	15 000	21 000
Австралия	...	...	...	...	...	...
Фиджи	<100	<100	<200	<500	<500	<500
Новая Зеландия	...	...	...	...	...	...
Папуа – Новая Гвинея	11 000	7 700	16 000	12 000	10 000	16 000
Южная и Юго-Восточная Азия	1 200 000	960 000	1 500 000	1 400 000	1 100 000	1 800 000
Афганистан	<1 000	<500	1 700	1 400	<1 000	4 600
Бангладеш	<1 000	<100	1 300	2 700	1 000	28 000
Бутан	<100	<100	<100	<500	<200	<1 000
Камбоджа	51 000	34 000	99 000	39 000	26 000	76 000
Индия ¹	800 000	660 000	930 000	750 000	610 000	940 000
Индонезия	25 000	<100	80 000	230 000	150 000	370 000
Лаосская Народно-Демократическая Республика	1 400	1 100	2 700	4 900	4 200	5 600
Малайзия	4 800	3 400	7 300	12 000	8 500	16 000
Мальдивы	<100	<100	<100	<100	<100	<100
Мьянма	48 000	42 000	54 000	63 000	55 000	71 000
Непал	14 000	12 000	18 000	14 000	12 000	19 000
Пакистан	2 400	1 600	4 800	24 000	14 000	44 000
Филиппины	2 300	1 300	4 600	2 200	1 700	3 200
Сингапур	...	...	...	...	...	...
Шри-Ланка	<500	<500	<1 000	<1 000	<1 000	1 500
Таиланд	210 000	190 000	230 000	200 000	180 000	210 000
Вьетнам	51 000	14 000	100 000	71 000	20 000	140 000
Страны Африки к югу от Сахары	11 100 000	10 300 000	12 000 000	12 900 000	12 000 000	13 700 000
Ангола	67 000	50 000	98 000	130 000	110 000	160 000

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Бенин	33 000	29 000	37 000	37 000	33 000	41 000
Ботсвана	160 000	150 000	170 000	180 000	170 000	190 000
Буркина-Фасо	84 000	72 000	98 000	55 000	47 000	64 000
Бурунди	62 000	52 000	75 000	43 000	36 000	53 000
Камерун	260 000	240 000	280 000	310 000	290 000	340 000
Кабо-Верде	<1 000	<500	<1 000	<500	<500	<1 000
Центральноафриканская Республика	...	...	...	...	...	...
Чад	97 000	82 000	110 000	100 000	88 000	130 000
Коморские Острова	...	...	...	...	...	...
Конго	44 000	40 000	50 000	36 000	32 000	39 000
Кот-д'Ивуар	320 000	280 000	360 000	220 000	190 000	260 000
Демократическая Республика Конго	210 000	190 000	240 000	230 000	210 000	260 000
Экваториальная Гвинея	6 100	3 300	11 000	16 000	8 500	24 000
Эритрея	16 000	11 000	21 000	8 800	7 000	12 000
Эфиопия	700 000	630 000	770 000	380 000	340 000	420 000
Габон	28 000	24 000	32 000	25 000	22 000	30 000
Гамбия	3 900	2 900	5 200	7 600	5 700	10 000
Гана	140 000	120 000	160 000	120 000	100 000	140 000
Гвинея	35 000	29 000	43 000	63 000	52 000	76 000
Гвинея-Бисау	11 000	7 800	15 000	21 000	16 000	28 000
Кения	790 000	750 000	840 000	820 000	790 000	860 000
Лесото	150 000	140 000	160 000	190 000	180 000	200 000
Либерия	18 000	15 000	21 000	11 000	9 100	13 000
Мадагаскар	23 000	19 000	28 000	23 000	19 000	27 000
Малави	530 000	490 000	560 000	560 000	520 000	590 000
Мали	56 000	45 000	70 000	50 000	40 000	62 000
Мавритания	4 800	3 600	6 400	5 000	3 700	7 200
Маврикий	2 000	1 800	2 300	2 800	2 500	3 200
Мозамбик	450 000	400 000	520 000	810 000	730 000	930 000
Намибия	93 000	80 000	110 000	120 000	100 000	130 000

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Нигер	26 000	22 000	32 000	20 000	16 000	25 000
Нигерия	1 400 000	1 200 000	1 600 000	1 700 000	1 500 000	1 900 000
Руанда	110 000	100 000	130 000	100 000	95 000	120 000
Сан-Томе и Принсипи	<500	<500	<1 000	<1 000	<500	<1 000
Сенегал	16 000	13 000	19 000	24 000	20 000	29 000
Сьерра-Леоне	15 000	10 000	20 000	31 000	22 000	44 000
Южная Африка	2 400 000	2 200 000	2 600 000	3 400 000	3 200 000	3 600 000
Южный Судан	65 000	29 000	110 000	78 000	51 000	120 000
Свазиленд	77 000	71 000	83 000	110 000	100 000	120 000
Того	69 000	59 000	83 000	65 000	56 000	76 000
Уганда	460 000	410 000	540 000	780 000	690 000	900 000
Объединённая Республика Танзания	740 000	670 000	830 000	730 000	660 000	810 000
Замбия	400 000	370 000	430 000	490 000	460 000	530 000
Зимбабве	930 000	880 000	1 000 000	700 000	660 000	740 000
Западная и Центральная Европа	140 000	120 000	150 000	210 000	190 000	230 000
Австрия	...	...	...	...	...	...
Бельгия	...	...	...	...	...	...
Болгария	...	...	...	...	...	...
Хорватия	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	...	...	...	...	...	...
Дания	...	...	...	...	...	...
Эстония	...	...	...	...	...	...
Финляндия	...	...	...	...	...	...
Франция	...	...	...	...	...	...
Германия	...	...	...	...	...	...
Греция	...	...	...	...	...	...
Венгрия	...	...	...	...	...	...
Исландия	...	...	...	...	...	...
Ирландия	...	...	...	...	...	...
Израиль	...	...	...	...	...	...

УСТРАНИТЬ ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РАСШИРИТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ ВИЧ

Число ВИЧ-инфицированных взрослых женщин

	2001 г.			2012 г.		
	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка	Оценочное число	Нижняя оценка	Верхняя оценка
Италия
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Румыния
Сербия
Словакия
Словения
Испания
Швеция
Швейцария
Турция
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии
В МИРЕ	13 700 000	12 500 000	15 000 000	16 100 000	14 800 000	17 400 000

¹ Показатели по Китаю и Индии основаны на национальных оценочных данных за 2011 г.

УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса

	2009 г.	2013 г.
Карибский регион		
Антигуа и Барбуда	Нет	Нет
Барбадос	Нет	Нет
Куба	Да	Да
Доминика	Нет	Нет
Доминиканская Республика	Да	Да
Гренада	Нет	Нет
Гаити	Нет	Нет
Ямайка	Нет	Нет
Сент-Китс и Невис	Нет	Нет
Сент-Люсия	Нет	Нет
Сент-Винсент и Гренадины	Нет	Нет
Восточная Азия		
Китай	Нет	Нет
Корейская Народно-Демократическая Республика	Да	Да
Япония	Нет	Нет
Монголия	Да	Нет
Республика Корея	Да	Нет
Восточная Европа и Центральная Азия		
Армения	Да	Нет
Азербайджан	Нет	Нет
Беларусь	Да	Да
Грузия	Нет	Нет
Казахстан	Нет	Нет
Кыргызстан	Нет	Нет
Республика Молдова	Да	Нет
Российская Федерация	Да	Да
Таджикистан	Да	Да
Туркменистан	Да	Да
Украина	Да	Нет
Узбекистан	Да	Да
Латинская Америка		

	2009 г.	2013 г.
Аргентина	Нет	Нет
Белиз	Да	Да
Бразилия	Нет	Нет
Чили	Нет	Нет
Колумбия	Нет	Нет
Коста-Рика	Нет	Нет
Эквадор	Да	Нет
Сальвадор	Нет	Нет
Гватемала	Нет	Нет
Республика Гайана	Нет	Нет
Мексика	Нет	Нет
Никарагуа	Да	Да
Панама	Нет	Нет
Парагвай	Да	Да
Перу	Нет	Нет
Уругвай	Нет	Нет
Венесуэла (Боливарианская Республика)	Нет	Нет
Ближний Восток и Северная Африка		
Бахрейн	Да	Да
Джибути	Нет	Нет
Египет	Да	Да
Иран (Исламская Республика)	Нет	Нет
Ирак	Да	Да
Иордания	Да	Да
Кувейт	Да	Да
Ливан	Да	Да
Ливия	Нет	Нет
Марокко	Нет	Нет
Оман	Да	Да
Катар	Да	Да
Саудовская Аравия	Да	Да
Сомали	Нет	Нет

УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса

	2009 г.	2013 г.
Судан	Да	Да
Сирийская Арабская Республика	Да	Да
Тунис	Нет	Нет
Объединённые Арабские Эмираты	Да	Да
Йемен	Да	Да
Северная Америка		
Канада	Нет	Нет
Соединённые Штаты Америки	Нет	Нет
Океания		
Австралия	Да	Да
Фиджи	Да	Нет
Маршалловы Острова	Да	Да
Микронезия (Федеративные Штаты)	Нет	Нет
Новая Зеландия	Да	Да
Папуа – Новая Гвинея	Да	Да
Самоа	Да	Да
Соломоновы Острова	Да	Да
Тонга	Да	Да
Вануату	Нет	Нет
Южная и Юго-Восточная Азия		
Бангладеш	Нет	Нет
Бруней-Даруссалам	Да	Да
Камбоджа	Нет	Нет
Индия	Да	Нет
Индонезия	Нет	Нет
Лаосская Народно-Демократическая Республика	Нет	Нет
Малайзия	Да	Да
Мальдивы	Нет	Нет
Мьянма	Нет	Нет
Непал	Нет	Нет
Пакистан	Нет	Нет
Филиппины	Нет	Нет

	2009 г.	2013 г.
Сингапур	Да	Да
Шри-Ланка	Нет	Нет
Таиланд	Нет	Нет
Вьетнам	Нет	Нет
Африка к югу от Сахары		
Бенин	Нет	Нет
Ботсвана	Нет	Нет
Буркина-Фасо	Нет	Нет
Бурунди	Нет	Нет
Камерун	Нет	Нет
Центральноафриканская Республика	Нет	Нет
Чад	Нет	Нет
Коморские Острова	Да	Да
Конго	Нет	Нет
Кот-д'Ивуар	Нет	Нет
Демократическая Республика Конго	Нет	Нет
Эфиопия	Нет	Нет
Габон	Нет	Нет
Гамбия	Нет	Нет
Гана	Нет	Нет
Гвинея	Нет	Нет
Гвинея-Бисау	Нет	Нет
Кения	Нет	Нет
Лесото	Нет	Нет
Либерия	Нет	Нет
Мадагаскар	Нет	Нет
Малави	Нет	Нет
Мали	Нет	Нет
Мавритания	Нет	Нет
Маврикий	Да	Да
Мозамбик	Нет	Нет
Намибия	Нет	Нет

УСТРАНИТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД, ПРЕБЫВАНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА

Ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса

	2009 г.	2013 г.
Нигерия	Нет	Нет
Руанда	Нет	Нет
Сенегал	Нет	Нет
Сьерра-Леоне	Нет	Нет
Южная Африка	Нет	Нет
Свазиленд	Нет	Нет
Того	Нет	Нет
Уганда	Нет	Нет
Объединённая Республика Танзания	Нет	Нет
Замбия	Нет	Нет
Зимбабве	Нет	Нет
Западная и Центральная Европа		
Албания	Нет	Нет
Андорра	Да	Да
Австрия	Нет	Нет
Бельгия	Нет	Нет
Босния и Герцеговина	Нет	Нет
Болгария	Нет	Нет
Хорватия	Нет	Нет
Кипр	Да	Да
Чешская Республика	Нет	Нет
Дания	Нет	Нет
Эстония	Нет	Нет
Финляндия	Нет	Нет
Франция	Нет	Нет
Греция	Нет	Нет
Венгрия	Нет	Нет

	2009 г.	2013 г.
Исландия	Нет	Нет
Ирландия	Нет	Нет
Израиль	Да	Да
Италия	Нет	Нет
Латвия	Нет	Нет
Лихтенштейн	Нет	Нет
Литва	Да	Да
Люксембург	Нет	Нет
Мальта	Нет	Нет
Монако	Нет	Нет
Черногория	Нет	Нет
Нидерланды	Нет	Нет
Норвегия	Нет	Нет
Польша	Нет	Нет
Португалия	Нет	Нет
Румыния	Нет	Нет
Сан-Марино	Нет	Нет
Сербия	Нет	Нет
Словакия	Да	Да
Словения	Нет	Нет
Испания	Нет	Нет
Швеция	Нет	Нет
Швейцария	Нет	Нет
Бывшая Югославская Республика Македония	Нет	Нет
Турция	Нет	Нет
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	Нет	Нет

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированные с другими медицинскими услугами

АРТ и хронические
неинфекционные
заболевания

АРТ и общий
амбулаторный уход

АРТ и туберкулёз

Карибский регион

Антигуа и Барбуда	Мало	Мало	Много
Барбадос	Мало	Мало	Мало
Доминика	Мало	Мало	Мало
Доминиканская Республика	Мало	Мало	Много
Гренада	Мало	Мало	Мало
Гаити	Мало	Мало	Много
Ямайка	Мало	Мало	Мало
Сент-Люсия	Много	Много	Много
Тринидад и Тобаго	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало

Восточная Азия

Япония	Много	Много	Много
Монголия	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало

Восточная Европа и Центральная Азия

Армения	Много	Много	Много
Азербайджан	Отсутствуют	Мало	Мало
Беларусь	Много	Много	Много
Казахстан		Отсутствуют	Много
Кыргызстан	Отсутствуют	Мало	Много
Республика Молдова	Мало	Мало	Мало
Таджикистан	Отсутствуют	Много	Много
Узбекистан	Мало	Мало	Мало

Латинская Америка

Аргентина	Много	Мало	Много
Белиз	Отсутствуют	Много	Много
Боливия (Многонациональное Государство)	Мало	Мало	Мало
Бразилия	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Чили	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Коста-Рика	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Сальвадор	Много	Много	Много
Гватемала	Отсутствуют	Мало	Мало

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и хронические неинфекционные заболевания

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и общий амбулаторный уход

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и туберкулёз

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и охрана сексуального и репродуктивного здоровья

ППМР с дородовым наблюдением/охраной здоровья матери и ребёнка

Мало	Много	Мало	Мало	Много
Много	Много	Мало	Много	Мало
Много	Много	Мало	Много	Много
Много	Много	Много	Мало	Много
Мало	Мало	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Мало	Мало	Мало
Мало	Мало	Мало	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Отсутствуют	Много

Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Мало	Мало

Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Мало	Отсутствуют
Много	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Мало	Мало	Много
Отсутствуют	Мало	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Мало

Много	Много	Мало	Много	Много
Отсутствуют	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Много	Мало
Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Отсутствуют	Отсутствуют
Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Много	Много	Много	Много

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированные с другими медицинскими услугами

АРТ и хронические
неинфекционные
заболевания

АРТ и общий
амбулаторный уход

АРТ и туберкулёз

Гайана	Мало	Мало	Много
Гондурас	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Мексика	Мало	Мало	Много
Никарагуа	Мало	Мало	Мало
Панама	Мало	Мало	Много
Парагвай	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Перу	Мало	Мало	Мало
Уругвай	Отсутствуют	Мало	Мало
Венесуэла (Боливарианская Республика)	Мало	Мало	Мало

Ближний Восток и Северная Африка

Алжир	Много	Много	Много
Бахрейн	Отсутствуют	Мало	Мало
Джибути	Много	Много	Много
Египет	Мало	Много	Мало
Ирак	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Иордания	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Ливия	Мало	Много	
Марокко			
Оман	Мало	Мало	Много
Катар	Отсутствуют	Много	Много
Саудовская Аравия	Мало	Мало	Много
Сомали	Отсутствуют	Мало	Отсутствуют
Судан	Мало	Отсутствуют	Много
Тунис	Много	Мало	Много
Объединённые Арабские Эмираты	Много	Отсутствуют	Много

Океания

Австралия	Мало	Много	Мало
Фиджи	Мало	Мало	Мало
Маршалловы Острова	Отсутствуют	Мало	Мало
Микронезия (Федеративные Штаты)	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Новая Зеландия			Много
Палау	Много	Много	Много

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и хронические неинфекционные заболевания

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и общий амбулаторный уход

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и туберкулёз

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и охрана сексуального и репродуктивного здоровья

ППМР с дородовым наблюдением/охраной здоровья матери и ребёнка

Мало	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Отсутствуют	Много	Мало	Много
Мало	Мало	Много	Много	Много
Мало	Мало	Много	Мало	Много
Мало	Мало	Много	Мало	Много
Отсутствуют	Мало	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Мало	Мало	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Отсутствуют	Мало

Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Много	Мало
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Мало
Мало	Мало	Отсутствуют	Много	Много
Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Мало	Мало
	Мало	Много	Много	Много
Мало	Мало	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Много	Мало	Мало
Отсутствуют	Мало	Много	Мало	Мало
Отсутствуют	Отсутствуют	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Много	Мало	Мало
Мало	Мало	Мало	Отсутствуют	Много

Много	Много	Мало	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Много	Много	Мало
Отсутствуют	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Отсутствуют	Много	Много	Отсутствуют
		Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированные с другими медицинскими услугами

АРТ и хронические
неинфекционные
заболевания

АРТ и общий
амбулаторный уход

АРТ и туберкулёз

Папуа – Новая Гвинея	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
----------------------	-------------	-------------	-------------

Южная и Юго-Восточная Азия

Бангладеш	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Бутан	Мало	Много	Мало
Бруней-Даруссалам	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Малайзия	Много	Много	Много
Мьянма	Мало	Мало	Мало
Непал	Мало	Мало	Мало
Пакистан	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Филиппины	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Шри-Ланка	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Таиланд	Отсутствуют	Мало	Много
Вьетнам	Отсутствуют	Мало	Много

Африка к югу от Сахары

Бенин	Много	Много	Много
Ботсвана	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Бурунди	Мало	Мало	Мало
Камерун	Много	Много	Много
Кабо-Верде	Много	Много	Много
Чад	Мало	Мало	Много
Коморские Острова	Мало	Мало	Много
Демократическая Республика Конго	Отсутствуют	Мало	Мало
Экваториальная Гвинея	Мало	Много	Мало
Эритрея	Отсутствуют	Мало	Мало
Эфиопия	Мало	Мало	Мало
Габон	Мало	Мало	Мало
Гамбия	Мало	Мало	Много
Гана	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Гвинея	Мало	Мало	Много
Гвинея-Бисау	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Кения	Мало	Много	Много
Лесото	Много	Много	Много

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и хронические неинфекционные заболевания

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и общий амбулаторный уход

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и туберкулёз

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и охрана сексуального и репродуктивного здоровья

ППМР с дородовым наблюдением/охраной здоровья матери и ребёнка

Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Мало	Мало
-------------	-------------	------	------	------

Отсутствуют	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Много	Мало	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Мало	Мало
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Мало	Много	Мало	Мало
Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Много	Мало
Отсутствуют	Мало	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Мало	Много

Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Мало
Отсутствуют	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Много	Много
Мало	Много	Мало	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Мало	Мало	Мало	Мало	Много
Отсутствуют	Много	Много	Мало	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Много
Много	Мало	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Много	Мало	Много
Мало	Мало	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированные с другими медицинскими услугами

АРТ и хронические
неинфекционные
заболевания

АРТ и общий
амбулаторный уход

АРТ и туберкулёз

Либерия	Много	Мало	Много
Мадагаскар	Отсутствуют	Мало	Мало
Малави	Отсутствуют	Мало	Много
Мавритания	Отсутствуют	Мало	Мало
Маврикий	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Мозамбик	Мало	Много	Много
Намибия	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Нигер	Мало	Много	Много
Нигерия	Мало	Мало	Мало
Руанда	Много	Много	Много
Сенегал	Мало	Много	Много
Сейшельские Острова	Мало	Мало	Много
Сьерра-Леоне	Много	Много	Много
Южная Африка	Мало	Мало	Мало
Свазиленд	Много	Много	Много
Того	Мало	Мало	Много
Уганда	Много	Много	Много
Объединённая Республика Танзания	Мало	Много	Много
Замбия	Много	Много	Много
Зимбабве	Мало	Много	Много
Западная и Центральная Европа			
Ирландия	Много	Много	Много
Литва	Мало	Мало	Мало
Мальта	Отсутствуют	Отсутствуют	Много
Черногория	Отсутствуют	Отсутствуют	
Польша	Много	Много	Отсутствуют
Румыния	Много	Много	Много
Сербия	Много	Много	Много
Словакия	Отсутствуют	Отсутствуют	Мало
Испания	Много	Много	Много
Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии	Мало	Отсутствуют	Мало

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и хронические неинфекционные заболевания

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и общий амбулаторный уход

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и туберкулёз

Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и охрана сексуального и репродуктивного здоровья

ППМР с дородовым наблюдением/охраной здоровья матери и ребёнка

Много	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Много	Мало	Много	Много
Отсутствуют	Много	Много	Много	Много
Отсутствуют	Мало	Мало	Много	Мало
Мало	Отсутствуют	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Много	Мало	Мало
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Много	Много	Много
Мало	Много	Мало	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Много	Много	Мало	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Мало	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Много	Отсутствуют	Мало	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Мало	Мало	Мало	Мало
Отсутствуют	Отсутствуют	Мало	Мало	Много
Много	Много	Много	Много	Много
Мало	Отсутствуют	Мало	Много	Много

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Текущая посещаемость школ детьми в возрасте от 10 до 14 лет¹

	Сироты		Дети, не являющиеся сиротами	
	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.
Карибский регион				
Багамские Острова	100	...	100	...
Куба	100	100	100	100
Доминиканская Республика	69	95	97	98
Гаити	77	92	89	96
Сент-Китс и Невис	100	100	100	100
Сент-Люсия	100	...	72	...
Восточная Азия				
Монголия	...	100	...	98
Латинская Америка				
Белиз	62	62	...	95
Коста-Рика	...	95	...	93
Гондурас	59	25	55	84
Перу	...	89	...	94
Суринам	...	86	...	97
Уругвай	...	100	...	...
Ближний Восток и Северная Африка				
Иран (Исламская Республика)	75	75	92	92
Оман	...	100	...	...
Сомали	...	25	...	29
Судан	54	78	67	82
Океания				
Папуа – Новая Гвинея	75	...	87	...
Вануату	...	74	...	83
Южная и Юго-Восточная Азия				
Камбоджа	76	70	92	81
Индонезия	87	87	93	93
Таиланд	96	...	96	...
Тимор-Лешти	...	66	...	87
Африка к югу от Сахары				

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Текущая посещаемость школ детьми в возрасте от 10 до 14 лет¹

	Сироты		Дети, не являющиеся сиротами	
	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.
Ангола	75	71	87	90
Бенин	6	63	...	76
Ботсвана	...	98	...	...
Буркина-Фасо	56	61	49	55
Бурунди	...	75	...	91
Камерун	79	...	86	...
Центральноафриканская Республика	65	70	67	79
Чад	54	67	46	57
Конго	82	...	93	96
Кот-д'Ивуар	36	46	36	71
Демократическая Республика Конго	63	63	81	85
Эфиопия	53	69	59	76
Габон	81	96	96	98
Гамбия	...	91	...	94
Гана	67	67	88	88
Гвинея-Бисау	...	78	...	72
Кения	64	94	61	98
Лесото	...	93	...	95
Мадагаскар	...	60	...	81
Малави	89	91	91	93
Мали	42	54	48	62
Мавритания	51	...	71	...
Мозамбик	79	66	87	79
Намибия	95	94	94	95
Нигер	25	25	38	37
Нигерия	...	84	...	84
Руанда	75	88	91	96
Сан-Томе и Принсипи	...	100	...	90
Сенегал	...	90	...	94
Сейшельские Острова	...	100	...	100

УСИЛИТЬ ИНТЕГРАЦИЮ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ

Текущая посещаемость школ детьми в возрасте от 10 до 14 лет¹

	Сироты		Дети, не являющиеся сиротами	
	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.
Сьерра-Леоне	47	47	76	76
Южная Африка	98	98	99	99
Свазиленд	90	97	93	99
Того	92	77	96	89
Уганда	...	...	82	
Объединённая Республика Танзания	60	32	...	62
Замбия	81	...	88	...
Зимбабве	...	88	...	95
Западная и Центральная Европа				
Испания	99	...	...	...

¹ Определение показателя см. на сайте <http://www.indicatorregistry.org/node/864>.



20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

