



**UNAIDS**  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR  
UNICEF  
WFP  
UNDP  
UNFPA  
UNODC  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK

# Достижения в ходе внедрения Дублинской Декларации

о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии

Краткий обзор политики





КРАТКИЙ ОБЗОР ПОЛИТИКИ

# Достижения в ходе внедрения Дублинской Декларации

о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии



**UNAIDS**  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR  
UNICEF  
WFP  
UNDP  
UNFPA  
UNODC  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK

Настоящая концептуальная записка была подготовлена Jeffrey V. Lazarus и Misha Hoekstra, на основе публикации ЮНЭЙДС/ВОЗ «Достижения в ходе внедрения Дублинской Декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИД в Европе и Центральной Азии», под редакцией Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus, Stine Nielsen, Ulrich Laukamm-Josten.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

# После Дублинских обещаний

Когда государства – члены Европейского Региона ВОЗ в феврале 2004 года подписали Дублинскую декларацию о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, они не могли знать, каким историческим документом она станет. Европейский регион, опередив остальную часть международного сообщества на целых два года, в настоящей Декларации направил дальновидный призыв к «всеобщему доступу к эффективной, доступной и равноценной профилактике, лечению и уходу». Теперь, спустя четыре года после подписания Декларации, данный первоначальный отчет о ходе работы подводит итоги о ситуации в Регионе путем обсуждения того, какие показатели могут нам помочь лучше понять нынешние усилия, направленные на борьбу с ВИЧ, как интерпретировать самые последние данные, полученные по этим показателям, и как улучшить усилия, направленные на борьбу с ВИЧ.

Европейский регион в настоящее время столкнулся с наиболее быстрыми темпами роста ВИЧ-инфекции во всем мире. На фоне такого ухудшения ситуации с эпидемией ВИЧ/СПИДа, а также борьбы систем здравоохранения многих стран в решении проблем общественного здравоохранения и социальных вопросов (1), представители правительств Европы и Центральной Азии собрались в Дублине, Ирландии, 23-24 февраля 2004 года на Конференции «Преодолевая барьеры - Партнерство в целях борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии» для изучения этих проблем и разработки мер реагирования. Кульминацией Конференции стала Декларация, направленная на более эффективную борьбу с эпидемией ВИЧ и ее последствиями в Европе и Центральной Азии. «Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии» признала главные факторы, способствующие распространению ВИЧ/СПИДа, подтвердила декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятую на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (ССГАООН) по ВИЧ/СПИДу 27 июня 2001 г., и последующие международные обязательства, а также согласованные 33 точки взаимодействия», направленные на ускорение реализации «Декларации об обязательствах по ВИЧ/СПИДу».

Под эгидой Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) Европейское Региональное бюро ВОЗ вместе с партнерами подготовили настоящий доклад о прогрессе, достигнутом в ходе выполнения обязательств Дублинской декларации с момента её подписания в начале 2004 года. В соответствии с Действием 33 настоящей Декларации, данный отчет о ходе выполнения призван помочь государствам - членам Региона «тщательно контролировать и оценивать выполнение» её действий.

Отчет представляет информацию о продолжающейся деятельности по мониторингу, проводимому Организацией Объединенных Наций, ее агентствами, Европейским Союзом (ЕС) и различными национальными структурами в Регионе в соответствии с глобальными усилиями по гармонизации и совершенствованию мониторинга и оценки деятельности. Он состоит из 15 тематических глав и последующей информации о 9 странах. Данная работа своевременна тем, что в 2005 году, Большая Восьмерка (Б8) и Организация Объединенных Наций заявили об аналогичных обязательствах (2), и в 2006 году государства - члены Организации Объединенных Наций согласились работать в направлении «всеобщего доступа к 2010 году к комплексным программам по профилактике, лечению, уходу и поддержке ВИЧ/СПИДа» (3). Также в 2007 году Германское Президентство ЕС провело Конференцию по теме «Ответственность и партнерство: Вместе против ВИЧ/СПИДа», вновь подчеркнув

серьезность ситуации в Европе и призывав к активизации действий (4, 5).

При рассмотрении тематических глав был определен ряд широких мер в борьбе с ВИЧ в Европейском регионе. Они охватывают необходимость:

- упрощения сбора данных о ВИЧ и других инфекциях, передаваемых половым путем, с тем чтобы собранная информация была полезной и уместной для отдельных стран, избегая дублирования сбора информации и сокращая бремя отчетности государств-членов;
- обеспечения доступности и наличия собранной информации для других учреждений и широкой общественности;
- создания большей подотчетности;
- внесения изменений в нормативно правовую базу для более эффективного решения проблем со стигмой, дискриминацией и отчуждением, связанных с ВИЧ;
- активизации, расширения и усиления деятельности по сокращению неравенства в борьбе с ВИЧ;
- работы для большей гармонизации наиболее высоких стандартов программ и политики по профилактике и лечению;
- расширения использования международно признанных доказательных мероприятий;
- укрепления сотрудничества между странами в осуществлении этих усилий;
- роста участия гражданского общества и частного сектора, а также
- сохранения сильного европейского политического руководства и ответственности за Дублинскую декларацию, Целей развития Тысячелетия и задач всеобщего доступа;

Следующий раздел обобщает основные выводы и рекомендации данного отчета для каждой тематической области. Следует отметить, что эти краткие положения описывают общую ситуацию и не всегда приемлемы для всех 53-х стран Европейского региона ВОЗ. Более подробную информацию о странах можно найти в полном тексте отчета на [www.euro.who.int/aids](http://www.euro.who.int/aids). В каждой главе представлены отдельные Дублинские действия, с которыми можно ознакомиться в Приложении 1.

# Основные выводы и рекомендации: лидерство и партнерство

## Глава 1. Политическое лидерство (*Действия 1, 3, 5, 6, 22, 26 и 30*)

**Обоснование.** Непроверяемый рост ВИЧ-инфекции в первые десятилетия эпидемии в значительной степени был вызван повсеместным отрицанием проблемы среди политических деятелей и лиц, принимающих решения. Эффективные ответные меры в борьбе с ВИЧ требуют политического видения и лидерства, особенно вследствие непропорциональной маргинализации со стороны общества групп, подверженных наибольшему риску ВИЧ, а также их деятельности, которая зачастую криминализована государством.

### Основные выводы

- Значительно укрепилось национальное и международное политическое лидерство по вопросам борьбы с ВИЧ в Европейском регионе.
- Участились выступления национальных лидеров о ВИЧ.
- Ослабилось ограничение в финансовых ресурсах во многих странах.
- В настоящее время региональные учреждения регулярно предпринимают меры по борьбе с ВИЧ, а также, несмотря на все еще существующие препятствия, улучшилось трансграничное партнерство.
- Все больше консультаций гражданскому обществу предоставляется на страновом и европейском уровнях.
- Политическое руководство в настоящее время зачастую сталкивается с проблемами в вопросах осуществления, а не в разработке политики или выделении денежных средств. Самые существенные пробелы в выполнении связаны с проведением структурных реформ в системе здравоохранения, введением программ по снижению вреда, а также другими противостоящими вопросами, связанными с потребителями инъекционных наркотиков.

### Основные рекомендации

- Необходимо постоянно мониторить и оценивать ход выполнения и подотчетность по обязательствам в вопросах по борьбе с ВИЧ.
- ЕС должен стремиться к большему охвату ответными мерами по борьбе с ВИЧ в странах и субрегионах за пределами своих границ и в сотрудничестве с соседними странами - как и Координационный совет Содружества Независимых Государств (СНГ) по борьбе с ВИЧ/СПИДом.
- Национальные и местные лидеры должны удвоить свои усилия по выполнению каждого Дублинского действия и согласно каждому обязательству. Это подразумевает частые выступления по вопросам ВИЧ-инфекции, проведение политики, основанной на доказательствах и правах человека, а также создание координационных и управленческих структур в соответствии с триедиными принципами ЮНЭЙДС (6).
- Все страны должны подготовить своевременные, всеобъемлющие отчеты Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАООН) по ВИЧ/СПИДУ. Региональный синтез отчетов Европейского региона станет бесценным дополнением к данному отчету.

- Политические деятели и лица, принимающие решения, должны приложить совместные усилия, направленные на защиту прав людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), или подверженных риску заражения ВИЧ, охватить население, относящееся к группам риска, а также планировать увеличение ресурсов на борьбу с ВИЧ в соответствии с долгосрочным ростом эпидемии (см. ниже представленные конкретные рекомендации).

## Глава 2. Гражданское общество и другие основные негосударственные партнеры (Действия 2, 4, 27 и 32)

**Обоснование.** Гражданское общество (в частности, общинные группы, представляющие людей, живущих или подверженных риску инфицирования ВИЧ), уже давно играет ведущую роль в осуществлении ответных мер на ВИЧ. Однако правительства многих государств не торопятся использовать свои бесценные ресурсы или признавать право пострадавших общин оказывать содействие формированию ответных действий.

Ресурсы и возможности частного сектора в доступе к группам риска также используются в недостаточной степени.

### Основные выводы

- Государственные обязательства по расширению участия гражданского общества до сих пор не переведены в русло широкомасштабных действий. Усилия правительства по увеличению участия гражданского общества имеют частичный, постепенный и нескоординированный характер.
- Отмечается заметный рост участия гражданского общества в проведении политики по борьбе с ВИЧ и в принятии решений в большинстве стран - но в значительной степени этот процесс направляется самим гражданским обществом.
- Наблюдается значительный рост числа и размера глобальных, региональных и субрегиональных сетей ЛЖВ и членов групп риска.
- Существуют ограниченные систематизированные данные об участии гражданского общества, ЛЖВ или членов групп риска в ответных мерах на ВИЧ. Некоторые из лучших источников таких данных остаются в значительной степени недоступными для общественности.
- Несмотря на то, что «Кодекс лучшей практики по ответным действиям НПО в борьбе с ВИЧ/СПИДом» (7) поощрил подотчетность и ответственные действия в рамках гражданского общества, отсутствует соответствующий механизм для частных предприятий, вовлеченных в филантропическую деятельность, связанную с ВИЧ, а также обеспечивающих доступ к клиентам и общинам.

### Основные рекомендации

- Государственные органы должны активно привлекать гражданское общество, ЛЖВ, членов групп риска и частный сектор в процесс формирования и выполнения национальных ответных мер в борьбе с ВИЧ.
- ЮНЭЙДС должен разместить независимые отчеты ССГАООН на своем веб-сайте и обеспечить широкий доступ к данным своих страновых офисов.
- Необходимо обеспечить более широкое распространение и принятие «Кодекса лучшей практики по ответным действиям НПО в борьбе с ВИЧ/СПИДом».



- Глобальная Бизнес-коалиция должна незамедлительно разработать версию Кодекса НПО для фирм, занимающихся филантропической деятельностью, связанной с ВИЧ, а также работой с общинами, включая механизмы выполнения и подотчетности.

### Глава 3. Ресурсы в Восточной Европе (*Действия 1, 7, 8, 9, 13, 17 и 29*)

**Обоснование.** Около 2 млн. человек в Восточной Европе (15 бывших Советских республик) живут с ВИЧ, в то время как менее чем за десятилетие уровень инфицирования ВИЧ заметно возрос в более чем 20 раз. Этот регион имеет наиболее динамично растущую эпидемию ВИЧ в мире, что обусловлено, главным образом, употреблением инъекционных наркотиков. Между тем, некоторые страны региона столкнулись с серьезным экономическим спадом и потрясениями после обретения независимости, что ведет к увеличению неравенства в доходах.

Население стран Европы становится все более мобильным, и ВИЧ не признает национальных границ. Соответственно, Дублинская декларация обязывает все государства Европейского региона к выполнению коллективных действий в решении проблем ВИЧ – что означает обеспечение Восточной Европы достаточными ресурсами для эффективной борьбы с ВИЧ.

#### Основные выводы

- Оцениваемая потребность в ресурсах для борьбы с ВИЧ в Восточной Европе возросла с 900 миллионов долларов США в 2006 году до 1,5 миллиардов долларов США в 2008 году, причем более 70% этих ресурсов необходимы для профилактических мероприятий.
- Международные доноры увеличили объем взносов по борьбе с ВИЧ в 12 государствах СНГ от 12 миллионов долларов США в 2003 году до 60 миллионов долларов США в 2006 году, включая резкое увеличение в 2005 году денежных средств, поступивших от Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.
- Внутреннее финансирование борьбы с ВИЧ увеличилось вдвое за тот же период, до 60 миллионов долларов США в 2006 году для стран СНГ, за исключением Российской Федерации.
- В Российской Федерации внутреннее финансирование увеличилось еще более значительно, до 320 миллионов долларов федеральных ассигнований в 2007 году, в дополнение к крупным обязательствам по возмещению средств, предоставленных Глобальным фондом, а также разработке вакцины против ВИЧ. Тем не менее, усилия в вопросах профилактики среди населения в группах риска в значительной степени испытывают нехватку средств.
- В СНГ также увеличились внебюджетные расходы (расходы со стороны населения), непропорционально отражающиеся на бедных слоях населения, и в настоящее время составляющие в среднем почти 50% всех расходов по борьбе с ВИЧ.

#### Основные рекомендации

- Несмотря на значительное увеличение международного и внутреннего финансирования усилий по борьбе с ВИЧ, разрыв между имеющимися ресурсами и потребностью продолжает расти – так же, как и рост эпидемии в этом регионе.
- Необходимо значительно увеличить национальные и международные инвестиции, направленные на выполнение ответных мер по борьбе с ВИЧ в Восточной Европе.
- Ассигнования должны как можно больше соответствовать потребностям. В частности,

существует острая потребность в значительном расширении Восточноевропейскими правительствами основанных на научных доказательствах усилий по профилактике ВИЧ среди ПИН.

- Правительства и доноры должны искать пути снижения внебюджетных расходов (расходов со стороны населения) для тех, кто менее всего способен платить.
- В ближайшем будущем необходимо разработать лучшие меры по определению национальных потребностей в финансировании всеобъемлющих мер реагирования на ВИЧ.
- Необходимо провести точную подробную оценку расходов по борьбе с ВИЧ на национальном и субнациональном уровнях в целях оказания содействия более эффективному распределению финансовых средств.
- Необходимо также распределять ассигнования в соответствии с последними научными выводами и опытом наилучшей практики, например, в соответствии с руководящими принципами ЮНЭЙДС по профилактике (8), клиническими протоколами ВОЗ (9) или мероприятиями, апробированными на национальном уровне.

# Основные выводы и рекомендации: профилактика

## Глава 4. Употребление инъекционных наркотиков (*Действия 9, 10, 21 и 33*)

**Обоснование.** Потребление инъекционных наркотиков является главной движущей силой эпидемии ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Потребители инъекционных наркотиков и впредь будут влиять на рост эпидемии ВИЧ во многих странах Западной Европы. Несмотря на подавляющее число научных данных об эффективности целенаправленных усилий по «снижению вреда», в том числе программ по опиоидной заместительной терапии и обмена игл и шприцев в целях резкого сокращения передачи ВИЧ-инфекции, некоторые страны упорно преследуют ПИН, и игнорируют их потребности в профилактике и уходе.

### Основные выводы

- В Западной Европе и ЕС, страны продемонстрировали политическую волю в расширении доступа к заместительной опиоидной терапии (ОЗТ) и программам по обмену игл и шприцев (ПОИШ). Прогресс в некоторых из новых стран ЕС, в особенности в Прибалтийских странах, меньше чем в остальных странах ЕС, но все же значителен.
- В остальной части Восточной Европы прогресс гораздо меньше, в том числе в пяти странах, не имеющих ОЗТ, и других, где ОЗТ предоставляется только на основе пилотирования. Даже на Украине, где были приложены целенаправленные усилия по внедрению ОЗТ, охват остается на низком уровне.
- ПОИШ имеет достаточный охват в большинстве стран Западной Европы, за исключением тюремных учреждений, где такие программы редко бывают доступны.
- Хотя доступ к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) улучшился по всему Европейскому региону, дискриминационная практика все еще продолжает препятствовать ПИН в доступе и приверженности к лечению.
- Агентства Организации Объединенных Наций оказывают поддержку в снижении вреда, и подготовили техническое руководство по оказанию содействия национальному развитию базы данных, индикаторов и целевых показателей для наблюдения за ходом выполнения мероприятий в борьбе с ВИЧ, ориентированных на ПИН (10,11).

### Основные рекомендации

- Страны должны приложить целенаправленные усилия для расширения доступа ПИН к ОЗТ и другим мерам по снижению вреда и лечению ВИЧ-инфекции.
- Там, где употребление инъекционных наркотиков в значительной мере способствует эпидемии ВИЧ, или где ПИН подвержены риску заражения ВИЧ, правительство должно использовать технические руководства ООН (10) для определения национального комбинированного индекса и уровня охвата девятью вмешательствами в рамках комплексного пакета по профилактике, уходу и лечению ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.
- Странам необходимо определить национальные задачи, которые, в конечном счете, будут направлены на обеспечение полного доступа к указанным услугам по профилактике ВИЧ, лечению и уходу для всех потребителей инъекционных наркотиков. Рекомендуемый

- охват для ПОИШ – достичь, по крайней мере, 60% всех потребителей инъекционных наркотиков, и охват для ОЗТ – достичь, по крайней мере, 40% опиоидно-зависимых ПИН.
- В реализации ПОИШ и широком распространении стерильных инъекционных инструментов страны должны использовать аптеки.
  - Призвать Армению, Казахстан, Российскую Федерацию, Таджикистан и Туркменистан к быстрому введению ОЗТ.
  - Страны должны значительно расширить масштабы доступа ПИН к ВААРТ, используя ОЗТ для улучшения доступа и приверженности к лечению.
  - Страны должны использовать технические руководства ООН для установления амбициозных, но достижимых национальных целей по расширению доступа ПИН к профилактике ВИЧ, лечению и уходу. Они также должны согласовать с другими странами в регионе, способы измерения их прогресса в деле расширения такого доступа.
  - Страны должны собирать данные об ОЗТ и ВААРТ, а также об действующих ПИН, получающих ВААРТ.

## Глава 5. Профилактика среди уязвимых групп населения и групп риска (Действия 9, 13, 25 и 27)

**Обоснование.** Группы риска определяются по поведению, которое подвергает членов этой группы риску ВИЧ-инфицирования. В Западной Европе эпидемия ВИЧ особенно сконцентрирована среди мужчин, которые практикуют секс с мужчинами (МСМ), а также в странах Восточной Европы среди ПИН. Так как группы риска, как правило, маргинальны и зачастую находятся в подполье, решение вопросов их профилактики создает особые проблемы.

Уязвимые группы населения определяются внешними обстоятельствами, которые снижают их возможность избежать заражения ВИЧ-инфекцией, такие как бедность, лишение свободы и войны, которые зачастую делают их невидимыми и требуют целенаправленных мероприятий. Мигранты и некоторые этнические меньшинства, а также заключенные по всему региону подвергаются высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией.

### Основные выводы

- Несмотря на то, что секс-работники являются группой риска, которая наиболее позитивно откликается на профилактические программы, многие национальные стратегии и законы, направленные на секс-работников, продолжают определять их в группу повышенного риска для заражения ВИЧ. Секс-работники, которые также являются МСМ, мигрантами или ПИН особенно нуждаются в целенаправленных вмешательствах.
- В странах Центральной и Восточной Европы данные по МСМ все еще минимальны по сравнению с другими группами риска. Последние данные свидетельствуют о том, что в восточно-европейских странах, где основная эпидемия ВИЧ наблюдается среди потребителей инъекционных наркотиков, также существует скрытая эпидемия среди МСМ.
- Гомосексуальные отношения в настоящее время декриминализованы во всех странах региона, за исключением Туркменистана и Узбекистана. Последняя декриминализация часто сопровождалась интенсивным давлением извне, и во многих странах МСМ по-прежнему сталкиваются с осуждением, преследованием и притеснением, что в

значительной степени санкционировано государством.

- После недавнего расширения ЕС, был отмечен крупномасштабный временный приток молодых сексуально активных мигрантов из Центральной в Западную Европу. Существует большое беспокойство, что эти мигранты вернуться в свои родные страны, где уровень ВИЧ-инфекции в настоящее время довольно невысок, вместе с ВИЧ. Мигранты по-прежнему сталкиваются с препятствиями в получении доступа к медицинским и социальным услугам, в то время как уровень контроля над миграцией и ВИЧ-инфекцией в регионе недостаточен.

Для основных выводов по ПИН, по вопросам гендера, молодежи и заключенных, Вы можете обратиться в разделы, представленные соответственно в главах 4, 6, 8 и 15.

## **Основные рекомендации**

### **Национальные правительства должны:**

- обеспечить направленность внимания национальной политики и стратегии по борьбе с ВИЧ на тех, кто является членами более чем одной уязвимой группы населения или группы риска;
- провести обзор существующего законодательства и нормативных актов на предмет наличия препятствий на пути к развитию и использованию программ по профилактике ВИЧ для уязвимых групп населения и групп риска - с целью дальнейшего устранения препятствий в законодательстве;
- проводить национальную политику, гарантирующую равный доступ для уязвимых групп населения и групп риска к профилактике ВИЧ и уходу;
- включить всеобъемлющие системы эпидемиологического надзора в свои национальные политики и стратегии по борьбе с ВИЧ в целях выявления и поддержки уязвимых слоев населения и групп риска;
- обеспечить соответствие национальных программ по профилактике ВИЧ стандартам, установленным руководящими принципами ЮНЭЙДС для укрепления усилий по профилактике (8);
- обеспечить, чтобы национальные стратегии по ВИЧ и другие соответствующие программы особо упоминали о необходимости защиты уязвимых групп населения и групп риска от насилия;
- принять меры по борьбе со стигмой, с которой сталкиваются уязвимые группы населения и группы риска, включая любое осуждение со стороны поставщиков медицинских услуг;
- определить данные целевые задачи и мероприятия в руководящих документах программ и привести в соответствие с ними исследования по сбору национальных данных в целях мониторинга за ходом их выполнения, а также
- в партнерстве с организациями гражданского общества обеспечить широкий спектр программ по профилактике ВИЧ, ориентированных на все основные уязвимые группы населения и группы риска.

**Обоснование.** Мужчины и женщины имеют разные потребности и способности. Кроме того, они были и продолжают рассматриваться по-разному со стороны правительства, общества и медицинских учреждений – в том смысле, что не учитываются естественные различия между мужчинами и женщинами и, следовательно, они воспринимаются не эквивалентно. Для достижения максимальной эффективности и справедливости, усилия по борьбе с ВИЧ должны стремиться к равенству, в то же время признавая основные гендерные различия.

### **Основные выводы**

- Статистика об уровне ВИЧ-инфекции и обеспечении доступа к профилактике, уходу и лечению по-прежнему очень редко представлена в разбивке по полу, что делает почти невозможным отслеживание прогресса в вопросах гендерного равенства и, следовательно, достижения прогресса по этому вопросу.
- Мужчины по-прежнему составляют подавляющее большинство новых случаев ВИЧ-инфекции в Европейском регионе, однако официальные данные о вновь зарегистрированных случаях указывают на чуть растущую долю женщин, живущих с ВИЧ (36% в 2004 году и 39% в 2006 году).
- В то время как употребление инъекционных наркотиков и секс между мужчинами все еще остается движимой силой эпидемии в Европе, во многих странах наблюдается увеличение числа сообщений о гетеросексуальной передаче. Однако очень немногие из этих стран разработали и внедрили программы по профилактике, направленные на женщин, особенно на женщин-мигрантов, которые в наибольшей степени в них нуждаются.
- Отсутствуют данные о распространенности ВИЧ среди лиц - транссексуалов.
- Передача ВИЧ половым путем от мужчин-ПИН их женщинам-партнерам способствует развитию эпидемии в Европе, хотя партнеры членов групп риска очень редко становятся целью программ профилактики.
- То, что иногда называется «феминизацией ВИЧ», в настоящее время, не относится к Европейскому региону.

### **Основные рекомендации**

- Учреждения по контролю за ВИЧ должны просить – и страны должны собирать – статистические данные по эпидемиологическому надзору с разбивкой по полу.
- Страны должны сообщать о предпринимаемых мерах по борьбе с ВИЧ, направленных соответственно на мужчин и женщин, а также оценить эффективность этих усилий.
- Необходимо разработать профилактические программы, направленные на половых партнеров потребителей инъекционных наркотиков, мигрантов и заключенных, а также женщин-партнеров МСМ.
- Страны должны выявить препятствия на пути к осуществлению равной гендерной профилактики и уходу – и устранить эти препятствия. Такие барьеры могут включать местоположение, приемные часы, укомплектованность штатами и предоставляемые услуги; непреднамеренно ограничительные законы и политика, а также насилие, связанное с гендерными вопросами.

**Обоснование.** В отсутствии профилактических мероприятий, один из трех новорожденных и младенцев, родившихся и получающих грудное молоко от ВИЧ-инфицированной матери, имеют вероятность заражения ВИЧ-инфекцией. Соответствующие мероприятия, включая своевременную антиретровирусную терапию, роды путем кесарева сечения, а также безопасные альтернативы грудному вскармливанию могут снизить ПМР почти до нуля.

Дублинское Действие 11 обязывает к достижению элиминации ПМР в регионе – определяемое как снижение передачи от матери к ребенку до уровня менее 2% до 2010 года. При согласованных усилиях, эта цель, безусловно, достижима.

Комплексный подход к ВИЧ-инфекции в педиатрии также требует решения вопросов ВИЧ-инфекции среди женщин детородного возраста (особенно в Восточной Европе, где сообщается о большем числе новых случаев заболевания в этой категории), диагностируя ВИЧ у детей на ранней стадии и совершенствуя педиатрическое лечение ВИЧ-инфекции.

#### **Основные выводы**

- В большинстве стран был достигнут значительный прогресс в деле элиминации ПМР.
- В 2005 году 23 страны Западной Европы сообщили лишь о 167 случаях ПМР.
- Многие Восточноевропейские страны быстро расширили свои программы по профилактике ПМР. Тем не менее, некоторые проблемы остаются нерешенными, в том числе вопросы улучшения качества обслуживания.
- В некоторых восточно европейских странах качество данных находится на низком уровне, однако указывается, что в странах, наиболее затронутых ВИЧ, ПМР была сокращена примерно на 10% или ниже.
- Несмотря на то, что в Европейском регионе проживает только 1% от доли детей, живущих с ВИЧ во всем мире, все еще существует повод для серьезного беспокойства. В наиболее пострадавших странах Восточной Европы число детских смертей от ВИЧ стабильно возрастает. Одним из факторов роста являются недостатки систем здравоохранения.
- Однако в целом, доступ к лечению для детей, живущих с ВИЧ, значительно возрос.
- Во многих странах дети, инфицированные или пострадавшие от ВИЧ, нуждаются в более широкой социальной поддержке и правовой защите.

#### **Основные рекомендации**

Страны должны стремиться к осуществлению «Четырех П» – программных целей инициативы «Объединимся ради детей, объединимся против СПИДа»:

- Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.
- Предоставление педиатрического лечения.
- Предупреждение инфицирования среди подростков и молодых людей.
- Поддержка и защита детей, затронутых проблемой ВИЧ и СПИД (12).

#### **В частности:**

- Национальная политика и протоколы по ПМР и педиатрического ВИЧ, подлежат обновлению с учетом последних научных доказательств.
- Восточноевропейские страны должны мобилизовать национальные и субнациональные ресурсы для профилактических программ по ПМР в целях снижения зависимости от

внешнего финансирования. Такие ресурсы должны быть достаточными для обеспечения бесперебойной поставки тестов на ВИЧ, антиретровирусных препаратов, препаратов для профилактики и лечения оппортунистических инфекций, а также поставки современных методов контрацепции, включая презервативы.

- Странам необходимо укрепить свой институциональный потенциал для решения вопросов, связанных с педиатрическим ВИЧ, включая повышение качества услуг медицинской и психологической поддержки (см. главу 12 для дальнейших рекомендаций по данному вопросу).
- Страны должны проводить систематический мониторинг и оценку прогресса своих усилий, связанных с ПМР и педиатрическим ВИЧ.
- Системы здравоохранения должны интегрировать ПМР с существующими программами охраны здоровья матери и ребенка и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи.
- Необходимо приложить особые усилия для решения вопроса ПМР среди женщин, которые представляют наиболее уязвимые слои населения и практикуют рискованное поведение. Должен быть предпринят ряд мер для обеспечения защитной среды для детей, пострадавших от ВИЧ, в том числе путем предоставления юридической защиты и контроля их прав, а также обеспечения национальной политики, более благоприятной для усыновления и попечения детей, нежели для институционализации проблемы.
- Страны должны обеспечить, чтобы вопросы искоренения ВИЧ-инфекции среди младенцев и маленьких детей стали приоритетными в их национальных стратегиях по борьбе с ВИЧ.

## Глава 8. Молодежь (Действия 3, 8, 13)

**Обоснование.** Молодежь любой нации, определяемая в возрасте от 15 до 24 лет (и называемая «молодежь» в Дублинской декларации), является ближайшим будущим нации. Моральным долгом общества является предоставление молодежи тех средств и навыков, которые необходимы для того, чтобы избежать, и при необходимости, научиться жить с ВИЧ. Более того, обучение молодежи в вопросах ВИЧ является одной из наилучших долгосрочных стратегий по борьбе с эпидемией, тем самым, помогая ей противостоять рискованному поведению при возрастном формировании, за счет сокращения связанной с ВИЧ стигмы и дискриминации, а также посредством увеличения обращаемости за медицинской помощью. Хотя антиретровирусное лечение ВИЧ может сделать болезнь скорее хронической, нежели смертельной, оно стоит дорого, а продленная продолжительность жизни инфицированных молодых людей делает эффективность затрат на профилактику более высокой, чем когда-либо.

### Основные выводы

- В 2005 году процент новых диагностированных случаев ВИЧ среди молодежи составил 31% в странах Восточной Европы, 21% в Центральной и 10% в Западной Европе, и в 2006 году соответственно сократился на 27%, 17% и 10%.
- В Восточной Европе, на долю которой приходится более двух трети новых случаев ВИЧ-инфицирования в регионе в 2005 году, темп новых случаев заболевания среди молодежи снижается.
- Женщины составляют 27% новых случаев ВИЧ-инфицирования, зарегистрированных среди молодежи Восточной Европы в 1999–2002 годах, и 53% в 2003–2005 гг.



- В наиболее пострадавших районах основные причины ВИЧ-инфекции среди молодежи заключены в безработице, социальном упадке и отсутствии позитивных перспектив.
- Сбор данных по основным показателям поведения молодежи и эффективность просвещения в вопросах ВИЧ, а также усилия по профилактике остаются слабыми во всем мире и на всей территории Европейского региона, особенно в Восточной и Центральной Европе.
- Раннее воздействие на половое воспитание не связано с ранним возрастом сексуального дебюта; пропаганда безопасного секса является наиболее эффективной, если она начинается в начальной школе.
- Хотя половое воспитание выступает в качестве экономически эффективной и высококачественной профилактической стратегии, оно по-прежнему хромает в плане качества и последовательности в масштабах всего региона.
- В то время как страны Региона взяли на себя все обязательства в соответствии с международными декларациями и в рамках конвенций, поддерживающих эффективные меры для молодежи и ВИЧ, эти обязательства редко соответствующим образом трансформируются в поддерживающую национальную правовую среду.

### **Основные рекомендации**

- Политические деятели и поставщики услуг должны подходить к вопросу развития молодежи, основываясь на уважении, взаимопонимании и открытости.
- Партнерские отношения «молодежь–взрослые люди» и участие молодежи должны быть ключевыми элементами программ по профилактике ВИЧ.
- Усилия, направленные на молодежь, подверженную риску заражения ВИЧ-инфекцией, в том числе на тех, кто являются МСМ, ПИН и секс-работниками, должны быть приоритетными, и к ним необходимо относиться с уважением.
- Правительства (через министерства здравоохранения и образования, либо их равноценные структуры) должны поддерживать всеобъемлющее воспитание в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, а также принять меры по обеспечению качества этого воспитания.
- Сектор здравоохранения должен определить приоритеты в развитии дружественных услуг для молодежи, в том числе в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья.
- Государственные органы должны установить приоритеты долгосрочного мониторинга и сбора данных с разбивкой по возрасту, используя возраст от 10–14, 15–19 и 20–24 лет.
- Международные доноры должны уделить достаточное внимание молодежным программам по ВИЧ, акцентируясь на снижении вреда (презервативы, опиоидная заместительная терапия и т.д.), а также на образовательных мероприятиях.

**Обоснование.** Большинство людей, живущих с ВИЧ, находятся в пору своего экономически продуктивного расцвета, и ВИЧ несет ответственность за большие потери производительности в Европейском регионе не только в связи с болезнью, но и в связи со стигмой и дискриминацией, от которой страдают люди, живущие с ВИЧ. Несмотря на широкое распространение охвата социального страхования, работодатели должны взять на себя большое число прямых и косвенных затрат на борьбу с ВИЧ. Малые предприятия и работники неформального частного сектора экономики особенно остро ощущают бремя расходов, связанных с ВИЧ-инфекцией.

И наоборот, в силу своих значительных ресурсов и повсеместности, «сфера труда» предоставляет уникальные возможности для борьбы с ВИЧ, открывая путь к всеобщему доступу к профилактике, лечению и уходу; нацеливаясь на повседневную стигму и дискриминацию, а также интегрируя людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, на рабочем месте.

### Основные выводы

- Ряд европейских стран пересмотрели законы, направленные на борьбу с дискриминацией, связанной с ВИЧ на рабочих местах.
- Были предприняты различные инициативы на национальном и индивидуальном уровнях с целью создания профилактических и образовательных программ на рабочих местах.
- В ряде стран правительства и гражданские общества совместно осуществляют программы, направленные на (ре)-интеграцию ЛЖВ на рынке труда.
- Международная организация труда (МОТ) использует Страновые программы по достойному труду в целях ускорения выполнения Кодекса практики по ВИЧ/СПИДУ и Сфере труда (13), в котором рассматриваются вопросы о рабочем месте, в том числе о профилактике, поддержке и уходе за людьми, живущими с ВИЧ, а также о стигме и дискриминации.
- МОТ разрабатывает новые международные трудовые стандарты по ВИЧ в целях укрепления и ускорения мер реагирования на рабочем месте для секторов экономики, начиная от лесоводства и завершая туризмом, а также общественными услугами.
- Секретариат ЮНЭЙДС и несколько совместных спонсорских учреждений работают с 18 центрально- и восточноевропейскими странами по вопросам разработки и выполнения программ, связанных с ВИЧ-инфекцией в вооруженных силах.
- Мигранты и мобильные работники по-прежнему являются особенно уязвимыми к ВИЧ-инфекции, и недостаточно последовательно получают ВИЧ-услуги.

### Основные рекомендации

- Работодатели и профсоюзы должны работать сообща в целях выполнения статьи 27 Бременской декларации об ответственности и партнерстве (4), включая её призыв к проведению недискриминационной политики для ЛЖВ и групп риска на рабочих местах, предоставлять информацию о ВИЧ для работников, и в соответствии с Кодексом практики по ВИЧ/ СПИДУ (13), гарантировать доступ к профилактике, тестированию, лечению и уходу.
- Правительства должны обеспечить, чтобы национальные законодательства запрещали дискриминацию, связанную с ВИЧ, при приеме на работу и на рабочем месте.
- Правительства должны включить стратегию в сфере труда в национальные планы по борьбе с ВИЧ, а также разрабатывать программы по профилактике ВИЧ на рабочих местах.

- Организации рабочих должны содействовать ведению политики по борьбе с ВИЧ в соответствии с Кодексом практики, в том числе положениями коллективного договора.
- Организации рабочих должны поддерживать создание ассоциаций для молодежи и трудовых мигрантов.
- Гражданское общество и профсоюзы должны сотрудничать с целью наблюдения за случаями стигмы и дискриминации, которой подвергаются на рабочем месте ЛЖВ.
- Гражданское общество и профсоюзы должны просвещать ЛЖВ об их трудовых правах.

## Глава 10. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) (Действие 16)

**Обоснование.** Многие острые ИППП повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией и ее передачи. Профилактика ИППП является не только важной мерой профилактики ВИЧ, но и ключевой целью здравоохранения сама по себе. И наоборот, люди, живущие с ВИЧ, подвергаются более высокому риску заражения ИППП и могут испытывать более тяжелые симптомы ИППП, чем ВИЧ-отрицательные люди. При более коротком инкубационном периоде и аналогичных путях передачи, некоторые ИППП могут служить в качестве индикатора потенциальной ВИЧ-инфекции, и хорошим поводом для предложения медицинскими работниками прохождения пациентом теста на ВИЧ.

### Основные выводы

- В Европейском регионе существует широкое разнообразие состава и качества национальных систем эпидемиологического надзора за ИППП. Относительно слабые системы и отсутствие последовательности в определении случаев в значительной степени ограничивают признание региональных тенденций и сопоставимость данных.
- Заболеваемость сифилисом увеличилась от низкого уровня до пика в 2003–2004 годах в большинстве стран Западной Европы, отражая тенденции заболеваемости ВИЧ, а в Центральной Европе тенденции неоднозначны, но также отражают тенденции регистрирования новых случаев ВИЧ-инфекции. Для обоих субрегионов, тенденции заболеваемости гонореей схожи с тенденциями заболеваемости ВИЧ-инфекцией, концентрируясь среди МСМ и гетеросексуалов, имеющих многочисленных партнеров.
- В Восточной Европе уровень заболеваемости сифилисом снизился, но он не следует тенденции заболеваемости ВИЧ, поскольку заражение ВИЧ в значительной степени обусловлено употреблением инъекционных наркотиков. Заболеваемость гонореей также снизилась.

### Основные рекомендации

- Необходимо укреплять и гармонизировать национальные системы эпидемиологического надзора за ИППП по всему региону (14), как часть второго поколения эпидемиологического надзора за ВИЧ.
- Правительствам следует использовать высококачественные системы эпидемиологического надзора за ИППП и доказательные подходы в вопросах интеграции профилактики и лечения ВИЧ и ИППП.
- Необходимо предусмотреть региональные механизмы для проведения систематического сопоставления, оценки и контроля за тем, в какой степени национальные системы здравоохранения нацелены на решение вопросов эпидемиологического надзора за ИППП и ВИЧ.

- Усилия по ИППП должны регулироваться как подходом ЮНЭЙДС по общественному здравоохранению (15), так и глобальной стратегией ВОЗ по ИППП (16).
- Необходимо поощрять безопасное сексуальное поведение на всей территории Региона путем осуществления проверенных мероприятий, особенно использование презервативов, а также путем устранения факторов, лежащих в основе рискованного сексуального поведения, включая социально-экономические факторы, такие как бедность, употребление алкоголя и других “увеселительных” субстанций.
- Использование проверенных методов в целях поддержки:
  - людей, нуждающихся в медицинской помощи в целях решения проблем сексуального здоровья;
  - интеграции контроля за ИППП и ВИЧ в рамках первичной помощи и других медицинских услуг (там, где это приемлемо и уместно);
  - оказания конкретных услуг по ИППП целевым группам риска;
  - обеспечения комплексного ведения случаев, а также
  - раннего выявления бессимптомных и клинически проявляющихся ИППП.

## Глава 11. Научные исследования и новые технологии (Действия 19 и 24)

**Обоснование.** Последние 15 лет стали свидетельством замечательных достижений в области ВИЧ-терапии, но эффективное лечение все еще остается дорогим, сопровождаясь сложными и побочными, а часто и изнурительными эффектами. Технологии диагностики могли бы быть более точными и простыми в использовании. И хотя существующие меры, в целом, эффективны, они не отвечают всем потребностям профилактики людей, живущих с ВИЧ, или членов групп риска. Такие недостатки могут быть решены лишь путем целенаправленных инвестиций в исследования и разработки (ИиР).

### Основные выводы

- Данные по ИиР, связанные с ВИЧ, по-прежнему недостаточны, непоследовательны и собираются на нерегулярной основе. Те ИиР, которые действительно существуют, сфокусированы на обязательствах по финансированию, а не на фактических затратах.
- ЕС направил согласованные и успешные усилия на улучшение координации, сотрудничества и конкуренции между европейскими исследователями, например, путем введения Европейского исследовательского пространства, с использованием рамочных программ научных исследований и технологического развития (РП), а также создания Партнерств европейских и развивающихся стран в области клинических испытаний (EDCTP).
- В то время как Европейская комиссия увеличила финансирование для ИиР по ВИЧ-технологиям в Рамочной программе 7 (2007–2013 гг.) ее решение о сохранении государственного бюджета здравоохранения на том же уровне, что и в предыдущей программе, стало разочарывающим препятствием для проведения исследований по ВИЧ, которые зачастую связаны с государственной деятельностью в области здравоохранения.
- Более 80% ИиР по ВИЧ-вакцинам и микробицидам финансируется государственным сектором. Тем не менее, хотя Европейский регион является наиболее благополучным из шести регионов ВОЗ, его фонды составляют только 10% мировых инвестиций государственного сектора в ИиР по вакцинам против ВИЧ и 21% мировых ИиР по микробицидам.

- Хотя поддержка ИиР по созданию вакцины постоянно растет, существует нехватка глобальных инвестиций в размере 760 млн. долл. США от оцениваемых 1,2 млрд. долл. США, необходимых для оптимальных темпов дальнейшего развития.
- Частный сектор, особенно фармацевтическая индустрия, по-прежнему весьма активно участвует в разработке лечения ВИЧ, но неохотно вкладывает средства в другие области ИиР по ВИЧ, например, в создание вакцин, микробицидов и проведение социальных исследований, которые, как считается, имеют неопределенные результаты и небольшие коммерческие перспективы.
- В то время как многие правительства стран Западной Европы отказались от некоторых типов исследований по ВИЧ, ввиду невозможности их проведения на национальном уровне, они начали выделять значительные гранты для международных частно-государственных партнерств по производственному развитию (ППР).
- Большинство стран Центральной и Восточной Европы, которые борются за финансирование соответствующих программ профилактики и лечения ВИЧ, минимально обеспечивают или не финансируют научные исследования по ВИЧ, хотя Российская Федерация является недавним исключением.
- Существует дефицит финансирования со стороны ЕС для проведения социальных и поведенческих исследований (ввиду негибких правил участия) и международных ППР.

### **Основные рекомендации**

- Необходимо собирать данные на уровне Европейского региона о государственном, филантропическом и частном финансировании, связанном с исследованиями в области ВИЧ;

### **Европейская Комиссия должна:**

- увеличить объем ресурсов для научных исследований;
- включать социальные науки в свое определение имеющих право на финансирование исследований, связанных с ВИЧ;
- увеличить государственный бюджет здравоохранения и поощрять включение научно-исследовательского компонента в проекты по ВИЧ;
- увеличить гибкость контрактных механизмов грантов РП7, позволяющих привлечение внешних ресурсов и проведение ответных исследований, ориентированных на конечный продукт;
- оказывать поддержку глобальным научным исследованиям, как оговорено в РП7-«Программе деятельности по сотрудничеству 2007–2008 г.г. – здравоохранение (17), а также
- создать и поддерживать усилия по ИиР в сфере наращивания потенциала в странах, которые наиболее в нем нуждаются.

### **Национальные правительства должны:**

- если они являются членами ЕС – удовлетворить все финансовые обязательства перед EDCTP;
- увеличить государственный бюджет для исследований, связанных с ВИЧ, как было обещано при подписании Дублинской декларации, используя в качестве возможного руководства Сиднейскую декларацию, содержащую призыв к использованию 10% национальных расходов на исследования по ВИЧ (18);
- изучить партнерские отношения, путем которых западноевропейские страны тестируют ВИЧ-технологии в странах Восточной Европы;
- увеличить поддержку международной исследовательской деятельности по ВИЧ, например, ППР и международных исследований в области социальных наук, а также
- улучшить национальную координацию финансирования научных исследований.

# Основные выводы и рекомендации: жизнь с ВИЧ

## Глава 12. Лечение и уход (Действия 13, 21, 23 и 25)

**Обоснование.** Введение ВААРТ в Западной Европе в 1995–1996 годах представило важный поворотный момент в ответных мерах на ВИЧ. Лечение трансформировало смертельную болезнь в управляемую хроническую инфекцию, так что человек, инфицированный ВИЧ в 25 лет, теперь может ожидать еще 35 лет качественной жизни. Наличие широкого и равного доступа к ВААРТ, что является, безусловно, трудным достижением, привело к резкому снижению числа заболеваемости, смертности, инфицирования и риска последующей передачи ВИЧ, что, в свою очередь, способствует существенной экономической и демографической пользе.

### Основные выводы

- Охват ВААРТ в Европейском регионе увеличился с 282.000 человек в середине 2004 года до 435 000 к декабрю 2007 года, когда он был оценен как «очень хороший» (> 75%) в 38 из 53 государств-членов. Для стран Центральной и Восточной Европы, где наиболее остро стоит необходимость увеличения охвата, охват возрос с 16 000 до 55 000 за тот же период – существенное расширение масштабов деятельности, но все еще недостаточное для покрытия всех потребностей в лечении.
- В период с середины 2004 до конца 2006 года, число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионе выросло с 774 000 до 1 025 000 человек, а зарегистрированных случаев СПИДа с 285 000 до 328 000 человек.
- Уровень охвата ВААРТ для женщин и особенно для детей является высоким.
- В Восточной Европе и Польше ПИН составляют около 80% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, но лишь 39% получателей ВААРТ в конце 2006 года. Хотя этот процент является значительным прогрессом в доступе ПИН к ВААРТ, такой доступ все еще в значительной степени ограничен и неравен в Регионе. Уровень охвата ПИН невысок, поскольку общий охват ВААРТ является низким в странах, где большинство людей, живущих с ВИЧ, являются ПИН, а также потому, что поставщики медицинских услуг зачастую дискриминируют ВИЧ-инфицированных ПИН.
- Доступ к ОЗТ, которая в значительной степени увеличивает приверженность ПИН к лечению, является минимальным в большинстве стран Центральной и Восточной Европы;
- В большинстве стран Центральной и Западной Европы средняя стоимость АРВ-препаратов первой линии составляет около 10 000 долл. США в год. Значительное снижение цен было достигнуто в странах Восточной Европы, где цены снизились до такого уровня, как 300–400 долларов США на Украине.
- В то время как стоимость АРВ препаратов остается препятствием к лечению во многих странах, она значительно компенсирует расходы на лечение оппортунистических инфекций и других состояний, связанных с ВИЧ.
- Зарегистрированное число ко-инфицированных туберкулезом (ТБ) и ВИЧ-инфекцией в Регионе остается на низком уровне – 6 800 в 2005 году, но это может быть обусловлено отсутствием скоординированного эпидемиологического надзора. Уровень заболеваемости туберкулезом, устойчивым ко множественным лекарственным препаратам, особенно

высок в Восточной Европе.

- Заболевания печени заменяют СПИД в качестве одного из наиболее распространенных причин смерти среди ЛЖВ в Европе, свидетельствуя о настоятельной необходимости решения проблемы ко-инфекции гепатита В и С, в Регионе.
- Необходимо выявлять и вести больных ЛЖВ, у которых наблюдаются побочные реакции в связи с употреблением антиретровирусных препаратов и развивается устойчивость к ним, в целях обеспечения безопасности и эффективности лечения, что представляет собой большие и дорогостоящие клинические проблемы.
- В 2007 году Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с экспертами со всего мира, разработало 13 клинических протоколов по уходу и лечению ВИЧ (9).

### **Основные рекомендации**

- Страны должны по-прежнему стремиться к обеспечению всеобщего доступа к лечению ВИЧ-инфекции до 2010 году (19).
- Страны должны обеспечить равный доступ и стандарты лечения для всех людей, независимо от пола, возраста, сексуальной ориентации, использования субстанций, тюремного заключения или миграционного статуса. Особые усилия должны быть направлены на устранение препятствий к лечению ПИН и других уязвимых групп населения, таких как мигранты.
- Медицинские услуги для ЛЖВ должны всесторонне удовлетворять их потребностям, включая профилактику и лечение сочетанных заболеваний, а также вопросов здоровья, связанных с возрастом и поведением.
- Всеобщий доступ к лечению ВИЧ должен быть дополнен скоординированными усилиями опытных групп по уходу, включая социальных работников, связанных с долгосрочными, государственно – финансируемыми общинными услугами по обеспечению медсестринской помощи и уходом на дому.
- Необходимо наличие точных, подробных, регулярно обновляемых баз данных с целью отслеживания антиретровирусного лечения, невосприимчивости к лечению, основных ВИЧ ко-инфекций и рискованного поведения.

**Обоснование.** Дублинская декларация отмечает, что уважение, защита и поощрение прав человека имеет «фундаментальное значение для предотвращения передачи ВИЧ, снижения уязвимости к инфекции и ликвидации последствий ВИЧ/СПИДа». Она также обязывает европейские страны к борьбе со стигмой и дискриминацией, связанной с ВИЧ.

Права человека имеют отношение почти к каждому аспекту предпринимаемых против ВИЧ-инфекции мер. Различные Дублинские действия укрепляют национальные обязательства по соблюдению и защите многочисленных прав, включая право на жизнь, право на наивысший достижимый уровень здоровья, право на достаточный жизненный уровень, право на социальную защиту и различные права детей.

Стигма и дискриминация, которой подвергаются ЛЖВ, представители групп риска и уязвимых групп населения, критически влияют не только на индивидуальные качества жизни, но и на доступ к профилактике, лечению и уходу. Преобладающий уровень стигмы и дискриминации также способствует определению того, насколько хорошо страна будет выполнять или не выполнять свои Дублинские обязательства.

#### **Основные выводы**

- Лишь немногие из 53 стран Европейского региона приняли подход в отношении стигмы, дискриминации и прав человека, соответствующий их обязательствам, данным в рамках Дублинской декларации.
- Только 4 из 28 опрошенных европейских правительств провели «критический обзор... действующего законодательства и политики», пообещав в Действии 20 пересмотреть «действующее законодательство, политику и практику» с целью поощрения и защиты прав ЛЖВ и пострадавших общин.
- Хотя в большинстве европейских стран существуют законы, направленные на защиту прав ЛЖВ, почти повсеместно отсутствует защита для общин, наиболее пострадавших от ВИЧ, в первую очередь заключенных, ПИН и секс-работников, а также этнических меньшинств, инвалидов и МСМ.
- Кроме того, опыт показывает, что чрезвычайно трудно использовать преимущества даже закрепленных законодательством прав, а также наблюдается значительное расхождение между защитой прав, описанной в книгах, и практикой на местах. Независимые отчеты ССГА ООН содержат некоторые наиболее яркие отображения этого разрыва между риторикой и реальностью (20).
- Во многих странах граждане не могут требовать возмещения ущерба в случае нарушения их прав, особенно экономических, социальных и культурных.
- В апреле 2007 года опрос 36 стран европейского региона показал, что 22 страны испытывают нехватку юридической помощи; 20 стран не обеспечивают конфиденциальность в ходе судебного разбирательства; 19 стран не имеют адвокатов и судей, обладающих соответствующей подготовкой в вопросах ВИЧ, а также около половины из стран имеют такие правовые системы, где присутствует институциональная дискриминация в отношении таких групп, как наркоманы, ЛЖВ, работники секс-бизнеса, МСМ и мигранты.
- По меньшей мере 35 стран Европейского региона имеют национальную комиссию или омбудсмена – защитника по правам человека.
- Отсутствие данных по ВИЧ, например, в разбивке по полу, путям передачи, возрасту, национальности и т.д., делает практически невозможным отслеживание прогресса в



борьбе со стигмой и дискриминацией, выявление потребностей конкретных групп или оценку эффективности целевых мероприятий.

### **Основные рекомендации**

- Проведение дальнейшего мониторинга достижений Дублинской декларации при применении подхода, основанного на правах человека и качественной оценке ответных мер страны на показатели, напрямую связанные с вопросами прав человека.
- Итоговые показатели по услугам ВИЧ должны быть представлены в разбивке, где это возможно и целесообразно, по полу, возрасту, этнической принадлежности, социально-экономическому статусу, городскому/сельскому месту жительства, а также членству в группах риска.

### **Странам необходимо:**

- провести критический обзор своих законодательств, политики и практики с целью оценки степени эффективности их содействия в реализации всех прав ЛЖВ и членов пострадавших общин и внести изменения в необходимые сферы.
- создать комиссию или определить омбудсмена по правам человека, при отсутствии таковых.
- принять меры по обеспечению реализации на практике законов и политики предоставления гарантий защиты прав человека, в том числе путем общественного информирования внутри и за пределами школьных учреждений, а также
- убедиться в том, что их граждане смогут добиться конфиденциального возмещения за нарушение прав человека, и для этого наиболее нуждающиеся смогут получить бесплатную юридическую помощь.

## **Глава 14. Тестирование и консультирование (Действия 10 и 13)**

**Обоснование.** Расширение доступности и обеспечение равного доступа к приемлемым, доступным, безопасным, надежным услугам тестирования и консультирования (ТиК) для всех нуждающихся является необходимым условием для продвижения в направлении обеспечения всеобщего доступа к службам по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. ЛЖВ, не знающие о том, что они инфицированы, не могут использовать преимущества услуг по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ, которые могут значительно улучшить их здоровье и качество жизни. Более того, ЛЖВ, осведомленные о своем статусе, вероятно всего избегают рискованного поведения, при котором они могут инфицировать других. Услуги ТиК должны быть добровольными при осознанном согласии и четком соблюдении конфиденциальности, при признании права пациента на отказ от проведения тестирования. Кроме того, консультирование является важнейшей частью тестирования на ВИЧ и основных профилактических мер.

### **Основные выводы**

- Все европейские страны предлагают услуги по тестированию и консультированию по ВИЧ, однако в Регионе все еще сохраняются значительные различия в их наличии, доступности, приемлемости и качестве.
- Данные по охвату тестирования на ВИЧ, особенно по основным группам, подвергающимся риску заражения и уязвимых к ВИЧ, разрознены во всех странах Региона.

- В то время как число ВИЧ-тестов, проведенных в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, значительно возросло с 2001 г. по 2005 г., оно осталось стабильным в Западной Европе за тот же период. Увеличение числа проведенных тестов не всегда обязательно ведет к расширению охвата тестированием.
- Доступ к услугам ТиК для уязвимых групп населения и людей, подверженных риску заражения, остается ограниченным во многих странах.
- Обязательное, принудительное тестирование все еще имеет место в ряде стран по всему Региону.
- Страх перед стигмой и дискриминацией, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, во многих частях Региона ограничивает доступ и препятствует проведению тестов.
- Доступ к качественной консультативной помощи продолжает быть проблемой.
- Страны СНГ добились значительного прогресса в ускорении доступа к тестированию и консультированию на ВИЧ, но доступ все еще далек от всеобщего уровня.
- Необходим обмен положительным опытом между странами, с тем чтобы улучшить программы и политику по проведению тестирования.
- Другие важные нерешенные вопросы включают службы ТиК для несовершеннолетних, благоприятные условия для расширения масштабов ТиК, необходимость усовершенствования кадров; обеспечение стабильного мониторинга и оценки.

### **Основные рекомендации**

- Национальные ответные меры на удовлетворение потребностей в ТиК в дальнейшем должны быть трансформированы из эпизодических и одномоментных действий к стратегическому долгосрочному национальному обязательству, основанному на фактических данных и на правах человека, национальных нужд и возможностей.
- Необходима дальнейшая гармонизация политики и практики во всем Регионе, в том числе достижение консенсуса по использованию соответствующих показателей ТиК с целью эффективного мониторинга и оценки.
- Необходимо внести изменения в национальное законодательство, политику и стратегии в целях поощрения проведения политики и практики, основанной на доказательствах, а также для обеспечения благоприятной среды.
- Необходимо обеспечить защиту от стигмы, дискриминации и насилия, а также вопросы раскрытия ВИЧ-позитивного статуса в контексте защиты прав человека.
- Необходимо дальнейшее продвижение центрального значения принципов; конфиденциальности, консультирования и информированного согласия.
- Обеспечение всестороннего сотрудничества, включая участие гражданского общества, в области политики, стратегии развития и оказания услуг.
- Оказание содействия в наращивании потенциала, а также наилучшей практики и обмена опытом в вопросах ТиК во всем регионе.
- Создание и поощрение национальных руководств по консультированию до и после теста.
- Достижение консенсуса в странах и разработка руководств по домашнему тестированию.
- Поддержка прикладных исследований, направленных на решение текущих потребностей ТиК в Регионе.

**Обоснование.** Люди в тюрьмах имеют такое же право на охрану здоровья, как гражданское общество вне пенитенциарной системы. Когда речь заходит об инфекционных заболеваниях, здоровье этих двух групп взаимосвязано, и охрана здоровья и жизни заключенных помогает защитить здоровье и жизнь каждого, кто находится за ее пределами. Уровень ВИЧ-инфекции выше в тюрьмах, чем за ее пределами в большей части Европейского региона, и неэффективность программ профилактики и лечения может способствовать росту в рискованного поведения, что в свою очередь, может превратить тюремные учреждения в инкубаторы вируса.

Дублинское Действие 9 налагает обязательства на Европейские правительства по выполнению всеобъемлющей программы по профилактике ВИЧ, которая к 2010 году должна быть доступна для 80% всех заключенных.

### Основные выводы

- Охват и качество профилактики, лечения и ухода в европейских тюрьмах гораздо ниже необходимого, а также ниже уровня охвата и качества услуг, предоставляемых за ее пределами, и ниже того уровня, который страны обещали обеспечить при подписании Дублинской декларации.
- Обзор имеющихся данных за 2004 год свидетельствует о том, что уровень ВИЧ-инфекции среди заключенных в тюрьмах в странах Центральной Европы меньше, чем среди общего населения, в то время как в тюрьмах большинства стран Восточной Европы гораздо больше ВИЧ-инфекции, чем за ее пределами, и особенно в странах, наиболее пострадавших от ВИЧ. Картина в Западной Европе неоднозначна.
- Многие заключенные в европейских тюрьмах употребляют инъекционные наркотики, зачастую приобретая эту привычку в тюрьме, и часто обмениваются иглами. В 2002 году употребление наркотиков было более распространено среди женщин-заключенных в ЕС, чем среди мужчин-заключенных.
- В 2006 году Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДС), ВОЗ и ЮНЭЙДС совместно издали национальный базовый документ, излагающий мероприятия, необходимые для осуществления комплекса мер, направленных на борьбу с ВИЧ в тюрьмах (21). Он предусматривает расширение ВААРТ в тюремных учреждениях и одобряет обмен игл и шприцев, заместительную терапию, а также предоставление презервативов - в противовес принудительному тестированию на ВИЧ среди заключенных.
- Хотя 24 из 25 государств-членов ЕС имеют программы обмена шприцев в общинах с начала 2007 года, только 3 страны имели такие программы в тюрьмах.
- Заключение в тюрьмах людей за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками, которые в большинстве случаев являются вопросами здоровья, а не уголовными – ведут к излишней перенаселенности в тюрьмах и создают почву для рискованного поведения, увеличивая уровень передачи ВИЧ-инфекции и ее двух наиболее значительных ко-инфекций – ТБ и гепатита, а также увеличивают расходы.

### Основные рекомендации

- Европейские правительства должны быстро реагировать и действовать в соответствии со своими обязательствами в отношении обеспечения всеобщего доступа к ВИЧ-услугам для заключенных в тюрьмах.

- Национальный и региональный прогресс в выполнении Действия 9 должен тщательно отслеживаться и широко освещаться.
- Правительства должны значительно сократить применение уголовного наказания и лишение свободы в качестве ответной меры на нарушения, связанные с ненасильственным использованием наркотиков.
- Необходимо более широкое участие НПО в эпиднадзоре за ВИЧ и профилактике в рамках пенитенциарной системы (22).
- Международное сообщество должно оказывать финансовую, техническую и профессиональную помощь государствам с переходной экономикой, чтобы они были в состоянии выполнить свои обязательства в отношении предоставления программ по ВИЧ в тюрьмах.
- В тюрьмах должны быть введены меры борьбы с ВИЧ/СПИД, основанные на принципах доказательной медицины, с целью достижения того же уровня охвата и качества профилактики и лечения, как и за пределами тюрем. Такие мероприятия включают добровольное консультирование и тестирование, заместительную терапию, программы по обмену шприцев, доступ к презервативам и лубрикантам, а также ВААРТ.

## Выражение признательности

В частности, редакторы хотели бы выразить свою признательность **общему редакционному консультативному совету**, на основании чьего полного отчета была составлена настоящая концептуальная записка: Henrique Barros (Министерство здравоохранения Португалии), Ton Coenen (Co-chair EU Civil Society Forum), Nikos Dedes (Co-chair EU Civil Society Forum), Paul Griffiths (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Françoise Hamers (European Centre for Disease Prevention and Control), Michael Huebel (Европейская Комиссия), Gisela Lange (German Federal Ministry of Health) а также Bertil Lindblad (ЮНЭЙДС).

Не могут быть не отмечены благодарностью **главные авторы** отчета о прогрессе: Yusef Azad (National AIDS Trust), Damon Barrett (Международная Ассоциация по Снижению Вреда), Sabine Beckmann (Международная Организация Труда), Aleksandar Bodiroza (Фонд Народонаселения Организации Объединенных Наций), Hanne Braah (ЮНЭЙДС), Corinne Carey (Консультант), Nikos Dedes (European AIDS Treatment Group), Martin Donoghoe (Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации Здравоохранения), Irina Eramova (Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации Здравоохранения), Nina Ferencic (Детский Фонд Организации Объединенных Наций), Paul Griffiths (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Chris Grollman (Консультант), Dagmar Hedrich (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Misha Hoekstra (Консультант), Dyfed Huws (Консультант), Julian Hows (Консультант), Jose Antonio Izazola (ЮНЭЙДС), Lali Khotenashvili (Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации Здравоохранения), Danica Klempova (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Jeffrey Lazarus (Европейское Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения), Bertil Lindblad (Организация Объединенных Наций Совместная Программа по ВИЧ/СПИДу), Rick Lines (Международная ассоциация по снижению вреда), Руслан Малюта (Детский Фонд Организации Объединенных Наций), Srdan Matic (Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации Здравоохранения), Anja Nietzsche-Bell, (ЮНЭЙДС), Lisa Power (Terrence Higgins Trust), Shombi Sharp (Программа Развития Организации Объединенных Наций), Heino Stöver (University of Bremen, Germany), Jan Wiegelmann (ЮНЭЙДС), Lucas Wiessing (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

# References

1. Matic, S, Lazarus JV, Donogoe MV (eds). *HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
2. G8 AIDS campaigning [web page]. UA2010.org, Amsterdam/Cape Town, 2008 (<http://www.ua2010.org/en/G8-AIDS>, accessed 11 April 2008).
3. Welcome to ua2010.org: keep the promise [web site]. UA2010.org, Amsterdam/Cape Town, 2008 (<http://www.ua2010.org>, accessed 11 April 2008).
4. *Bremen Declaration on Responsibility and Partnership*. Bremen; European Union, neighbouring and CIS countries; 13 March 2007.
5. Technical Report: HIV Infection in Europe: 25 Years into the Pandemic. [Background paper prepared for the conference “Responsibility and Partnership: Together Against HIV/AIDS” Bremen, 12–13 March 2007]. Stockholm, European Centre for Disease Control and Prevention, 2007.
6. “Three Ones” key principles: coordination of national responses to HIV/AIDS. UNAIDS, Geneva, 2004 (Conference Paper 1, Washington Consultation, 25 April 2004; [http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three\\_ones.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp), accessed 28 April 2008).
7. Code of Good Practice: renewing our voice [web site]. NGO Code of Good Practice Secretariat, Geneva, 2008 (<http://www.hivcode.org>, accessed 28 April 2008).
8. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access*. Geneva, UNAIDS, 2007. ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf), accessed 8 October 2007).
9. *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90840.pdf>, accessed 25 April 2008).
10. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: draft for consultation*. Geneva, WHO, UNODC and UNAIDS, 2008.
11. Donoghoe MC, Verster AD, Pervilhac CE and Williams PG. Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drugs users (IDUs): towards consensus and improved guidance *International Journal of Drug Policy*, 2008: 19S;S5-S14.
12. UNICEF, UNAIDS, WHO. *Children and AIDS: Second Stocktaking Report*. Geneva, The United Nations Children’s Fund, 2008.
13. *Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Geneva, International Labour Organization (ILO), 2001 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/code.htm>, accessed 6 February 2008).

14. WHO/UNAIDS. Guidelines on 2<sup>nd</sup> Generation HIV Surveillance. Geneva, WHO, 2000.
15. *The public health approach to STD control*. Geneva, UNAIDS, (<http://www.who.int/hiv/pubsti/pubstistd>, accessed 5 June 2007).
16. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections, 2006–2015. In: *Fifty-ninth World Health Assembly: Geneva, 22–27 May 2006*. Geneva, WHO, 2006 (Annex 2 WHA59/2006/REC/2; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC1/e/Annex2-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/e/Annex2-en.pdf), accessed 11 August 2007).
17. *FP7 Cooperation Work Programme 2007–2008: health*. Brussels, European Commission, 2007 (C(2007)2460).
18. *The Sydney Declaration: good research drives good policy and programming: a call to scale up research*. Sydney, 4th International AIDS Society Conference on Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2007 (<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=63>, accessed 26 September 2007).
19. WHO. Towards Universal Access by 2010: How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support". Geneva, WHO, 2006.
20. UA2010 [web site] ([www.ua2010.com/index.php/en/ua2010/universal\\_access/civil\\_society\\_papers/shadow\\_reports\\_2006](http://www.ua2010.com/index.php/en/ua2010/universal_access/civil_society_papers/shadow_reports_2006), accessed 11 April 2008).
21. UNODC, WHO, UNAIDS. *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. New York, United Nations, 2006 ([http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS\\_prisons\\_July06.pdf](http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf), accessed 23 June 2007).
22. Nashkhoev M, Sergejev B. *AIDS in the Commonwealth of Independent States: 2008 Monitoring the AIDS Pandemic Report*. Geneva, UNAIDS, 2008.

# Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

*Against the background of the global emergency of the HIV/AIDS epidemic with 40 million people worldwide living with HIV/AIDS, 90 per cent in developing countries and 75 per cent in Sub-Saharan Africa, representatives of States and Governments from Europe and Central Asia, together with invited observers, met in Dublin, Ireland, from 23 to 24 February 2004, for the Conference “Breaking the Barriers – Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia” and made the following declaration:*

Recognising that poverty, underdevelopment and illiteracy are among the principal contributing factors to the spread of HIV/AIDS, and noting with grave concern that HIV/AIDS is compounding poverty and is now reversing or impeding development in many countries;

Emphasising the importance of sustained, pro-poor economic growth through poverty-reduction policies, programmes and strategies for the success of the fight against HIV/AIDS;

Recognising that the promotion of equality between women and men, girls and boys and respecting the right to reproductive and sexual health, and access to sexuality education, information and health services as well as openness about sexuality, are fundamental factors in the fight against the pandemic;

Reaffirming the Declaration of Commitment on HIV/AIDS adopted by the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS on 27 June 2001;

Reaffirming the development goals as contained in the Millennium Declaration adopted by the United Nations General Assembly at its fifty-fifth session in September 2000, and in the Road Map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration, and other international development goals and targets;

Reaffirming the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994) and key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development adopted by the twenty-first special session of the United Nations General Assembly in July 1999;

Reaffirming the Beijing Platform for Action (Beijing, 1995) and the further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and the Platform for Action adopted at the twenty-third special session of the United Nations General Assembly in June 2000;

Expressing profound concern that in the European and Central Asian region at least 2.1 million of our people are now living with HIV/AIDS;

Noting with serious concern the particularly rapid escalation of the epidemic among young people in Eastern Europe, where HIV prevalence in the adult population is reaching critical levels in a number of countries and also the significant potential for the rapid spread of HIV in South-Eastern Europe and Central Asia;

Also noting with serious concern the resurgence of HIV/AIDS prevalence in Western Europe, including HIV resistant to anti-retroviral therapy, where the disease remains a potent threat to our young people;

Emphasising that the most seriously affected countries, mainly in southern Africa, are facing collapse in one or more sectors of society, and agreeing that the HIV/AIDS epidemic threatens to become a crisis of unprecedented proportions in our region, undermining public health, development, social cohesion, national security and political stability in many of our countries;

Agreeing that we must act collectively to tackle this crisis through a deepening of coordination, cooperation and partnership within and between our countries and are encouraged by proposals made at the Conference to strengthen the capacity of the European Union to fight effectively against the spread of HIV/AIDS;

Confirming that the respect, protection and promotion of human rights is fundamental to preventing transmission of HIV, reducing vulnerability to infection and dealing with the impact of HIV/AIDS;

Acknowledging that the prevention of HIV infection, through the promotion of safer and responsible sexual behaviour and practices, including through condom use, must be the mainstay of the sub-national, national, regional and international response to the epidemic and that prevention, care, support and treatment for those infected and affected by HIV/AIDS are mutually reinforcing elements of an effective response and must be integrated in a comprehensive approach to combat the epidemic;

Recognising that in our region persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS infection include drug injectors and their sexual partners, men who have sex with men, sexworkers, trafficked women, prisoners and ethnic minorities and migrant populations which have close links to high prevalence countries;



Stressing that without urgent action, HIV/AIDS will continue to move into the general population;

Recognising that women and girls are particularly vulnerable to HIV infection;

Recognising that a focus on the role of men and boys in combating HIV/AIDS and in the promotion of gender equality will benefit everyone and society as a whole, and that engaging men and boys as partners will encourage them to take responsibility for their sexual behaviour and to respect the rights of women and girls;

Recognising that in order to be able to tackle the HIV/AIDS crisis, we need strong basic health care systems and services to ensure universal and equitable access to HIV/AIDS prevention, treatment and care;

Recognising that success in the fight against HIV/AIDS is linked to the fight against other sexually transmittable infections and the fight against tuberculosis;

Emphasising that while young people are vulnerable, they themselves are key actors and agents of change in the fight against HIV/AIDS and are a major resource for the response at national and regional levels;

Acknowledging that the principle of greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS is critical to ethical and effective national responses to the epidemic;

Recognising that investment in research and development for more effective therapeutic and preventive tools, such as microbicides and vaccines, will be essential to securing the long-term success of HIV and AIDS responses;

We have agreed on the following actions to accelerate the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS;

## **Leadership**

1. Promote strong and accountable leadership at the level of our Heads of State and Government to protect our people from this threat to their future, and promote human rights and tackle stigma and ensure access to education, information and services for all those in need;
2. Encourage and facilitate strong leadership by civil society and the private sector in our countries in contributing to the achievement of the goals and targets of the

Declaration of Commitment;

3. Accelerate the implementation of the provisions of the Declaration of Commitment relating to orphans and girls and boys infected and affected by HIV/AIDS<sup>1</sup>;
4. Establish and reinforce national HIV/AIDS partnership forums including meaningful participation of civil society, and particularly of people living with HIV/AIDS and their advocates, to design, review, monitor and report progress in the fight against the disease, and to take timely and determined action to identify and address barriers to implementation;
5. In 2004-2005, promote the active involvement of the institutions of the European Union, and other relevant institutions and organisations such as the Commonwealth of Independent States, the Council of Europe, the Organisation for Security and Cooperation in Europe and the Regional Committee of the World Health Organisation, in partnership with UNAIDS through its co-sponsoring agencies and its Secretariat, in our common effort to strengthen coordination and cooperation;
6. Make the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia a regular item on the agendas of our regional institutions and organisations;
7. Provide increased and results-based financial and technical resources to scale up access to prevention, care and sustained treatment, including effective low cost treatment such as generics, in the most affected countries with the greatest needs through national and regional allocations as well as from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, the European Union, new public and private partnerships, multilateral and bilateral financing mechanisms;

## **Prevention**

8. Reinvalidate our efforts to ensure the target of the Declaration of Commitment<sup>2</sup> that, by 2005, at least 90 percent of young men and women aged 15 to 24 have access to the information, education, including peer education and youth-specific HIV education, and services necessary to develop the life skills required to reduce their vulnerability to HIV infection, in dialogue with young persons, parents, families, educators and health-care providers;
9. By 2010, ensure through the scaling up of programmes that 80% of the persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS are covered by a wide range of prevention programmes providing access to information, services and prevention

---

<sup>1</sup> Declaration of Commitment of the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS, paragraphs 65-67

<sup>2</sup> Declaration of Commitment of the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS, target 53, page 21.

commodities and identifying and addressing factors that make these groups and communities particularly vulnerable to HIV infection and promote and protect their health, and intensify cross border, sub-regional and regional technical collaboration and sharing of best practices through the EU and regional organisations in the prevention of HIV transmission among vulnerable groups;

10. Scale up access for injecting drug users to prevention, drug dependence treatment and harm reduction services through promoting, enabling and strengthening the widespread introduction of prevention, drug dependence treatment and harm reduction programmes<sup>3</sup> (e.g. needle and syringe programmes, bleach and condom distribution, voluntary HIV counselling and testing, substitution drug therapy, STI diagnosis and treatment) in line with national policies;
11. Ensure that HIV positive women and expectant mothers should have access to high quality maternal and reproductive health care services in order to prevent mother to child-transmission;
12. By 2010, eliminate<sup>4</sup> HIV infection among infants in Europe and Central Asia;
13. Ensure men, women and adolescents to have universal and equitable access to and promote the use of a comprehensive range of high quality, safe, accessible, affordable and reliable reproductive and sexual health care services, supplies and information including access to preventive methods such as male and female condoms, voluntary testing, counseling and follow-up;
14. By 2005, to develop national and regional strategies and programmes to increase the capacity of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of HIV infection, and reduce their vulnerability to HIV/AIDS;
15. By 2005, to develop national and regional strategies ensuring that all men and women in uniformed services, including armed forces and civil defence forces, have access to information, services and prevention commodities to reduce risk-taking behaviour and encourage safe behaviour, and urge the European Union, NATO and other regional and international security institutions in partnership with UNAIDS to lead such efforts;
16. Control the incidence and prevalence of sexually-transmitted infections, particularly amongst those at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS, through increased public awareness of their role in HIV transmission, improved and more

---

<sup>3</sup> The WHO recommends that at least 60% of injecting drug users have access to drug dependence treatment and harm reduction programmes in order to have an impact on the epidemic among this group.

<sup>4</sup> Elimination is defined as less than 2% of all new infections are acquired by an infant from his or her infected mother

accessible services for prompt diagnosis and efficient treatment;

17. Fund, improve, and harmonise surveillance systems, in line with international standards, to track and monitor the epidemic, risk behaviours and vulnerability to HIV/AIDS;
18. Request the Global Commission on International Migration to take into account in its work the threat of exposure to HIV/AIDS particularly to migrant women and unaccompanied and orphaned children;
19. Increase commitment to research and development for new technologies that better meet the prevention needs of people living with or most vulnerable to HIV transmission including increasing public sector investment in vaccines and microbicides to prevent HIV infection;

### **Living with HIV/AIDS**

20. Combat stigma and discrimination of people living with HIV/AIDS in Europe and Central Asia, including through a critical review and monitoring of existing legislation, policies and practices with the objective of promoting the effective enjoyment of all human rights for people living with HIV/AIDS and members of affected communities;
21. By 2005, provide universal access to effective, affordable and equitable prevention, treatment and care including safe anti-retroviral treatment to people living with HIV/AIDS in the countries in our region<sup>5</sup> where access to such treatment is currently less than universal, including through the technical support of the UN through the global initiative led by the World Health Organisation and UNAIDS to ensure 3 million people globally are on anti-retroviral treatment by 2005 ("3 by 5"). The goal of providing effective anti-retroviral treatment must be conducted in a poverty-focused manner, equitable, and to those people who are at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS;
22. Ensure early implementation of the WTO Decision of 30 August 2003 on the implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health;
23. Increase access to non-discriminatory palliative care, counseling, psychosocial support, housing assistance, and other relevant social services for people living with HIV/AIDS;

---

<sup>5</sup> The treatment gap in the region is estimated by the WHO to be at least 100,000 people in 2003.

24. Invest in public research and development for the development of affordable and easier to use therapeutics and diagnostics to support expanded treatment access and improve the quality of life of people living with HIV;
25. Monitor best practices on and take concrete steps to exchange information on service delivery for prevention, treatment and care, particularly for persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS infection;

## **Partnership**

26. Strengthen coordination, cooperation and partnership among the countries of Europe and Central Asia, as well as with their trans-Atlantic and other development partners, to scale up local capacity to fight the epidemic and mitigate its consequences in the most affected countries with the greatest needs, and in countries with a high risk of a major epidemic;
27. Involve civil society and faith-based organizations, as well as people living with HIV/AIDS and persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS infection in the development and implementation of national HIV/AIDS prevention and care strategies and financing plans, including through participation in national partnership forums;
28. Work with leaders from the private sector in fighting HIV/AIDS through workplace education programmes, employee non-discrimination policies, provision of treatment, counseling, care, and support services, and through engagement with policy makers on the local, national and regional levels;
29. Involve the national and international pharmaceutical industry in a public-private partnership including with relevant international organisations such as the World Health Organisation in helping to tackle the epidemic along all points of the drug supply chain – from manufacturing to pricing to distribution;
30. Ensure effective coordination between donors, multilateral organisations, civil society and Governments in the effective delivery of assistance to the countries most in need of support in the implementation of their national HIV/AIDS strategies, based on ongoing processes on simplification and harmonization particularly the UNAIDS guiding principles;<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> These are: that there should be **one** agreed national HIV/AIDS Action Framework that drives alignment of all partners., one national AIDS authority with a broad-based multisectoral mandate, and one agreed country-level monitoring and evaluation system.


31. Establish sustainable partnerships with the media, recognising the critical role that it plays in influencing attitudes and behaviour and in providing HIV/AIDS related information;
32. Support stronger regional cooperation and networking among people living with HIV/AIDS and civil society organisations in Europe and Central Asia, and call upon the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in partnership with the European Union, existing civil society networks and other regional partner institutions to assist, facilitate and coordinate such collaboration;

### **Follow-up**

33. We commit ourselves to closely monitor and evaluate the implementation of the actions outlined in this Declaration, along with those of the Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Session on HIV/AIDS, and call upon the European Union and other relevant regional institutions and organisations, in partnership with the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, to establish adequate forums and mechanisms including the involvement of civil society and people living with HIV/AIDS to assess progress at regional level every second year, beginning in 2006.

*24 February 2004*





Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17  
Факс: +45 39 17 18 18  
Эл. адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)