

Содержание

| | |
|---|-----------|
| Введение и контекст | 2 |
| <i>Острая необходимость в ускорении процессов</i> | |
| Цели Рамочной программы доступа до 2030 года | 5 |
| <i>Возобновление глобальных усилий по профилактике ВИЧ-инфекции</i> | |
| Парадигмальный сдвиг | 10 |
| <i>Новая эра профилактики ВИЧ-инфекции</i> | |
| Рамочная программа доступа «Профилактика до 2030 года» | 11 |
| <i>Личностно-ориентированный подход к проблеме доступности и выбора средств профилактики</i> | |
| Оптимизация профилактики | 19 |
| <i>Улучшение приоритизации в условиях ограниченности ресурсов</i> | |
| Финансирование и устойчивость профилактики | 23 |
| <i>Трансформация архитектуры инвестиций в профилактику</i> | |
| Заключение | 28 |
| <i>Призыв к действию в сфере профилактики на национальном уровне</i> | |
| Приложения | 31 |
| <i>Приложение 1: Контрольные точки, эпидемиологические и ресурсные оценки и другие рекомендации</i> | |
| <i>Приложение 2: Ресурсы по профилактике ВИЧ-инфекции</i> | |
| Ссылки | 42 |

Введение и контекст

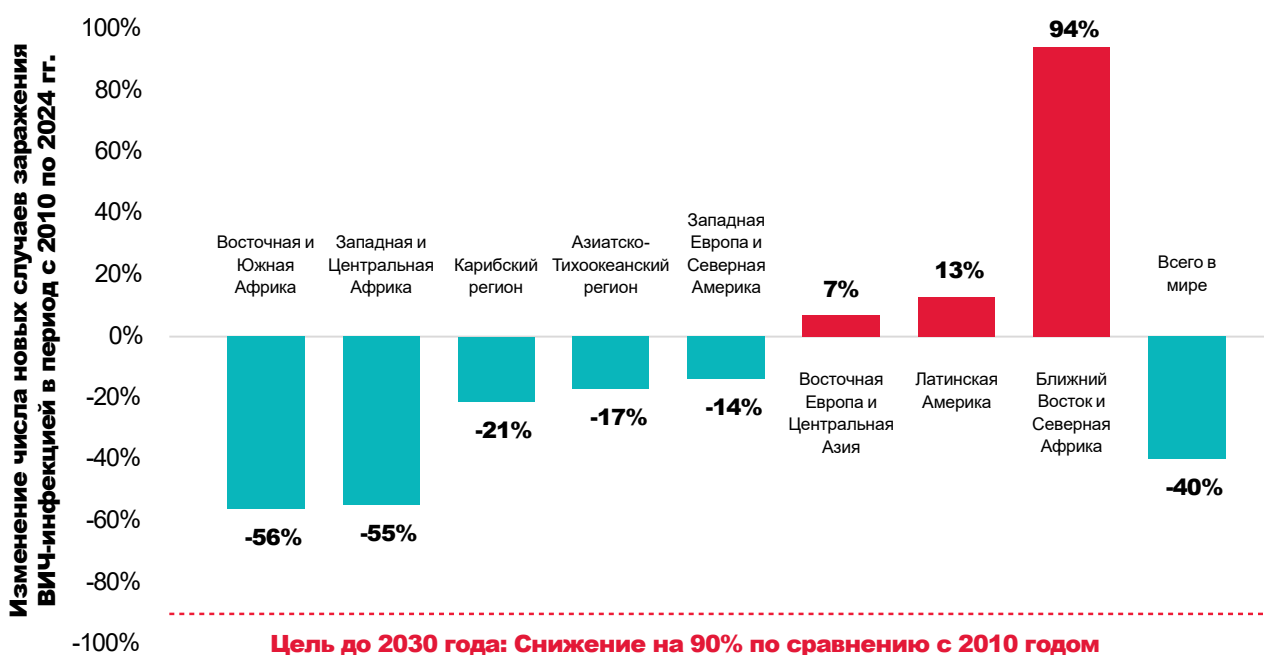
Острая необходимость в ускорении процессов

Глобальные цели по профилактике ВИЧ-инфекции к 2025 году достигнуты не были. При этом к концу 2024 года ежегодное число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией достигло самого низкого уровня более чем за три десятилетия. Тем не менее, снижение было недостаточным для достижения целевого показателя на 2025 год, предусматривающего снижение числа новых случаев заражения в период с 2010 по 2025 год на 80%. К концу 2024 года число новых случаев заражения в мире снизилось примерно на 40%.

Пять стран — Лесото, Малави, Непал, Руанда и Зимбабве — добились снижения в период с 2010 по 2024 год на 75% (1), что демонстрирует достижимость поставленных целей. Эти успехи стали результатом твердой политической воли, расширения масштабов профилактики и лечения, лидерства на местном уровне и глобальной солидарности. Однако в глобальном масштабе снижение числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией было недостаточным для достижения целевых показателей на 2025 и 2030 годы (менее 200 тысяч новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в год в 2030 году).

В целом, согласно оценкам, в 2024 году ВИЧ-инфекцией заразилось около 1,3 млн (1–1,7 млн) человек. Даже в регионах со снижением заболеваемости ВИЧ-инфекцией некоторые группы населения, в частности, ключевые группы населения, остаются без должного внимания. В то время как число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в Африке снижается, в других регионах оно стагнирует или растет (рис. 1).

Рис. 1. Процентное изменение ежегодного числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в период с 2010 по 2024 год по регионам и в глобальном масштабе



Источник: Эпидемиологические оценки ЮНЭЙДС на 2025 год.

Ключевые группы населения по-прежнему получают услуги в недостаточном объеме. Согласно полученным данным, медианный охват профилактикой ВИЧ-инфекции в 2024 году составил всего 38% для геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, 39% для потребителей инъекционных наркотиков, 44% для трансгендерных людей и 47% для секс-работников (2), в то время как, согласно оценкам, 210 тысяч девочек-подростков и молодых женщин заразились ВИЧ-инфекцией в 2024 году, что эквивалентно 570 новым случаям заражения в день (1).

Впервые с 2012 года число стран, криминализирующих однополые сексуальные отношения и гендерную идентичность, увеличилось, что создает дополнительные барьеры для доступа к профилактике ВИЧ-инфекции и ее использованию (3). Ключевые группы населения, а также вопросы сексуального и репродуктивного здоровья и прав все чаще становятся объектом организованного неприятия, которое частично подпитывается дезинформацией, распространяемой в социальных сетях.

Эффективное лечение и широкий доступ к первичной профилактике являются основой успешной профилактики ВИЧ-инфекции, а новые технологии обещают ускорить прогресс в этой области. Инъекционные антиретровирусные препараты длительного действия представляют собой одно из наиболее значимых достижений в борьбе с ВИЧ-инфекцией за многие годы (4). Кроме того, искусственный интеллект (ИИ) может помочь в расширении доступа к информации, связанной с ВИЧ, и помочь людям принимать обоснованные решения в сфере профилактики и самопомощи. (5).

Беспрецедентный кризис финансирования

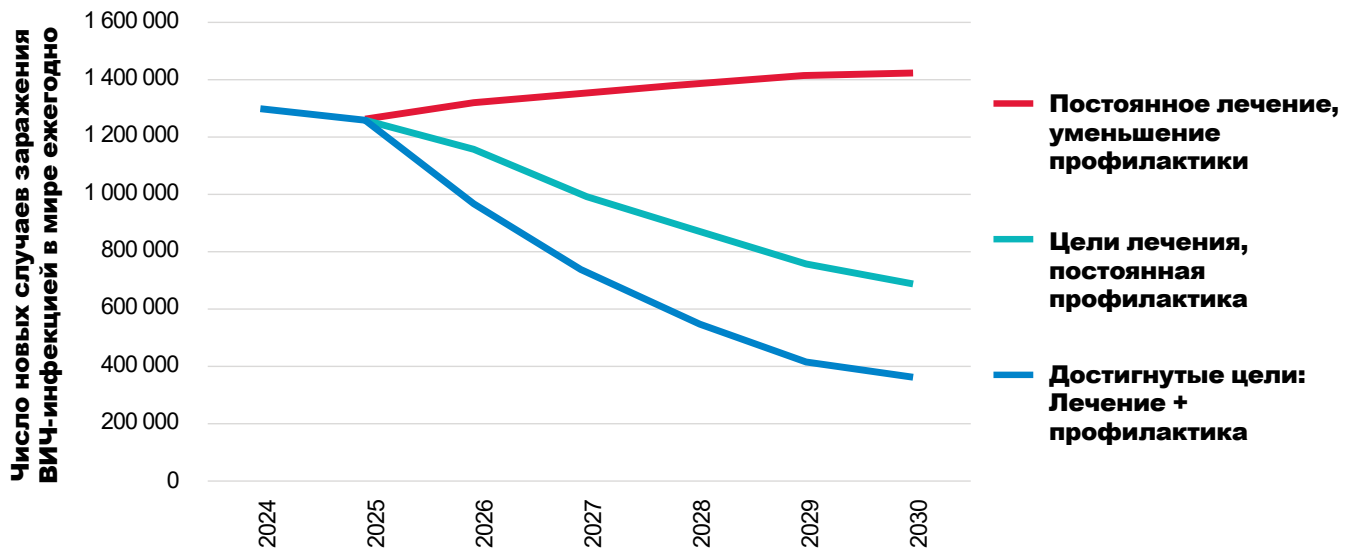
2025 год ознаменовал начало самого серьезного кризиса финансирования с момента начала пандемии СПИДа. США значительно сократили двустороннее финансирование борьбы с ВИЧ-инфекцией (6, 7), а Глобальный фонд сократил страновые ассигнования на 7-й цикл грантов (2023–2025 годы) (8); пополнение на 8-й цикл грантов оставалось существенно ниже целевой суммы и суммы, собранной в предыдущем цикле. Несколько других стран-доноров, в частности, Франция, Нидерланды и Великобритания, также объявили о сокращении помощи зарубежным странам на 40–70% в 2026 году (9).

Сокращение финансирования влечет за собой серьезные последствия для профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе с точки зрения снижения вреда для людей, употребляющих наркотики. По состоянию на май 2025 года, теперь 3,5 млн человек из ключевых групп населения оказались за пределами охвата специализированными программами профилактики ВИЧ-инфекции, финансируемые PEPFAR. Примерно 2,5 млн человек потеряли доступ к поддерживаемой PEPFAR доконтактной профилактике (ДКП) (10). Это также негативно сказалось на системах профилактики.

Даже до сокращения финансирования инвестиции в профилактику ВИЧ-инфекции были недостаточными. В 2024 году на первичную профилактику в странах с низким и средним уровнем доходов было выделено около 1,7–2,1 млрд долл., что составляло примерно одну треть от 5,3 млрд долл., необходимых ежегодно до 2030 года (11). В рамках существующих бюджетов финансирования профилактика также не имеет достаточного приоритета. Согласно отчетам 88 стран, в 2024 году на профилактику ВИЧ-инфекции было направлено всего 10–12% от общего объема расходов на борьбу с ВИЧ-инфекцией — это примерно половина от средней доли в 24%, необходимой для достижения целей 2030 года (12). Кроме того, страны в значительной степени зависели от внешних источников: 64 из 82 стран, представивших отчеты, полагались на внешние источники в отношении не менее 75% финансирования своих профилактических мер (12).

Даже если охват лечением ВИЧ-инфекции сохранится на нынешнем уровне, и сокращение финансирования затронет только первичную профилактику, начиная с 2026 года прогнозируется рост числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией (рис. 2). Для достижения целей к 2030 году в изменившихся условиях необходим новый путь.

Рис. 2. Прогнозируемое влияние сокращения финансирования профилактики на число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в 2025–2030 годах



Источник: Оценки и прогнозы ЮНЭЙДС от Avenir Health, октябрь 2025 года
 Дополнительную информацию см. по ссылке: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-04/JC3144_Estimates_Funding_cuts_impact_En.pdf

Цели Рамочной программы доступа до 2030 года

Возобновление глобальных усилий по профилактике ВИЧ-инфекции

Общая цель на 2030 год — сократить заболеваемость ВИЧ-инфекцией в мире на 90% по сравнению с 2010 годом, как указано в [Глобальной стратегии борьбы со СПИДом на 2026–2031 годы](#). Все 16 основных целей Глобальной стратегии по борьбе со СПИДом, включая цели по профилактике, лечению и факторам борьбы с ВИЧ-инфекцией, снижают заболеваемость ВИЧ-инфекцией, смертность от СПИДа и дискриминацию, связанную с ВИЧ-инфекцией.

Рамочная программа доступа «Профилактика до 2030 года» сосредоточена на одной из этих основных целей, которая охватывает первичную профилактику и требует, чтобы к 2030 году **90% людей, нуждающихся в профилактике ВИЧ-инфекции, использовали эффективные методы профилактики**. Эта цель подразделяется на 15 целей профилактики второго уровня для конкретных групп населения и программ (см. логическую последовательность целей в Таблице 3а и полный список в Таблице 5 в Приложении 1).

В Рамочной программе доступа «Профилактика до 2030 года» более подробно представлены контрольные точки и меры по достижению этих целей, основанные на трех приоритетах Глобальной стратегии по борьбе со СПИДом: устойчивые и эффективные меры реагирования на ВИЧ-инфекцию на национальном уровне, услуги, ориентированные на людей, и руководство на уровне сообществ.

Численные контрольные точки Рамочной программы включают показатели «40+20», которые предусматривают, что к 2030 году 40 млн человек с ВИЧ-инфекцией будут иметь доступ к лечению ВИЧ-инфекции и подавлению вирусной нагрузки, а 20 млн человек будут иметь доступ к вариантам профилактики ВИЧ-инфекции на основе антиретровирусных препаратов. Эти и другие важные контрольные точки показаны на рис. 3 и подробно обсуждаются ниже.

В целом, программа обеспечения доступа к профилактике ВИЧ-инфекции до 2030 года направлена на ускорение внедрения инноваций, расширение использования наиболее экономически эффективных мер вмешательства и решение проблем устойчивости, стоящих перед системой борьбы с ВИЧ-инфекцией.

Рис. 3. Ключевые цели и численные контрольные точки

а. Цели первичной профилактики СПИДа на 2030 год в рамках Глобальной стратегии борьбы со СПИДом на 2026–2031 годы.

| ЧИСЛЕННОСТЬ | ОХВАТ | РЕЗУЛЬТАТ |
|---|---|--|
| Люди, нуждающиеся в профилактике ВИЧ-инфекции | 95% людей, нуждающихся в профилактике, охвачены профилактикой ВИЧ | 90% людей, нуждающихся в профилактике, используют эффективные методы профилактики |
| <p>Молодые люди и взрослые (в районах с повышенным уровнем ВИЧ)</p> <p>Ключевые группы населения (секс-работники, геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, трансгендерные люди, потребители инъекционных наркотиков, лица, находящиеся в тюрьмах и других закрытых учреждениях)</p> | <p>Это означает, что:</p> <ul style="list-style-type: none"> 95% людей охвачены лично-ориентированными программами профилактики 95% потребностей стран в презервативах, ДКП, ПКП, иглах, шприцах и ПТАО удовлетворены 90% подростков и молодых людей получают всестороннее половое воспитание 80% лично-ориентированных программ профилактики ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения реализуются общественными организациями | <p>Это означает, что:</p> <ul style="list-style-type: none"> 80% используют презервативы с нерегулярными партнерами До 80% объема использования ДКП, включая препараты длительного действия, в соответствии с эпидемиологическими данными и предпочтениями населения <p>Целевые показатели для отдельных групп населения:</p> <ul style="list-style-type: none"> В 15 приоритетных странах 90% мальчиков и мужчин имеют доступ к ДММО 95% потребителей инъекционных наркотиков используют безопасное оборудование для инъекций, 50% потребителей инъекционных опиоидов находятся на ПТАО 95% секс-работников и клиентов используют презервативы при платном сексе |

б. Численные контрольные точки снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в рамках программы доступа к профилактике.



Примечание: ПТАО: поддерживающая терапия агонистами опиоидов; ПКП: постконтактная профилактика; ДКП: доконтактная профилактика; ДММО: добровольное медицинское мужское обрезание.

с. Взаимосвязь между целями на 2030 год, контрольными точками, базовыми показателями и лежащими в их основе допущениями

| Цель | Численная контрольная точка ⁱ | Исходный уровень ⁱⁱ | Примечания и допущения |
|--|--|---|---|
| У 90% людей с ВИЧ-инфекцией вирусная нагрузка подавлена | 40 млн человек с ВИЧ-инфекцией получают эффективное лечение от ВИЧ-инфекции | По состоянию на 2024 год, по оценкам, 31,6 млн. человек с ВИЧ-инфекцией получали лечение от ВИЧ-инфекции (1) | 40 млн человек — округленное число, представляющее 90% людей с ВИЧ-инфекцией во всех странах мира в 2030 году. |
| До 80% объема использования ДКП, включая препараты длительного действия, в соответствии с эпидемиологическими данными и предпочтениями населения | 20 млн человек во всем мире эффективно используют ДКП, при этом растет доля вариантов ДКП длительного действия | По оценкам, по состоянию на 2024 год около 3,9 млн человек хотя бы раз в год использовали ДКП (что составляет приблизительно 2 млн человеко-лет использования ДКП). | Цель состоит в том, чтобы обеспечить применение ДКП в объеме 20 млн человеко-лет. Это примерно вдвое превышает целевой показатель на 2025 год, составляющий 10,6 млн человеко-лет использования ДКП — это округленная оценка глобальной потребности в ДКП во всех странах. Расчет производится по скользящей шкале. Целевые показатели ДКП для субпопуляций в странах различаются в зависимости от уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией и других критериев от 0 до 80% (см. Таблицу 6 в Приложении 1). |
| 95% девочек-подростков и молодых женщин, взрослых женщин, беременных и кормящих женщин, а также мальчиков и мужчин-подростков в регионах с повышенным уровнем ВИЧ-инфекции эффективно охвачены лично-ориентированными программами профилактики ВИЧ-инфекции | 60 млн женщин, девочек, мужчин и мальчиков в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ-инфекцией получают доступ к комплексным программам профилактики ВИЧ-инфекции | По состоянию на 2024 год, примерно треть девочек-подростков и молодых женщин в регионах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции были охвачены специализированными программами. Этой программой была охвачена примерно половина мужчин и мальчиков, имеющих право на добровольное медицинское мужское обрезание (ДММО). | 60 млн человек — округленное число, представляющее 95% населения географических районов и субпопуляций (с разбивкой по возрасту, полу и постоянным/непостоянным партнерам), в которых уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в странах Африки к югу от Сахары превышает 0,2%. В других регионах уровень заболеваемости ВИЧ-инфекции выше 0,2% крайне редок за пределами ключевых групп населения. В это число не включены ключевые группы населения, для которых в следующей строке установлены конкретные численные контрольные точки. |

i Численные контрольные точки основаны на специальном анализе ЮНЭЙДС для оценки потребностей в ресурсах на 2030 год (лечение, ДКП, ключевые группы населения, снижение вреда), инструменте SHIPP (женщины и девочки, мальчики и мужчины) и оценках потребностей в профилактике Spectrum (презервативы).

ii Если не указано иное, все базовые значения в этом разделе основаны на документе: Глобальная система оценки эффективности профилактики ВИЧ-инфекции. Специальный анализ. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2025; (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/scorecards>)

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>95% ключевых групп населения охвачены лично-ориентированными программами профилактики ВИЧ-инфекции</p> | <p>38 млн человек из ключевых групп населения (секс-работники, геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), потребители инъекционных наркотиков (PWID), трансгендерные люди, заключенные) получают доступ к профилактике ВИЧ</p> | <p>По состоянию на 2024 год, в странах, предоставивших эти данные, 55% секс-работников, 30% мужчин, практикующих секс с мужчинами, 40% потребителей инъекционных наркотиков и 44% трансгендерных людей были охвачены услугами и инструментами профилактики ВИЧ-инфекции (2).</p> | <p>38 млн человек составляют 95% ключевых групп населения, которые необходимо охватить программами профилактики ВИЧ-инфекции в странах с низким и средним доходом.</p> |
| <p>80% использовали презервативы при последнем половом акте с нерегулярными партнерами 95% секс-работников и клиентов используют презервативы при платном сексе</p> | <p>20 млрд презервативов распространяется и продается ежегодно для профилактики ВИЧ-инфекции. Это позволит довести объем мирового рынка презервативов к 2030 году примерно до 35 млрд штук.</p> | <p>Согласно данным, полученным от секс-работников, медианное использование презервативов во время последнего платного секса составило 84% (2), а согласно данным, полученным от мужчин, заплативших за секс, — 74%. Согласно данным, полученным от мужчин, средний уровень использования презервативов с нерегулярными партнерами составил 63%, а по данным, полученным от женщин, — 36%.</p> | <p>20 млрд презервативов — это общая потребность в презервативах для профилактики ВИЧ-инфекции: 6 млрд в странах Африки к югу от Сахары для всего населения и 14 млрд для ключевых групп населения во всем мире. Потребность определяется путем применения процентных целевых показателей к различным субпопуляциям. Стоимость 35 млрд презервативов включает также использование презервативов парами, не инфицированными ВИЧ-инфекцией, в целях контрацепции.</p> |
| <p>95% потребителей инъекционных наркотиков при последней инъекции использовали безопасный инъекционный инструментарий 50% потребителей инъекционных опиоидов находятся на поддерживающей терапии агонистами опиоидов</p> | <p>7 млн потребителей инъекционных наркотиков используют методы снижения вреда, в частности, пользуются безопасным инъекционным инструментарием, проходят поддерживающую терапию агонистами опиоидов и профилактику передозировок</p> | <p>По состоянию на 2024 год, четверо из десяти потребителей инъекционных наркотиков получили помощь в рамках программ снижения вреда. Медианный уровень использования безопасного инъекционного инструментария в разных странах составил 87%, а медианный охват поддерживающей терапии агонистами опиоидов — 9% (2).</p> | <p>7 млн человек составляют 95% потребителей инъекционных наркотиков в странах с низким и средним доходом.</p> |
| <p>Не менее 20% национального финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией должно направляться на первичную профилактику</p> | <p>Сводные глобальные данные по контрольным точкам отсутствуют</p> | <p>В 2023 и 2024 годах (на основе данных из 48 стран) на профилактику направлялось около 8% национального финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией (12).</p> | <p>Целевой показателем является ориентировочным и основан на среднем глобальном уровне в 24% от потребности в ресурсах для профилактики ВИЧ-инфекции. Точный объем потребностей должен определяться на уровне стран.</p> |

Ежегодные контрольные точки и варианты профилактики

В целях обеспечения ясности и подотчетности органам власти на национальном и субнациональном уровне рекомендуется четко определять ежегодные численные контрольные точки, основанные на регулярных оценках потребностей в стране. В качестве примера в Таблице 1 представлены ежегодные численные контрольные точки для страны. (На рис. 5 в Приложении 1 представлены ежегодные численные контрольные точки профилактики по регионам). Ежегодные страновые и даже субнациональные контрольные точки могут формулироваться с использованием процессов и инструментов ежегодной оценки потребностей страны. Эти данные интегрируются в модель Spectrum, которую страны ежегодно используют для составления своих ежегодных оценок, и запрашиваются в рамках глобального процесса мониторинга СПИДа. Дальнейшую поддержку в подготовке и использовании этих оценок будут оказывать ЮНЭЙДС и Глобальная коалиция по профилактике ВИЧ-инфекции.

Таблица 1. Пример страны, демонстрирующий ежегодные контрольные точки доступности профилактики ВИЧ-инфекции в 2026–2030 годах

| | 2024 год (базовый уровень) | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Презервативы | 52 млн | 56 | 64 | 72 | 80 | 85 млн |
| ДКП | 70 000 | 100 000 | 220 000 | 270 000 | 350 000 | 350 000 |
| ПКП | Подлежит уточнению | Подлежит уточнению | Подлежит уточнению | Подлежит уточнению | Подлежит уточнению | Подлежит уточнению |
| ДММО | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 |
| Женщины и девочки в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ- инфекцией (>0,2%) | 350 000 | 350 000 | 550 000 | 750 000 | 900 000 | 900 000 |
| Мужчины и мальчики в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ- инфекцией (>0,2%). | 200 000 | 200 000 | 300 000 | 350 000 | 400 000 | 400 000 |
| Охваченные секс-работники | 23 000 | 25 000 | 35 000 | 40 000 | 45 000 | 45 000 |
| Охваченные мужчины, практикующие секс с муж- чинами (MSM) | 20 000 | 24 000 | 32 000 | 40 000 | 50 000 | 60 000 |
| Охваченные трансгендер- ные люди | 1000 | 1500 | 2000 | 3000 | 3500 | 4000 |
| Потребители инъекцион- ных наркотиков, охваченные иглами и шприцами | 4000 | 6000 | 8000 | 9500 | 9500 | 9500 |
| Потребители инъекцион- ных наркотиков (PWID), получающие ПТАО | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 4800 |
| Охваченные заключенные | 1000 | 2000 | 3000 | 5000 | 6000 | 6000 |

Примечание: В этой таблице представлены контрольные точки для одной из показательных стран Африки к югу от Сахары.

Парадигмальный сдвиг

Новая эра в профилактике ВИЧ-инфекции

Новые условия, вызовы и возможности знаменуют собой новую эру в профилактике ВИЧ-инфекции. Глобальная рамочная программа доступа «Профилактика ВИЧ-инфекции до 2030 года» предлагает целенаправленный подход к достижению глобальных целей в области борьбы с ВИЧ-инфекцией к 2030 году в условиях ограниченных финансовых ресурсов. При соответствующих стратегических изменениях и инвестициях (рис. 4) к 2030 году каждый человек, подверженный риску заражения ВИЧ-инфекцией, сможет получить доступ к вариантам профилактики, отвечающим его потребностям.

Рис. 4. Парадигмальный сдвиг в программе «Профилактика ВИЧ-инфекции до 2030 года»



Рамочная программа «Профилактика до 2030 года»

Личностно-ориентированный подход к проблеме доступности и выбора средств профилактики

«Профилактика ВИЧ-инфекции до 2030 года» — целевая программа обеспечения доступа к профилактике. Она построена вокруг различных «траекторий» людей в сфере профилактики ВИЧ и отражает необходимость для них: **1) понимать** свои потребности в профилактике, имеющиеся варианты и их преимущества; **2) получать доступ** к услугам профилактики; **3) эффективно использовать** варианты профилактики; и **4) ощущать** благоприятную среду (рис. 5).

Эти четыре аспекта охватывают поведенческие, биомедицинские, структурные и системные факторы, которые могут поддержать планирование и инвестиции, осуществляемые на национальном уровне в ближайшие пять лет.

Рис. 5. Личностно-ориентированная система профилактики ВИЧ-инфекции



1. Личностно-ориентированные дизайн и коммуникации (поведенческие).

Эффективность мер профилактики ВИЧ-инфекции зависит от готовности людей ими пользоваться. Поэтому крайне важно учитывать ключевые факторы, влияющие на эти решения, в том числе знания людей о профилактике ВИЧ-инфекции (13) и местах доступа к услугам, понимание ими личного риска и способность принимать взвешенные решения. Имеются обширные сведения о результатах, которых можно добиться с помощью поведенческих мер вмешательства, и об их ограничениях (14).

Изначально снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией было частично связано с изменениями в сексуальном поведении, в частности, с сокращением числа половых партнеров, однако, эти изменения не носили устойчивого характера. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что поведенческие меры вмешательства могут способствовать формированию знаний, мотивации, спроса и навыков, необходимых людям для принятия обоснованных решений в области профилактики и эффективного использования вариантов профилактики. Однако в качестве самостоятельных мер поведенческие меры вмешательства не смогут снизить заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Поэтому консультирование и информирование ключевых групп населения по вопросам ВИЧ-инфекции не должно быть направлено на изменение существующих моделей поведения, однако, их можно использовать для вовлечения; кроме того, консультации следует проводить без осуждения, наряду с другими профилактическими мерами вмешательства (15).

Новые рекомендации содержат ключевые принципы личностно-ориентированного дизайна программы и коммуникаций (16). Для повышения эффективности реагирования страны могут:

Применять личностно-ориентированный подход для разработки единого, но дифференцированного плана коммуникации о профилактике. Ранее коммуникации по профилактике ВИЧ-инфекции часто были ориентированы на конкретные профилактические средства и проекты, и поэтому носили фрагментарный характер. В настоящее время в рамках профилактики ВИЧ-инфекции можно рассказывать не только о конкретных средствах, но и о различных методах профилактики и их преимуществах. Аналогичным образом, общий коммуникационный подход следует разрабатывать для всех целевых аудиторий, а не для конкретных групп, хотя он все же должен быть достаточно дифференцированным для конкретных ключевых и приоритетных групп населения. Сообщения на основе личностно-ориентированного дизайна программы полезны, а проведение нецелевых массовых кампаний в СМИ не рекомендуются. (17). В качестве хорошего примера можно привести Стратегию коммуникаций по ВИЧ-инфекции в Зимбабве, которая определяет наиболее влиятельных лиц и каналы донесения информации для охвата различных групп населения (18).

- ▶ **Разработать и внедрить оптимизированное сочетание вариантов коммуникации о профилактике.** Для эффективной коммуникации о профилактике ВИЧ-инфекции необходимо сочетание широкомасштабной медиа-коммуникации для больших целевых групп населения и, кроме того, более интенсивного, личностного подхода к донесению информации (например, для ключевых групп населения или для очень молодых людей в регионах с высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией). Донесение информации по профилактике ВИЧ-инфекции с поддержкой ИИ может применяться для различных групп населения и для различных целей, а также в различных масштабах. Было показано, что это улучшает охват ДКП (19), увеличивает использование презервативов (20) и снижает частоту поведения, которое может приводить к заражению ВИЧ-инфекцией в уязвимых группах (21). Комплексное половое воспитание может заложить важную основу для получения молодыми людьми информации о профилактике и формирования знаний и навыков, защищающих их сексуальное здоровье. Программа комплексного сексуального образования должна быть интегрирована в образовательные программы по всему миру и не должна зависеть в первую очередь от программ и финансирования по борьбе с ВИЧ-инфекцией.
- ▶ **Возложить руководство коммуникациями по профилактике на одну мульти-секторальную организацию в сфере общественного здравоохранения.** Для оптимального использования ограниченных ресурсов необходима организация с мультисекторальным охватом, которая будет координировать коммуникации. Это следует делать в тесном сотрудничестве с местными сообществами, исполнителями и другими секторами, в том числе путем использования опыта частного сектора в области коммуникаций.

2. Платформы (системы) профилактики

Для устойчивой профилактики ВИЧ-инфекции необходима четко определенная и управляемая на национальном уровне система, обеспечивающая доступ к лечению через различные медицинские и немедицинские платформы. Люди, нуждающиеся в профилактике ВИЧ-инфекции, должны иметь возможность выбирать из определенного набора платформ оказания услуг, которые удовлетворяют потребности различных субпопуляций (рис. 6).

В прошлом доступ иногда осуществлялся в рамках разрозненных и ограниченных по времени проектов. Новая Рамочная программа «Профилактика до 2030 года» применяет системный подход.

При этом учитываются осуществимость, охват, предпочтения и барьеры, влияющие на различные группы населения. Например, для масштабного охвата ключевых групп населения страны используют разные модели (22). Имеются дополнительные рекомендации по устойчивым и масштабируемым программам борьбы с ВИЧ-инфекцией для ключевых групп населения (23). В них применяется дифференцированная модель для создания надежных платформ доступа для ключевых групп населения (см. рис. 3 в Приложении 1). Также имеются рекомендации по дифференцированной модели работы с девочками-подростками и молодыми женщинами (24).

С учетом своих условий страны могут:

- ▶ **Определить наиболее подходящее сочетание точек доступа.** Управляемый государством процесс с участием многих заинтересованных сторон может определить точки доступа для всех соответствующих групп населения и варианты профилактики, включая государственные, частные и общественные службы. Набор доступных платформ будет зависеть от имеющихся ресурсов и должен быть основан на фактических данных и масштабируемым. Странам следует составить карту доступа к профилактике в зависимости от групп населения и используемых платформ, принимая во внимание актуальность, осуществимость, конфиденциальность, безопасность и доступность (которые различаются для разных субпопуляций). Сотрудничество между различными секторами, в частности, в сфере образования (школы), труда (места работы) и т. д., имеет решающее значение для расширения платформ профилактики ВИЧ-инфекции.
- ▶ **Выявить возможности интеграции для улучшения доступа к профилактике.** Интеграция профилактики ВИЧ-инфекции в первичную медицинскую помощь и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) является рекомендуемым подходом к обеспечению устойчивости, особенно в условиях повышенной заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения в целом, где женщины и мужчины охватываются этими услугами на постоянной основе (25). Например, в ряде стран с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией большое количество сексуально активных женщин имеют доступ к контрацепции, однако по-прежнему существуют пробелы в интеграции проблемы ВИЧ-инфекции в программы контрацепции. Эти проблемы можно решить с помощью имеющихся оперативных руководств (26). Возможности интеграции включают инициированное поставщиками медицинских услуг консультирование по профилактике ВИЧ, тестирование, регулярное предоставление презервативов и доступ к доконтактной профилактике (ДКП) в рамках услуг по контрацепции. И наоборот, услуги в области репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, могут интегрироваться в программы тестирования и лечения ВИЧ-инфекции. Руководство со стороны государства (в вопросах политики и финансовой подотчетности) является важнейшим фактором интеграции (27).
- ▶ **Разработать дифференцированные модели для улучшения доступа для ключевых групп населения.** Для ключевых групп населения в большинстве случаев необходимы дифференцированные подходы. Хорошим примером интеграции является малайзийская «модель КК» и подход «Дифференцированные услуги по борьбе с ВИЧ-инфекцией для ключевых групп населения», в рамках которого правительство и местные сообщества выполняют различные роли (26). [Другие успешные модели](#) предлагают ключевые услуги по профилактике ВИЧ-инфекции под общественным управлением в публичных учреждениях с выделенными помещениями для взаимодействия с сообществом (27). Однако такие модели работают только в том случае, если стигматизация и дискриминация ключевых групп населения в области таких услуг сведены к минимуму. Там, где безопасность, конфиденциальность и отсутствие стигматизации не могут быть гарантированы, важное значение для охвата ключевых групп населения имеет оказание услуг на уровне местных сообществ и по принципу «равный равному», особенно через устойчивые и интегрированные платформы надежного доступа (28). Согласно одному многострановому анализу, примерно 10–45% ключевых групп населения получают доступ к профилактике через организации, действующие по принципу «равный равному», а еще 33–51% — через неправительственные организации (НПО) (29).
- ▶ **Расширить использование инновационных виртуальных и телемедицинских платформ доступа.** Эффективные виртуальные платформы, разработанные и/или масштабированные во время COVID-19, в будущем должны поддерживаться и расширяться (30). Виртуальные платформы могут расширить охват аудитории, в том числе для программ, реализуемых по принципу «равный равному». Экономически эффективные варианты телемедицины могут помочь привлечь труднодоступные группы населения, уменьшить стигму и создать более доступные платформы доставки профилактики (31).
- ▶ **Внедрить подходы к профилактике ВИЧ-инфекции с использованием методов самопомощи.** Подход к профилактике ВИЧ-инфекции на основе самопомощи в сочетании с активной поддержкой со стороны сообщества может повысить доступность и улучшить результаты лечения, а также потенциально снизить затраты. Самопомощь включает, например, бесплатное самотестирование и доступ к ДКП в аптеках, а также использование аптек для приобретения средств самопомощи. Благодаря чат-ботам, виртуальной регистрации и персонализированным цифровым напоминаниям ИИ-системы могут поддерживать модели профилактики на основе самопомощи (32). Расширение таких моделей самопомощи может сместить акцент в профилактике ВИЧ-инфекции с услуг, инициируемых преимущественно поставщиками медицинских услуг, хотя они по-прежнему будут участвовать в поддержке и дополнении самопомощи.

- ▶ **Разработать единую национальную систему данных по профилактике.** Для профилактики необходимы надежные государственные системы сбора данных и эпидемиологического надзора. Странам необходимы системы сбора данных по профилактике, которые предоставляют ключевые данные о охвате и результатах в их конкретных условиях. Также важна возможность анализа и использования данных, в том числе данных, создаваемых на уровне сообществ. Страны могут использовать ежегодные модельные оценки потребностей в профилактике в качестве основы для ежегодного мониторинга. Это можно делать чаще и с меньшими затратами, чем опросы населения, которые, хотя и являются дорогостоящими, остаются актуальными для оценки воздействия, но необязательно должны проводиться ежегодно. Для дополнения таких опросов доступны более простые инструменты оценки результатов.
- ▶ **Обеспечить бесперебойные поставки средств профилактики через все соответствующие платформы доступа.** Вопросы закупок и цепочек поставок имеют ключевое значение для обеспечения наличия профилактических препаратов в различных торговых точках. Для максимального охвата и распространения странам следует минимизировать затраты, например, используя крупные международные платформы закупок товаров для профилактики, независимо от источника финансирования (33). На страновом уровне можно использовать существующие системы медицинской логистики и сети розничной торговли частного сектора.

Рис. 6. Разнообразные платформы реализации мер профилактики ВИЧ-инфекции для максимизации возможностей выбора и доступа



Выбор и приоритизация платформ профилактики на основе контекста страны и предпочтений ключевых и приоритетных групп населения

3. Варианты профилактики (биомедицинские)

Люди должны иметь возможность выбирать между различными методами и способами реализации мер профилактики ВИЧ-инфекции. К ним относится и «лечение как профилактика», учитывая, что люди с неопределяемой вирусной нагрузкой не могут передавать ВИЧ-инфекцию другим (эффект U=U, или «неопределяемый = непередаваемый» эффект от лечения ВИЧ) (34, 35).

В условиях расширения спектра доступных краткосрочных и долгосрочных вариантов профилактики необходим систематический подход к предложению этих различных вариантов. Концепция выбора и оптимального сочетания методов профилактики ВИЧ-инфекции частично отличается от других областей общественного здравоохранения, таких как контрацепция. Различные субпопуляции имеют разные предпочтения в отношении профилактики. Кроме того, недорогие многоцелевые средства, такие как презервативы и чистые иглы, широко распространены даже в местах с низкой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией, в то время как преимущества ДКП наиболее актуальны в условиях со значительной заболеваемостью ВИЧ-инфекцией (см. ниже).

В соответствии с этими соображениями, страны могут:

- ▶ **Предложить людям структурированный выбор средств профилактики.** Доступ к подходящим вариантам, выбор и возможность менять средства с течением времени не только увеличивают охват профилактикой, но и, вероятно, повышает экономическую эффективность (36). В конечном счете, главная цель — обеспечить высокий уровень охвата профилактикой людей, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией. ДКП была бы приоритетным вариантом для некоторых ключевых групп населения и лишь дополнительным — для других. Например, для секс-работников приоритетом является поддержание высокого уровня использования презервативов, а снижение вреда остается главным приоритетом для потребителей инъекционных наркотиков.
- ▶ **Оценить потребность в различных вариантах профилактики для каждой группы населения.** Оценка потребностей в конкретных методах полезна для планирования и должна проводиться с целью выбора оптимального сочетания. Цель состоит в том, чтобы увеличить охват профилактикой в целом, а не только одним конкретным профилактическим средством. (см. Таблицу 1, где приведен пример таблицы распределения методов по странам, которую можно адаптировать для целей планирования).
- ▶ **Быстро внедрять антиретровирусные препараты и другие технологии профилактики длительного действия.** Люди, которые больше всего в этом нуждаются, должны иметь возможность выбирать из уже существующих и новых технологий профилактики. Сюда входят инъекционные препараты для ДКП длительного действия, вагинальное кольцо с дапивирином и пероральные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции, содержащие тенофовир. Пока другие варианты, в частности, пероральная ДКП один раз в месяц (МК-8527), проходят клинические испытания и получают одобрение регулирующих органов, необходимо также уделять приоритетное внимание обеспечению доступа к ним. Поэтому первоочередными задачами являются обновление рекомендаций по применению ДКП и ускорение процесса получения разрешений регулирующих органов. В глобальном масштабе ключевой задачей является обеспечение того, чтобы к 2030 году не менее 20 млн человек использовали различные варианты ДКП с разбивкой по группам населения (рис. 7).
- ▶ **Обеспечить масштабируемый и равноправный доступ к презервативам для тройной защиты.** Презервативы остаются единственным средством, которое одновременно защищает людей от ВИЧ-инфекции, других инфекций, передающихся половым путем, и нежелательной беременности. Они также остаются основным методом контрацепции для подростков во всем мире. Однако после 2010 года распространению и популяризации презервативов уделяется меньше внимания, что в ряде регионов привело к снижению их использования и росту числа инфекций, передающихся половым путем. Как было показано в странах разных регионов, достижение 80% уровня использования презервативов при нерегулярных отношениях вполне возможно, а тенденция к снижению уровня их использования не является повсеместной. (37)

Для сокращения разрыва в использовании презервативов странам необходимо активизировать комплексные подходы к рынку презервативов, обеспечив взаимодополняющую роль государственного, общественного и частного секторов. Общая глобальная потребность в тройной защите

оценивается в 35 млрд презервативов в год. Для достижения целевого показателя в 6 млрд презервативов, распространяемых и продаваемых ежегодно к 2030 году, в странах Африки к югу от Сахары необходима стратегическая ориентация на популяризацию использования презервативов (см. рис. 3). По оценкам, потребность в презервативах среди ключевых групп населения во всем мире составляет около 14 млрд штук в год, и эта потребность может также быть удовлетворена за счет применения комплексного рыночного подхода. При этом модели частного сектора играют более значимую роль в странах с высоким доходом.

- ▶ **Расширить доступ к программам снижения вреда для потребителей наркотиков.** Разработанные на основе фактических данных комплексы мер по снижению вреда, включающие использование чистых игл и шприцев, ПТАО и профилактику передозировок (налуксон), остаются весьма эффективными методами профилактики, но используются недостаточно. Масштабируемые подходы к снижению вреда, реализуемые на уровне государств и общественных организаций, могут значительно расширить доступ к лечению и снизить передачу ВИЧ-инфекции.

Рис. 7. Потребность в ДКП к 2030 году в расчете на душу населения в странах с низким и средним уровнем доходов



Источник: Оценка потребностей ЮНЭЙДС в профилактике ВИЧ-инфекции, Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2025.

4. Социальные факторы развития (структурные)

Стигма и дискриминация, карательные законы, вредные гендерные нормы и неравенство создают барьеры для услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, снижают подавление вирусной нагрузки и увеличивают заболеваемость ВИЧ-инфекцией (38, 39, 40, 41). В глобальном масштабе правовая среда для профилактики ВИЧ-инфекции и защиты ключевых групп населения несколько улучшилась с 1980-х годов, однако, в целом в последние годы прогресс застопорился, а в некоторых странах даже сошел на нет. Эти барьеры необходимо устранить. Необходимо также защитить общественное пространство для затронутых сообществ.

Для достижения этой цели страны могут:

- ▶ **Определить основные барьеры на пути доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также факторы, влияющие на результаты лечения ВИЧ-инфекции в различных группах населения.** Для преодоления барьеров в области

прав человека, гендерных вопросов и других социальных проблем необходимы политическая приверженность, стратегии сотрудничества и долгосрочные инвестиции. Препятствия можно выявить в рамках разработки национальных планов и стратегий по борьбе с ВИЧ-инфекцией, описанных в Глобальной стратегии по борьбе со СПИДом на 2026–2031 годы. Эта система фокусируется на аспектах, связанных с профилактикой.

► **Определить роли партнеров и их сравнительные преимущества в преодолении барьеров. Преодолению некоторых из них могут помочь системы здравоохранения, юстиции и образования, а также группы по защите прав ВИЧ-инфицированных, взаимодействующие с этими системами, парламентариями и другими заинтересованными сторонами. Такие меры будут разными в разных странах, но в целом могут реализовываться по следующим направлениям:**ⁱⁱⁱ

- Адвокация снижения возраста согласия и отмены требований о согласии третьих лиц (родителей и супругов) на доступ к методам профилактики ВИЧ-инфекции, тестированию, услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующей информации.
- Декриминализация людей ЛГБТКИ+ и их поведения, секс-работы, употребления наркотиков и передачи ВИЧ-инфекции.
- Оказание поддержки в юридической регистрации общественных организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ-инфекции, и обеспечение им доступа к финансированию.
- Расширение мер по предотвращению гендерного насилия и обеспечению доступа к услугам, связанным с противодействием гендерному насилию, в рамках системы здравоохранения, в тесной связи с оказанием услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, включая своевременную ПКП для жертв сексуального насилия.
- Содействие гендерному равенству и расширению прав и возможностей женщин.

► **Определить конкретные меры по устранению структурных барьеров, препятствующих реализации программ профилактики.** В рамках усилий по профилактике ВИЧ-инфекции также необходимо будет устранять или обходить структурные барьеры, которые напрямую влияют на доступ людей к вариантам профилактики и их использование. К такой деятельности можно отнести:

- Включение информационных материалов по профилактике ВИЧ-инфекции сведений о поддерживающих гендерных нормах (например, совместная ответственность за защиту от инфекции; поощрение мужчин обращаться за медицинской помощью).
- Повышение осведомленности и оказание поддержки медицинским работникам в оказании уважительных, справедливых и недискриминационных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно представителям ключевых групп населения и/или сексуально активной молодежи, в том числе посредством общественного мониторинга.
- Учет вопросов безопасности, защиты и конфиденциальности при разработке информационно-просветительских, виртуальных и стационарных услуг для ключевых групп населения.
- Укрепление механизмов направления и защиты прав ключевых групп населения в целях обеспечения их защиты (например, в случаях насилия и дискриминации).
- Анализ и устранение неравенства в доступе к профилактике и ее использованию (например, по уровню дохода, полу, возрасту или другим факторам), в том числе в отношении доступности, приемлемости и финансовой доступности услуг.

► **Применять правозащитный подход к профилактике ВИЧ-инфекции.** Он включает в себя декриминализацию ключевых групп населения, поскольку карательные законы удерживают криминализованные группы от обращения за медицинской помощью и услугами по профилактике ВИЧ-инфекции, что имеет негативные последствия для всего общества. Важны также требования, касающиеся получения согласия третьих лиц. Устойчивый доступ к профилактике ВИЧ-инфекции требует применения к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции правозащитных стандартов (42). Он также подразумевает формирование благоприятной правовой, политической

iii См. также Глобальную стратегию по борьбе со СПИДом на 2026–2031 годы. Женева: ЮНЭЙДС; 2026 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-02/2026%E2%80%932031_Global-AIDS-Strategy_en.pdf).

и институциональной среды, которая уважает, защищает и отстаивает права людей с ВИЧ-инфекцией и ключевых групп населения, особенно в условиях криминализации ВИЧ-инфекции и сокращения гражданского пространства. Кроме того, предполагается полноценное участие людей с ВИЧ-инфекцией и других затронутых групп населения в разработке, реализации и мониторинге программ профилактики. Такие изменения в политике представляют собой недорогие варианты улучшения рабочей среды для профилактики ВИЧ-инфекции.

Правительствам, политическим лидерам и руководителям программ необходимо осознавать проблемы, связанные с ростом организованных кампаний против отдельных групп населения и распространением дезинформации о ВИЧ-инфекции в социальных сетях и других источниках. Необходимо популяризировать профилактику ВИЧ-инфекции с помощью научных и правозащитных подходов, которые подчеркивают пользу для общественного здравоохранения от успешных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

5. Мультисекторальное управление (сквозное)

Эффективное лидерство и ответственное управление в сфере профилактики ВИЧ-инфекции имеют решающее значение. Создавая и поддерживая ключевые возможности для профилактики ВИЧ-инфекции в рамках систем здравоохранения (включая те, где ведущую роль играют затронутые сообщества), страны могут поставить профилактику во главу угла в своей борьбе с ВИЧ-инфекцией (43).

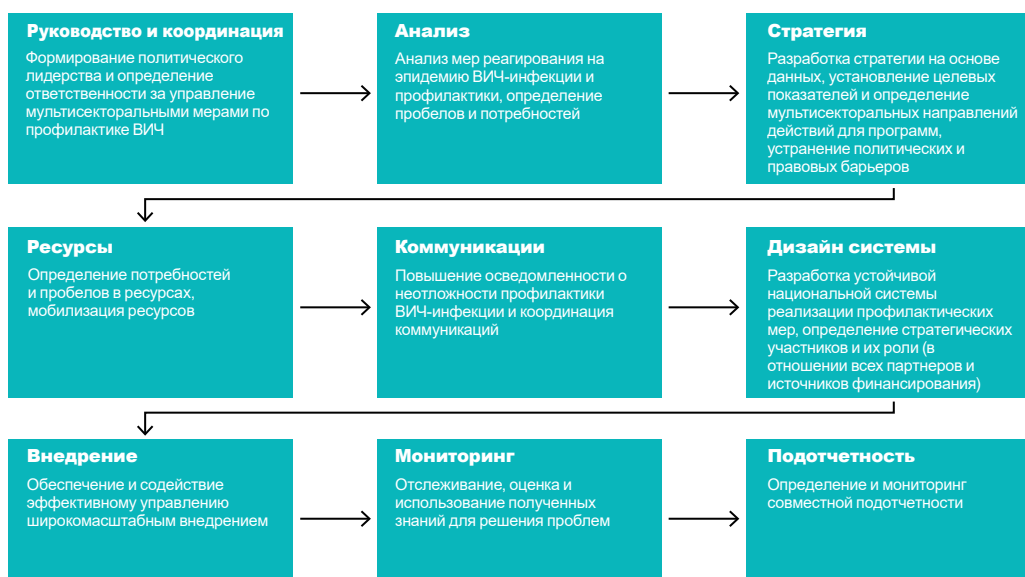
Сложности профилактики ВИЧ-инфекции требуют наличия специализированного механизма управления, способного привлекать квалифицированные кадры.

Для перехода от проектной деятельности к скоординированной национальной программе профилактики ВИЧ-инфекции крайне важны твердая приверженность и контроль со стороны государства. Наряду с государством, свой вклад в формирование устойчивых систем профилактики будут вносить лидеры затронутых сообществ.

Мультисекторальные структуры, занимающиеся контролем ВИЧ-инфекции, являются важным инструментом реагирования, однако, они должны соответствовать своему назначению. Например, в Ботсване Национальное координационное агентство по СПИДУ было преобразовано в Национальное агентство по укреплению здоровья в 2019 году, которое было передано в ведение администрации президента и получило расширенный мандат, включающий, помимо ВИЧ-инфекции, профилактику

неинфекционных заболеваний, таких как рак и диабет (44). На рис. 8 представлены девять ключевых мультисекторальных управленческих функций и этапов, которые также подробно описаны в дополнительных рекомендациях (42).

Рис. 8. Ключевые функции мультисекторального управления в области профилактики ВИЧ-инфекции



Источник: Форум лидеров по вопросам ВИЧ-инфекции. Глобальная коалиция по профилактике ВИЧ-инфекции. Реализация мультисекторальных мер по профилактике ВИЧ-инфекций на страновом уровне. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (будет опубликовано).

Оптимизация профилактики

Улучшение приоритизации в условиях ограниченности ресурсов

Для достижения целей на 2030 год в сложных условиях национальные системы реагирования на ВИЧ-инфекцию должны пересмотреть приоритеты и методы профилактики ВИЧ-инфекции. В условиях сокращения внешних ресурсов, ограниченных бюджетных возможностей и множества конкурирующих приоритетов правительствам непросто обеспечивать собственную деятельность по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Однако разумное и эффективное использование существующих ресурсов по борьбе с ВИЧ-инфекцией все еще может существенно сократить число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией к 2030 году (45).

Первостепенное значение здесь имеет приоритизация задач. Профилактика ВИЧ-инфекции наиболее эффективна, когда специально разработанные пакеты профилактики доступны людям, которые в них больше всего нуждаются, и в регионах с самым высоким уровнем распространения ВИЧ, когда эти программы реализуются посредством эффективных платформ оказания услуг, и когда они доступны по цене.

Необходимо также охватить большое число людей, подверженных умеренному риску заражения ВИЧ-инфекцией, с помощью масштабных и менее затратных мер вмешательства. Более подробные рекомендации по приоритизации профилактики доступны в ЮНЭЙДС, ВОЗ, Глобальном фонде и других организациях (46, 47, 48). На рис. 9 показано, как страны могут расширить пакеты профилактики для групп населения с более высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией, не прибегая к строгому исключению из нее лиц из других групп населения, стремящихся получить доступ к профилактике ВИЧ-инфекции.

Рис. 9. Приоритизация на основе уровня распространения ВИЧ-инфекции

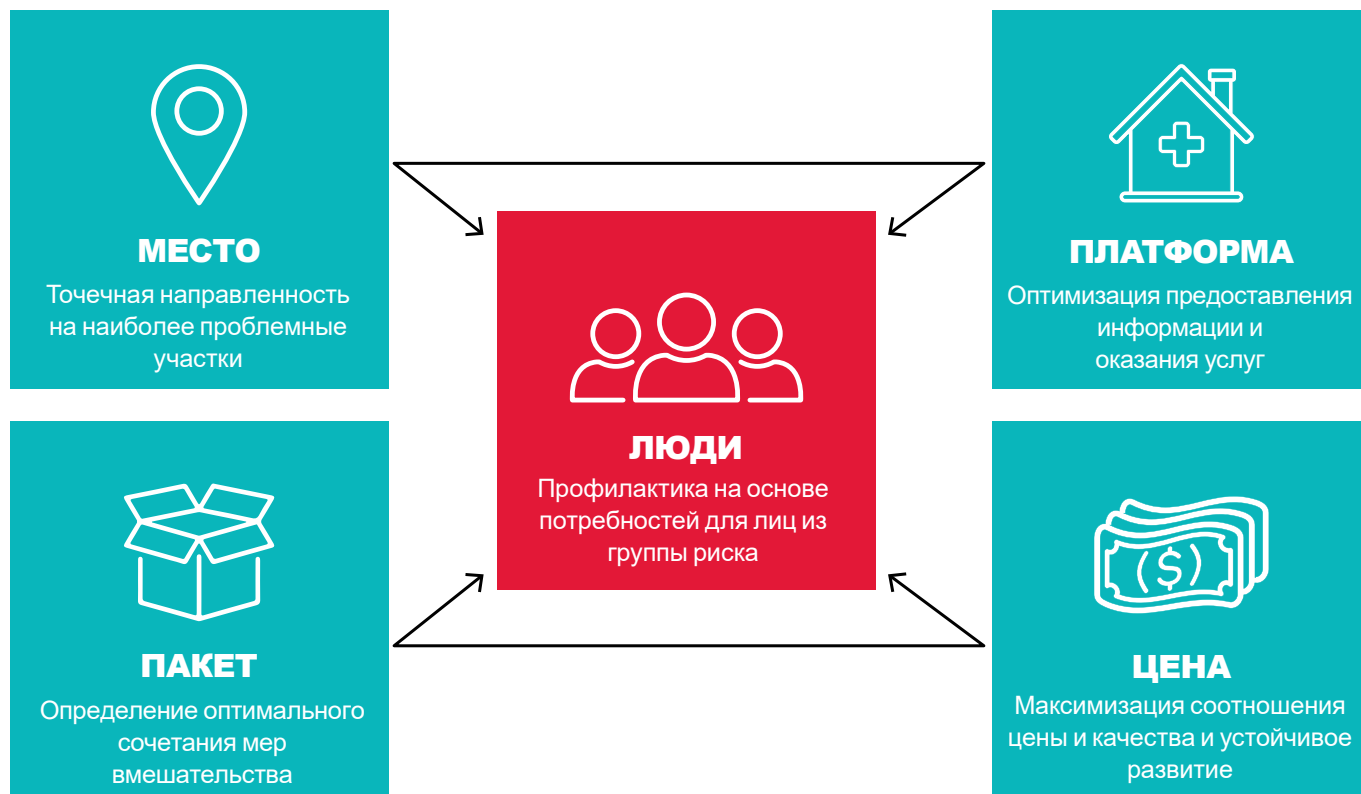
| Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в субпопуляции (по возрасту, полу, географическому положению и поведению) | Меры вмешательства, которые должны быть масштабированы для конкретных субпопуляций (с соответствующими показателями заболеваемости ВИЧ-инфекцией) |
|---|--|
| Низкий (менее 0,2%) | <ul style="list-style-type: none"> + Доступны услуги тестирования на ВИЧ-инфекцию и презервативы + Доступна ПКП + АРТ (для всех людей с ВИЧ) |
| Умеренный (от 0,2% до 0,5%) | <ul style="list-style-type: none"> + Формирование спроса на вышеупомянутые базовые средства комбинированной профилактики (виртуальные/медийные) + Доступна ДКП |
| Высокий (от 0,5% до 2%) | <ul style="list-style-type: none"> + Личное (очное) донесение информации (спрос и услуги) + Доступна ДКП с активным продвижением |
| Очень высокий (более 2%) | <ul style="list-style-type: none"> + Максимально целевые показатели по ДКП при всеобщем предложении |

При повышении уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией объем дополнительных мер вмешательства для профилактики увеличивается

Предоставление доступа лицам, которые активно просят о нем

Представленная на рис. 10 матрица приоритетов профилактики ВИЧ-инфекции по принципу «пяти Р» обеспечивает основу для более целенаправленного планирования и инвестиций в профилактику.

Рис. 10. Матрица приоритизации профилактики ВИЧ-инфекции «Пять Р» ('Five P')



ЛЮДИ (PEOPLE): акцент на ключевых и приоритетных группах населения, которые больше всего нуждаются в профилактике

Сосредоточение усилий по профилактике ВИЧ-инфекции на ключевых группах населения и их партнерах остается весьма эффективным способом снижения передачи ВИЧ-инфекции на уровне населения, в том числе в условиях генерализованных эпидемий (1, 49). Одна из моделей показала, что в трех африканских регионах 60–80% всех новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в период с 2013 по 2033 год можно предотвратить за счет усиления программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди секс-работников. Целенаправленное воздействие на подгруппы приоритетных групп населения может еще больше повысить экономическую эффективность. Например, в ходе анализа в районе Сиайя в Кении было установлено, что только 14 тысяч из почти 100 тысяч девочек-подростков и молодых женщин нуждаются в усиленной профилактике ВИЧ-инфекции (46). Страны могут использовать новейшие инструменты оценки для пересмотра своих оценок групп населения, наиболее нуждающихся в профилактике ВИЧ-инфекции (таблица 7 в Приложении 1).

Личностно-ориентированная точечность профилактики означает использование данных для разработки программ таким образом, чтобы нужные люди могли получить доступ к наиболее подходящим вариантам профилактики

Следует также учитывать изменение динамики эпидемии. Если в 2010 году во всем мире на долю геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, приходилось 9% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди взрослого населения, в 2024 году эта доля достигла 18% (50, 47). Аналогичным образом, в

странах Африки к югу от Сахары все больше новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией приходится на женщин в возрасте 25–49 лет (1). Если ресурсы для эмпирических методов оценки размеров недоступны, страны могут рассмотреть более дешевые альтернативы, например, метод Дельфи, «коллективный разум», анализ тенденций интернет-поиска или региональный бенчмаркинг, хотя область применения оценок, полученных с помощью таких методов, является более ограниченной (51, 52).

МЕСТО (PLACE): точечное таргетирование мест с самым высоким уровнем заболеваемости ВИЧ

Во многих случаях регион проживания человека является основным фактором, определяющим вероятность заражения ВИЧ-инфекцией в течение жизни. Например, в Кении в 2021 году всего на 10 (из 47) регионов приходилось 57% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. В Мьянме у потребителей инъекционных наркотиков в приграничных районах в 2014–2021 годах заболеваемость ВИЧ-инфекцией была на 67% выше (53).

Точечная ориентация на конкретные места не всегда означает выбор нескольких областей и сосредоточение внимания только на них. Может также требоваться корректировка интенсивности мер во всех соответствующих местах в зависимости от уровня распространения ВИЧ-инфекции в них.

Точечное таргетирование регионов на субнациональном уровне означает, что пакеты профилактики должны быть особыми в тех регионах, где наблюдаются значительные различия в уровне заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Важно отметить, что этот подход означает не сосредоточение только на нескольких областях, а варьирование интенсивности действий. Кроме того, если различия в заболеваемости ВИЧ-инфекцией незначительны (например, менее чем в два раза), то затраты на управление отдельными пакетами могут превысить выгоды. В заключение следует отметить, что оценки заболеваемости ВИЧ-инфекцией на субнациональном уровне часто сопряжены со значительным уровнем неопределенности. Хорошим примером точечного таргетирования является Дорожная карта профилактики ВИЧ-инфекции на 2022–2025 годы в Мозамбике, которая определяет различные пакеты мер профилактики ВИЧ-инфекции на основе

уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией в тех или иных районах (54). В нескольких странах использовались [Субнациональные оценки заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди приоритетных групп населения \(SHIP\)](#) для дифференциации национальных программ профилактики ВИЧ-инфекции и предложений Глобального фонда начиная с 2022 года.

ПЛАТФОРМА (PLATFORM): оптимизация предоставления информации и оказания услуг

При планировании следует учитывать охват и пригодность различных платформ доступа к профилактике для разных групп населения. В некоторых ситуациях модели профилактики ВИЧ-инфекции, инициированные ключевыми группами населения, могут быть более экономически эффективными, чем государственные услуги — например, в Таиланде (55). В Мали и Непале онлайн-информирование повысило экономическую эффективность результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию по сравнению со всеми услугами, предоставляемыми очно. (56). Дифференцированный подход к оказанию услуг по профилактике ВИЧ-инфекции может привести к дальнейшему повышению их эффективности. Шестимесячный курс пероральной ДКП с самотестированием ВИЧ-инфекции может помочь в расширении доступа и минимизации затрат на оказание и получение услуг без ущерба для качества (57).

В зависимости от имеющихся ресурсов, страны могут запланировать «наслаивание» различных моделей оказания услуг для приоритетных групп (рис. 3 в Приложении 1). Важно изучить способы сокращения фрагментации с сохранением необходимого уровня дифференциации при оказании услуг и стандартизации человеческих ресурсов.

ПАКЕТНЫЙ ПРИНЦИП (PACKAGE): определение оптимального сочетания мер вмешательства

Оценки потребностей в профилактике на основе модели Spectrum ЮНЭЙДС, которая легла в основу целевых показателей профилактики ВИЧ-инфекцией к 2030 году, представляют приоритетное сочетание вариантов профилактики. Для дальнейшего определения приоритетов можно использовать анализ экономической эффективности и оптимизации с помощью таких моделей, как Goals, Optima (58), модель эпидемии СПИДа (АЕМ) и т. д. (59). Для определения приоритетов и выбора оптимального сочетания мер вмешательства с учетом экономической эффективности особенно важны три фактора:

- Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в субпопуляции (национальные оценки доступны с помощью таких систем, как Spectrum, а субнациональные оценки — с помощью систем,

подобных [NAOMI](#), SHIPP и др.);

- Стоимость на одного охваченного человека в год;
- Предполагаемая эффективность мер вмешательства.

При определении оптимального сочетания мер вмешательства по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо учитывать баланс между моделями распределения ресурсов и потребностями, а также социальным контекстом различных сообществ. При принятии решений следует учитывать предпочтения пользователей.

ЦЕНА: максимальное соотношение цены и качества и устойчивое развитие

Сейчас обеспечение максимально выгодных цен на высококачественные профилактические препараты, товары и услуги важно как никогда. В последние годы доступ к дженерикам и усиление конкуренции привели к значительному снижению цен на ДКП и ПТАО. Другие вопросы, касающиеся затрат, изложены в разделе, посвященном финансированию и устойчивости профилактики.

В условиях сильной зависимости от внешнего финансирования наибольшего повышения эффективности профилактики зачастую можно достичь путем перехода от затрат, определяемых донорами, к устойчивым методам расчета затрат, применяемым государственными органами страны. Такие преобразования уже осуществляются в ряде стран. Например, Индия перевела свою национальную программу поддержки ключевых групп населения с крупномасштабной общинной системы на национальное финансирование. Затраты были снижены, при этом сохранялись программы предоставления основных услуг, реализации проектов на уровне местных сообществ и заключения социальных подрядов. В программах профилактики экономия часто можно получить в трех основных областях:

- **Снижение фрагментации оказания услуг** путем оптимизации проектов и кадров в рамках одной национальной программы.
- **Переход к устойчивым и более стандартизированным шкалам заработной платы и вознаграждения** для управления персоналом в соответствии с практикой страны, а не практикой доноров.
- **Использование платформ для крупных (международных) закупок** товаров.

Анализ экономической эффективности распределения затрат полезен для оценки того, как результаты профилактики ВИЧ-инфекции и затраты на нее распределяются между различными группами населения. Это может потребовать более высоких затрат на душу населения для охвата криминализованных и стигматизированных групп населения с более высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией, поскольку охват этих групп дает значительные преимущества как для самих этих групп, так и для борьбы с ВИЧ-инфекцией в целом.

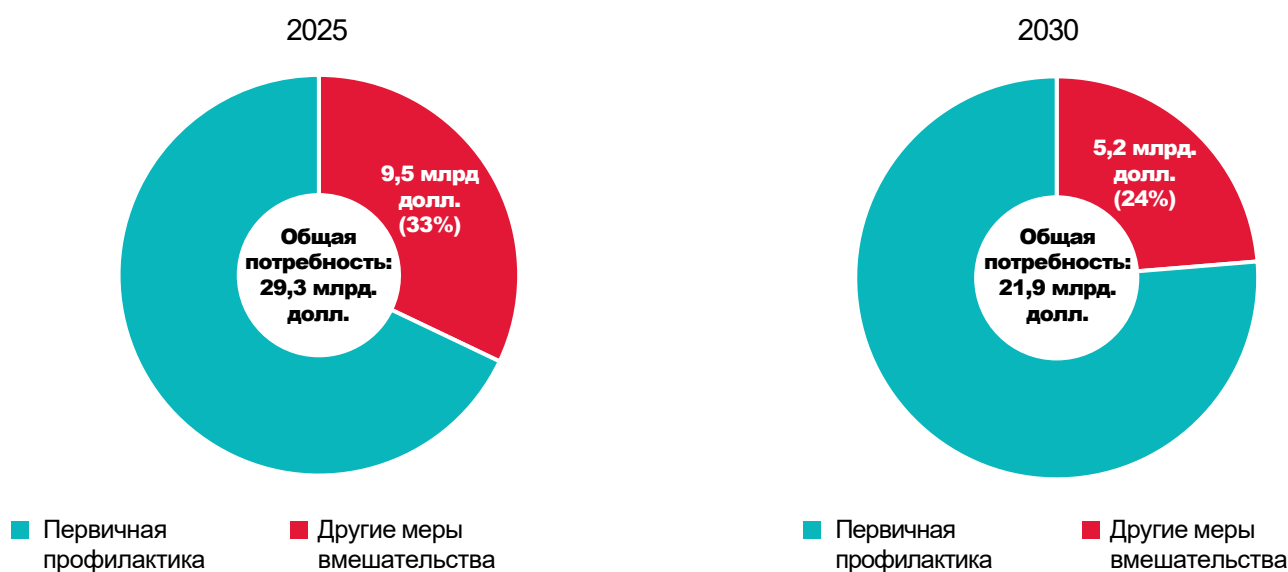
Финансирование и устойчивость профилактики

Трансформации архитектуры инвестиций в профилактику

В 2026–2030 годах финансирование профилактики ВИЧ-инфекции должно перейти от экстренного и проектного финансирования к устойчивому финансированию профилактики в соответствии с национальными системами.

К 2030 году для достижения глобальных целей по профилактике ВИЧ-инфекции в странах с низким и средним уровнем доходов населения потребуется 5,2 млрд долл. США ежегодно, что эквивалентно 24% от общих потребностей в ресурсах для борьбы с ВИЧ-инфекцией (21,9 млрд долл. США). Эти оценки потребностей в ресурсах ниже предыдущих из-за значительной экономии затрат (11) и улучшенной приоритизации. Последняя включает снижение средней цены пероральной ДКП примерно со 109–134 долл. США на человека в год в 2019 году до менее чем 40 долл. США в 2025 году (60, 61), а также значительное снижение удельных затрат на ПТАО (рис. 11).

Рис. 11. Скорректированные оценки потребностей в ресурсах для профилактики ВИЧ-инфекции, 2025 и 2030 годы



Источник: Финансовые прогнозы ЮНЭЙДС, июль 2025 года

В условиях ограниченных ресурсов крайне важно преобразовать цели профилактики в реализуемые национальные инвестиционные планы.

Потребность в финансировании первичной профилактики варьируется в зависимости от региона: от 12% от общего объема ресурсов, выделяемых на борьбу с ВИЧ, в Западной и Центральной Африке до 38% в Восточной Европе и Центральной Азии (рис. 11).

Для понимания глобальных целей и потребностей в инвестициях важно осознать, что более половины общего финансирования первичной профилактики ВИЧ-инфекции необходимо всего в восьми странах: ЮАР (12%), Индии (10%), Китае (6%), Бразилии (6%), Пакистане (5%), Российской Федерации (5%),

Индонезии (4%) и на Филиппинах (4%) (62).

В соответствии со своей экономической ситуацией и эпидемиологической обстановкой, правительства стран могут:

► **Коренным образом реорганизовать финансирование профилактики, сосредоточив его на инвестиционных планах, реализуемых на уровне отдельных стран.**

Государственные планы инвестиций в профилактику должны стать центральным инструментом планирования во всех странах. В странах со средним уровнем доходов населения международные партнеры сохраняют за собой роль в предоставлении подробных эпидемиологических и программных инструментов для оценки потребностей и установления страновых целевых показателей в качестве основы для профилактических мероприятий, финансируемых преимущественно за счет национальных средств. В странах с низким уровнем и ниже среднего уровня доходов населения, где высока распространенность ВИЧ-инфекции, международным партнерам необходимо будет продолжать оказывать поддержку исходя из пересмотренных национальных планов и структур затрат, включая меры по повышению эффективности, изложенные в предыдущем разделе.

► **Применить комплексный рыночный подход к профилактике ВИЧ-инфекции.**

Хотя традиционно комплексный рыночный подход не считается национальным финансированием, он может помочь решить проблему ограниченности масштаба и устойчивости профилактики ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции является важнейшей медицинской услугой, которая должна быть включена в пакеты всеобщего медицинского страхования. Эта услуга должна быть бесплатной для людей, подверженных наибольшему риску заражения ВИЧ, и для тех, кто сталкивается со структурными препятствиями. Комплексный рыночный подход может дополнить ее, расширив выбор платформ доступа и средств профилактики. Такой подход предполагает, что население с более высоким доходом может приобретать средства профилактики за свой счет, в то время как группам населения с низким доходом, которые не могут позволить себе цены в частном секторе, могут предоставляться государственные субсидии.

Модели социального маркетинга и социального предпринимательства обеспечивают доступность средств вне медицинских учреждений. В некоторых случаях коммерческие модели могут также служить источником устойчивого дохода для поставщиков услуг, действующих под управлением местных сообществ. В таблице 2 представлен систематический подход к совместному финансированию профилактики. Вместо финансирования донорами донорских проектов систематический подход предполагает их участие в финансировании отдельных частей программ, реализуемых на уровне отдельных стран.

Таблица 2. Пример сегментации в рамках комплексного рыночного подхода и системного подхода к совместному финансированию (иллюстративные допущения относятся к контексту страны с низким доходом и могут быть адаптированы)

| Варианты профилактики | Цель (иллюстративная) | Программы/рыночные сегменты (процентная доля средств профилактики и целевых групп населения, которые необходимо охватить) | | | Источник финансирования для бесплатного и субсидируемого использования (процентная доля затрат) | |
|---|--------------------------|--|---|--|---|--------|
| | | Бесплатное (общедоступное) | Субсидируемое (социальный маркетинг) | Продажа (частные лица / за свой счет) | Государство | Доноры |
| Презервативы | 85 млн | 50% | 30% | 20% | 50% | 30% |
| ДКП | 120 000 | 80% | 10% | 10% | 30% | 60% |
| ДКП (длительного действия) | 230 000 | 100% | — | — | 10% | 90% |
| ПКП | Подлежит уточнению | 60% | 20% | 20% | 50% | 20% |
| ДММО | 120 000 | 90% | — | 10% | 50% | 50% |
| Иглы и шприцы | 2,5 млн | 80% | — | 20% | 40% | 20% |
| ПТАО | 4800 | 100% | — | — | 80% | 20% |
| Личностно-ориентированные программы и платформы доступа | Цель (иллюстративная) | Средство | Информационно-просветительская работа | Виртуальн. | Государство | Доноры |
| Женщины и девочки в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ-инфекцией (>0,2%) | 900 000 | 40% | 10% | 50% | 80% | 20% |
| Мужчины и мальчики в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ-инфекцией (>0,2%). | 400 000 | 10% | 10% | 80% | 80% | 20% |
| Охваченные секс-работники | 45 000 | 40% | 40% | 20% | 50% | 50% |
| Охваченные геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами | 60 000 | 20% | 10% | 70% | 50% | 50% |
| Охваченные трансгендерные люди | 4000 | 20% | 30% | 50% | 50% | 50% |
| Охваченные потребители инъекционных наркотиков | 10 000 | 40% | 40% | 20% | 50% | 50% |
| Заклученные | 8000 | 80% | — | 20% | 90% | 10% |

- ▶ **Увеличить национальное финансирование первичной профилактики и выделять не менее 20% национальных расходов на профилактику ВИЧ-инфекции.** Успех глобальных мер реагирования в период с 2026 по 2030 год и в последующие годы будет зависеть от национального финансирования. На основе анализа данных за 2019–2024 годы, проведенного в 22 странах, почти 80% программ первичной профилактики ВИЧ-инфекции финансируются из внешних источников, по сравнению с 55% программ по уходу и лечению (63). Такая зависимость ставит первичную профилактику под угрозу.
- ▶ Первичная профилактика также требует более высокой приоритизации, особенно в рамках национальных расходов. В качестве ориентира, с учетом контекста страны, ЮНЭЙДС рекомендует, чтобы к 2030 году не менее 20% национальных расходов на борьбу с ВИЧ-инфекцией направлялось на первичную профилактику (64). В таблице 3 представлены базовые значения на региональном уровне.

Таблица 3. Доля ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ-инфекции (данные по 57 странам, 2023–2024 годы)

| Регион | Процент от общего объема ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ | Процент национальных ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ |
|--------------------------------------|---|---|
| Азиатско-Тихоокеанский регион | 8 | 7 |
| Восточная и Южная Африка | 10 | 5 |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 21 | 15 |
| Латинская Америка и Карибский регион | 16 | 15 |
| Ближний Восток и Северная Африка | 5 | 0 |
| Западная и Центральная Африка | 9 | 3 |
| Всего в мире | 11 | 8 |

Источник: Специальный анализ на основе глобального набора данных мониторинга СПИДа. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

- ▶ **Изучить инновационные национальные механизмы финансирования мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией, включая профилактику.** Есть несколько эффективных стратегий увеличения национального финансирования профилактики ВИЧ-инфекции:
 - Включение профилактики ВИЧ-инфекции в пакет **социального медицинского страхования** (65). Бразилия и Таиланд включили ДКП в свои пакеты социального медицинского страхования с 2017 и 2021 годов соответственно (66, 67). Важно также обеспечить медицинское страхование для людей, нуждающихся в профилактике ВИЧ-инфекции. В 2023 году Камбоджа расширила критерии для Фонда равного здравоохранения, включив в них секс-работниц (68).
 - **Социальный подряд** общественных организаций важен для облегчения доступа к профилактике на уровне сообществ и поэтому для увеличения объема использования методов про-

филактики ВИЧ-инфекции (69). Масштабирование этих механизмов финансирования происходит медленно, однако имеются многообещающие примеры. С 2021 года Ямайка заключила социальный подряд в отношении профилактики ВИЧ-инфекции среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также трансгендерных людей (70), а Вьетнам начал заключать социальный подряд для оказания услуг по снижению вреда в 2023 году (71). Значительное участие сообществ имеет решающее значение при разработке этих механизмов (72).

- **Специальные сборы и налоги** использовались для финансирования профилактики ВИЧ-инфекции в ряде стран, включая Филиппины, ЮАР, Уганду и Зимбабве (73, 74).
- Для повышения вероятности того, что правительства возьмут на себя финансирование программ профилактики ВИЧ-инфекции из внешних источников, ключевое значение имеет **укрепление систем управления государственными финансами (УГФ)**. Включение в бюджет финансирования профилактики ВИЧ-инфекции из внешних источников (чтобы оно проходило через систему управления государственными финансами независимо от того, кто его реализует) способствует успешному переходу доноров (75).
- ▶ **Обеспечить адекватное финансирование для того, чтобы ключевые группы населения имели доступ к профилактике.** В 2024 году лишь 2,6% (76) от общего финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией было потрачено на программы для ключевых групп населения, хотя в том году на них приходилось примерно 69% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией за пределами стран Африки к югу от Сахары и около 26% в странах Африки к югу от Сахары (77). К 2030 году расходы на прямые услуги по профилактике ВИЧ-инфекции (за исключением ДКП) для ключевых групп населения составят 13% от общего объема финансирования (78). Крайне важно увеличить национальное финансирование профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, одновременно поддерживая международное финансирование до тех пор, пока в стране не будут созданы необходимые бюджетные ассигнования, механизмы социального подряда, а также стандарты качества и безопасности.
- ▶ **Необходимо обеспечить наличие, приемлемую стоимость и доступность новых технологий профилактики.** Эти новые технологии следует предоставлять наряду с существующими эффективными вариантами, включая пероральную ДКП, чтобы обеспечить наличие значимого выбора. Помимо доступности по цене, для масштабирования крайне важны своевременное получение разрешений регулирующих органов, включение в национальные руководства и пакеты всеобщего медицинского страхования, а также доступ к качественным дженерикам посредством добровольных лицензий или других правовых и политических мер.

В некоторых странах, в частности, в Кении, ЮАР и Зимбабве, уже установлены пороговые значения экономической эффективности для ДКП длительного действия (79, 80). Доступ к ленакапавиру по цене 40 долл. США за две инъекции в год подтвержден для 120 стран с низким и средним уровнем доходов населения (81). Однако для ряда стран со средним уровнем доходов населения, на долю которых приходится значительная часть потребностей в этой технологии профилактики, сохраняется проблема доступности по цене. ДКП длительного действия может оставаться экономически эффективной при ценах, немного превышающих цены на пероральную ДКП, однако, не при существенно более высоких ценах. Страны могут определять пороговые значения, при которых средства профилактики будут повышать общую эффективность профилактических мер, и использовать их в процессе ценообразования и переговоров.

Экономический анализ, включающий отслеживание ресурсов, нормы ценообразования и оценку экономической эффективности, имеет важное значение для мониторинга таких преобразований. Национальные оценки расходов на борьбу со СПИДом и другие методы отслеживания ресурсов остаются важнейшими инструментами для понимания детальных расходов на профилактику ВИЧ-инфекции, в том числе национальных расходов и расходов на ключевые группы населения.

Заключение и обязательства

Призыв к действию в сфере профилактики на национальном уровне

Достижение цели на 2030 год, согласно которой каждый человек, подверженный риску заражения ВИЧ-инфекцией, будет иметь доступ к вариантам профилактики, соответствующим его потребностям, возможно только при трансформации подхода к профилактике ВИЧ-инфекции. Глобальная рамочная программа доступа «Профилактика до 2030 года» предлагает странам новый, сфокусированный подход к достижению своих целей в условиях ограниченных ресурсов.

Для реализации программы «Профилактика до 2030 года» странам рекомендуется разработать **краткий план действий**, в котором будут изложены преобразования в области профилактики, которые позволят расширить доступ к ней на уровне страны. План действий может представлять собой дополнение к существующим планам, стратегиям или национальным планам по профилактике ВИЧ-инфекции.

Странам предлагается завершить разработку своих планов профилактики ВИЧ-инфекции до конца 2026 года. Ориентиром может послужить контрольный список, представленный в таблице 4.

Таблица 4. Инструмент планирования программы «Профилактика до 2030 года»: контрольный список для страны

| | Срок |
|--|-------------------|
| Сметы потребностей: пересмотр численности групп для профилактики с целью определения тех, кто нуждается в целевых услугах | Апрель 2026 года |
| Таблицы сопоставления методов: определение ежегодных целевых показателей доступности по численности населения и видам мер вмешательства | Апрель 2026 года |
| Инструменты мониторинга и оценки: обновление инструментов путем включения в них отслеживания общего использования средств профилактики ВИЧ-инфекции (т. е. любых методов на момент последнего контакта) | Июнь 2026 года |
| Платформы доступа: картирование использования средств профилактики по группам населения и средствам по различным моделям оказания услуг | Июнь 2026 года |
| Комплексный рыночный подход: анализ целесообразности расширения услуг по самопомощи и развития социального предпринимательства | Август 2026 года |
| Потребности в ресурсах: оценка объема национального и внешнего финансирования, необходимого для достижения целевых показателей доступа | Октябрь 2026 года |
| Планирование: разработка национального плана действий «Профилактика до 2030 года» | Декабрь 2026 года |
| Мониторинг: обновление страновых показателей программы «Профилактика до 2030 года» | Ежегодно |
| Отслеживание ресурсов: оценка расходов на профилактику; приоритетное внимание к расходам внутри страны и по ключевым группам населения | Ежегодно |
| Управление: проведение ежегодной экспертной оценки эффективности работы с субнациональными и мультисекторальными организациями | Ежегодно |

Призыв к действию

► ПРАВИТЕЛЬСТВА СТРАН ДОЛЖНЫ:

- Определить национальные и субнациональные **целевые показатели** программ, финансирования и воздействия на основе детальных оценок потребностей и в соответствии с Политической декларацией ООН 2026 года, Глобальной стратегией по борьбе со СПИДом на 2026–2031 годы и настоящей рамочной программой доступа.
- Разработать национальные и устойчивые **планы** профилактики ВИЧ-инфекции с четкой расстановкой приоритетов, которые позволят перейти от разрозненных проектов к комплексным национальным программам.
- Назначить национальный **мультисекторальный руководящий орган** по профилактике ВИЧ-инфекции и нарастить его потенциал для руководства мерами профилактики.
- **Направлять и координировать** комплексную профилактику ВИЧ-инфекции в секторе здравоохранения и мультисекторальную профилактику, в том числе в государственном секторе, частном секторе и на уровне местных сообществ.
- Обеспечить адекватное **финансирование профилактики внутри страны**, в том числе интеграцию в схемы социального медицинского страхования и мультисекторальные бюджеты.
- Разработать системный подход к **платформам доступа** к средствам профилактики с обеспечением дифференциации платформ для разных групп населения (но не отдельных проектных подходов).
- Разработать и внедрить механизм поддержки **систем на уровне сообществ**, в том числе систему социального подряда для гражданского общества и общественных организаций, охватывающих ключевые и приоритетные группы населения.
- Возглавить кампанию по профилактике и координировать лично-ориентированную **коммуникацию по профилактике ВИЧ-инфекции**, в том числе в виртуальном пространстве и путем продвижения знаний, норм и навыков, связанных с профилактикой;
- Облегчить ускоренный процесс регулирования внедрения и обеспечения доступа к **профилактическим препаратам длительного действия** с максимально эффективным использованием ограниченных ресурсов и удовлетворением различных предпочтений и потребностей людей.
- Обеспечивать инвестиции в презервативы, иглы, тесты для самодиагностики и другие **средства самопомощи**, применяя «комплексный рыночный подход» с взаимодополняющими ролями государственного сектора, социального подряда и частного сектора.
- Ускорить необходимые реформы правовой и **политической среды**, чтобы люди, наиболее пострадавшие от ВИЧ-инфекции, могли получить доступ к профилактике, и внедрить правоприменительные меры, облегчающие доступ к профилактике, а не препятствующие ему.

► ПАРТНЕРЫ ПО ФИНАНСИРОВАНИЮ ДОЛЖНЫ:

- В своих собственных интересах **продолжать инвестиции** в профилактику ВИЧ-инфекции в странах с низким и средним уровнем доходов населения, признавая, что пандемию невозможно остановить, если не снизить передачу вируса во всех странах.
- Поддерживать **поэтапный переход** к устойчивости, который обеспечит доступ к профилактике и ее использование, а не резкое прекращение финансирования программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.
- Привлекать **дополнительных спонсоров**, в том числе страны с высоким уровнем доходов населения и уровнем доходов выше среднего, а также фонды, для финансирования профилактики с систематическим акцентом на страны с низким уровнем доходов населения, где высока заболеваемость ВИЧ-инфекцией, и имеются крайне уязвимые группы населения.
- **Перенаправить** свои усилия на реализацию устойчивых национальных планов профилактики, а не донорских проектов, поддерживать существующие системы здравоохранения и системы, действующие на уровне местных сообществ, придерживаться устойчивых национальных руководящих принципов в отношении затрат.

- Продолжать поддерживать **доступ** к основным средствам профилактики, таким как презервативы, чистые иглы и пероральная ДКП;
- Поддерживать усилия стран по обеспечению **доступного и быстрого доступа** к инновационным технологиям профилактики длительного действия.

► **ОБЩЕСТВЕННЫЕ И ДРУГИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА ДОЛЖНЫ:**

- Выявлять пробелы и **выступать за** равный доступ ко всем подходящим вариантам профилактики ВИЧ-инфекции для всех ключевых и приоритетных групп населения (включая женщин, мужчин и молодежь в регионах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, секс-работников, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, трансгендерных людей, заключенных и другие группы).
- Возглавлять разработку **программ обеспечения надежного доступа** к средствам профилактики для ключевых групп населения, молодежи, женщин и мужчин, включая людей с ВИЧ-инфекцией, и работать над устранением барьеров, в том числе карательных законов и возрастных ограничений.
- Укреплять **общественные системы**, включая общественный мониторинг и наблюдение, для повышения качества профилактических услуг, а также данных, отслеживания реализации мер и отчетности.
- Возлагать на правительства и других акторов **ответственность** за выполнение задач в сфере профилактики посредством конструктивной адвокации, разрабатывать структуры обратной связи, коммуникации и решения проблем между общественными и государственными системами.
- Разработать и внедрить меры вмешательства по **снижению стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией, и дискриминации** в сфере здравоохранения, общественной жизни, юстиции, на рабочем месте, в образовании и гуманитарной сфере.

► **ТЕХНИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ ДОЛЖНЫ:**

- Обеспечить глобальное лидерство и стимулировать **политический импульс** в профилактике ВИЧ-инфекции в соответствии с мандатом Политической декларации ООН 2026 года.
- Поддерживать детальный сбор и анализ данных для разработки **оценок потребностей в профилактике**, оптимального сочетания вариантов профилактики и рекомендаций по наиболее эффективному использованию международного финансирования профилактики ВИЧ-инфекции.
- Предоставить **руководящие указания, инструментарий** и техническую поддержку для разработки программ, создать спрос и использовать новые стратегии оказания услуг в целях обеспечения устойчивого доступа к вариантам профилактики.
- Взаимодействовать с правительствами, промышленностью и местными сообществами для обеспечения доступности, лицензирования и быстрого получения разрешений регулирующих органов в странах, а также включения **новых вариантов профилактики** во всеобщее медицинское страхование.

► **ЧАСТНЫЙ СЕКТОР ДОЛЖЕН:**

- Использовать **платформы доступа частного сектора** для профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе через аптеки, розничные сети, системы поставок, маркетинг, сотрудничество с социальными предприятиями и онлайн-маркетплейсы.
- Продвижение профилактики ВИЧ-инфекции в **виртуальных пространствах** с помощью платформ генеративного ИИ и интеграции профилактики ВИЧ-инфекции в приложения для знакомств и другие платформы социальных сетей.
- Разрабатывать и внедрять **инновационные средства профилактики** и сотрудничать с правительствами стран с низким и средним уровнем доходов населения, а также с международными техническими и финансовыми партнерами для обеспечения равного доступа и доступности.

Приложения

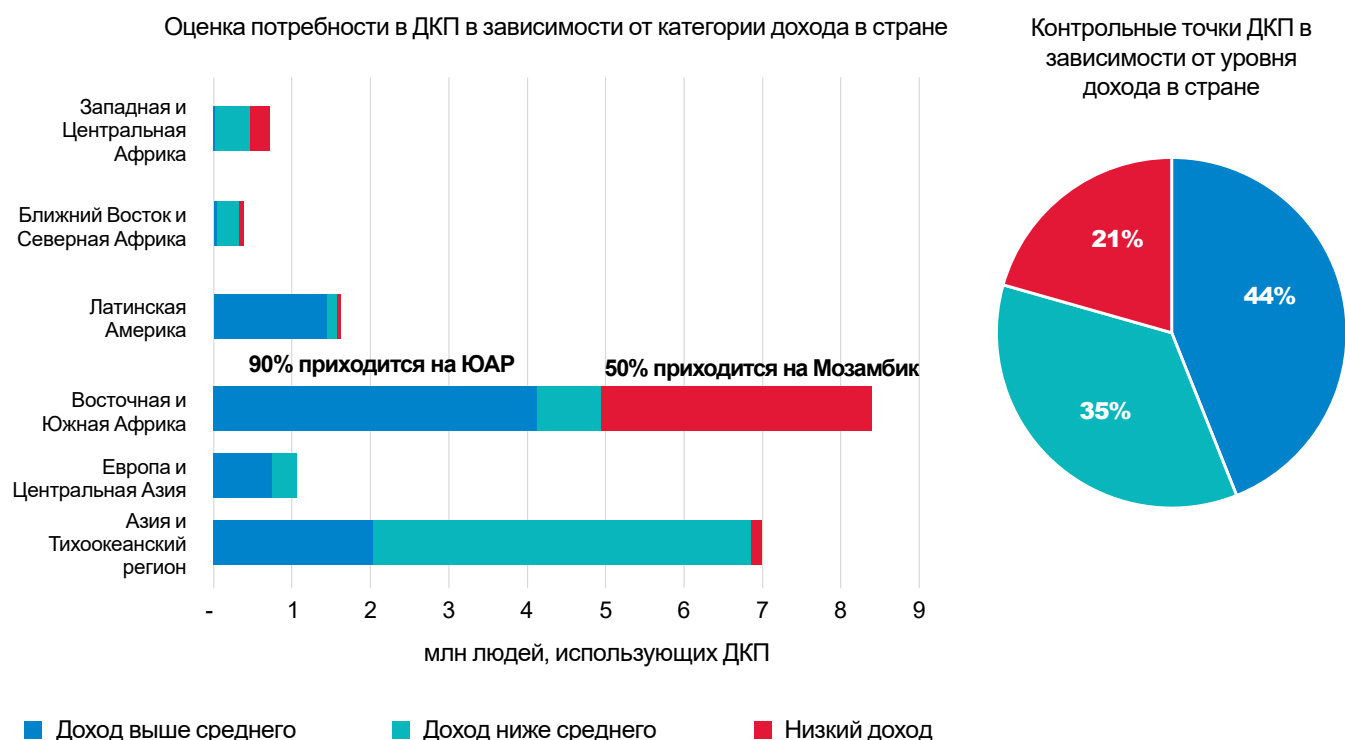
Приложение 1: Контрольные точки, эпидемиологические и ресурсные оценки и другие рекомендации

Таблица 1. Подробные целевые показатели профилактики ВИЧ-инфекции к 2030 году

| Цель | Источник данных | Статус |
|---|--|------------------|
| 1 90% людей, нуждающихся в профилактике, используют подходящие, приоритизированные, лично-ориентированные и эффективные методы профилактики (ДКП, ПКП, презервативы, программы обмена игл/шприцев, ПТАО). | Опросы населения | Цель на 2025 год |
| 2 80% людей использовали презерватив во время последнего полового акта с нерегулярным партнером. | Опросы населения. (Глобальный мониторинг СПИДа (GAM) 1.14.) | Новые |
| 3 50% людей с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией (включая ключевые группы населения) используют эффективные методы профилактики на основе антиретровирусных препаратов: пероральную ДКП, ДКП длительного действия, ПКП (целевые уровни соответствуют эпидемиологическим данным и выбору населения). | Документация программы. | Новые |
| 4 95% секс-работников и их клиентов использовали презерватив при последнем сексе за плату. | Комплексный биологический и поведенческий мониторинг (IBBS), опросы населения. | Новые |
| 5 95% потребителей инъекционных наркотиков использовали безопасное инъекционное оборудование во время последней инъекции. | IBBS. (GAM 1.8.) | Новые |
| 6 50% потребителей инъекционных опиоидов используют ПТАО. | Данные программы, IBBS. (GAM 1.10.) | Цель на 2025 год |
| 7 95% девочек-подростков и молодых женщин, взрослых женщин, беременных и кормящих женщин, а также мальчиков и мужчин-подростков в регионах с повышенным уровнем ВИЧ-инфекции эффективно охватываются лично-ориентированными программами профилактики ВИЧ-инфекции (контакты с медицинскими службами, связанные с профилактикой ВИЧ-инфекции, включая услуги в области репродуктивного здоровья, работу с населением, виртуальные меры вмешательства, школы и другие учреждения). | Опросы населения или данные программы. | Новые |
| 8 90% школ предоставляют обучение по вопросам ВИЧ-инфекции и сексуального здоровья для развития жизненных навыков. | Анкета ежегодной школьной переписи или анкета ежегодного исследования формального образования Института статистики ЮНЕСКО (UIS). | Цель на 2025 год |
| 9 95% ключевых групп населения эффективно охвачены лично-ориентированными программами профилактики ВИЧ-инфекции. | Данные программы, IBBS. (GAM 1.6, 1.7.) | Цель на 2025 год |

| | | | |
|----|---|---|------------------|
| 10 | 95% от предполагаемой потребности в презервативах имеется в наличии и распределяется. | Данные программы и оценки потребностей. | Новые |
| 11 | 95% от предполагаемой потребности в средствах доконтактной профилактики (PrEP) уже имеется в наличии и распределяется. | Данные программы и оценки потребностей. | Новые |
| 12 | 95% от предполагаемой потребности в средствах постконтактной профилактики (PEP) уже имеется в наличии и распределяется. | Данные программы и оценки потребностей. | Новые |
| 13 | 95% от предполагаемой потребности в стерильных шприцах имеется в наличии и распределяется. | Данные программы и оценки потребностей. | Новые |
| 14 | 80% лично-ориентированных программ профилактики ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения должны реализовываться общественными организациями. | Работа над источниками и методами измерений продолжается. Практические данные о рабочей среде для оказания услуг на уровне сообществ используются в качестве косвенных показателей. | Цель на 2025 год |
| 15 | К 2030 году у 90% всех людей с ВИЧ-инфекцией вирусная нагрузка будет подавлена, а к 2040 году этот показатель увеличится до 95%. | Данные программы и эпидемиологические оценки. (GAM 2.3.) | Новые |

Рис. 1. Контрольные точки ДКП по регионам и уровням дохода (2030 год)



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС, основанный на оценках потребностей в соответствии с глобальными целями на 2030 год

Таблица 2. Допущения, лежащие в основе контрольных точек ДКП

Общее обоснование: уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в конкретных субпопуляциях и их численность позволяют прогнозировать потребность в ДКП

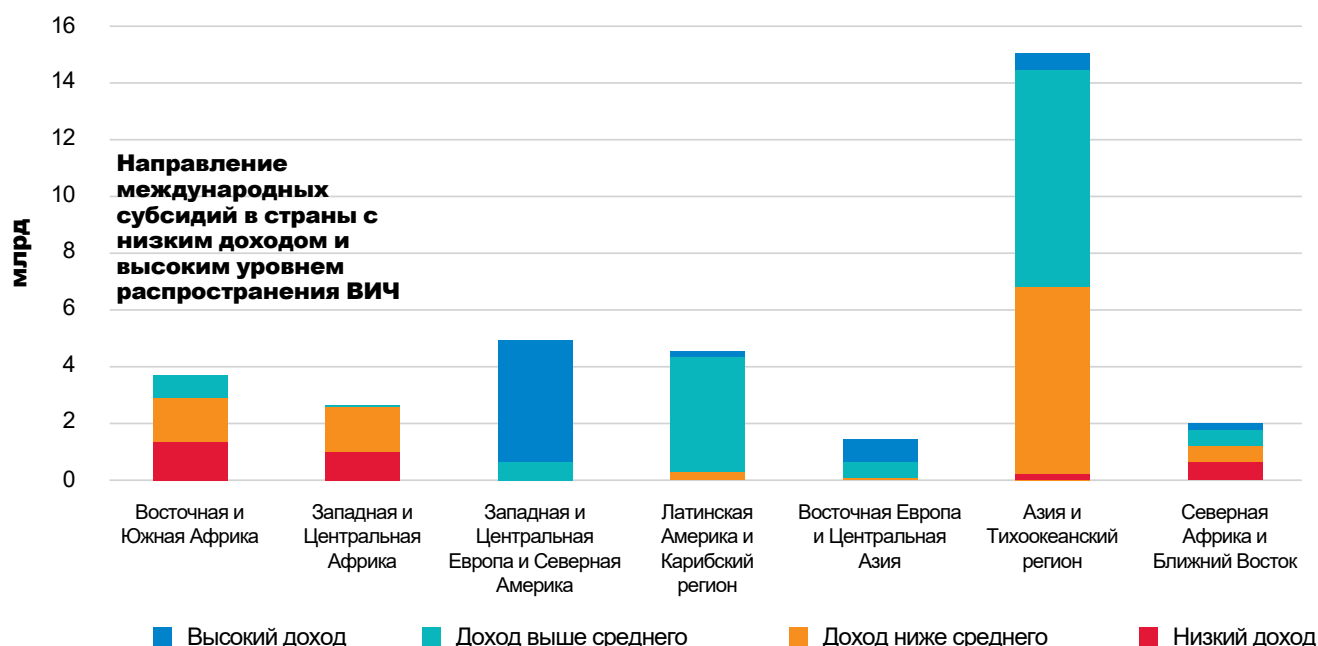


| Описание | Молодые люди и взрослые в регионах с повышенным уровнем распространения ВИЧ-инфекции | Ключевые группы населения | | |
|--|---|---------------------------|--|---|
| | | Секс-работницы | Мужчины, практикующие секс с мужчинами, трансгендерные женщины | Потребители инъекционных наркотиков, заключенные |
| Максимальный целевой показатель | 80% | 80% | 80% | 50% |
| Пороговые значения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией (с использованием базового показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией за 2024 год до 2030 года) | Максимальный целевой показатель применяется с Скользящая шкала целевых показателей начинается с | | 2% | |
| Другие соображения, касающиеся конкретных групп населения | Рекомендуется применять целевые показатели, основанные на показателях заболеваемости ВИЧ-инфекцией в подкатегориях сексуально активного населения (люди с нерегулярными и регулярными партнерами) | | Установить минимальный целевой показатель в 20% от численности населения (включая мужчин и трансгендерных секс-работников) | В большинстве стран более половины потребителей инъекционных наркотиков используют безопасное оборудование для инъекций, поэтому в большинстве случаев максимальный целевой показатель составляет 50% |
| Общее минимальное пороговое значение* | 5 человек на ДКП на каждый новый случай заражения ВИЧ-инфекцией в стране (согласно оценке) | | | |

* Общее минимальное пороговое значение учитывает неопределенность в допущениях в отношении субпопуляций (в частности, численности и показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией).

Источник: Подготовлено авторами на основе следующих источников: Проект рекомендаций — Глобальная рабочая группа по установлению целей в области ВИЧ-инфекции на 2030 год (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/global-hiv-target-setting-2030-global-task-2030-targets-recommendations>)

Рис. 2. Контрольные точки по презервативам по регионам и группам стран с разным доходом



Источник: Специальный анализ ЮНЭЙДС на основе оценки потребностей в профилактике Spectrum на 2030 год

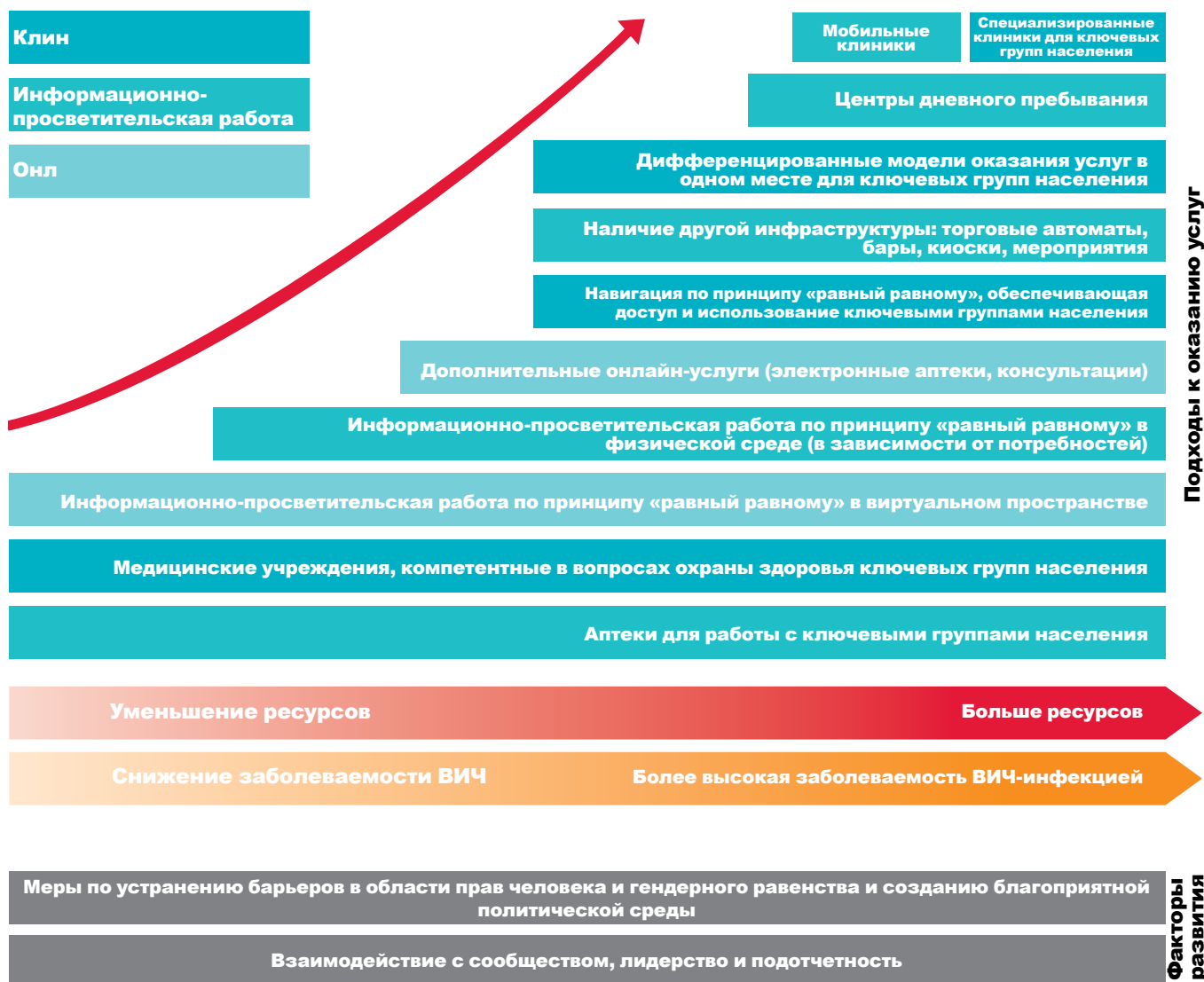
Таблица 3. Оценочные региональные медианные размеры ключевых групп населения

| Население | Секс-работники | | | Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами | | | Трансгендерные женщины | | | Потребители инъекционных наркотиков | | |
|-------------------------------------|--|---------|---------|---|---------|---------|------------------------|---------|---------|-------------------------------------|---------|---------|
| | Медиана | 1-й кв. | 3-й кв. | Медиана | 1-й кв. | 3-й кв. | Медиана | 1-й кв. | 3-й кв. | Медиана | 1-й кв. | 3-й кв. |
| Азия и Тихоокеанский регион | 0,28% | 0,21% | 0,57% | 0,91% | 0,78% | 1,60% | 0,18% | 0,07% | 0,37% | 0,14% | 0,03% | 0,31% |
| Карибский регион | 1,63% | 1,58% | 1,69% | 1,67% | 1,63% | 1,82% | 0,06% | 0,05% | 0,15% | Как Латинская Америка | | |
| Восточная Европа и Центральная Азия | 0,39% | 0,26% | 0,42% | 0,81% | 0,64% | 0,97% | 0,08% | 0,08% | 0,08% | 1,06% | 0,70% | 1,69% |
| Восточная и Южная Африка | 0,79% | 0,52% | 0,93% | 0,73% | 0,58% | 0,86% | 0,21% | 0,12% | 0,25% | 0,20% | 0,11% | 0,66% |
| Латинская Америка | 0,53% | 0,33% | 0,83% | 1,73% | 1,23% | 1,80% | 0,10% | 0,10% | 0,18% | 0,21% | 0,21%* | 0,21%** |
| Ближний Восток и Северная Африка | 0,37% | 0,31% | 0,60% | 0,68% | 0,49% | 0,79% | 0,13% | | | 0,23% | 0,12% | 0,34% |
| Западная и Центральная Африка | 0,55% | 0,49% | 0,70% | 0,38% | 0,15% | 0,39% | 0,04% | 0,03% | 0,07% | 0,16% | 0,09% | 0,23% |
| Северная Америка | То же, что и в Западной и Центральной Европе | | | 2,68% | 2,59% | 2,77% | 0,61% | 0,60% | 0,63% | 0,57% | 0,57%* | 0,57%** |
| Западная и Центральная Европа | 0,29% | 0,26% | 0,53% | 2,06% | 1,46% | 2,52% | 0,26%* | 0,26%** | 0,26%** | 0,51% | 0,46% | 0,63% |

Источник: Специальный анализ, Руководство ЮНЭЙДС по обновлению оценок Spectrum HIV за 2026 год.

Примечание: Q1 и Q3 обозначают квартильные диапазоны. Они описывают диапазон, в пределах которого были обнаружены размеры населения в половине стран региона.

Рис. 3. Пошаговая схема принятия решений в отношении моделей профилактики для ключевых групп населения



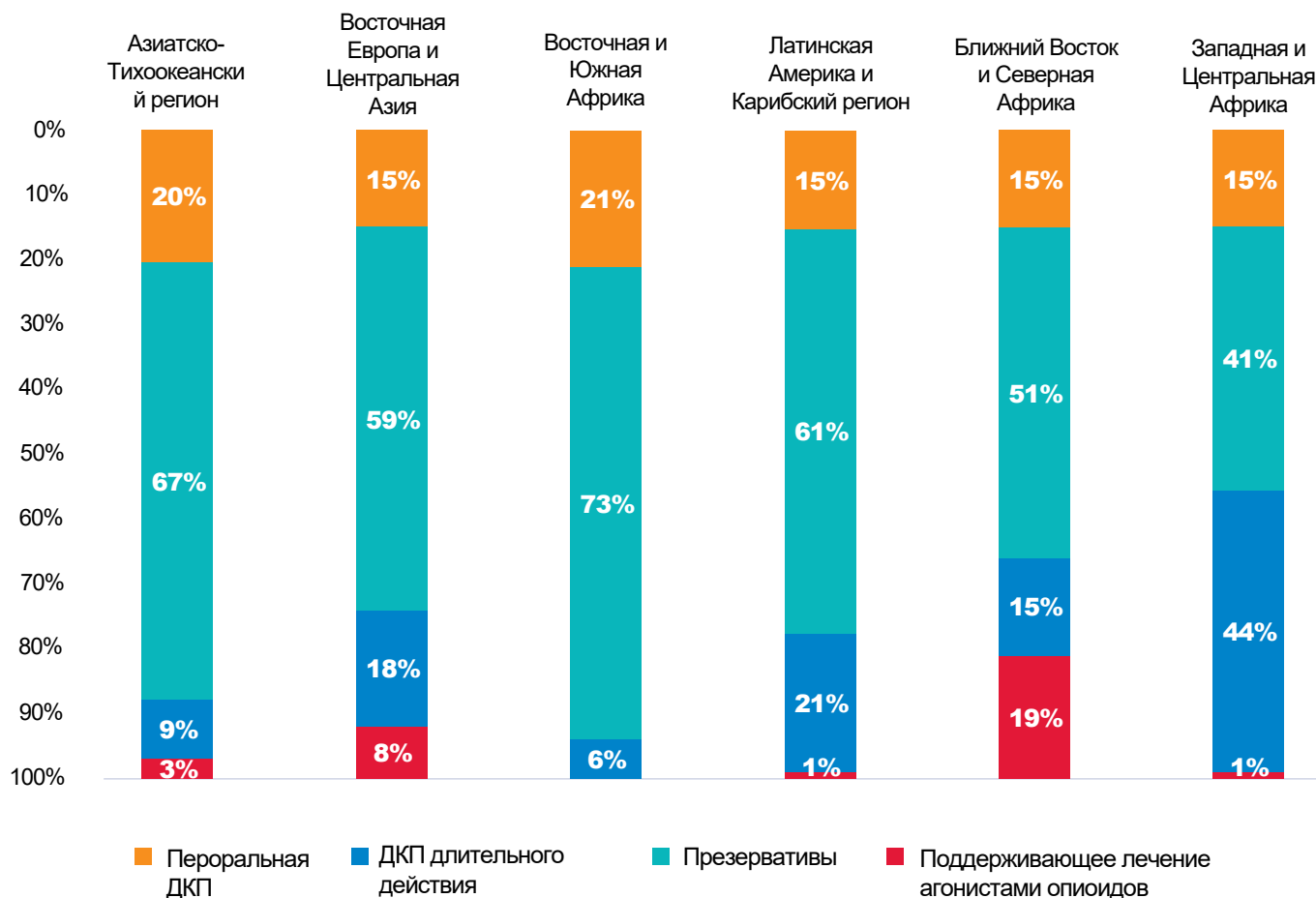
Факторы развития представляют собой основу, предусматривающую некоторые меры, которые не требуют значительных ресурсов, и другие меры, которые их требуют. Конкретные потребности следует учитывать исходя из правовой и политической обстановки страны, а также имеющихся ресурсов.

Примечание: КР = ключевая группа населения

Источник: Планирование и управление программами по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, Глобальная коалиция по профилактике ВИЧ-инфекции, Женева: Объединенная программа Организации объединенных наций по ВИЧ/СПИДу; 2025. (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)

Рис. 4. Потребности в ресурсах для профилактики ВИЧ-инфекции

а. Доля потребностей в ресурсах (в процентах от долл.) в 2030 году в отношении товаров для профилактики ВИЧ-инфекции по регионам ЮНЭЙДС



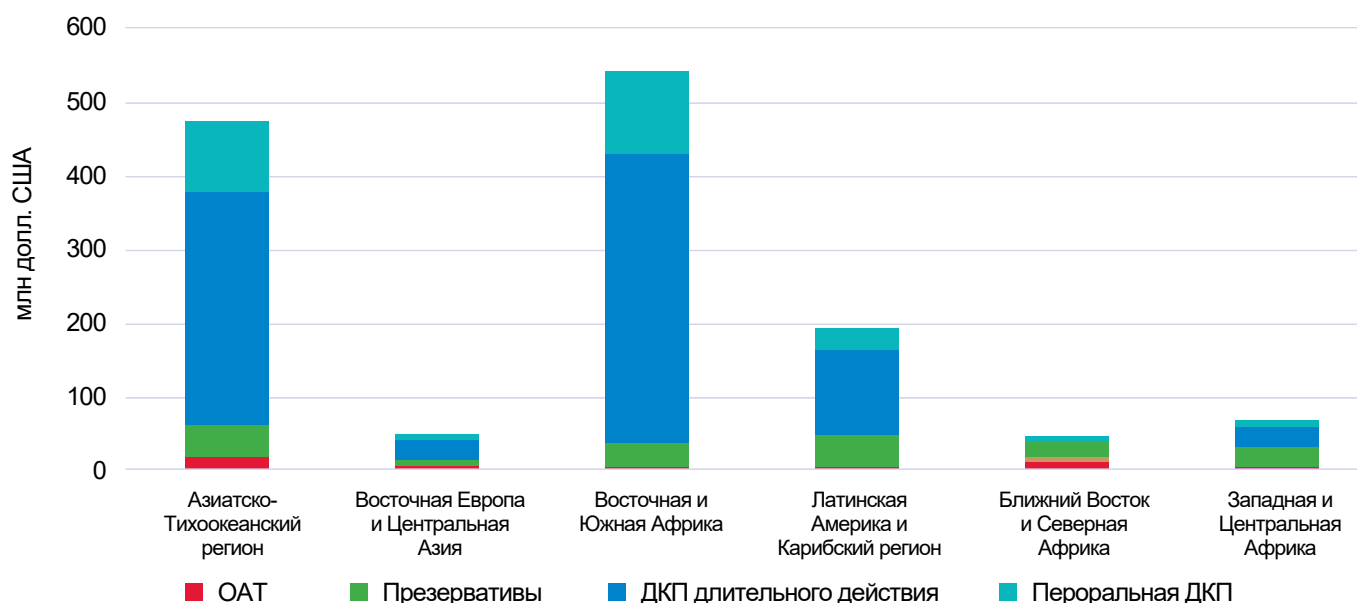
Примечания: Доконтактная профилактика длительного действия = ДКП длительного действия; ПТАО = поддерживающая терапия агонистами опиоидов.

AP = Азиатско-Тихоокеанский регион; EECA = Восточная Европа и Центральная Азия; ESA = Восточная и Южная Африка; LAC = Латинская Америка и Карибский бассейн; MENA = Ближний Восток и Северная Африка; WCA = Западная и Центральная Африка.

Разбивка по методам носит лишь ориентировочный характер, поскольку при оценке стоимости используются различные допущения, которые различаются для разных средств. Точную долю каждого метода, в частности, новых препаратов длительного действия, предсказать невозможно, поскольку она будет зависеть от предпочтений пользователей, изменения цен и возможного появления новых средств на рынке.

Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС и прогноз потребностей в ресурсах на 2026–2030 годы, июль 2025 года

б. Потребности в ресурсах (в долл. США) в 2030 году в отношении товаров для профилактики ВИЧ-инфекции по регионам ЮНЭЙДС

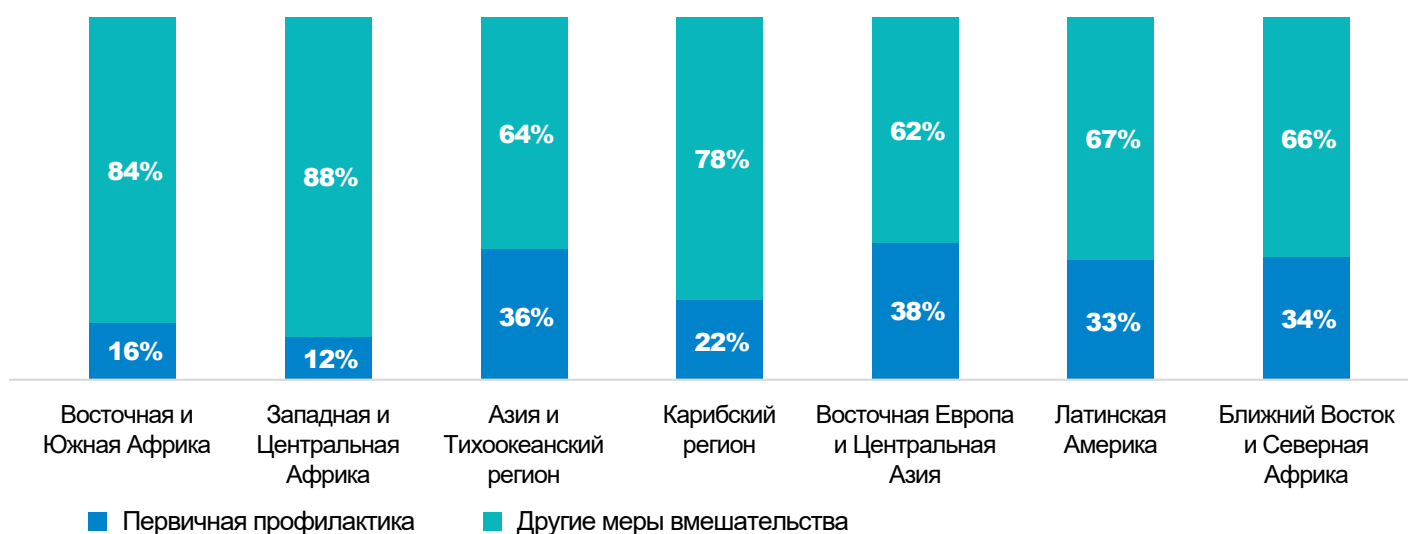


Примечания: Доконтактная профилактика длительного действия = ДКП длительного действия; ТАО = терапия агонистами опиоидов.

АР = Азиатско-Тихоокеанский регион; ЕЕСА = Восточная Европа и Центральная Азия; ЕСА = Восточная и Южная Африка; ЛАС = Латинская Америка и Карибский бассейн; МЕНА = Ближний Восток и Северная Африка; WCA = Западная и Центральная Африка.

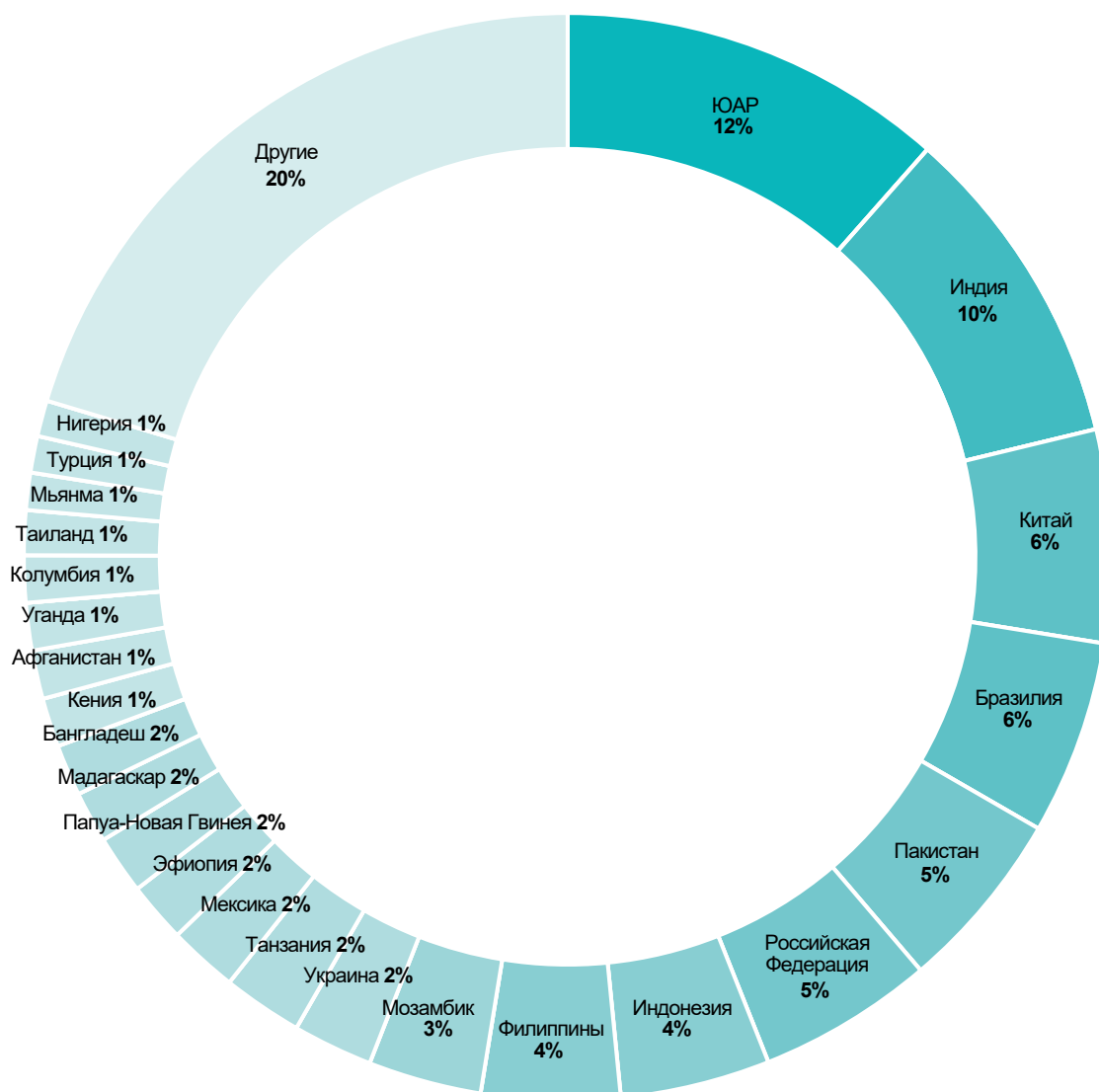
Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС и прогноз потребности в ресурсах на 2026–2030 годы, июль 2025 года.

в. Распределение потребностей в ресурсах для первичной профилактики ВИЧ-инфекции к 2030 году по регионам



Источник: СПИД, кризис и сила перемен: Глобальный обзор ситуации со СПИДом, подготовленный ЮНЭЙДС, на 2025 год. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ; 2025. стр. 114

d. Доля потребностей в ресурсах для первичной профилактики ВИЧ-инфекции к 2030 году в странах с низким и средним уровнем доходов населения



Источник: Финансовые оценки ЮНЭЙДС и прогноз потребностей в ресурсах на 2026–2030 годы, июль 2025 года.

Таблица 4. Доля ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ-инфекции, в отдельных странах

| Страна | Год | Процент от общего объема ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ | Процент национальных ресурсов, выделяемых на профилактику ВИЧ |
|---|------------|--|--|
| Афганистан | 2024 | 49 | 0 |
| Ангола | 2024 | 10 | 9 |
| Антигуа и Барбуда | 2023 | 9 | 9 |
| Армения | 2024 | 35 | 18 |
| Азербайджан | 2024 | 29 | 28 |
| Бангладеш | 2023 | 39 | 21 |
| Белиз | 2023 | 8 | 3 |
| Бенин | 2024 | 35 | 18 |
| Бутан | 2024 | 45 | 0 |
| Бразилия | 2024 | 7 | 7 |
| Буркина-Фасо | 2024 | 4 | 6 |
| Центральноафриканская Республика | 2024 | 3 | 0 |
| Чили | 2024 | 28 | 28 |
| Коста-Рика | 2024 | 5 | 5 |
| Доминика | 2023 | 50 | 50 |
| Доминиканская Республика | 2024 | 20 | 23 |
| Сальвадор | 2024 | 18 | 19 |
| Эфиопия | 2023 | 10 | 12 |
| Грузия | 2024 | 50 | 47 |
| Гана | 2023 | 8 | 1 |
| Гватемала | 2024 | 37 | 29 |
| Гвинея | 2024 | 4 | 0 |
| Гондурас | 2024 | 33 | 32 |
| Индия | 2024 | 27 | 27 |

| | | | |
|--|------------------|-----------|----------|
| Казахстан | 2024 | 8 | 6 |
| Кения | 2024 | 8 | 5 |
| Кыргызстан | 2024 | 13 | 1 |
| Лаосская Народно-Демократическая Республика | 2024 | 30 | 23 |
| Малави | 2024 | 15 | 0 |
| Малайзия | 2024 | 14 | 10 |
| Мали | 2024 | 38 | 38 |
| Непал | 2024 | 21 | 1 |
| Панама | 2024 | 20 | 23 |
| Папуа-Новая Гвинея | 2023 | 14 | 4 |
| Перу | 2024 | 43 | 44 |
| Филиппины | 2024 | 6 | 6 |
| Молдова | 2024 | 34 | 28 |
| Руанда | 2024 | 9 | 0 |
| Сейшельские Острова | 2024 | 39 | 39 |
| Сингапур | 2024 | 6 | 6 |
| ЮАР | 2024 | 9 | 5 |
| Таджикистан | 2023 | 32 | 13 |
| Таиланд | 2023 | 15 | 12 |
| Тимор-Лесте | 2024 | 49 | 57 |
| Того | 2024 | 11 | 6 |
| Узбекистан | 2023 | 20 | 12 |
| Зимбабве | 2023 | 21 | 0 |
| ВСЕГО | 2023/2024 | 11 | 8 |

Источник: Специальный анализ на основе глобального набора данных мониторинга СПИДа. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Примечание: Еще десять стран (Бурунди, Чад, Китай, Египет, Гамбия, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Сенегал, Шри-Ланка и ОАЭ) сообщили о показателе 0% по обоим показателям и поэтому не отображаются в этой таблице.

Приложение 2: Ресурсы по профилактике ВИЧ-инфекции

Инструменты планирования профилактики

- Учебные материалы ЮНЭЙДС по оценке ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Учебные материалы по оценке потребностей в профилактике ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Атлас ключевых групп населения ЮНЭЙДС ([см. онлайн здесь](#))
- Финансовая панель ЮНЭЙДС по ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Инструмент оценки потребностей в презервативах ЮНЭЙДС ([см. онлайн здесь](#))
- Средство просмотра субнациональных оценок ВИЧ-инфекции Naomi ([см. онлайн здесь](#))
- Субнациональные оценки ВИЧ-инфекции в приоритетных группах населения (SHIP) ([см. онлайн здесь](#))
- Инструмент планирования, мониторинга и оценки внедрения PrEP-It ([см. онлайн здесь](#))
- Инструментарий FHI360 для разработки кампаний в социальных сетях по продвижению использования презервативов ([см. онлайн здесь](#))
- Инструмент ВОЗ по внедрению ДКП ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Пять инструментов самооценки профилактики (PSAT) ВИЧ-инфекции от GPC ([см. онлайн здесь](#))

Технические рекомендации по профилактике ВИЧ

- Дифференцированная и упрощенная ДКП ВОЗ для профилактики ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Руководство ВОЗ по применению ленакапавира для профилактики ВИЧ-инфекции и стратегии тестирования для инъекционной доконтактной профилактики длительного действия ([см. онлайн здесь](#))
- Документ ВОЗ по профилактике ВИЧ-инфекции посредством безопасного ДММО для мальчиков-подростков и мужчин в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Сводные руководства ВОЗ по профилактике, диагностике, лечению и уходу для ключевых групп населения в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусным гепатитом и ИППП ([см. онлайн здесь](#))
- Разработка эффективных программ использования презервативов: технический обзор ([см. онлайн здесь](#))
- Личностно-ориентированная коммуникация по профилактике ВИЧ-инфекции: объединенные подходы к формированию спроса и поведенческим аспектам профилактики ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Планирование и управление программами по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения ([см. онлайн здесь](#))
- Программы предоставления игл и шприцев потребителям инъекционных наркотиков. Оперативное руководство ВОЗ ([см. онлайн здесь](#))
- Руководство по бюджетированию и планированию ресурсов для реализации виртуальных мер вмешательства в рамках мер реагирования на ВИЧ-инфекцию ([см. онлайн здесь](#))
- Виртуальные меры вмешательства в ответ на ВИЧ-инфекцию, инфекции, передающиеся половым путем, и вирусный гепатит: аналитическая записка ([см. онлайн здесь](#))
- Виртуальные меры вмешательства для профилактики ВИЧ-инфекции: вспомогательный инструмент бюджетирования и планирования ([см. онлайн здесь](#))

Устойчивость профилактики

- Форум лидеров по вопросам ВИЧ: внедрение социального подряда для профилактики ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Документ GPC о социальном подряде: Концепции и примеры ([см. онлайн здесь](#) или [здесь](#))
- Документ GPC о поддержке приоритизации в контексте сокращения финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией ([см. онлайн здесь](#))
- Укрепление национального лидерства для устойчивых программ профилактики ВИЧ-инфекции: аналитическая записка для руководителей государств ([см. онлайн здесь](#))

Отчеты о ходе профилактики ВИЧ-инфекции

- Рейтинги Глобальной коалиции по профилактике ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Обновление информации о СПИДе от ЮНЭЙДС за 2025 год ([см. онлайн здесь](#))

Другие ресурсы по профилактике ВИЧ-инфекции

- Сеть обмена опытом между странами Юга по профилактике ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- Новые направления в измерении комплексной профилактики ВИЧ-инфекции ([см. онлайн здесь](#))
- PrEP Watch ([см. онлайн здесь](#))

Примечания

1. UNAIDS epidemiological estimates 2025 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). (Unless indicated otherwise, HIV estimates and projections cited in this report are UNAIDS estimates.)
2. Global AIDS Monitoring 2021–2025, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
3. National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>), supplemented by additional sources (see references in <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Venter WDF, Gandhi M, Sokhela S, Sikwese, Bygrave H, Da Gama L. The long wait for long-acting HIV prevention and treatment formulations. *The Lancet HIV*. 2024;11(10):e711–e716 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159655/>).
5. Marcus JL, Sewell WC, Balzer LB, Krakower DS. Artificial intelligence and machine learning for HIV prevention: emerging approaches to ending the epidemic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(3):171–179. Online at (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-020-00490-6>).
6. Sandefur J, Kenny C, USAID cuts: new estimates at the country level. Washington, DC: Center For Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/blog/usaaid-cuts-new-estimates-country-level>).
7. Congressional budget justification: Department of State, foreign operations, and related programs—fiscal year 2026. Washington, DC: U.S. Department of State; 2025 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
8. Grant adaptation measures for grant cycle 7. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-05-16-gc7-grant-adaptation-measures/>).
9. Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
10. PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
11. UNAIDS financial estimates, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; May 2025.
12. Global AIDS monitoring dataset. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
13. AIDSInfo: Global data on HIV epidemiology and response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
14. The effectiveness of behavioural interventions to prevention HIV. A compendium of evidence. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017, updated 2019 (The-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-HIV.-A-compendium-of-evidence_final.pdf).
15. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).
16. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).
17. GC7 programmatic reprioritization approach “protecting and enabling access to lifesaving services”. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-06-06-gc7-grant-reprioritization/>).
18. Comprehensive national HIV communications strategy for Zimbabwe: 2019–2025. Harare: Ministry of Health and Childcare; 2019 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/Zimbabwe-National-HIV-Communications-Strategy-2019-2025.pdf>).

19. Kamitani E, Mizuno Y, Khalil GM, Viguerie A, DeLuca JB, Mishra N. Improving HIV preexposure prophylaxis uptake with artificial intelligence and automation: a systematic review. *AIDS*. 2024;38(10):1560–1569. (https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2024/08010/improving_hiv_preexposure_prophylaxis_uptake_with.14.aspx).
20. Rice E, Yoshioka-Maxwell A, Petering R, Onasch-Vera L, Craddock J, Tambe M. et al. Piloting the use of artificial intelligence to enhance HIV prevention interventions for youth experiencing homelessness. *J Soc Social Work Res*. 2018;9(4):551–573 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/701439>).
21. Wilde B, Onasch-Vera L, Diguseppi G, Petering R, Hill C, Yadav A, et al. Clinical trial of an AI-augmented intervention for HIV prevention in youth experiencing homelessness. In proceedings of the AAAI conference on artificial intelligence. 2021;35(17):14948–14956 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/701439>).
22. Scalable and sustainable primary HIV prevention models for people from key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2026.
23. Planning and managing HIV programmes with key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>).
24. Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *The Lancet Glob Health*. 2023;11(7):e1120–e1124 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00156-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00156-0/fulltext)).
25. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
26. Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al.. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
27. Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;1-8 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>).
28. Planning and managing HIV programmes with key populations: considerations for delivering and sustaining HIV services through trusted access platforms for sex workers, people who use drugs, men who have sex with men and trans and gender diverse people. Geneva: Global Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)
29. Policy brief: virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis innovate—implement—integrate. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
30. Patel P, Kerzner M, Reed JB, Sullivan PS, El-Sadr WM. Public health implications of adapting HIV pre-exposure prophylaxis programs for virtual service delivery in the context of the COVID-19 pandemic: systematic review. *JMIR Public Health and Surveill*. 2022;8(6):e37479 (<https://publichealth.jmir.org/2022/6/e37479/>).

31. Artificial intelligence to enhance HIV prevention in age of disruptions: Recommendations from the Audere and Desmond Tutu Health Foundation Expert Consultation. Fairways, South Africa: Audere and Desmond Tutu Health Foundation; 2025 (<https://static1.squarespace.com/static/64ff6a6dd00b77132a60f99b/t/687023a99f37d903417775b8/1752179626426/Leveraging+AI+to+enhance+HIV+prevention+v3.pdf>).
32. Prioritized, efficient, effective and sustainable prevention at a time of uncertain financing: considerations for countries to make in 2025 with a 2030 horizon. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/supporting-prioritization-context-hiv-funding-cuts>).
33. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
34. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
35. Phillips AN, Hickey MD, Shade SB, Kabami J, Ayieko J, Revill P, et al. Dynamic choice HIV prevention with long-acting injectable cabotegravir pre-exposure prophylaxis in east, central, southern, and west Africa: a cost-effectiveness modelling analysis. *The Lancet HIV*. 2025;12(10):e701–e711 ([https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00169-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00169-9)).
36. Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A, et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e006315 (<https://gh.bmj.com/content/6/8/e006315>).
37. Condom situation analysis dashboard, 2024-07 Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/condom-situation-analysis-dashboard-2024-07>
38. Sia D, Tchouaket ÉN, Hajizadeh M, Karemere H, Onadja Y, Nandi A. The effect of gender inequality on HIV incidence in Sub-Saharan Africa. *Publ Health*. 2020;182:56–63 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062030024X>).
39. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Afr J Reproduc Gynaecol Endosc*. 2014;17(1) (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.7448/IAS.17.1.18845>).
40. Lyons CE, Rwema JOT, Makofane K, Diouf D, Njindam IM, Ba I. Associations between punitive policies and legal barriers to consensual same-sex sexual acts and HIV among gay men and other men who have sex with men in sub-Saharan Africa: a multicountry, respondent-driven sampling survey. *The Lancet HIV*. 2023;10(3):e186–e194 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S2352301822003368>).
41. Centring human rights in sustainable HIV responses. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2025 (<https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2025/11/UNAIDS-Reference-Group-on-Human-Rights-Minimum-Standards-in-a-Sustainable-HIV-Response-August-2025.pdf>).
42. Botswana: sustainability and transition readiness assessment and roadmap for HIV and TB. Boston: Pharos Global Health Advisors for the Botswana National AIDS and Health Promotion Council; 2024 <https://pharosglobalhealth.com/projects/botswana-hiv-sustainability-and-transition-roadmap/>
43. Sustaining effective leadership to secure gains, bridge disparities and expedite progress: a position paper on the leadership role of national AIDS coordinating authorities in the future of HIV prevention, sustainable health and preventing future pandemics. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65672199206bd9877c96d9c9_PP_HIV_en_dig.pdf).
44. Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198.
45. Silhol R, Booton RD, Mitchell KM, Stannah J, Stevens O, Dimitrov D, et al. Identifying priority populations for HIV interventions using acquisition and transmission indicators: a combined analysis of 15 mathematical models from 10 African countries. *medRxiv*. 2025;2025-03 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.17.25324139v1.full>).

46. Silhol R, Anderson RL, Stevens O, Stannah J, Booton RD, Baral S, et al. Measuring HIV acquisitions among partners of key populations: estimates from HIV transmission dynamic models. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2024;95(1S):e59–e69 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2024/01011/measuring_hiv_acquisitions_among_partners_of_key.7.aspx?context=latestarticles)
47. Birdthistle, I, Risher, K. Estimating the size of the priority populations of AGYW in settings with high HIV incidence. Think tank presentation 11 May 2022.
48. Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region: a multisources estimation. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2024;95(1S):e34–e45.
49. Neal JJ, Prybylski D, Sanchez T, Hladik, W. Population size estimation methods: searching for the holy grail. *JMIR Publ Health Surveill.* 2020;6(4):e25076 (<https://publichealth.jmir.org/2020/4/e25076>).
50. UNAIDS special analyses, 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
51. Banadakoppa MR, Bhattacharjee P, Shaw SYN, Gitonga J, Kioko J, Songok F. A sub-national HIV epidemic appraisal in Kenya: a new approach for identifying priority geographies, populations and programmes for optimizing coverage for HIV prevention. *J Int AIDS Soc.* 2024;27:e26245 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jia2.26245>)
52. Platt L, Wut Yee Kyaw K, Rathod SD, Yu Naing A, Garkov S, Bijl M, et al. The effect of location in mining or borderland areas on HIV incidence among people who use drugs attending a harm reduction programme in Myanmar, 2014–2021: a retrospective cohort study. *PloS One.* 2025;20(5):0295727 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0295727>).
53. Malburg CM, Gutreuter S, Ruiseñor-Escudero H, Abdul-Quader A, Hladik W. Population size estimation of men who have sex with men in low-and middle-income countries: Google trends analysis. *JMIR Publ Health Surveill.* 2025;11:e58630.
54. National HIV prevention road map 2022–2025 (Mozambique). Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/national-hiv-prevention-road-map-2022-2025-mocambique>).
55. Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S, et al. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: a modelling study. *The Lancet Reg Health-Southeast Asia.* 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
56. Noriega Minichiello S, Costenbader B, Homan R, Shrestha B, Saidou Tall MM, et al. Cost and service utilization of online and in-person HIV services in Mali and Nepal [Conference presentation]. AIDS, 22–26 July 2024, Munich (https://plus.iasociety.org/sites/default/files/2024-09/e-poster_996.pdf).
57. Thuo N, Bardon AR, Mogere P, Kiptinness C, Casmir E, Wairimu N, et al. Acceptability of six-monthly PrEP dispensing supported with interim HIV self-testing to simplify PrEP delivery in Kenya: findings from qualitative research. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1281 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301822001266>).
58. Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV.* 2018;5(4):e190–e198
59. Chevalier JM, Hansen MA, Coskun E, Sy KTL, Drakes J, Dowling S, et al. Cost-effectiveness of intervention combinations towards the elimination of vertical transmission of HIV in limited-resource settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Glob Health.* 2024;12(3):e457–e466 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X23005880>).
60. Stone J, Bothma R, Gómez GB, Eakle R, Mukandavire C, Subedar H, et al. Impact and cost-effectiveness of the national scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in South Africa: a modelling analysis. *J. Int AIDS Soc.* 2023;26(2):e26063. doi.org/10.1002/jia2.26063.
61. Pebody R. Does six-monthly PrEP have a future following the collapse of global HIV funding? London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/does-six-monthly-prep-have-future-following-collapse-global-hiv-funding>).
62. UNAIDS financial estimates and projection of resource needs for 2026–2030, July 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

63. UNAIDS-supported national AIDS spending assessments, 2019–2024 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
64. Special analysis using <https://hivfinancial.unaids.org/data>. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
65. HIV and universal health coverage: a guide for civil society. UNAIDS explainer. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/hiv-uhc-guide-civil-society>).
66. Viriyathorn S, Sachdev S, Suwanwela W, Wangbanjongkun W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Procedural fairness in benefit package design: inclusion of pre-exposure prophylaxis of HIV in universal coverage scheme in Thailand. *Health Pol Planning*. 2023;38(Suppl 1), i36.
67. Mendonça Gil PK, Conrado DDS, Nascimento AID, Azevedo MVD, Cunha JCPD, Koch GSR, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and incidence of sexually transmitted infections in Brazil, 2018 to 2022: an ecological study of PrEP administration, syphilis, and socioeconomic indicators. *PLoS Neglected Trop Dis*. 2023;17(8):e0011548 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10446216/>).
68. Samoun N. Informal economy's entertainment workers entitled to receive equity card. 2023 (<https://cambodianess.com/article/informal-economys-entertainment-workers-entitled-to-receive-equity-card>).
69. Implementing social contracting for HIV prevention. Policy brief. HIV Leadership Forum. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing_social_contracting_for_hiv_prevention_policy_brief.pdf).
70. Terms of reference for the implementation of social contracting of HIV prevention package of services in support of the national HIV response. Kingston: Jamaica Ministry of Health and Wellness; 2021 (<https://www.moh.gov.jm/tenders/terms-of-reference-for-the-implementation-of-social-contracting-of-hiv-prevention-package-of-services-in-support-of-the-national-hiv-response/>).
71. Social contracting monitoring and evaluation framework: a tool for tracking progress. EpiC and VAAC. New York: FHI360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-vietnam-social-contracting-monitoring-evaluation-framework.pdf>).
72. Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. Liverpool: Harm Reduction International; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
73. Ahaibwe G, Abdool Karim S, Thow AM, Erze A, Hofman K. Barriers to, and facilitators of, the adoption of a sugar sweetened beverage tax to prevent non-communicable diseases in Uganda: a policy landscape analysis. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1892307 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1892307#abstract>).
74. Sin tax law incremental revenue for health: annual report CY 2016. Manila: Philippines Department of Health; 2016 (https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/philippines_2018_annex-4_Sin_tax_report_2016.pdf).
75. Shroff ZC, Sparkes SP, Paina L, Skarphedinsdottir M, Gotsadze G, Zakumumpa H, et al. Managing transitions from external assistance: cross-national learning about sustaining effective coverage. *Health Pol Plan*. 2024;39(Supplement_1):i50–i64 (https://academic.oup.com/heapol/article/39/Supplement_1/i50/7578711).
76. UNAIDS financial analysis, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; July 2025.
77. UNAIDS special analyses, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025.
78. Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. *medRxiv*. 2025;07, p. 13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
79. Wu L, Kaftan D, Wittenauer R, Arrouzet C, Patel N, Saravis AL, et al. Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis. *medRxiv*. 2024-08 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39312933/>).
80. Meyer-Rath G, Jamieson, L, Johnson L, Bekker LG, Subedar H. The cost-effectiveness and optimal price level of injectable PrEP with lenacapavir in South Africa. General abstract submission (<https://www.heroza.org/publications/the-cost-effectiveness-and-optimal-price-level-of-injectable-prep-with-lenacapavir-in-south-africa/>).
81. Unitaid, CHAI, and Wits RHI enter into a landmark agreement with Dr. Reddy's to make HIV prevention tool lenacapavir affordable in LMICs. <https://unitaid.org/news-blog/lenacapavir-for-hiv-prevention/>

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), 2026 г.

Некоторые права защищены. Эта работа доступна по лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

В соответствии с условиями настоящей лицензии вы можете копировать, распространять и адаптировать работу для некоммерческих целей при условии надлежащего цитирования работ, как указано ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует допускать возникновения предположений о том, что ЮНЭЙДС выражает поддержку каким-либо конкретным организациям, продукции или услугам. Использование логотипа ЮНЭЙДС запрещено. Если вы адаптируете работу, вам необходимо получить на нее такую же или эквивалентную лицензию Creative Commons. Если вы переводите эту работу на другой язык, вы должны добавить следующее заявление об отказе от ответственности вместе с рекомендуемой цитатой: «Этот перевод не был создан ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальная публикация на английском языке является официальной и аутентичной».

Любое посредничество, связанное со спорами, возникающими в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Рекомендуемая цитата. Профилактика ВИЧ-инфекции до 2030 года: Глобальная рамочная программа доступа для национальных систем реагирования. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ; 2026 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите повторно использовать материалы, связанные с этой работой и ассоциированные с третьими лицами, например таблицы, рисунки или фотографии, вы несете ответственность за определение необходимости получения разрешения на такое повторное использование, а также за получение разрешения от владельца авторского права. Риск претензий, возникающих в результате нарушения авторских прав на компоненты, принадлежащие третьим лицам, в полной мере несет пользователь.

Используемые обозначения и презентация материалов в данной публикации не подразумевают никакого мнения со стороны ЮНЭЙДС относительно юридического статуса любой страны, территории, города или области, равно как и их властей, а также относительно определения их границ. Пунктирные линии на картах представляют примерные границы, для которых еще не достигнуто полное соглашение.

Упоминание компаний или отдельных товаров производителей не подразумевает, что они одобрены или рекомендованы ЮНЭЙДС в отличие от других неупомянутых компаний такого же типа. Исправленные ошибки и упущения, а также названия фирменных товаров выделяются прописными буквами.

ЮНЭЙДС приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ЮНЭЙДС не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.



ЮНЭЙДС
Объединенная Программа ООН
по ВИЧ/СПИДУ

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 595 59 92

unaids.org

UNFPA
United Nations Population Fund

730 Third Avenue
New York, NY 10017
United States

unfpa.org