



大会

Distr.: General
1 April 2016
Chinese
Original: English

第七十届会议

议程项目 11

《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和
《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》的
执行情况

快速终结艾滋病流行

秘书长的报告

一. 导言

强有力进展为快速终结提供坚实基础

1. 2030 年可持续发展议程阐述了终结艾滋病流行的全球承诺，为消除当今时代最具破坏力的健康挑战之一，也为再接再厉开展艾滋病防治以加速实现可持续发展议程带来了前所未有的机遇。
2. 即使是在面对全球艾滋病大规模流行之时，艾滋病毒防治工作也从未忽视每一位受影响者的价值和经验，他们的愿望和挫折，以及他们获取健康和福祉的权利。我曾有幸与艾滋病防治人员，包括艾滋病毒感染者共处。我了解到他们难以获得使生命延续的抗逆转录病毒药物，而且每天都生活在恐惧和羞辱之下。许多人还表示，他们坚决相信我们能够终结这一流行病。他们充满勇气和希望的故事，代表了全体艾滋病防治人员的决心。今天，我们可以欣慰我们共同取得的瞩目进展，但我们也必须认识到，我们要作出多大努力才能确保不遗落任何人。
3. 艾滋病防治所带来的不仅仅是成果，还有到 2030 年终结这一流行病的愿望和实际基础，包括医疗进步、干预措施和伙伴关系。接下来将决定快速终结目标能否实现的唯一真正缺失环节，是作出政治承诺，适足和公平地运用我们经过验证的工具。



4. 艾滋病防治牵涉到国家和非国家行为体，横跨各个部门，而且涉及社会驱动因素和践踏人权行为。我欣慰地看到，对艾滋病防治工作的投资，在推动健康系统、社会保护和社区复原力的发展方面贡献良多。我认为，艾滋病防治所开创的办法和机制，可用来克服导致疾病反复爆发、慢性疾病再度流行的系统性挑战，同时逐步建立公平的全民医保。

5. 但艾滋病还远未终结。我们的艾滋病防治工作不容有失。今后五年为彻底改变这一流行病的轨迹提供了一线机会。虽然进展令人瞩目，但如果我们接受现状不变，这一流行病就会在多个低收入和中等收入国家反弹。2030 年感染艾滋病毒并死于相关疾病的人数将多于 2015 年。治疗成本将急剧上升。如果控制不了艾滋病流行，就将损害为消除结核病、降低孕产妇和儿童死亡率、以及减少丙型肝炎和宫颈癌所作的努力。我们的巨大投资和世界上最鼓舞人心的争取健康权运动，也将变得徒劳无功。

6. 但如此暗淡的未来不应属于我们。今天，如果我们作出快速应对，设定 2020 年的宏伟目标，增加投资并注重前期投资，到 2030 年终结艾滋病流行这一公共健康威胁就将触手可及。我们必须强化基于权利的做法，包括促进性别平等和增强妇女权能的做法。必须确保最受影响、最边缘化和最受歧视的民众获取服务，包括艾滋病毒感染者、撒哈拉以南非洲青年妇女及其性伙伴、任何地点的儿童和青少年、男同性恋者及其他男男性行为者、性工作者及其客户、注射毒品者、变性者、入狱者、残疾人、移民和难民。

7. 终结艾滋病需要终身满足艾滋病毒方面及其他健康和社会需求，包括当一个人有感染艾滋病毒的风险之时，以及当个人、家庭或社区可能不得不照顾感染艾滋病毒的孤儿和民众之时；需要将资源集中在最受影响的国家、行政区、行政分区和城市各区，并向面临风险的民众和生活环境脆弱的社区提供定制服务；还需要以人为本进行创新，从转变和强化基于社区和设施的服务交付，到开发更加有效和可负担的健康产品，包括疫苗和治愈办法。

8. 惩罚性和歧视性法律需要改变。羞辱和歧视及性别暴力必须终结。社会及经济驱动因素，例如粮食和营养安全、住房、教育、就业和经济赋权，必须得到处理。为此将需要建立新型伙伴关系，利用好民间社会、区域政治机构、国际组织、学术界、信仰组织和私营部门的贡献。

9. 通过快速和多部门防治艾滋病，并从更加战略的角度使用在防治工作中形成的机制，就可以对一系列可持续发展目标(见大会第 70/1 号决议)作出重大贡献，包括消除贫穷、粮食和营养安全、健康、性别平等、体面工作、减少不平等现象、城市、公正和包容机构及伙伴关系。本着这一目标，我呼吁所有合作伙伴跨越政治、文化、宗教和制度鸿沟，更加协调一致地开展工作。我敦促国际社会支持联合国成为实现 2030 年可持续发展议程的适当机构，包括按照经济及社会理事会

2015 年所重申的那样，¹ 强化和扩展联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)所独有的多部门和多行为体办法。

10. 2015 年是大会 2011 年通过的《关于艾滋病病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病病毒和艾滋病》的目标年份，也是千年发展目标的目标年份。本报告回顾了《政治宣言》的 10 项目标，并从多项可持续发展目标的角度展望了未来，突显了当务之急和当前机遇。

11. 大会将于 2016 年 6 月举行艾滋病病毒/艾滋病问题高级别会议(见第 70/228 号决议)。正如艾滋病署 2016-2021 年战略“快速终结艾滋病”所述，对于到 2030 年终结艾滋病的快速目标和核心行动而言，这是一次重申全球承诺的关键机会。会议将可吸取艾滋病防治工作中的经验教训，并与支持防治工作的民众、机构和网络合作，真正推动在模式上向可持续发展目标所设想的统筹发展办法转变。携起手来，我们就可以取得成功，而衡量依据是能否长期保证民众的健康、人权、尊严和茁壮成长能力。

二. 我们绝不能松懈：激励在执行 2011 年《政治宣言》方面取得进展并弥补不足

12. 《关于艾滋病病毒和艾滋病问题的政治宣言》为 2015 年设定了 10 项宏伟目标，加速了全球各地的行动。为监测进度，各国在艾滋病署支持下采取了更加强有力的问责框架。全球艾滋病防治进度报告系统纳入了民间社会评估，仍然是最具创新意义的国际发展监测办法之一。

13. 进度审查揭示了非凡成就和严峻挑战，以及更广泛的发展努力所需要的经验教训(附件表 1 载有每一项目标的摘要)。在 2015 年 12 月截止日之前九个月向 1 500 万艾滋病病毒感染者提供了抗逆转录病毒治疗，这是全球范围一个重大胜利(见图一)。挽救生命的治疗快速增多，使艾滋病死亡病例自 2004 年以来减少了 42%，并在艾滋病病毒负担沉重的国家急速提高寿命方面发挥了重要作用。² 各国政府、民间社会组织、美国总统艾滋病紧急救援计划、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、艾滋病署及其他众多机构的承诺，已将一个充斥绝望和死亡的流行疾病转化为充满健康、希望和尊严的防治工作。

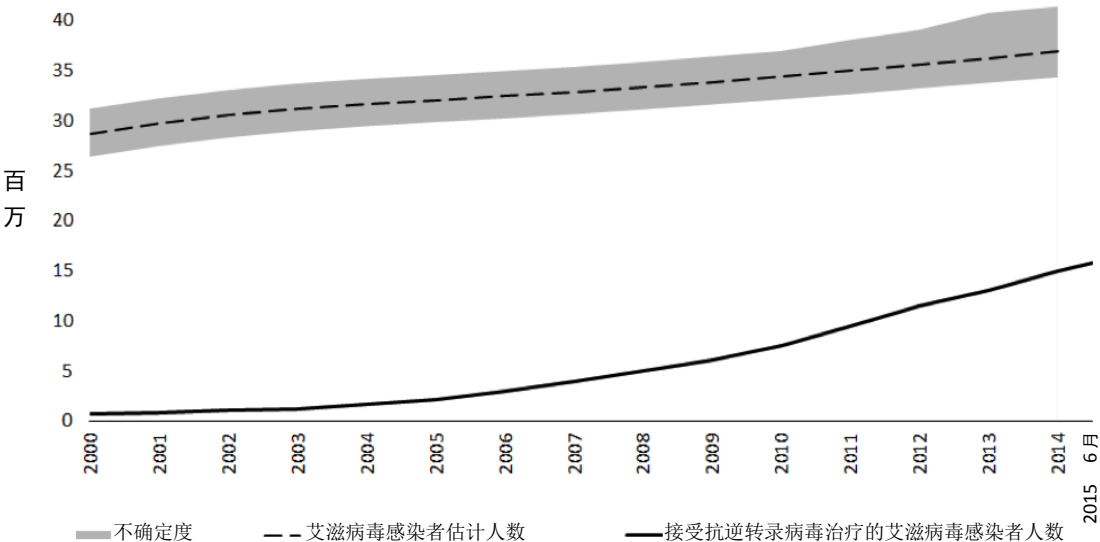
¹ 经济及社会理事会关于联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署的第 2015/2 号决议。

² 艾滋病署，《艾滋病如何改变了一切：15 年，15 个从艾滋病防治工作中看到的希望》(2015 年 7 月，日内瓦)，可查阅：www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf。另请注意来自英格兰公共健康机构的最新数字，其中估计，在 2014 年联合王国所有艾滋病病毒感染者(包括已诊断和未诊断)当中，75%已得到治疗，70%的病毒量已检测不到。

2011 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》：10 项目标

- 到 2015 年将艾滋病毒性传播病例减少 50%
- 到 2015 年将注射毒品者之间的艾滋病毒传播病例减少 50%
- 到 2015 年消除儿童新增艾滋病毒感染病例，大幅减少与艾滋病有关的孕产妇死亡病例
- 到 2015 年有 1 500 万艾滋病毒感染者接受挽救生命的抗逆转录病毒治疗
- 到 2015 年缩小全球艾滋病资源差距，每年全球对低收入和中等收入国家的投资达到 220 亿至 240 亿美元
- 消除性别不平等现象以及基于性别的虐待和暴力，提高妇女和女童面对艾滋病毒的自我保护能力
- 消除针对艾滋病毒携带者及感染者的羞辱和歧视，推广能确保充分实现所有人权和基本自由的法律和政策
- 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制
- 消除并行的艾滋病毒相关服务系统，进一步将艾滋病防治工作纳入全球健康和发展努力，并加强社会保护体系
- 到 2015 年将艾滋病毒感染者中的结核病死亡病例减少 50%

图一
艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗的情况

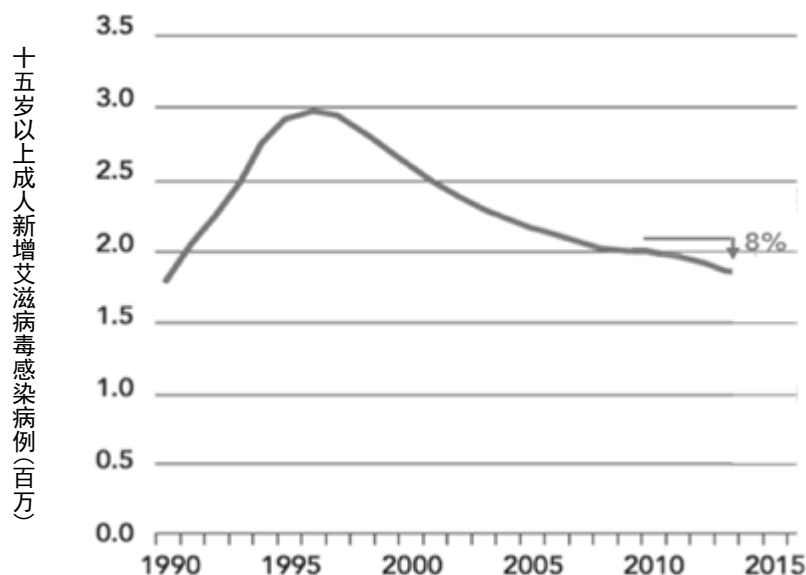


14. 婴幼儿中这一流行病的扭转态势最为显著。2011 年大会关于艾滋病毒和艾滋病问题的高级别会议推出的“到 2015 年消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的全球计划”取得了空前成功。仅仅四年时间，在占全球儿童新增艾滋病毒感染病例 90% 的国家，儿童新增感染病例就已减半。2014 年，加勒比儿童新增艾滋病毒感染不到 500 例，全拉丁美洲不到 2 000 例。全球约有 85 个国家已接近于消除这一流行病，每年儿童新增感染不到 50 例。艾滋病相关原因所导致的 15-49 岁妇女死亡人数自 2010 年以来已减少 35%。

15. 在进入新千年后的头十年，世界各地成人新增艾滋病毒感染病例大幅减少。但在许多地区，进展仍然不足而且缓慢，一些地区的新增感染病例甚至有所增加。从 2010 年到 2014 年，青年和成人每年感染艾滋病毒的人数只减少了 8% (见图二)。全球范围对艾滋病毒传播有准确和全面了解的青年比例在过去 15 年没有变化，而避孕套的推广和分发仍然满足不了撒哈拉以南非洲许多地区青年的需求。即便是出现了新的预防工具和办法，但由于领导力不足、问责不力和供资减少，预防方案近些年来仍有所减弱。

图二

1990 年至 2014 年 15 岁以上成人新增艾滋病毒感染病例



16. 虽然 90% 的新增艾滋病毒感染者生活在仅仅 35 个国家，但艾滋病毒流行却仍然是全球性的，影响到世界每一个角落，而且大大增加了许多区域的保健负担。不过，流行模式、进度和挑战大相径庭 (见图四)。

17. 艾滋病流行继续对撒哈拉以南非洲造成极其严重的影响，那里有 2 600 万人感染艾滋病毒。2014 年估计有 140 万新增艾滋病毒感染病例，约占全球总数的

66%。少女和年轻妇女感染艾滋病毒的风险居高不下，而且很容易感染。在 2014 年撒哈拉以南非洲感染艾滋病毒的 280 万 15-24 岁青年当中，63%为女性。

18. 从 2000 年到 2014 年，东欧和中亚新增感染人数增加了 30%，其中大多为注射毒品者。中东和北非的新增感染则集中于性工作者、男男性行为者和注射毒品者。这是 2000 年以来仅有的两个新增艾滋病毒感染人数有所增加的区域。

19. 亚洲及太平洋区域艾滋病毒感染人数在 2000 年至 2010 年间显著减少，但过去几年略有增加，而北美和西欧各大城市则面临再度流行。男同性恋者和其他男男性行为者、变性者、性工作者及其客户和注射毒品者尤其风险巨大。例如在美国，如果持续当前趋势，将有一半从事男男性行为的黑人和四分之一从事男男性行为的拉丁裔在他们一生当中被诊断出感染艾滋病毒。³

20. 有 2 200 万艾滋病毒感染者得不到抗逆转录病毒治疗。儿童接受治疗的比例低得惊人，2014 年，拉丁美洲为 54%，中东和北非只有 15%。中东和北非的成人治疗比例最低，为 14%。不过，阿尔及利亚和阿曼等国的情况显示，该区域提高治疗比例是有可能的。我欣慰地看到，尽管该区域被人道主义危机及其他危机困扰，《阿拉伯艾滋病战略(2014-2020 年)》仍提出了宏伟的目标。

21. 虽然在推动了解艾滋病毒状况方面已经取得进展，但仍有一半艾滋病毒感染者不知道自己的状况，突显了缩小测试差距的紧迫性。过晚诊断艾滋病毒感染是扩大艾滋病毒治疗范围的最大障碍。婴幼儿早期诊断筛查比例低下，仍然是扩大儿童治疗比例的极大挑战。

22. 此外，很大一部分接受抗逆转录病毒治疗的民众难以遵从医嘱，无法实现病毒抑制。所有国家无论收入水平如何，在支持艾滋病毒感染者实现病毒抑制方面都面临挑战：2012 年在大不列颠及北爱尔兰联合王国，61%的艾滋病毒感染者实现了病毒抑制，相比之下，美利坚合众国和撒哈拉以南非洲只有 30%。² 由于无法充分满足所有艾滋病毒感染者和有感染风险者的需求，接受诊断、留置护理和实现病毒抑制的人数比例一直不高，对个人和公共健康都造成了严重影响。缩小治疗差距还因为缺少按性别、年龄和人口群体分列的数据而进一步受到限制。以西非埃博拉爆发为例，保健和社区系统薄弱，预示着未来将面临挑战。

23. 艾滋病防治工作强化了许多国家的保健系统，在整合艾滋病毒相关服务和广大保健服务方面取得了重大进展。越来越多国家就设施一级整合艾滋病毒相关服务与性健康和生殖健康服务，以及广泛整合艾滋病毒与非传染性疾病咨询和测试

³ 美国疾病控制与预防中心，“Half of black gay men and a quarter of Latino gay men projected to be diagnosed within their lifetime” (2016 年，亚特兰大)，可查阅：www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2016/croi-press-release-risk.html。

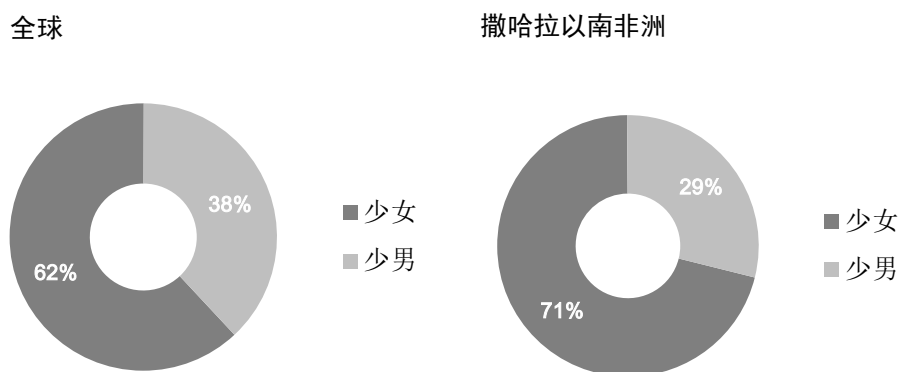
服务的情况提出了报告。各国报告称，艾滋病毒与结核病相关服务的整合程度有所提高。不过，死于艾滋病毒所致结核病的人数自 2010 年以来只减少了 18%。⁴

24. 在减少对艾滋病毒感染者的歧视态度以及制订更加有利的法律和政策方面，情况有了一定程度的改善。我赞赏艾滋病毒与法律问题全球委员会提出了鼓励取得进展的建议。各国议会联盟作为立法者、社区领导者和政府行动监督者，在支持议会移除有效防治艾滋病毒的障碍方面发挥了关键作用。但世界仍然远未消除使艾滋病毒相关羞辱和歧视长期存在的惩罚性法律。

25. 导致不平等现象长期存在的性别规范继续存在于许多社会中盛行，增加了妇女和男子感染艾滋病毒的风险。无论何地，妇女和女童都面临歧视和暴力，在有些国家还面临早婚、逼婚和切割女性生殖器等有害做法。2014 年，在 15-24 岁年龄组所有新增感染病例中，56% 为女童和年轻妇女，在 15-19 岁年龄组的这一比例则为 62% (见图三)。艾滋病仍然是非洲育龄妇女死亡的主要原因。妇女地位委员会 2015 年第五十九届会议在第四次妇女问题世界会议二十周年之际通过了《政治宣言》，签署该宣言的各国部长和政府代表确认没有国家已充分实现妇女和女童的平等，并誓言为到 2030 年充分实现性别平等及增强妇女和女童权能而努力奋斗。

图三

2014 年 15-19 岁青少年 22 万个新增艾滋病毒感染病例的分布情况，按性别分列



资料来源：艾滋病署 2014 年估计数

资料来源：艾滋病署 2014 年估计数

26. 安全理事会第 1983(2011)号决议侧重于通过国际政治关注和行动，逐步终结与冲突有关的性暴力和性别暴力，并增强妇女减少艾滋病毒感染的能力。艾滋病署和维持和平行动部目前正在评价第 1983(2011)号决议的执行情况，将在 2016 年底提出进度报告和建议。

⁴ 世界卫生组织，《2015 年全球结核病报告》(2015 年，日内瓦)。

27. 推广涉及人权和基本自由的法律、政策和方案，为消除边缘化民众面临的羞辱、歧视、暴力和排斥带来了动力，并使得获取艾滋病毒相关服务和广泛推进更加包容的社会成为可能。在取消与艾滋病毒有关的旅行限制方面有了显著进展，表明消除阻碍平等的结构性障碍这一艰巨任务已取得具体成果。

28. 到 2015 年为低收入和中等收入国家开展艾滋病防治提供 220 亿至 240 亿美元的目标已经实现，这推动了上述进展。资源调动工作以共担责任和全球团结原则为指导，非洲联盟执行其关于非洲艾滋病、结核病和疟疾防治责任共担和全球团结的路线图就是一个例证。至关重要的是，艾滋病毒方案已变得更加高效。从 2011 年到 2014 年，艾滋病毒供资增加了 11%，接受抗逆转录病毒治疗的人数则增加了 60%。⁵

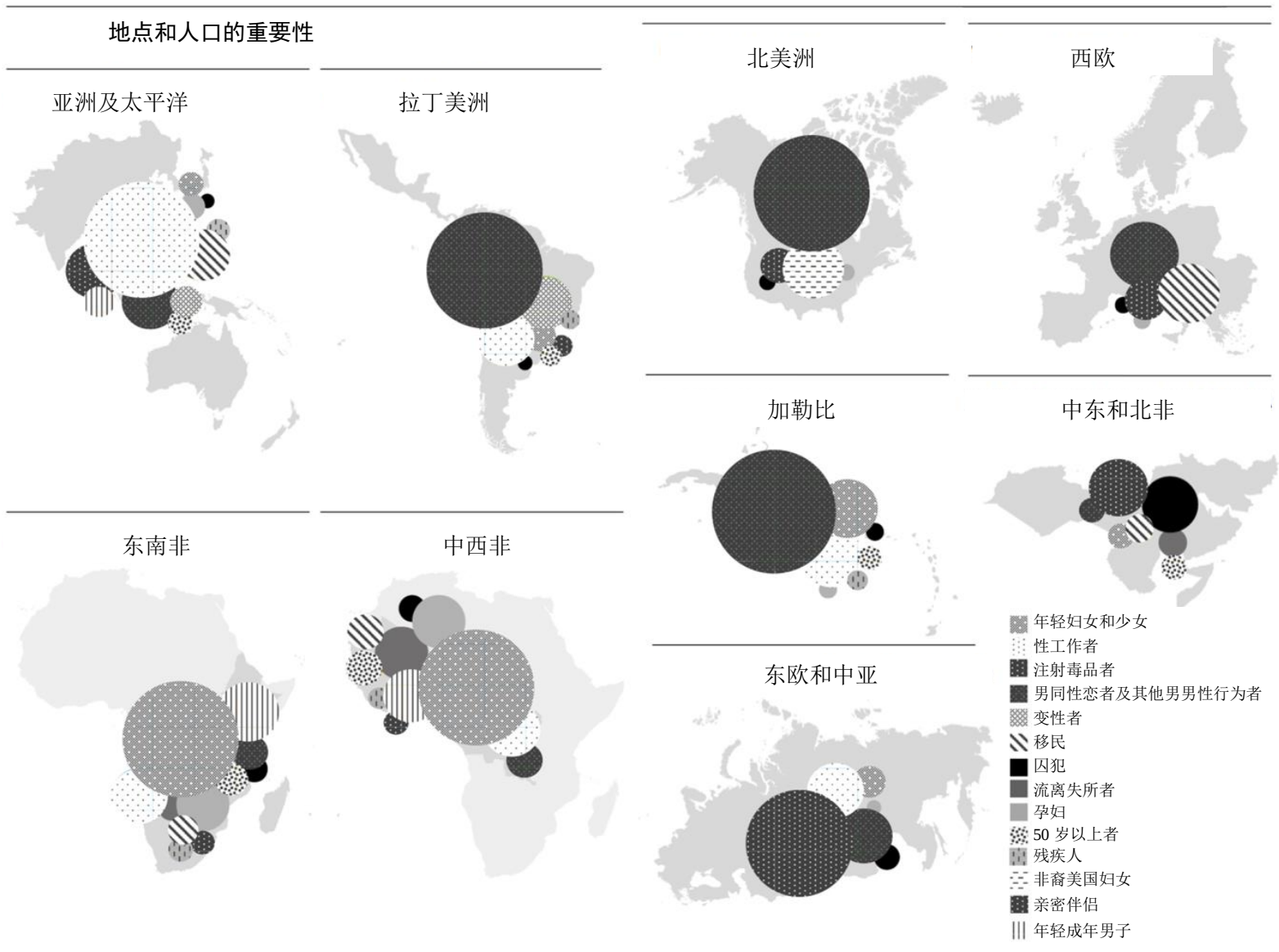
29. 由于 58% 的艾滋病毒感染者居住在中等收入国家，许多国际伙伴近期作出的关于 2017 年后不再向中等收入国家投资的决定，对确保持续提供服务和延续重要方案造成了重大影响。虽然各国政府不断增加国内对艾滋病防治的供资，但其中常常不包括增加对宣传、人权或注重重点人群的方案的投资。例如，在东欧和中亚，国家及地方政府只为 19% 注重重点人群的方案提供了资金，其余 81% 是由国际伙伴供资。

30. 纵观这 10 项目标，进展显著为我们迈步向前提供了强大动力。但有几个重要领域进展有限，对我们到 2030 年终结艾滋病流行的宏伟目标产生了威胁。应对关键挑战和快速开展艾滋病防治，只剩下短短的五年时间。

⁵ 艾滋病署，“15x15：全球目标已实现”（2015 年，日内瓦）。

图四

地点和人口的重要性



三. 快速终结：针对可持续发展议程开展工作，确保不遗落任何人

31. 为成功实现可持续发展目标，我们必须重新思考我们的发展策略。作为一套普遍且不可分割的目标，可持续发展目标赋予所有利益攸关方开展协作的任务。艾滋病防治工作将为针对整个 2030 年可持续发展议程开展的以人为本的多部门行动探明道路。

32. 为加快响应和满足艾滋病毒感染者及有感染风险者在他们一生中的全部需求，我们必须与消除贫穷工作密切协调，向所有人提供社会保护，改善粮食和营养安全及优质教育机会，确保身体健康，减少不平等现象，实现性别平等，确保体面工作，并促进健康城市及公众和包容社会。经济赋权、社会保护及全面护理和支持，有助于艾滋病毒感染者和受影响者保持身体健康，而建立提供营养支助和艾滋病毒服务的综合系统，可以强化保健成果。完成中等教育可增强青年权能，改善他们的社会经济状况，并减少他们感染艾滋病毒的风险。由城市领导的艾滋病防治工作能接触到最边缘化的群体，有助于加强健康和社会保护系统。

33. 为加快可持续进展的步伐，终结艾滋病、贫穷和不平等现象，我们必须在社区、行政区、国家和区域各级完成转型变革。这些变革包括：进一步以证据和权利为基础，高度重视地点、人口和干预措施，以产生最大的影响力；作为全球公益，着力投资于民间社会，使民间社会能够发挥领导力和参与意识；以及注重前期多样化投资，在健康和发展方面取得史无前例的进展，并产生重大的经济回报。虽然所有国家都需要加快步伐，但是，总计占全世界艾滋病毒感染人数 90% 以上的 35 个国家尤其需要加速作出重点鲜明的努力(见图五)。占区域流行病例 90% 或以上的国家，已在附件表 2 中列出。

34. 艾滋病署 2016-2021 年战略的目标是指导全球快速行动。该战略已于 2015 年 10 月获得艾滋病署方案协调委员会通过，围绕五个可持续发展目标拟订，代表着通过增进协作发挥共同影响力的五个最具战略意义的领域。下文所述优先协作领域是快速策略的核心。

图五

2014 年占全球新增艾滋病病毒感染病例 90% 的 35 个国家



确保健康生活方式，促进全民福祉(可持续发展目标 3)

35. 确保健康生活方式，包括艾滋病病毒感染者和受影响者的健康生活方式，对于可持续发展至关重要。实现儿童、青少年和成人“90-90-90”的治疗目标，⁶ 是终结这一流行病的核心所在，为鼓励就民众在获取艾滋病病毒服务时面临的人权、性别和社会经济障碍采取行动提供了多个切入点。为了取得成功，我们必须作出全球努力，按照世界卫生组织(世卫组织)2015 年准则⁷ 缩小在逐级治疗方面的差距，包括为此采取有针对性的检测战略，调整治疗服务以接触不同人群和背景，确保民众在诊断后获得治疗，消除提供护理的社会经济障碍，通过支助服务鼓励遵从医嘱，以及定期监测接受治疗的民众。

36. 我们必须纠正儿童接受治疗比例不高的问题，确保向所有可能暴露于艾滋病病毒的婴幼儿提供早期诊断服务，并向所有感染艾滋病病毒的儿童提供治疗。我们必须改进向暴露于艾滋病病毒的儿童提供的所有服务，包括为此扩大病因查询，采用创新系统进行追查并通过一连串护理向成对母婴提供全面服务，增加和改进对儿童和护理人员的遵从医嘱支助，以及确保提供适合于儿童的最有效抗逆转录病毒配方。

⁶ 到 2020 年实现“90-90-90”的治疗目标，是指 90% 的艾滋病病毒感染者自我知情，90% 的知情艾滋病病毒感染者获得治疗，90% 的接受治疗者体内病毒量得到抑制。

⁷ 世界卫生组织，“关于使用抗逆转录病毒药物治疗和预防艾滋病病毒感染的综合准则：有哪些新内容”(2015 年 11 月)。

37. 为扩大治疗范围，各国必须简化治疗方式，用一系列非基于设施的办法补充基于设施的服务，同时强化慢性病护理管理系统。为了能够高效地扩大治疗范围，我们必须将全球基于社区的艾滋病毒服务从 2013 年的平均 5% 提高到 2030 年的平均 30%。加紧努力落实诊所环境中的任务转换，是最大限度提高效率和应对保健人力资源短缺问题的关键所在。

38. 国际社会当务之急是保持和加强努力，确保所有儿童都能够远离艾滋病毒，母亲都存活并且健康，并重点关注表现不佳的地点和可能被遗落的妇女。将旨在消除艾滋病毒母婴传播的服务纳入产前和产后护理及计划生育服务之后，这些服务将变得日常可及，而妇女团体提供的心理社会支助已表明可显著减少与艾滋病毒有关的死亡。通过整合针对孕妇的基于同意的筛查和治疗服务，努力同步消除儿童中的艾滋病毒和先天性梅毒，为减少死胎和新生儿死亡提供了一个特别具有成本效益的机会。艾滋病防治工作必须与执行全球妇女、儿童和青少年健康战略相结合，针对艾滋病毒、肝炎、人类乳头瘤病毒和宫颈癌以及新出现的寨卡等疾病，更加努力地增进融资、加强政策和改善综合服务，以保护最容易受影响的妇女、青少年和儿童。我们必须更加关注艾滋病毒所导致的孤儿及其照顾者的需求。

39. 只有在所有艾滋病毒感染者和受影响者都能够获得可负担的优质保健产品的情况下，终结艾滋病流行才有可能实现。我们必须开拓创新，使民众能够获取护理点诊断和可负担、经优化的预防工具，包括由妇女开创的技术，二线和三线抗逆转录病毒治疗方案，用于结核病、乙型和丙型肝炎的药品，以及疫苗和治愈办法。鉴于各国不论收入水平如何，在提供可负担的优质药品、疫苗和诊断方面都面临挑战，我已召集一个关于药品获取问题的高级别小组，负责评估在发明者权利、国际人权法、贸易规则和公共健康之间的政策不一致问题，提出予以纠正的建议，并于 2016 年 6 月提交最后报告。

实现性别平等，增强妇女和女童权能(可持续发展目标 5)

40. 性别不平等与艾滋病毒密不可分。我们必须加大力度，彻底和系统地处理两者之间的关联。确保性别平等有助于民众预防艾滋病毒，可改善获取保健服务、教育和就业的机会，并为实现没有暴力的生活铺平道路。法律、政策和做法必须维护妇女权利，包括财产和继承权，保护她们免遭暴力侵害，在教育和工作场所不受歧视，并支持所有妇女和女童、特别是来自最弱势社区的妇女和女童获取服务。

41. 保护和促进妇女的性权利和生殖权利，包括她们就性活动、结婚、离婚和生育作出独立决定的权利，是帮助妇女预防艾滋病毒的关键。近期证据显示，现金转拨、学校供餐和心理社会支助相结合，对增强少男少女减少高风险行为的能力产生重大影响，现金转拨对减少无保护性行为和亲密伙伴间暴力行为也有影响。⁸

⁸ 艾滋病署，“2016-2021 年战略：快速终结艾滋病”（2015 年，日内瓦）。

42. 让男子、妇女、男童和女童参与进来，并发动各类利益攸关方，以多层面办法处理人权、性别平等和艾滋病毒之间的联系，就能够发挥最大的影响力。将防止暴力和艾滋病毒方案规划工作纳入现有发展平台，例如以节约为主导的小额融资、社会保护和教育，对于可扩展性和可持续性大有帮助。发动男子作为性伙伴、同时也作为有自身需求者参与预防艾滋病毒，具有极其重要的意义。为挑战传统男性观念，需要男子以性别倡导者的身份参与其中，并负责改变使歧视和不平等长期存在的社会规范、行为和性别陈规。男子和男童也面临与性别有关的脆弱性，包括性暴力，必须通过对性别问题有敏感认识的艾滋病毒服务加以解决。

43. 在人道主义突发事件中，当传统保护体系被削弱之时，性暴力常常变得更加明显。至关重要的是发动妇女参与建设和平，降低妇女和女童在此类背景下的脆弱性，并确保性侵犯幸存者获得就诊服务，包括心理健康支助和暴露后预防，以防止艾滋病毒传播。

44. 必须增强妇女和女童、包括感染艾滋病毒的妇女和女童出任领导者的能力；需要为妇女参与制订涉及艾滋病毒的关键议程留出空间；必须对倡导性别平等的组织进行投资；应逐步扩大妇女的权利和权能；还应为调动草根组织以及与其他社会运动结成同盟提供便利。

减少在获取服务和商品方面的不平等现象(可持续发展目标 10)

45. 防治工作的进展将越来越多地依赖于促进所有民众，包括青年、妇女和重点人群不受歧视地获取全面艾滋病毒服务的权利。为确保性工作者、男男性行为者、注射毒品者、变性者、囚犯、移民、受突发事件影响者、无家可归者和其他被遗落民众的公平机会，必须在一个有利的社会、法律和政策环境中提供有效且适当的艾滋病毒及保健服务和商品，并让这些群体切实参与防治工作。

46. 为扩大有效且基于权利的组合预防方案，决策者必须利用国家及次于国家层级的流行病学、经济和社会数据，让高危传播地区遍布针对特定人群的需求量身定制的干预措施。按人口和地点更好地调整预防方案的重心，可以在不增加支出的情况下提高预防的影响力。这不仅要求拨付资源来增强最有需要的方案，还要求对那些不太需要的方案减少支出。

47. 国家组合预防框架需要更新，预防框架的管理和能力也需要加强，并为此分配充足供资。需要建立通过部门间协调、监测和指导使当地方案得到推广的专门能力，加强预防产品的采购和供应链，并就预防工作进行有效沟通，包括通过新媒体和数字媒体。艾滋病署估计，应将全球艾滋病毒投资的四分之一分配给预防工作，而不是抗逆转录病毒治疗，具体比例则每个国家不同。

48. 许多有效预防办法已现成可用，必须使其越来越容易获得。男用和女用避孕套及润滑剂规划在防止艾滋病毒性传播、其他性传播感染和意外怀孕方面非常有效。男性自愿包皮环切术为撒哈拉以南非洲数百万男青年提供了重要保护，艾滋

病毒传播风险降低了近 60%。⁹ 暴露前预防对容易感染艾滋病毒者而言具有革新意义。艾滋病署估计，到 2020 年，低收入和中等收入国家每年需要提供 200 亿个避孕套，并向 300 万人提供暴露前预防。艾滋病毒感染者如果能早期接受抗逆转录病毒治疗并获得优质护理，就可将艾滋病毒负荷量抑制到使传播风险降低多达 96% 的水平。全面减少伤害服务已证明对预防艾滋病毒及其他血液源疾病非常有效。

49. 我们必须确保法律、政策和规范能够保护，而不是损害青少年和青年在性和生殖方面的健康和权利。有关同意年龄的法律不得禁止青年人独立获取与艾滋病毒有关、对青年友好的全面信息和服务。全面性教育是公认按年龄适当排序、与文化相关的性行为 and 性关系教导办法，可提供具有科学准确性、切合实际、非主观判断的信息，而且已表明有助于减少艾滋病毒及其他性传播感染和意外怀孕。鉴于青年人对艾滋病毒传播始终一知半解，此类教育仍然至关重要。青年人显然需要更多且更好的全面性教育和涉及艾滋病毒的服务，包括心理社会和遵从医嘱支助。

50. 确保平等获取艾滋病毒服务还取决于继续调动和发动艾滋病毒感染者和被遗落者成为治理、设计和实施防治工作的变革力量。由社区主导的网络和组织(特别是艾滋病毒感染者、妇女、青年和重点人群的网络和组织)必须拥有自我组织的自由，并拥有担当倡导者、责任监督者和全面合作伙伴的资金和政治权能。

创建公正、和平与包容的社会(可持续发展目标 16)

51. 2030 年可持续发展议程为扩大基于权利的艾滋病毒防治工作以及加强与人权、社会正义和法治运动的联系提供了前所未有的责任和机会。现有关于人权和性别平等的法律义务和政治承诺必须转化为具体的战略、方案和行动。各级和各部门领导必须挺身而出，行政部门、议会成员和司法机构以及宗教、社区和保健领导人对于促进社会正义至关重要。

52. 必须立即和不可逆转地消除阻碍民众特别是艾滋病毒感染者、重点人群、青年和处于人道主义背景下的人获取服务的歧视性和惩罚性法律、政策和做法。必须停止对重点人群，包括对具有不同性取向和性别取向的人实施的仇恨犯罪和一切暴力。

53. 滥用刑法往往对健康产生不利影响，而且还侵犯人权。过于宽泛地将致人感染、不披露或传播艾滋病毒定为犯罪，不符合国际公认的公共健康建议和人权原则。将成人两愿性关系定为犯罪是一种侵犯人权行为，将其合法化则可降低艾滋病毒感染风险并增加治疗机会。不将拥有和使用注射毒品定为犯罪，并制订允许提供全面减少伤害服务的法律和政策，已证明可减少艾滋病毒传播。同样，不将性工作定为犯罪，也可减少暴力、骚扰和艾滋病毒风险。性工作者应享有人人皆有的人权保护，包括不受歧视、健康和安全保障的权利。

⁹ 世界卫生组织，“概况介绍：男性自愿包皮环切术用于艾滋病毒预防”(2012 年 7 月)。

54. 感染艾滋病毒的移民、难民和寻求庇护者面临严重歧视，因为一些国家限制艾滋病毒感染者入境或将他们强行遣返。有些国家强制要求移民、难民和寻求庇护者在没有咨询或隐私保证的情况下接受艾滋病毒检测。向移民和受人道主义突发事件影响者提供自愿的艾滋病毒以及性健康和生殖健康服务，已牢牢植根于国际人道主义法和人权法及相关政策和医疗道德中。

55. 在世界各地，各种形式的忽视和歧视将残疾人置于感染艾滋病毒的风险之下。影响公共健康规划的常见误解包括认为残疾人没有活跃的性生活或不太可能使用药物或酒精。因此，残疾人在艾滋病毒政策规划以及更广泛的保健服务中往往被忽视。这一差距必须予以消除，包括为此改进残疾数据的收集工作。

56. 我们必须确保所有人都有权诉诸司法和挑战侵犯人权行为，包括在就业、健康和教育等各种背景下的歧视和拒绝服务。必须增加对恢复尊严和改善保健成果的人权方案的投资，例如法律和政策改革，减少羞辱和歧视，减少性别歧视和不平等，普及法律知识，提供和便利获取法律服务，以及提高立法人员、执法人员和保健工作者的认识。

57. 必须加强对保健服务提供者的人权和道德操守培训，确保他们了解自己的健康权利，赋予他们必要的技能和工具，以确保维护患者对所有健康服务的知情同意权以及保密和不受歧视的权利。

58. 必须加大力度消除与艾滋病毒有关的工作场所歧视，适用相关的国际劳工标准，并优化工作场所方案，确保所有雇员都享有自愿艾滋病毒检测和咨询服务、护理渠道和持续就业保障。为确保健康的工作环境，必须加强艾滋病毒感染者网络、私营企业、政府劳工部门、工会、雇主和企业之间的伙伴关系。

重振可持续发展伙伴关系(可持续发展目标 17)

59. 可持续发展目标的统筹和不可分割性质要求所有健康和发展努力以伙伴关系、跨部门合作和团结原则为基础，采取有创新意识的执行手段。发动政府、民间社会、信仰社团、私营部门、科学界、学术界、基金会和地方当局共同参与多利益攸关方伙伴关系和基于具体问题的联盟，包括联合国系统内的艾滋病署，是推动实现各项可持续发展目标的关键。

60. 如果不增加多样化资源和前期投入，我们就无法终结艾滋病流行。快速终结办法要求低收入、中等偏下收入和中等偏上收入国家到 2020 年时的投资分别达到 74 亿、82 亿和 105 亿美元的峰值(见表 1)。如果所有国家开展全球艾滋病防治工作的资金都能全部到位，2016 年至 2030 年在低收入和中等收入国家就可减少 1 760 万个新的感染病例和 1 100 万人过早死亡。

61. 有一种观点认为全球团结防治艾滋病的努力已达极限。这绝非事实。许多国家有能力比现在作出更多投入。在高收入国家中，只有四个国家的投入在可

用于艾滋病的国际资源总量中所占的比例超过了这些国家在世界国内生产总值中所占的比例。当务之急是国际社会必须确保筹集 130 亿美元用于全球基金第五次充资的资源需求。通过利用科学进步和应用创新型解决方案，这一伙伴关系有望在 2016 年底实现自其成立以来挽救 2 200 万生命的成就。如果充资全部到位，到 2020 年将可挽救另外 800 万人的生命，在未来几年取得高达 2 900 亿美元的经济收益。

表一

低收入和中等收入国家到 2020 年时的年度快速通道资源需求，按收入水平分列^a

(十亿美元)

	2014 年可用资源	2020 年目标 ^b
低收入国家^c	5.5	7.4
国内公共	0.2	0.9
国际	4.7	6.5
中等偏下收入国家	4.3	8.2
国内公共	0.7	3.7
国际	2.6	4.5
中等偏上收入国家^c	9.4	10.5
国内公共	7.6	10.0
国际	1.4	0.5
低收入和中等收入国家资源需求共计^c	19.2	26.2
国内公共	8.6	14.6
国际	8.8	11.6

^a 使用世界银行 2015 年投资贷款分类，因此不包括现在被列为高收入的国家；对 2016 年至 2020 年仍是低收入或中等收入国家的 2014 年可用资源作了调整。

^b 所有低收入和中等收入国家的 2020 年资源估计数在编制时都采用了相关国家的投入或针对每个国家的估计数，并假定根据地点和人口将现有资源重新分配给更高效的防治工作，并且采用了经过精简的抗逆转录病毒疗法保健服务模式。

^c 包括国内私人需求，主要是自付费用。

62. 低收入和中等收入国家需要根据自身能力和疾病负担大幅增加国内供资。各国应制订可持续性过渡计划和契约，概述支持国家费用计划和国家自主目标的国内和国际承诺，并扩大共同供资办法。考虑到用于控制艾滋病毒的国际公共供资放缓，受影响最严重的国家缺乏通过传统方式增加财政空间的能力，与私营部门建立伙伴关系也至关重要。

63. 提高效率有助于进一步确保用于艾滋病防治的财政空间。大多数国家需要扩大优质保健服务，根据最新的抗逆转录病毒治疗准则精简护理模式，减少浪费和低效率，并通过扩大社区提供的服务和促进产品供应商之间的竞争等方式来降低保健产品的成本。为降低价格，各国需要充分发挥谈判潜力，包括集中采购，从战略角度设计招标进程，以及其他市场形成机制。应扩大政府、艾滋病毒感染者社团与非专利和原创制药公司之间的伙伴关系。更高效的防治工作还有赖于：支持各国利用与贸易有关的知识产权灵活做法；支持各国谈判不含限制获取可负担药品的知识产权附加条款的自由贸易协定；采取步骤维护和加强地方非专利药品制造能力；支持延长最不发达国家关于药品的知识产权义务过渡期；加快创新产品进入市场，包括为此简化和加强卫生监管程序。

64. 必须进一步鼓励提供创新产品，为此应更多地投资于研发副作用更小、更有效且更加可负担的医疗产品，包括更简单、更持久的儿童、青少年和成人药物配方，二线和三线疗法，诊断，包括疫苗在内的预防技术，以及治愈办法。

65. 采用更新、生产成本更低的预防工具、诊断、疗法和病毒量检测是实现重大节约的关键。应寻求原创和非专利公司之间的技术转让协议，包括但不限于自愿许可协议，以增加药品的可获性和可负担性。

66. 更高效的防治工作有赖于更好地利用执行科学来收集关于特定背景下最佳处理办法的持续和高质量证据。可按照大会第 69/237 号决议的要求，通过国家一级切实可行的评价给予支持。

67. 需要加强以人为本的健康系统，为此应推广全民医保以及针对艾滋病毒感染者、妇女和女童、弱势家庭、护理人员和重点人群的社会保护方案。各国需要加强采购和供应链系统以防止保健产品短缺，通过加强人力资源提供综合保健和艾滋病毒服务。综合服务应处理肝炎等并发感染和并发症，以及疼痛管理、心理健康及性健康和生殖健康问题，包括性传播感染、宫颈癌和照顾性侵犯幸存者。应通过联合拟订方案、以病人为中心的一体化服务以及合并提高艾滋病毒和结核病服务，增加与艾滋病毒有关的结核病获得预防、诊断和治疗的机会。由于 50 岁或以上年龄段艾滋病毒感染者人数增长，需要将服务纳入其他慢性渐进性疾病、包括非传染性疾病的保健体系。

四. 制订更有意义的措施：从全球目标到区域和国家目标，加强监测以实现民众负责

全球快速通道目标

68. 2015 年上半年，经济及社会理事会、艾滋病署方案协调委员会及艾滋病署和柳叶刀委员会在其题为“战胜艾滋病：推进全球卫生”的报告中得出结论认为，为了到 2030 年终结艾滋病流行，必须大力加速投资并提高前期投入。艾滋病署

方案协调委员会根据 2020 年之前的必要进度模型，于 2015 年 10 月通过了快速通道目标(见图六)。

图六

艾滋病署 2016–2021 年战略中的 2020 年快速通道目标



69. 为扩大和监测涉及艾滋病毒和各种健康问题的协作，各利益攸关方在迈向 2030 年的进程中应进一步制订相关健康挑战的中期目标，例如：

- 到 2020 年，新增慢性病毒性乙型和丙型肝炎感染病例减少 30%，300 万人得到丙型肝炎病毒治疗¹⁰
- 到 2020 年，70%的国家对至少 95%的孕妇进行梅毒筛查，对至少 95%的孕妇进行艾滋病毒筛查，对至少 90%的感染艾滋病毒孕妇进行有效治疗¹¹
- 到 2020 年，对每个接受护理的感染艾滋病毒妇女进行宫颈癌筛查¹²
- 到 2020 年，69 个优先国家又有 120 万名妇女和女童获得计划生育信息、服务和用品¹³

¹⁰ 世卫组织，2016-2021 年全球卫生部门首个病毒性肝炎战略草案(2015 年)。

¹¹ 世卫组织，全球卫生部门 2016-2021 年防治性传播感染战略草案(2015 年)。

¹² 世卫组织，筛查和治疗癌前病变以预防宫颈癌准则(2013 年)。

¹³ 2020 计划生育(由联合国基金会和秘书长妇女儿童健康运动的一个核心伙伴“每个妇女每个儿童”合作组建的全球伙伴关系)。

- 到 2020 年，艾滋病毒感染者患结核病死亡的人数减少 75%¹⁴
- 到 2025 年，心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病总死亡率相对降低 25%¹⁵
- 到 2025 年，公立和私营医疗卫生机构治疗主要非传染性疾病所需的基本技术和基本药物，包括非专利药物有 80%在经济上可负担¹⁶

区域快速通道目标

70. 世界各区域的不同流行模式为区域快速开展艾滋病防治工作提供了依据和机会。作为全球和国家一级的有效联系，以及政治领导、知识分享、技术及财政支助和同侪主导问责的源泉，区域的领导力和参与在发展方面发挥着日益重要的作用。为形成区域政治承诺和问责，我鼓励世界所有区域对照本区域流行情况制订 2020 年快速通道目标。附件载有鼓励和支持制订区域目标的表格(见附件，表 1)。

表 2

实现关于新增艾滋病毒感染病例的区域目标：成人(15 岁以上)¹⁷

区域	2010 年艾滋病毒感染者		2020 年目标：减少 75%
共计		2 000 000	500 000
亚洲和太平洋		280 000	88 000
	女性：93 000	男性：180 000	
东欧和中亚		120 000	44 000
	女性：49 000	男性：74 000	
东部和南部非洲		990 000	210 000
	女性	男性：	
	15-24 岁：240 000	430 000	
	25 岁以上：310 000		
拉丁美洲和加勒比		98 000	40 000
	女性：32 000	男性：66 000	

¹⁴ 世卫组织，全球卫生部门 2016-2021 年艾滋病毒战略草案(2015 年)。

¹⁵ 来自世卫组织非传染性疾病全球监督框架，该框架通过对比 2010 年的基线水平，监测和报告 2025 年以前九项非传染性疾病全球目标的实现情况，跟踪 2013-2020 年预防控制非传染性疾病行动计划的执行工作。

¹⁶ 世卫组织非传染性疾病全球监测框架。

¹⁷ 请注意，本报告中这一表格和其他表格中的数字指的是一组数据的中位数。关于该组数据的详情，请洽艾滋病署。

区域	2010 年艾滋病毒感染者		2020 年目标：减少 75%
中东和北非		19 000	6 200
	女性：5 800	男性：13 000	
西部和中部非洲		360 000	67 000
	女性	男性：	
	15-24 岁：80 000	160 000	
	25 岁以上：130 000		
西欧和中欧及北美		86 000	53 000
	女性：18 000	男性：68 000	

计算了 30 多个负担最重国家的影响估计数。区域影响估计数是从该区域建模国家向该区域所有国家推断得出。

表 3
实现关于治疗覆盖面的区域目标：成人(15 岁以上)

区域	2014 年接受治疗者(覆盖率百分比)		2020 年目标
共计		14 100 000	27 900 000
亚洲和太平洋		1 700 000	4 100 000
	女性：740 000(43%)	男性：980 000(32%)	
东欧和中亚		2 70 000	1 400 000
	女性：110 000(19%)	男性：150 000(17%)	
东部和南部非洲		8 500 000	14 100 000
	女性：5 400 000(52%)	男性：3 100 000(42%)	
拉丁美洲和加勒比		890 000	1 600 000
	女性：330 000(49%)	男性：560 000(45%)	
中东和北非		30 000	210 000
	女性：13 000(18%)	男性：17 000(12%)	
西部和中部非洲		1 500 000	4 500 000
	女性：1 100 000(31%)	男性：460 000(19%)	
西欧和中欧及北美		[810 000-1 500 000]	2 000 000
	女性：[180 000-330 000]	男性：[630 000-1 200 000]	

表 4

实现关于新增艾滋病病毒感染病例和治疗覆盖面的区域目标：0-15 岁儿童¹⁸

区域	感染艾滋病毒的儿童		感染艾滋病毒并接受抗逆转录病毒治疗的儿童	
	2010 年	2020 年目标	2014 年	2020 年目标
共计	360 000	20 000	820 000	1 200 000
亚洲和太平洋	26 000	2 000	73 000 (35%)	95 000
东欧和中亚	1 900	<500	14 000 (83%)	7 600
东部和南部非洲	200 000	10 000	600 000 (38%)	690 000
拉丁美洲和加勒比	4 900	<500	23 000 (54%)	17 000
中东和北非	2 300	<500	2 000 (15%)	8 000
西部和中部非洲	130 000	6 000	93 000 (13%)	340 000
西欧和中欧及北美	<500	<500	[2 500-7 500]	1 300

五. 采取可持续发展解决办法，快速推进基于权利的艾滋病加速防治工作：建议

71. 到 2030 年终结艾滋病流行的承诺要求我们共同快速推进防治工作，并把握 2030 年可持续发展议所固有的机会。以坚实成就为基础加速取得共同进步，处理破坏我们星球的贫穷和不平等问题，并确保无人被遗落，这需要国家、艾滋病病毒感染者和受影响者、民间社会、发展伙伴、联合国系统、私营部门和其他主要合作伙伴采取联合行动。

72. 为指导进展，我们鼓励各国接受将新增艾滋病病毒感染人数和艾滋病致死人数减少到每年分别低于 50 万人并消除艾滋病病毒相关歧视的 2020 年快速通道目标。即将召开的大会消除艾滋病问题高级别会议是一个重要机会，可借鉴艾滋病署 2016-2021 年战略的提议，设定宏伟的全球量化具体目标，为这些快速通道目标提供支持。我敦促各国确保高级别、多样化地参与这一会议。为鼓励在所有各级发挥领导作用并取得成果，上述具体目标应按区域分类，并为适合国情的国家目标提供参考。

73. 为促进问责，快速通道目标和具体目标的后续行动和进度审查必须具有包容性、参与性和透明度。我呼吁艾滋病署继续在国家主导的定期进度评价和艾滋病防治工作年度报告方面发挥领导作用，为大会和高级别政治论坛提供参考。作为全球报告的补充，卫生和非卫生部门、城市及地方领袖和民间社会参与区域定期

¹⁸ 2020 年目标源自 2016 年更新的快速通道模型、艾滋病署战略所载覆盖面目标执行工作、世卫组织最新准则以及其他新证据。

同行审查至关重要。展望未来，会员国应考虑在 2022 年举行一次关于艾滋病问题与可持续发展目标的高级别会议，审查艾滋病快速通道防治工作在社会、经济和政治层面的进展，以及对整个 2030 年可持续发展议程取得进展作出的贡献。

74. 艾滋病防治工作仍然是一个创新和灵感的源泉，展示了通过联合科学、社区行动和政治领导力量可取得的成果。从基层到全球，防治工作确定了解决艾滋病问题所有方面的机制。该机制调动国家和非国家行为体参与，开展跨部门工作，并处理社会驱动因素和侵犯人权行为。该机制对全球健康而言是独一无二的，在我们应对反复出现的疾病暴发和新慢性病流行所带来的挑战、同时致力于实现公平的全民医保之际，必须更好地加以利用。我还鼓励国际社会审议和确认全球健康全面框架公约的价值。

75. 艾滋病防治工作持续取得进展，激发了人们对可持续发展目标可以实现的信心。通过保持这一势头并实现艾滋病防治工作与 2030 年议程之间的协同增效作用，到 2030 年我们就可以终结艾滋病流行这一公共健康威胁，通过良性循环加速一系列目标取得进展。在我们努力实现这些目标之际，我鼓励会员国和所有利益攸关方立即落实下列建议：

(a) 低收入、中等偏下收入和中等偏上收入国家用于艾滋病防治工作的前期投入在 2020 年分别达到 74 亿、82 亿和 105 亿美元，包括为此第五次对全球基金成功充资，以财务可持续性契约为指导，其中概述可预测的支持国家费用计划的国内、国际和私人承诺；

(b) 所有国家、所有人群实现“90-90-90”的检测和治疗目标，确保到 2020 年有 2 800 万名感染艾滋病毒的成人和 120 万名感染艾滋病毒的儿童得到治疗；

(c) 消除儿童新增艾滋病毒感染病例并保持母亲健康，通过整合艾滋病毒以及性健康和生殖健康服务，实现到 2020 年儿童新增艾滋病毒感染病例少于 2 万个，确保所有感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女都能获得抗逆转录病毒治疗，让男性伙伴参与预防艾滋病毒，同时与全面和适宜的儿童发展努力加强联系；

(d) 扩大艾滋病毒综合预防方案并提供适足资源，包括依具体人群、地点和干预措施提供避孕套、暴露前预防、男性自愿包皮环切术、减少伤害和全面性教育，以产生最大影响力，确保根据不同国情，将艾滋病防治资源的至少四分之一用于预防，特别注意调动少女和青年妇女、性工作者及其客户、男男性行为者、注射毒品者、变性者、囚犯、移民、残疾人以及受突发事件和冲突影响者的参与，实现所有人的性健康和生殖健康及权利；

(e) 通过促进性别平等、消除性别暴力以及增强妇女和女童权能，到 2020 年将每年新增感染艾滋病毒的青年妇女人数减少为 10 万人，包括为此致力于取消使妇女和女童长期处于不平等地位的歧视性法律和性别规范，并制订战略促进建立一个有利于增强妇女社会、政治和经济权能的环境，包括让男子和男童参与其中；

(f) 通过取消侵犯人权的惩罚性法律、政策和做法，确保不遗落任何人，人人有机会获得服务，包括不将同性性关系、性别取向和性取向差异、使用毒品和性工作定为犯罪，不宽泛地将不披露、致人感染和传播艾滋病毒定为犯罪，不实施与艾滋病毒有关的旅行限制和强行检测，取消限制青少年保健权利的同意年龄法，以及制止对重点人群的一切形式暴力侵害；

(g) 投资于社区主导的服务交付、保健人力资源和全民医保，以加强以人为本的服务交付，包括为此整合针对艾滋病毒、结核病、性健康和生殖健康、宫颈癌和其他非传染性疾病、肝炎、药物使用失调的服务以及粮食和营养支助，以民众可接受的方式满足他们的终生保健需要；

(h) 扩大筹资以处理具有多重发展结果的艾滋病毒社会和结构驱动因素，包括教育、对艾滋病毒有敏感认识的非歧视性社会保护以及促进人权，并利用艾滋病防治机制应对其他健康保障和人道主义突发事件；

(i) 增加对艾滋病毒感染者和受影响者、青年、妇女和民间社会发挥宣传和领导作用的投资，合法代表所有脆弱社团的利益，推动艾滋病防治工作的干劲、供资和公平，以确保将多达 6% 的全球艾滋病防治资源用于社会推进手段，包括宣传、政治动员、法律和政策改革、公共传播和减少羞辱；

(j) 大胆寻求新的科学解决办法，通过扩大投资，研究和开发更好的诊断方法、更容易且副作用更小的治疗方案、治疗性疫苗和其他预防技术以及功能性治愈办法，并通过在人权框架下使贸易规则和公共健康目标保持一致来确保可负担性；

(k) 通过强化和扩大联合国艾滋病毒/艾滋病问题联合规划署(艾滋病署)所独有的多部门、多利益攸关方办法，确保联合国能够就 2030 年可持续发展议程交付成果，实现艾滋病防治工作的战略一致性、协调、以成果为重点和包容性治理，促进在国家一级对健康、人权和可持续发展产生影响。

附件

表 1
2015 年十项目标：进展和现存挑战

已取得的进展	有助于取得进展的因素	持续存在的挑战
让 1 500 万名艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗		
目标已实现。到 2015 年 6 月已有 1 580 万人接受抗逆转录病毒治疗	扩大艾滋病毒检测，特别是在撒哈拉以南非洲。 增加获得可负担药品和诊断的机会。简化、标准化和副作用小的治疗方案（附有全球和国家准则）。 创新型服务交付，例如以社区为基础的服务交付和遵从医嘱俱乐部。	羞辱和歧视对工作造成损害。 近一半艾滋病毒感染者不了解自身状况，近 60%不能获得抗逆转录病毒治疗。与成人相比，获得抗逆转录病毒治疗的儿童很少。 许多人很晚才开始治疗，相当一部分人为了继续获得护理要尽力克服社会和结构性障碍。只有少数艾滋病毒感染者实现病毒抑制。
到 2015 年填补全球艾滋病防治资源缺口，全球每年对低收入和中等收入国家的投资达到 220 亿至 240 亿美元		
目标已大体实现。估计在 2015 年有 217 亿美元可用于低收入和中等收入国家的艾滋病毒防治方案。	从 2006 年到 2014 年，国内艾滋病毒防治投资几乎增加两倍，国内来源占 2014 年所有资源的 57%。 国际艾滋病毒防治援助从 2010 年的 790 亿美元增至 2014 年的 880 亿美元。 效率收益提高了有限的应对艾滋病毒资金的影响。	大多数国家尚未调动与国家财富和艾滋病毒负担相称的国内资源。 一些高收入国家的应对艾滋病毒援助低于其占全球经济的份额。 配置和规划效率不够理想，包括集中用于疾病负担最重的人群的资源有限。
到 2015 年消除儿童新感染艾滋病毒病例并大幅减少与艾滋病有关的孕产妇死亡		
已取得重大进展。2014 年有 22 万名儿童感染艾滋病毒，比 2009 年减少 45%。自 2010 年以来，死于艾滋病相关原因的 15-49 岁妇女减少了 35%。	为感染艾滋病毒的孕妇提供更多、更有效的抗逆转录病毒药物，包括在感染艾滋病毒的妇女怀孕前增加治疗覆盖面，并在许多国家改变政策以让怀孕妇女终生获得抗逆转录病毒治疗。感染艾滋	育龄妇女初级预防和获得计划生育服务的机会不足。 世卫组织建议的 4 次产前管理和 13 次干预执行不力。 婴儿早期诊断率低，妨碍感染艾滋病毒的儿童获得抗逆转录病毒疗法治疗，而缺

已取得的进展	有助于取得进展的因素	持续存在的挑战
	病毒儿童获得抗逆转录病毒治疗的比例增加了一倍多,从2010年的14%增加到2014年的32%。	乏护理和支助不利于坚持治疗。2014年,21个非洲优先国家只有49%的受艾滋病病毒影响的儿童在出生头两个月内得到诊断筛查。

消除与艾滋病病毒有关的入境、停留和居住限制

已取得重大成果。有14个国家废除了限制,或正式表示,本国旅行政策不存在基于艾滋病病毒状况的歧视,使存在这种限制的国家减少至35个。	企业领导人宣传不歧视的商业好处,称需要向海外派遣合格雇员,不论他们艾滋病病毒状况为何。	歧视性法律和政策继续限制艾滋病病毒感染者的通行,造成重大损害并剥夺获得艾滋病防治服务的机会,而且加深了无端认为移民增加收容社区面临的艾滋病病毒相关风险的看法,损害了团结和同情心。
---	---	---

到2015年艾滋病病毒感染者因结核病死亡的人数减少50%

已取得重大成果。死于与艾滋病病毒相关的结核病的人数从2004年的57万人降至2014年的39万人。不过,2014年艾滋病病毒感染者因结核病相关原因死亡的人数仅比2010年减少18%。	2014年提交报告的国家大约有700万接受艾滋病病毒护理的人进行了结核病筛查,比2010年增加230万人。知晓其艾滋病病毒状况的结核病患者的比例从33%增至51%,抗逆转录病毒疗法的覆盖率从2004年的几千人增至2014年的39.2万人。接受了异烟肼预防疗法治疗结核病感染的艾滋病病毒感染者人数在2014年达到93.3万人,自2013年以来增加了60%。	结核病仍然是导致艾滋病病毒感染者死亡的主要原因,2014年占有与艾滋病有关的死亡的三分之一。基本预防、诊断和治疗工具的覆盖率仍不够理想。2014年只有三分之一感染艾滋病病毒且感染结核病的人接受了抗逆转录病毒疗法。 结核病和艾滋病病毒规划和方案拟订工作分离的情况继续妨碍获得综合服务和持续护理。 一些国家出现耐多药结核菌株。
---	---	---

消除平行的艾滋病病毒防治服务系统,使艾滋病防治工作更好地融入全球卫生和发展努力并加强社会保护制度

已取得重大成果。超过90%的国家报告称,2014年底已将艾滋病病毒防治已纳入更广泛的发展框架,70%的国家正在实现国家一体化服务承诺。	90%的提交报告国家整合了艾滋病病毒咨询和检测与结核病服务,一半以上国家报告提供艾滋病病毒和结核病联合筛查和治疗服务。	重点人群和青年的整体需求仍未得到充分满足。
---	---	-----------------------

已取得的进展	有助于取得进展的因素	持续存在的挑战
	三分之二国家报告称，已在设施一级整合艾滋病毒及性健康和生殖健康服务；有 33 个国家报告称，已整合艾滋病毒和非传染性疾病的咨询和检测服务。	
	艾滋病毒纳入针对吸毒者的全面服务。	

消除性别不平等和基于性别的虐待和暴力，提高妇女和女童防范艾滋病毒的能力

已取得一些进展。国家政策框架越来越多地认识到性别问题对艾滋病防治工作的中心地位。然而，持续存在的性别不平等和基于性别的暴力使妇女和女童面临的风险更高。

更多国家已消除歧视妇女的政策，并采取措施处理性别暴力行为。

在女童入学率方面取得重大进展，一些地区妇女参加工作的情况增加。

许多妇女和女童无法要求更安全性行为。仍然没有妇女发起的预防方法。在全球范围内，35%的妇女遭受过身体暴力或性暴力，这与妇女更易感染艾滋病毒相关联。女童和年轻妇女受教育继续面临相当大的障碍。

在撒哈拉以南非洲，男子不太可能寻求艾滋病毒检测，不太可能接受艾滋病毒治疗，更有可能中断治疗。

有害使用酒精会助长性别暴力。

通过促进确保充分实现所有人权和基本自由的法律和政策，消除对艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响者的污名化和歧视

已取得一些进展。对艾滋病毒感染者的歧视性态度总体下降。不过，在大约 40%接受调查的国家中，一半以上的成人报告称，对艾滋病毒感染者持歧视态度。

法律和人权扫盲方案和法律服务能有效增强民众权能并保护他们的权利。

2014 年，在 74 个国家中，64%报告称已实行禁止歧视艾滋病毒感染者的法律。反对歧视性工作者、

惩罚性法律和政策框架继续阻碍防治工作。30%的国家报告称，存在阻碍对男男性行为者、注射毒品者、性工作者和变性者接受有效的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助的法律、规章或政策。61 个国家存在过于宽

已取得的进展	有助于取得进展的因素	持续存在的挑战
	移民、妇女囚犯和年轻人的措施有所增加。从2006年到2015年,将同性性行为定为犯罪的国家从92个降至75个。	泛地将传播艾滋病毒定为犯罪的做法。
到2015年艾滋病毒的性传染率减少50%		
进展缓慢。从2010年到2014年,全世界每年新增感染者(15岁以上)人数仅下降了8%。	适度扩大针对青年和重点人群的有效预防方案。到2015年底,撒哈拉以南非洲有超过1 000万名男子自愿接受了包皮环切。抗逆转录病毒疗法覆盖率增加有助于减少继续传播。抗逆转录病毒药品作为暴露前预防手段已被证明有效。社会保护将青少年的危险行为减少了五分之四。	有实证依据、以权利为基础的综合预防框架仍然没有充分执行,很少上规模。促进更安全行为的工作步履维艰,避孕套仍未充分推广,重点人群获得服务继续存在障碍。对预防工作的投资停滞或减少。
到2015年使注射毒品者的艾滋病毒传染率降低50%		
进展参差不齐。注射毒品者艾滋病毒感染率自2010年以来没有下降。一些国家下降,另一些国家则有所上升。	为每位注射毒品者分发注射器和针头等一些减少伤害措施的全球覆盖率略有增加。	高度有效的减少伤害方案覆盖率依然不足。2014年,192个提交报告的国家中有79个提供阿片类药物替代疗法,55个提供针头和针筒方案。将注射毒品者边缘化和定罪的做法阻碍获得艾滋病毒服务。基于性别的羞辱和歧视往往是女性注射毒品者的又一障碍。

资料来源: 艾滋病署,《十项目标: 2011年联合国关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言: 2011-2015年全球进展情况和经验教训》

表 2
各区域流行情况：2014 年在每个区域占到艾滋病毒感染者 90%的国家

	2014 年新增艾滋病毒感染人数
亚洲及太平洋	290 000 (210 000-410 000)
印度	89 000
印度尼西亚	69 000
中国	...
巴基斯坦	20 000
越南	15 000
缅甸	8 700
加勒比	13 000 (9 600-17 000)
海地	6 800
多米尼加共和国	2 400
古巴	2 100
牙买加	1 500
东欧和中亚	140 000 (110 000-160 000)
俄罗斯联邦	110 000
乌克兰	...
拉丁美洲	87 000 (70 000-100 000)
巴西	...
墨西哥	7 500
哥伦比亚	6 500
阿根廷	6 400
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	5 500
危地马拉	2 900
智利	2 400
秘鲁	2 300
巴拉圭	1 900
中东和北非	22 000 (13 000-33 000)
伊朗伊斯兰共和国	7 400
苏丹	5 200
索马里	3 300
摩洛哥	2 000
埃及	1 200
阿尔及利亚	1 000

2014 年新增艾滋病病毒感染人数	
西部和中部非洲	420 000 (380 000-460 000)
尼日利亚	230 000
喀麦隆	48 000
刚果民主共和国	29 000
科特迪瓦	25 000
乍得	14 000
马里	12 000
加纳	11 000
中非共和国	8 200
几内亚	7 200
东部和南部非洲	940 000 (860 000-1 000,000)
南非	340 000
乌干达	100 000
莫桑比克	88 000
津巴布韦	64 000
坦桑尼亚联合共和国	62 000
肯尼亚	56 000
赞比亚	56 000
马拉维	42 000
安哥拉	26 000
埃塞俄比亚	...
西欧、中欧和北美	85 000 (48 000-130 000)
美利坚合众国	...
大不列颠及北爱尔兰联合王国	...
法国	...
意大利	...
德国	...
西班牙	...
加拿大	...
葡萄牙	...
土耳其	...
比利时	...
希腊	...