



第七十七届会议

议程项目 10

《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和关于
艾滋病毒/艾滋病问题的各项政治宣言的执行情况

确保采取公平应对措施，结束艾滋病大流行，加快全球保健 和可持续发展目标方面取得进展

秘书长的报告*

摘要

大会第 S-26/2 号决议和 2021 年 6 月 8 日第 75/284 号决议分别通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，进入 2030 年之前消除艾滋病的轨道》，本报告审查了在 2021-2022 年实现 2021 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》所列承诺的进展情况。

通过全球艾滋病应对措施，在实现可持续发展目标 3 下的具体目标 3.3(到 2030 年消除艾滋病对公共健康的威胁)方面取得了显著进展。艾滋病相关死亡人数自 2004 年达到高峰以来下降了 68%，新感染人数自 1996 年以来下降了 50% 以上。进展最大的是艾滋病毒负担高的区域，其收入水平从高收入国家到中低收入国家不等。这证明了强有力的政治承诺、全球团结、循证战略以及受影响社区和公共当局之间相互支持的伙伴关系的力量。这些成果以及正在得到加强的卫生和社区系统正在产生更广泛的卫生、经济和发展红利，从而加速实现其他 10 个可持续发展目标。

然而，这些显著的成果并没有惠及所有人、所有地方。尽管取得了进展，但 2021 年每分钟夺去一条生命的艾滋病仍然是非洲第四大死亡原因。由于政治意愿不坚定、资金拮据、公共卫生体系脆弱以及未能消除助长艾滋病大流行的不公正

* 本报告迟交是因为核准过程出现延误。



和不平等现象，先前在防治艾滋病毒行动方面取得的一些成果已经停滞不前，在结束艾滋病大流行方面的总体进展速度正在放缓。

这些不平等现象包括艾滋病大流行对负担最重的东部、南部、西部和中部非洲的妇女，特别是女童和女青年造成的不成比例的影响。与艾滋病毒有关的污名化、歧视和暴力仍然普遍存在，这令人震惊。许多执行不力的艾滋病毒方案缺乏扭转艾滋病趋势所需的服务和有利环境，这些方案存在于艾滋病大流行重点人群集中的地方。感染艾滋病毒的儿童仍然得不到很好的服务，大量男子错过了能挽救生命的艾滋病毒检测和治疗服务。需要采取紧急行动消除这些障碍，以便世界能够实现 2021 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》中定下的艾滋病毒目标，并重新获得到 2030 年结束艾滋病大流行这一公共卫生威胁所需的势头。

防治艾滋病行动迄今所取得的成就的基础是对普遍性、公平性和包容性的承诺，这些原则是可持续发展目标和《我们的共同议程》的核心，对实现大流行防范至关重要。敦促会员国紧急采取行动，加快和加强全球艾滋病应对措施，并考虑本报告就以下方面提出的建议：(a) 解决艾滋病毒预防、检测和治疗服务以及社会推进手段方面的差距；(b) 确保充足和公平的供资；(c) 实施循证和数据驱动的方案；(d) 支持社区主导的应对措施；(e) 利用艾滋病毒模型和资源，取得更广泛的卫生和发展成果；(f) 实现公平获得药品和其他卫生技术；(g) 加强全球伙伴关系和团结。

一. 到 2030 年结束艾滋病大流行方面的进展概况¹

1. 全球艾滋病防治工作取得了显著进展。通过在全球推广艾滋病毒治疗，2001 至 2020 年期间估计避免了 1 650 万起艾滋病相关死亡，² 而通过增加安全套的使用，自 1990 年以来避免了近 1.2 亿起艾滋病毒感染。³ 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)的最新数据显示，新的艾滋病毒感染和艾滋病相关死亡继续减少，使艾滋病防治工作更接近实现可持续发展目标 3 下的具体目标 3.3，即到 2030 年消除艾滋病对公共卫生的威胁。这些成果以及正在得到加强的卫生和社区系统也正在产生更广泛的卫生、经济和发展红利，从而加速实现其他可持续发展目标。然而，持续存在的挑战依然存在，需要重新作出承诺和重视，以帮助仍落在后面的群体和地区。

2. 在 2021 年 6 月 8 日大会第 75/284 号决议通过的《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，进入 2030 年之前消除艾滋病的轨道》中，会员国承诺实现全球各项具体目标，使世界走上实现到 2030 年消除艾滋病这一具有里程碑意义的目标的道路，如可持续发展目标 3 下的具体目标 3.3 所述。核心具体目标要求到 2025 年将全球每年新感染艾滋病毒的人数减少到 370 000 人以下，将艾滋病相关死亡人数减少到 250 000 人以下。要实现这些具体目标，就需要落实强有力的卫生方案和有目的的行动，以消除剥夺人们健康权的不平等现象。这种对不平等和以人为中心的行动的关注与《我们的共同议程》中对全面实现可持续发展目标的包容性、基于权利和公平驱动的方法的强调相呼应。

3. 2021 年全球新感染艾滋病毒的估计人数(150 万(110 万至 200 万))低于 1980 年代末以来的任何时候，几乎是 2010 年人数的三分之一(32%)(图一)。在艾滋病毒负担最重的区域，进展尤其强劲：自 2010 年以来，撒哈拉以南非洲⁴ 每年新感染艾滋病毒的人数下降了 44%，是世界上降幅最大的。其他区域的进展较慢，大多数新感染影响到重点人群，其成员受到刑事定罪、暴力和社会排斥，如男同性恋者和其他男男性行为者、性工作者、变性人、注射毒品者以及处于监狱和其他封闭环境中的人。东欧和中亚每年的艾滋病毒感染人数急剧增加(自 2010 年以来

¹ 除非另有说明，所提供的数据是联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(联合国艾滋病规划署)的 2022 年流行病学估计数以及通过其年度全球艾滋病监测工作向联合国艾滋病规划署报告的国家数据。

² 艾滋病署，“全球推广艾滋病治疗挽救了数百万人的生命”，最新情况(2021 年 9 月 6 日，日内瓦)。可查阅 www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/september/20210906_global-roll-out-hiv-treatment。

³ 约翰·斯托弗和宇腾，《安全套使用对艾滋病毒流行的影响(第 2 版)》，《盖茨开放研究》，第 5 卷，第 91 期(2022 年 2 月 11 日)。

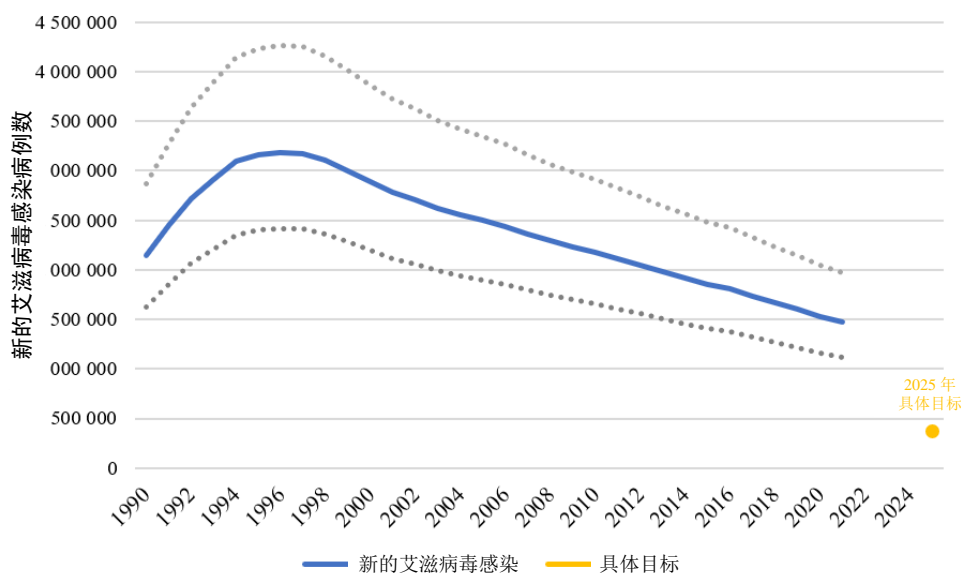
⁴ 世界银行将撒哈拉以南区域界定为包括以下国家：安哥拉、贝宁、博茨瓦纳、布基纳法索、布隆迪、佛得角、喀麦隆、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、厄立特里亚、斯威士兰、埃塞俄比亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、肯尼亚、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马里、毛里塔尼亚、毛里求斯、莫桑比克、纳米比亚、尼日尔、尼日利亚、卢旺达、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞舌尔、塞拉利昂、索马里、南非、南苏丹、苏丹、汤加、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。

增加了 45%)，中东和北非也是如此，而拉丁美洲和加勒比先前的下降趋势已经停滞。在亚洲及太平洋，虽然许多国家的艾滋病新感染人数急剧下降，但其他国家的感染人数却出现了令人震惊的上升。

4. 向感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女广泛提供抗逆转录病毒治疗，因此继续减少新的儿童感染人数，这对撒哈拉以南非洲的妇女和儿童产生积极影响，他们占新的母婴感染的大多数(约 85%)。自 2010 年以来，全球儿童(0-14 岁)新的母婴感染人数下降了 52%，降至 160 000 人(110 000 至 230 000 人)，是 1980 年代以来的最低数字。16 个国家和领土已成功地消除了儿童中新的艾滋病毒感染，其他一些国家和领土也在将今后几年实现同样的目标。

图一

1990-2021 年全球艾滋病新感染病例和 2025 年具体目标



资料来源：2022 年艾滋病署的艾滋病感染估计人数(<https://aidsinfo.unaids.org/>)。

5. 然而，新感染病例减少的总体速度必须加快，以便到 2030 年结束艾滋病大流行。污名化与歧视以及社会、经济和性别不平等等多种因素继续使各地的重点人群以及妇女和少女，特别是撒哈拉以南非洲的妇女和少女，面临更高的艾滋病毒感染风险。在过去的十年里，女权主义者以及男女同性恋、双性恋、跨性别者和间性者运动的一些主要成果遭受了相当大的抵制。虽然冠状病毒病(COVID-19)大流行暴露并加剧了现有的不平等，但也突显需要有一个多样化、有能力和积极的公民社会。⁵

⁵ 公民社会，《2021 年公民社会状况报告》，概览(2021 年，南非约翰内斯堡)。可查阅 <https://civicus.org/state-of-civil-society-report-2021/wp-content/uploads/2021/05/CIVICUS-State-of-Civil-Society-Report-ENG-OVERVIEW.pdf>。

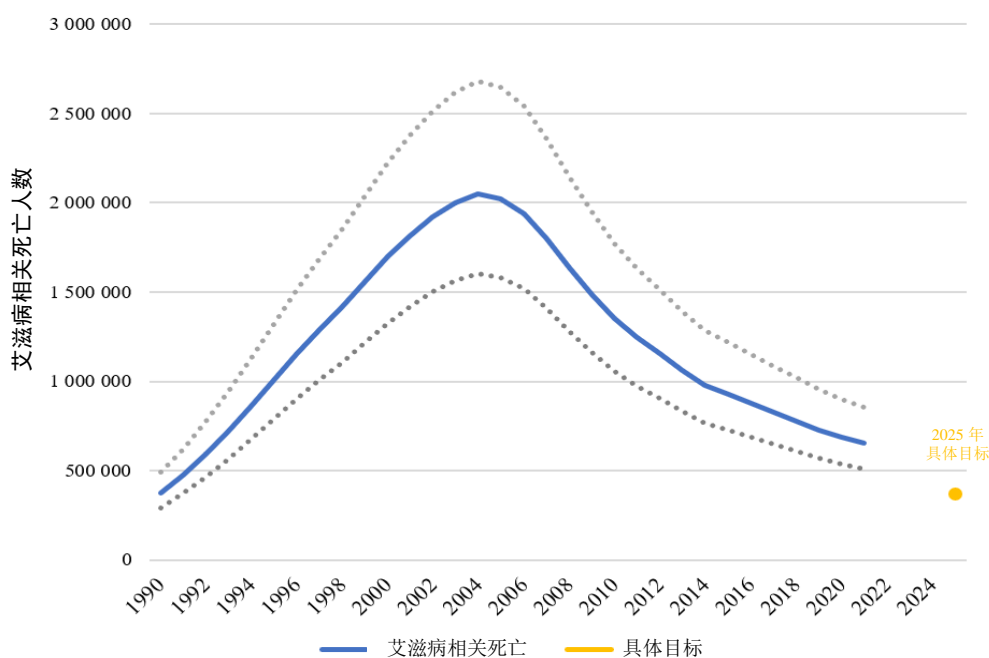
6. 自 2010 年以来，由于向越来越多的艾滋病毒感染者提供有效的艾滋病毒治疗，全球艾滋病相关死亡人数减少了 52%(从 140 万(110 万至 180 万)减少到 2021 年的 650 000 (510 000 至 860 000)) (图二)。推动这一成就正是撒哈拉以南非洲和亚洲及太平洋区域大规模推广抗逆转录病毒疗法。2021 年，艾滋病大流行在这些区域夺去的生命比 1990 年代初以来的任何时候都要少。

7. 然而，并非所有人都能从这些成果中受益。尽管儿童(0-14 岁)中的艾滋病相关死亡人数在 2010-2021 年减少了 59%，但这一大流行病 2021 年仍夺走了 98 000 名儿童(67 000 至 140 000)的生命，主要原因是未能为约 800 000 名(640 000 至 990 000)感染艾滋病毒的儿童提供能拯救生命的治疗。由于成功地为感染艾滋病毒的妇女提供检测和治疗，2021 年死于艾滋病相关原因的成年妇女人数减少到 240 000 人(180 000 至 320 000 人)，比 2010 年减少近 56%。同期，成年男子中的艾滋病相关死亡人数减少了 45%，其中 2021 年估计有 320 000 人(250 000 至 430 000)死亡。

8. 这些及其他差异意味着，尽管取得了进展，但在 2021 年，艾滋病每分钟夺走了一条生命。此外，艾滋病仍然是非洲第四大死亡原因。必须扩大艾滋病毒检测和治疗服务的覆盖面，以便所有艾滋病毒感染者都得到诊断，迅速接受治疗，并能够通过将其病毒载量减少到必要水平，以保护其健康，消除艾滋病毒传播的机会。公平的艾滋病毒检测和治疗对于实现流行病控制至关重要。

图二

1990-2021 年全球艾滋病相关死亡和 2025 年具体目标



资料来源：2022 年艾滋病署的艾滋病毒感染估计人数(<https://aidsinfo.unaids.org/>)。

9. 政策和结构性障碍继续阻碍获得艾滋病毒服务。由于政治意愿不坚定、资金拮据、公共卫生体系脆弱以及未能消除助长艾滋病大流行的交叉形式不平等现象，先前在防治艾滋病毒行动方面取得的一些成果已经停滞或被逆转。在过去十年中，用于艾滋病毒的国内资源增加了 49%，但 2021 年却每年减少 2%，许多国家的脆弱宏观经济状况对其维持资源上升趋势的能力提出了挑战。许多执行不力的艾滋病毒方案都存在于这一大流行病的重点人群集中的地方，但这些地方缺乏扭转艾滋病趋势所需的服务和有利环境。如果世界要实现 2025 年的艾滋病毒具体目标和到 2030 年实现可持续发展目标 3 下的具体目标 3.3，就必须消除这些障碍。

10. 错过实现这些具体目标将带来巨大的成本。鉴于目前的趋势，到 2025 年，至少将有 120 万人感染艾滋病毒(是具体目标的三倍)，数百万艾滋病毒感染者将需要终身治疗和护理，这将增加防治艾滋病毒的成本，并给卫生系统和社区带来进一步的压力。除非消除检测和治疗方面的差距，否则预计到 2025 年全球将有约 460 000 人死于艾滋病相关原因，这一数字比具体目标高出 80%。

11. 在消除艾滋病对公共健康的威胁方面取得的进展与消除贫困和饥饿、缩小不平等差距、建立具有复原力的机构和职能伙伴关系以及建设具有复原力和可持续的社区的更广泛努力有着内在的联系。艾滋病毒应对措施对其他可持续发展目标产生影响的例子包括：艾滋病毒感染者中与结核病相关的死亡人数减少 67%(可持续发展目标的具体目标指标 3.3.2)；预防艾滋病毒母婴传播方案是 2000 年以来降低儿童死亡率的一个重要因素(可持续发展目标的具体目标 3.2)；⁶ 将国家监测艾滋病毒流行病的能力转化为 COVID-19 大流行的防范(可持续发展目标的具体目标 17.18)。⁷

二. 艾滋病毒服务的覆盖面和影响

12. 实现 2021 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》和《2021-2026 年全球艾滋病战略》中规定的具体目标将使各国走上到 2030 年消除艾滋病的轨道，并将有助于在实现一系列其他可持续发展目标方面取得进展(图三)。这些首要具体目标要求的不仅仅是总体进展：这些具体目标要在所有地理环境、亚人群和年龄组中得到实现。

⁶ Jamie Perin 等人，“2000-19 年全球、区域和国家 5 岁以下儿童死亡原因：对可持续发展目标所涉影响的最新系统分析”，《柳叶刀儿童和青少年健康》，第 6 卷，第 2 期(2022 年 2 月)，第 106-115 页。

⁷ Wafaa M. El-Sadr，“一场大流行病能让我们在面对另一场大流行病时学到什么？”，《艾滋病》，第 34 卷，第 12 期(2020 年 10 月 1 日)，第 1757-1759 页。

图三

艾滋病防治至少推进 10 个可持续发展目标



A. 公平获得艾滋病毒服务和解决方案

2025 年具体目标：95% 有感染艾滋病毒风险的人群应能获得有效的艾滋病毒综合预防方案

13. 流行病和发展水平各不相同的国家正在结合已证明有效的预防方案，包括将艾滋病毒治疗作为预防手段，以大幅减少新的艾滋病毒感染。这些国家正在注重提供服务，以产生最大的影响，将社区主导的干预措施与公共卫生方案相结合，并减少阻碍进展的障碍(如歧视性法律和政策、性别和其他不平等、侵犯人权行为和体制薄弱环节)。《2025 年艾滋病毒预防路线图：进入 2030 年之前消除艾滋病这一公共卫生威胁的轨道》⁸ 所列的 10 项核心行动强调针对重点和优先人群的高效预防方案，并辅之以确保广泛提供经证实的艾滋病毒预防工具以及新的预防工具(如阴道、口服和长效注射暴露前预防用药)的行动。

14. 不同国家通过艾滋病毒综合预防方案显著减少了成人艾滋病毒感染，包括科特迪瓦和津巴布韦这两个国家在 2010-2021 年期间将成人艾滋病毒新感染人数分别减少了 75% 和 70% 以上。尽管如此，重要的艾滋病毒预防服务，特别是针对重点人群的服务的提供并不均衡或没有。例如，近年来报告的各区域对男同性恋和其他男男性行为者以及跨性别者进行艾滋病毒综合预防的覆盖面都偏低。

⁸ 2022 年，日内瓦，艾滋病署。可查阅：www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_en.pdf。

15. 如果社区领导的组织密切参与提供服务，人们受到保护免受暴力和歧视，惩罚性法律和政策不存在或不执行，艾滋病毒预防工作就会取得成功。虽然一些国家对性工作者进行艾滋病毒综合预防的覆盖面和使用率很高，2021 年有 8 个国家报告在最近一次性行为中使用安全套的覆盖率超过 95%，但惩罚性做法、侵犯人权行为、歧视和公民空间的缩小阻碍了许多地方为重点人群提供艾滋病毒预防方案和服务。例如，在男同性恋和其他男男性行为者中，艾滋病毒综合预防的覆盖率和使用率从亚洲及太平洋的 27% 到西非和中非的 53% 不等。

16. 避孕套是一种廉价且合算的艾滋病毒预防方法。然而，避孕套的提供和使用方面仍存在差距，而且由于对社会营销方案的投资减少和撤出资金，一些国家的差距正在扩大。歧视、社会污名化和敌对政策进一步限制了安全套预防新的艾滋病毒感染的潜力，特别是对重点人群而言。

17. 男性自愿医疗包皮环切手术大大降低了男同性恋者通过性交感染艾滋病毒的风险。男性自愿医疗包皮环切手术可大大促进 15 个优先国家开展人口层面艾滋病毒预防工作，建议这些国家到 2025 年再增加 1 200 万例手术。肯尼亚已达到 90% 的手术普及率目标，其他国家(埃塞俄比亚和坦桑尼亚联合共和国)也在实现这一目标的范围之内。

18. 暴露前预防用药对于减少东部和南部非洲面临很大感染艾滋病毒风险的人群，包括重点人群以及妇女和少女的艾滋病毒感染方面具有巨大潜力。暴露前口服预防用药的高覆盖率和使用率已导致高收入背景下的男同性恋和其他男男性行为者的艾滋病毒新感染率显著下降(特别是在澳大利亚、大不列颠及北爱尔兰联合王国以及美利坚合众国的一些城市)。从全球来看，口服暴露前预防用药的使用持续增加，2021 年，86 个国家约有 160 万人接受了至少一次暴露前预防用药(几乎是 2020 年的两倍)。虽然非洲和亚洲一些国家在获取和使用方面有所增加，但其他区域的进展要慢得多。多月配药、虚拟服务平台的使用和社区领导的组织发挥更大的作用可以增加这一强有力的预防工具的使用。

19. 科学文献充分证实，通过针头交换方案、类阿片激动剂疗法和过大剂量治疗等等综合减害措施对公众健康有积极影响。2021 年，有 87 个国家报告提供了减害服务，但大多规模较小，而且往往是在适得其反的执法实践中进行。2017 年以来，在 40 个提供报告的国家中，只有 18 个国家在安全注射做法覆盖率方面达到 90% 的目标。类阿片激动剂疗法的覆盖率仍然很低。在亚洲及太平洋以及东欧和中亚区域，注射吸毒是国家艾滋病毒流行病的一个重要驱动因素，类阿片激动剂疗法在注射吸毒者中的覆盖率不到 10%。

20. 处于监狱和其他封闭环境中的人的艾滋病毒相关需求继续受到忽视：2017-2022 年，只有 7 个国家有针头交换方案，27 个国家在监狱提供阿片类激动剂疗法。这些方案大多规模小，覆盖面有限。需要展现更强有力的政治意愿，对吸毒和吸毒成瘾问题采取公共卫生办法。

21. 根据联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)的数据,在 155 个提供报告的国家中,至少有 85%的国家制定了在学校提供全面性教育的政策或法律。⁹ 然而,由于教育系统薄弱,以及一些地方对全面性教育课程的抵制,这些课程往往教得很差,使青年人得到的信息都是不完整和模糊的。撒哈拉以南非洲的调查数据(2015-2020 年)显示,只有 38%的青年(15-24 岁)对艾滋病毒有全面的了解。¹⁰ 由于未能向青年人提供全面的性教育,他们无法获得有益的知识、态度和技能,因而无法对自己的性生活和生殖生活做出明智的决定,并避免感染艾滋病毒。

2025 年具体目标:所有感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女都接受终身抗逆转录病毒治疗,其中 95%的人的病毒受到抑制

22. 2010 年以来,增加向感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女提供抗逆转录病毒治疗,使儿童新感染艾滋病毒的人数减少了一半。2021 年,感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女中约有 81%(63%至 97%)接受抗逆转录病毒治疗,高于 2010 年的 46%。

23. 然而,预防艾滋病毒母婴传播的方案可能正在失去势头,因为近年来其覆盖面停滞不前。这种情况在西部和中部非洲尤其令人担忧,到 2021 年,该区域的方案仅覆盖了 60%(48%至 70%)的感染艾滋病毒的孕妇或哺乳期妇女。要恢复势头,就需要在提供服务方面作出重大转变,包括使产前护理和艾滋病毒综合服务变得更容易获得和方便,特别是对受到污名化和边缘化的女童和女青年而言。各项方案还需要更加有效地支持妇女努力了解自己的艾滋病毒状况,并在必要时开始接受抗逆转录病毒治疗。

2025 年具体目标:3 400 万人接受艾滋病毒治疗

24. 20 年前,挽救生命的艾滋病毒治疗在中低收入国家几乎无法获得。2021 年,2 870 万艾滋病毒感染者(占全球总数的 75%(66%-85%))在接受抗逆转录病毒治疗。这是近年来公共卫生方面取得的重大成就之一。2020 年和 2021 年,另有 150 万人接受了艾滋病毒治疗。如果能够保持这一速度,到 2025 年有 3 400 万人接受艾滋病毒治疗的全球目标就可以实现,从而使 2030 年的目标能够实现。

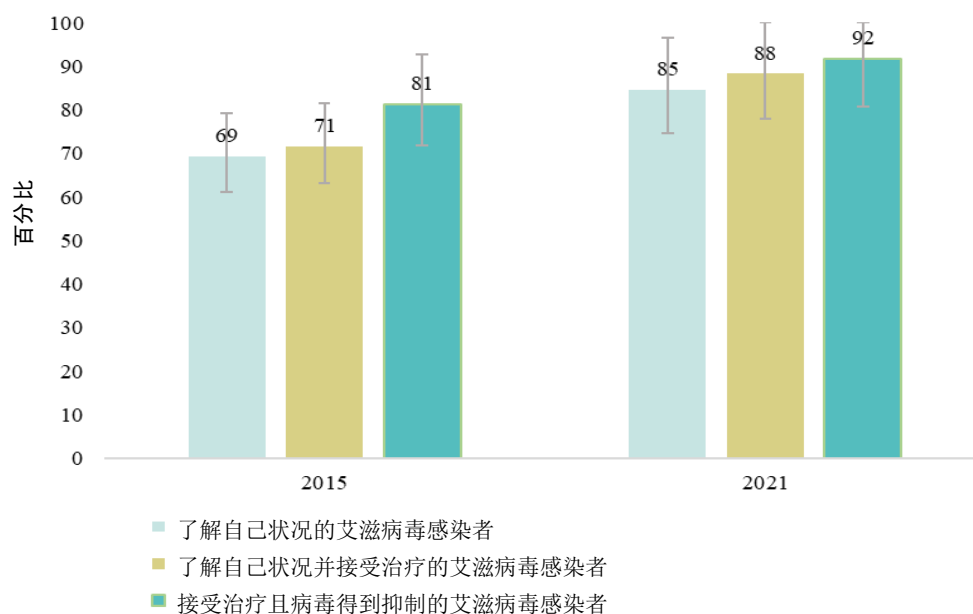
在所有人口群体和地理环境中实现检测、治疗和病毒抑制 95-95-95 目标

25. 2021 年,在诊断和治疗艾滋病毒感染者方面继续取得进展。现有数据显示,至少有 12 个国家(9 个在撒哈拉以南非洲)实现了 90-90-90 目标,使 95-95-95 目标处于可及范围内。在全球范围内,2021 年,大约 85%的艾滋病毒感染者(75%-97%)了解自己的艾滋病毒状况,其中 88%(78%-98%)正在接受艾滋病毒治疗,92%的接受治疗者(81%→98%)的病毒得到抑制,这是 2015 年以来的显著改善(图四)。

⁹ 教科文组织,《全面性教育之旅:全球状况报告》(2021 年,巴黎)。

¹⁰ 美援署,人口与健康调查方案统计汇编数据库。可查阅 www.statcompiler.com。

图四
2015 年和 2021 年全球实现 95-95-95 目标的进展情况



资料来源：2022 年艾滋病署的特别分析。

26. 实现 95-95-95 目标方面的进展在撒哈拉以南非洲和高收入国家尤其显著，因为三分之二的艾滋病毒感染者生活在撒哈拉以南非洲。尽管东欧和中亚以及中东和北非的艾滋病毒负担低得多，但其治疗覆盖率明显落后，2021 年只有约一半的艾滋病毒感染者接受了抗逆转录病毒治疗。亚洲及太平洋以及拉丁美洲和加勒比在艾滋病毒治疗覆盖率和病毒抑制方面也低于全球平均水平。

27. 仍然存在的最大短板涉及对艾滋病毒感染者的诊断并将他们迅速与治疗 and 护理服务联系起来。2021 年，全球有近 600 万人(520 万至 670 万)不知道自己感染了艾滋病毒，因此没有接受治疗。常规检测方法遗漏了这些人。使用更广泛的检测方法和工具，包括艾滋病毒自我检测、基于社区的方法和伙伴检测方法，可以大大缩小这一差距。

28. 艾滋病毒方案通常在将被诊断为艾滋病毒感染者与治疗服务联系起来并使他们能够继续服用抗逆转录病毒药物方面表现良好。虽然大多数开始接受抗逆转录病毒治疗的人成功地将其病毒载量抑制到无法检测、因此无法传播的水平(2021 年为 92%)，但仍有改进的空间，因为估计约有 240 万人在最后一次病毒载量检测时其病毒没有被抑制。为缩小这一差距，需要提供差异化服务来满足人们的需求并提高保持治疗率。

29. 此外，并非所有人都平等地受益于扩大提供艾滋病毒检测和治疗。在收集相关数据的国家中，大约四分之一的重点人群成员不知道自己的艾滋病毒感染状况。

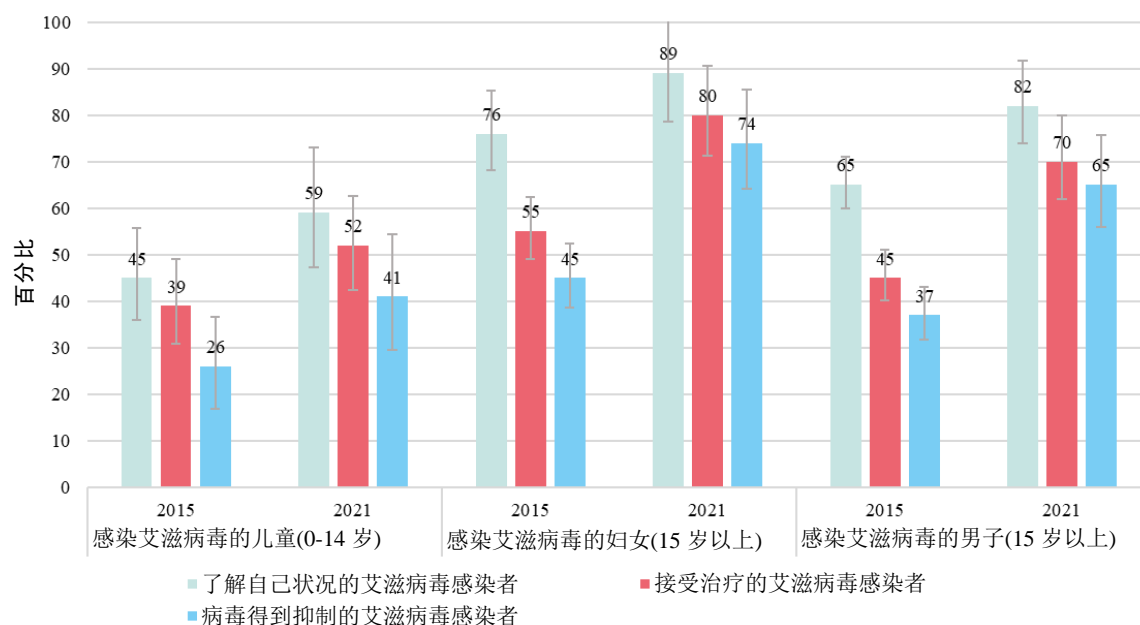
30. 其他差距需要我们采取紧急行动。感染艾滋病毒的儿童的治疗覆盖率仍然远远低于成年人的覆盖率，2021 年为 52%(42% 至 65%)，而成年人的覆盖率为

76%(67%至 87%)(图五)。这一差距正在扩大,部分反映了错过诊断感染艾滋病毒儿童的机会:60%以上未接受艾滋病毒治疗的儿童年龄在5至14岁之间,在婴儿时未被诊断出感染艾滋病毒。虽然更广泛地采用在医疗点对婴儿早诊断将有助于缩小这一差距,但需要作出更多努力,以找到婴儿检测遗漏的感染艾滋病毒的儿童。此外,接受艾滋病毒治疗的儿童的健康结果比成年人差,部分原因是儿科艾滋病毒药物欠佳以及保持治疗的相关挑战。因此,在2021年,只有41%的感染艾滋病毒的儿童抑制了病毒载量,不到2025年86%目标的一半。

31. 在艾滋病毒检测和治疗方面,男子的情况比妇女差,结果也更差。这种差异在过去十年中出现,撒哈拉以南非洲尤其明显。2021年,该区域感染艾滋病毒的成年男子中,86%(78%至98%)的人了解自己的艾滋病毒感染状况,74%(67%至84%)的人正在接受治疗,69%(62%至78%)的人的病毒得到抑制,而妇女的这一比例则分别为92%(84%至>98%)、83%(76%至93%)和77%(70%至86%)。虽然有害的大男子主义规范部分解释了这些差异,但经济和其他费用使贫穷男子不愿寻求卫生保健服务。此外,初级卫生保健服务(包括孕产妇护理和育儿)是针对育龄妇女的,适合为她们提供艾滋病毒服务。男性类似的切入点并不常见。¹¹ 使男子更容易获得艾滋病毒检测和治疗服务的创新措施正在增加,包括工作场所干预措施、努力改变社会规范以提高服务利用率、更多地使用自我检测、诊所灵活开放时间以及在门诊部提供方便的艾滋病毒服务。

图五

2015年和2021年全球儿童(0-14岁)、妇女(15岁以上)和男子(15岁以上)之间的艾滋病毒检测和治疗级联情况比较



资料来源：2022年艾滋病署特别分析。

¹¹ Morna Cornell 等人,“撒哈拉以南非洲的艾滋病毒服务:最大的差距是男性”,《柳叶刀》,第397卷,第10290期(2021年6月5日),第2130-2132页。

32. 克服艾滋病毒检测和治疗方面仍然存在短板对于打破艾滋病毒传播的循环和拯救生命至关重要。提供服务的方法必须适应人们的不同现实情况和需要，并注重为边缘化群体提供服务。例如，在资金充足和管理良好的治疗方案侧重于帮助最弱势群体的国家，在获得治疗方面没有出现社会经济短板。

B. 打破障碍

2025 年具体目标：经历基于性别的不平等以及性暴力和性别暴力的妇女、女童及艾滋病毒感染者、易感染者和受影响者的人数不超过 10%

33. 当人们不受暴力侵害，能够对性生活作出知情决定，并能够获得保持健康所需的服务和支助时，艾滋病毒方案最有效。来自 156 个国家的数据表明，估计有 2.45 亿 15 岁或以上已婚或有伴侣关系的妇女(10%)在过去 12 个月内遭受过身体暴力或性暴力，6.41 亿(26%)一生中至少经历过一次此类暴力。¹² 其他调查数据显示，重点人群、特别是变性者、性工作者和注射毒品者遭受很严重的暴力侵害。必须以确保产生广泛社会影响的规模实施注重改变使这种暴力行为长期存在的社会规范的干预措施。

2025 年具体目标：因具有限制性法律和政策框架而拒绝或限制获得服务的国家低于 10%

34. 将骚扰艾滋病毒感染者和重点人群定为犯罪并允许对其骚扰的法律和政策大大增加了艾滋病毒传播的风险，并破坏了控制这一大流行病的努力。2023 年一项针对 10 个国家的研究显示，在将同性关系定为犯罪的国家，男同性恋和其他男男性行为者中的艾滋病毒感染率是没有定为犯罪环境的五倍。¹³ 此外，一些国家已摒弃对吸毒者有害的法律和政策，并增加了对减害的投资，从而减少了新的艾滋病毒感染人数，改善了健康结果。¹⁴

35. 根据会员国在 2022 年艾滋病毒署全球艾滋病监测活动期间的报告，许多国家继续将使用或持有毒品定为犯罪，153 个国家将性工作的某些方面定为犯罪，67 个国家将自愿同性性关系定为犯罪，20 个国家将变性者定为犯罪，134 个国家将接触、不披露和传播艾滋病毒定为犯罪或以其他方式起诉。然而，一些国家出现

¹² 见世界世卫组织，《对 2018 年暴力侵害妇女行为发生率的估计：亲密伴侣暴力侵害妇女行为的全球、区域和国家发生率估计以及非伴侣性暴力侵害妇女行为的全球和区域发生率估计》(2021 年，日内瓦)。

¹³ Carrie E. Lyons 等人，“撒哈拉以南非洲的惩罚性政策和自愿同性性行为的法律障碍与男同性恋和其他男男性行为者的艾滋病毒问题之间的关系：一项多国、受访者驱动的抽样调查”，《柳叶刀》艾滋病毒，第 10 卷，第 3 期(2023 年 3 月)，第 e186-e194 页。

¹⁴ 见艾滋病毒署，《不伤害：健康、人权与吸毒者》(2016 年，日内瓦)，可查阅 www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf；艾滋病毒与法律问题全球委员会，《风险、权利与健康》(2012 年，纽约，联合国开发计划署)及其补编(2018 年，纽约，开发署)；Kora DeBeck 等人，“艾滋病毒和对注射吸毒者使用毒品的刑事定罪：系统性综述”，《柳叶刀》艾滋病毒，第 4 卷，第 8 期(2017 年 8 月)，第 e357-e374 页；Pieter Baker 等人，“警务实践与注射吸毒者中的艾滋病毒风险：系统性文献综述”，《柳叶刀》预印本，2019 年 6 月 12 日。

了积极变化，它们废除了将自愿同性关系¹⁵ 以及传播、接触或不披露艾滋病毒¹⁶ 定为犯罪的法律。然而，总的来说，世界必须加快努力消除艾滋病毒预防和治疗方面的障碍，不加歧视地充分实现所有人的健康权。

2025 年具体目标：经历污名化和歧视的艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者和艾滋病毒感染受影响者少于 10%。

36. 对艾滋病毒感染者的歧视态度在所有区域仍然令人震惊地普遍存在。在有最近调查数据的 55 个国家中，对艾滋病毒感染者持歧视态度的人的比例中位数为 59%，表明我们远远没有实现为艾滋病毒防治工作创造有利环境的全球目标。在 11 个国家，75% 以上的被调查者表现出歧视态度。最近的调查数据显示，在 22 个国家中的 16 个国家，10% 以上的艾滋病毒感染者在卫生保健环境中受到污名化和歧视。重点人群成员尤其受到影响：有最近调查数据的国家中，至少 38% 的国家报告说，10% 以上的受访者由于污名化和歧视而回避获得保健服务。

2025 年具体目标：30% 的艾滋病毒检测和治疗服务、80% 的预防服务和 60% 的支持实现社会推进手段的方案由社区领导的组织提供

37. 与社区领导的组织合作提供以人为中心的防治艾滋病毒服务的好处日益得到承认，包括获得全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金和美国总统防治艾滋病紧急救援计划的承认。然而，实现 30-80-60 目标的进展情况尚不清楚，因为很少有监测系统跟踪由社区领导的组织提供的服务和方案的所占比例。¹⁷ 现有研究表明，在许多国家，社区领导的组织的工作因资金短缺、政策和监管障碍、能力限制和对民间社会的镇压而受到损害。

2025 年具体目标：95% 的育龄妇女和女童的艾滋病毒及性和生殖健康服务需求得到满足

38. 自由决定自己的性和生殖健康的能力决定了妇女过上无艾滋病毒的生活的前景。根据来自 64 个国家的数据，2022 年，有伴侣的妇女(15-49 岁)中，中位数为 58% 的人报告说，她们自己就性关系、避孕药具的使用和自身健康作出了知情决定。教育程度最低、收入最低的妇女和女童对自己卫生保健的决策权往往最弱。¹⁸

¹⁵ 艾滋病署和世界卫生组织，法律和政策分析数据，2021 年。

¹⁶ 艾滋病署，“艾滋病毒刑事化”，人权状况报道(2021 年，日内瓦)。可查阅 www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf。

¹⁷ 艾滋病署和各利益攸关方目前正在审查各种备选办法，以制定跟踪实现 30-80-60 目标进展情况的衡量标准。

¹⁸ 2017-2021 年人口与健康调查。

C. 资源充足和综合的艾滋病毒应对措施

2025 年具体目标：将低收入和中等收入国家的年度艾滋病毒防治投资增加到 290 亿美元

39. 2021 年，中低收入国家的艾滋病毒防治工作的资金总额为 214 亿美元，远低于 2025 年的目标，自 2017 年以来，用于艾滋病毒方案的总资源每年都略有减少。尽管 2021 年国内资源占中低收入国家防治艾滋病毒可用资源的 60%，但此前显著增长的趋势已经停滞。一些大型双边捐助方也减少了捐款。如果不是全球艾滋病防治工作最大的捐助国美利坚合众国提供稳定的双边供资，全球基金也没有拨款，那么缺口还会大得多。

2025 年具体目标：90% 的艾滋病毒感染者、有感染风险者和受影响者能够获得针对艾滋病毒以及其他健康和社会问题提供的以人为中心和针对具体情况的服务

40. 结核病和艾滋病毒服务的整合已经扩大，针对艾滋病毒、梅毒、病毒性肝炎和其他性传播感染提供的服务也在功能上与产前和产后服务进行了整合。然而，人乳头状瘤病毒疫苗接种覆盖率和宫颈癌筛查和治疗等其他领域的进展过于缓慢，低收入国家尤其缓慢。在实现全民健康覆盖方面取得进一步进展，将为艾滋病毒服务与人们保护健康和福祉所需的一系列卫生和社会方案的整合增添动力。许多国家的基本保健福利一揽子计划和国家健康保险计划虽然扩大了服务覆盖面，但这主要是针对艾滋病毒的治疗，对针对重点和弱势群体的艾滋病毒预防和干预措施的关注则较少。必须确保实现全民健康覆盖的努力包括关注这些群体。大约 90% 的基本保健服务可以通过初级卫生保健提供。¹⁹ 可以在高级别会议上鼓励会员国不加歧视地加快实现真正的全民健康覆盖，并利用全民健康覆盖平台加快在实现可持续发展目标 3、大流行防范和更广泛的可持续发展方面取得进展。

2025 年具体目标：90% 的艾滋病毒感染者接受结核病预防性治疗；将其中结核病相关死亡人数减少 80% (与 2010 年基线相比)

41. 每年接受预防性抗结核病治疗的艾滋病毒感染者人数从 2005 年的不到 3 万人增加到 2021 年的 280 万人。2005 年至 2021 年底期间，1 600 万艾滋病毒感染者开始接受预防性抗结核治疗。与 3 800 万艾滋病毒感染者相比，90% 的目标显然尚未实现。

42. 扩大抗逆转录病毒治疗的范围和改善艾滋病毒-结核病综合服务的提供，可以让艾滋病毒感染者中的结核病相关死亡人数急剧下降。2021 年，全球艾滋病毒感染者中估计有 187 000 例 (158 000 至 218 000) 结核病相关死亡，自 2010 年以来减少了 67%。这表明，如果能够恢复 COVID-19 大流行之前取得的势头，到 2025 年减少 80% 的目标可能可以实现。可能是由于未能在艾滋病毒感染者中发现和报

¹⁹ 见 [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))。

告结核病，2021 年只有 46% 的艾滋病毒感染者患上结核病后接受了抗逆转录病毒治疗，与 2020 年的水平相同。

2025 年具体目标：45% 的艾滋病毒感染者、有感染风险者或受其影响者至少获得一项社会福利

43. 尽管过去 20 年来社会保障机制在许多中低收入国家激增，但到 2020 年，全球人口中只有约 47% 的人得到至少一种社会保障福利的有效覆盖，撒哈拉以南非洲的覆盖率仅为 17%。²⁰ 最近的数据表明，艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者或受艾滋病毒影响者的社会保障覆盖率通常与普通民众一样低或更低。²¹ 尽管有强有力的证据表明，资金充足和管理良好的社会保障方案可以帮助满足贫穷和边缘化人群、包括艾滋病毒感染者、有感染风险者或受影响者的多种需求，但覆盖面仍然不足。²²

2025 年具体目标：人道主义环境中 90% 的人获得艾滋病毒综合防治服务

44. 自然灾害和气候变化引起的和(或)与冲突有关的人道主义紧急情况迅速增加，这令人深感关切。2022 年，因战争、暴力、迫害或侵犯人权而流离失所的人数首次超过 1 亿。²³ 由于缺乏可用数据，无法对 人道主义环境中的人们获得艾滋病毒综合防治服务的情况进行最新评估。然而，向全球基金提出的艾滋病毒供资请求越来越多地包括针对难民和境内流离失所者的方案，这表明这一优先事项正受到越来越多的关注。²⁴

三. 成功的基石

45. 2021 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》的具体目标和到 2030 年消除艾滋病对公共健康的威胁的目标是可以实现的。仅仅 20 年前，艾滋病大流行似乎就势不可挡。超过 250 万人感染了艾滋病毒，这一大流行病每年夺走 200 万人的生命。在撒哈拉以南非洲的部分地区，这一大流行病正在逆转几十年来预

²⁰ 国际劳工组织。《2020-2022 年世界社会保障报告：社会保障处于十字路口——追求更加美好的未来》(2021 年，日内瓦)。

²¹ David Chipanta 等人，“Access to social protection by people living with, at risk of, or affected by HIV in Eswatini, Malawi, Tanzania, and Zambia: results from population-based HIV impact assessments”, *AIDS and Behavior*, vol. 26, No. 9 (September 2022), pp. 3068-3078。

²² 国际劳工组织。《2020-2022 年世界社会保障报告：社会保障处于十字路口——追求更加美好的未来》(2021 年，日内瓦)。

²³ 联合国难民事务高级专员公署，“全球流离失所人数再创新高，是长达十年的上升趋势的最高记录”，难民署新闻稿，2022 年 6 月 16 日。可查阅 www.unhcr.org/en-us/news/press/2022/6/62a9d2b04/unhcr-global-displacement-hits-record-capping-decade-long-rising-trend.html。

²⁴ Dana McLaughlin，“促进将流离失所人口纳入艾滋病毒、结核病和疟疾方案”（纽约和华盛顿特区，联合国基金会，2023 年 1 月 24 日）。可查阅 <https://unfoundation.org/what-we-do/issues/globalhealth/promoting-the-inclusion-of-displaced-populations-in-hiv-tb-and-malaria-programs/>。

期寿命的增长。有效的治疗方法只能以令人望而却步的价格获得，因而其使用仅限于少数特权阶层。

46. 如今，全世界有近 2 900 万人正在接受挽救生命的治疗。艾滋病相关死亡人数自 2004 年达到高峰以来下降了 68%，自 1996 年以来，预防艾滋病毒感染的各种备选办法使新感染人数减少了 50% 以上。然而，由于这些显著成果尚未惠及所有人和所有地方，因此必须加倍努力向终点线冲刺。

47. 艾滋病的历史表明，不平等、污名化、歧视、刑事定罪、惩罚性法律和侵犯人权行为既助长了大流行病，也颠覆了防治工作。这一历史还表明，艾滋病毒防治工作只有在强有力的政治领导、充足的资源、循证、采用包容性、以权利为基础和社区主导的办法以及追求公平的情况下才能取得成功。各国政府和社区在艾滋病署的支持下，开创了各种工作方法，建立了卫生和社区系统，扭转了艾滋病的趋势，这对战胜其他现有和未来的大流行病至关重要。即将举行的关于全民健康覆盖、结核病和大流行预防、防范和应对的高级别会议将为利用和发展这些原则和方法提供一个重要机会，而这些原则和方法与《我们的共同议程》中所列的优先事项是相呼应的，并为加快实现可持续发展目标提供有效的经验教训。

A. 艾滋病毒问题上的强有力政治意愿和领导

48. 强有力政治领导一直是各地成功应对艾滋病毒的基石，也是促进对艾滋病毒方案进行充分投资的催化剂，带来了维护人民健康权的政策、法律和行动，并在政府和社区之间建立了信任和伙伴关系。在全球一级，艾滋病毒防治工作已变成一项多部门工作，汇集了不同部门的资源和努力。艾滋病署是一个独特的联合方案，由 11 个联合国实体和一个秘书处组成，是这种伙伴关系办法的典范。最重要的是，成功应对艾滋病毒的国家在各级采用了类似的办法。各国建立了多部门规划机构和监督系统，并与艾滋病毒感染者及其社区建立了伙伴关系。这种包容性做法是艾滋病防治工作取得成功的标志，也提醒人们在面临共同危险时团结一致的力量。现代医疗提供系统将社区作为政府的合作伙伴，参与规划和提供服务，提供来自其生活现实的重要信息，并共同努力解决问题和维持问责制。

B. 充足的资金

49. 在对艾滋病毒防治工作进行充分投资的国家和区域(特别是东部和南部非洲)，防治艾滋病行动的进展最为强劲。这是通过增加国内资源和加强全球团结相结合的办法实现的。相反，资源缺口最大的区域，即东欧和中亚以及中东和北非，其防治艾滋病毒流行病的进展最小。

50. 自 2000 年代初以来，国内投资不断增加，为中低收入国家的艾滋病毒防治工作提供了动力。支撑这些投资的是这样一种认识，即拖延和不彻底的措施最终要比采取迅速果断的行动付出更大的代价。然而，自 2020 年以来，用于艾滋病毒的国内资源每年下降了 2%，许多国家的债务水平过高，给公共财政带来压力，从而威胁到这些投资。防治艾滋病毒的发展援助一直并将继续是至关重要的，美国总统艾滋病紧急救援计划和全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金发挥着关键作用。上述两者是卫生系统赠款的最大供资方，全球基金每年投资约 15 亿美元，

总统应急救援计划每年投资约 10 亿美元，用于建设国家卫生系统的基础设施和能力。这些投资引起的连锁反应在其他发展成果中显而易见，包括儿童死亡率下降、结核病筛查和治疗扩大以及社区系统得到加强。

C. 社区参与

51. 当社区领导的组织和其他民间社会组织密切参与艾滋病毒方案的规划、执行和监测时，艾滋病毒防治服务往往更容易获得和更有效。主要由于这些组织推动的行动主义，负担得起的艾滋病毒药物和预防工具现已成为世界大多数地区的规范。这些组织丰富了采取有效行动防治艾滋病毒的证据基础，发现了方案中的差距和不公平现象，暴露了歧视和其他侵犯人权行为，并开展了能够建立卫生公平的法律和政策变革运动。与妇女民间团体的接触对于消除包括重点人群在内的各社区在获得预防和治疗以及数据方面存在的性别差距也至关重要。由于青年人在民间社会组织中发挥的活跃作用，各国政府和捐助方日益认识到让青年参与卫生和社会举措的价值。

52. 在许多国家，社区领导的组织是重点群体和边缘化群体的主要艾滋病毒服务提供者。在 COVID-19 大流行期间，这些组织的韧性和适应能力至关重要，当时这些组织在数十个国家保持核心艾滋病毒服务的运作，并承担了与 COVID-19 大流行相关的重要责任。²⁵ 人们日益认识到这些组织在实现卫生系统有效治理方面的领导作用，包括在全民健康覆盖举措和加强全球卫生安全和防范工作方面的领导作用。

D. 有韧性和可获得的公共和社区卫生系统

53. 社区主导的干预措施在成为强有力的公共卫生系统的组成部分时最为有效。这些系统收集和管理指导艾滋病毒方案的战略卫生信息；继续采购和分发药品、诊断和预防工具；并运作人们赖以生存的医疗设施。艾滋病大流行使人们认识到“一刀切”的保健模式的缺陷，从而产生了新的战略，力求根据特定人群和地区的不同需要提供有针对性的服务。艾滋病毒防治服务已经下放，更加贴近社区，并通过社区卫生工作人员、同行和社区网络的参与，使服务能够到达得不到充分服务的社区。特别是在非洲，招收非专业工作人员和新的社区卫生工作人员骨干有助于在防治艾滋病毒行动上取得一些最大突破。事实证明，社区卫生工作人员在抗击 COVID-19 疫情的行动中至关重要，他们向家庭提供药物和其他用品，并保持基本保健服务的运行。如果训练有素，部署足够数量，与卫生系统相结合，并得到足够的报酬和支持，他们将对管理未来的大流行病和公共卫生威胁至关重要。²⁶

²⁵ 艾滋病署，“在高密度住区应对 COVID-19 的社区主导的一揽子服务：资源需求”（2021 年，日内瓦）。

²⁶ Akalewold T. Gebremeskel 等人，“Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response”, *BMJ Global Health*, vol. 6, No. 6 (June 2021), p. e006108。

E. 公平和有效的循证、数据驱动的方案

54. 准确、可信的数据支持并指导了防治艾滋病行动的进展。全球艾滋病应对措施包括在全球保健和发展领域建立一些最全面的数据系统，这些系统也用于应对 COVID-19 大流行。采集日常细化数据的强大信息系统对于了解和加强艾滋病毒防治工作以及将有限资源用于高度优先的地方、人群和干预措施具有越来越大的价值。这些数据暴露了造成大流行病并扭曲其影响的潜在差异和不平等，并揭示了撒哈拉以南非洲少女和女青年感染艾滋病毒的风险增加，以及男子和男童在检测和治疗覆盖率方面存在的差距，促使采取纠正行动。在收集和分析重点人群的数据方面也需要作出类似的改进，以便使艾滋病毒干预措施更好地适应这些重要群体的现实情况。

F. 扩大使用经过验证的工具和方法，以产生最大影响

55. 遵循证据并广泛采用经证明有效的工具和方法的国家已大幅减少了新的艾滋病毒感染。满足重点人群需求的方案大幅减少了新感染病例(包括在 2010-2021 年，越南和斯里兰卡分别减少了 60% 和 50%)。爱沙尼亚通过扩大获得全面减害服务，将艾滋病毒发病率降至几乎为零，而在科特迪瓦，早期扩大重点人群服务和增加抗逆转录病毒治疗的覆盖面，使 2010-2021 年新的成人艾滋病毒感染率下降了 75%。柬埔寨和泰国通过增加性工作者及其客户使用安全套，在几年内扭转了艾滋病毒流行的趋势。自 2010 年以来，博茨瓦纳通过确保 95% 的感染艾滋病毒的孕妇接受治疗，将母婴传播率从 9.0% 降至 2.2%。博茨瓦纳现在是世界卫生组织(世卫组织)认证的第一个在消除艾滋病毒母婴传播方面取得成就的艾滋病毒高负担国家。

G. 服务整合和联系

56. 全球证据表明，服务整合有助于到 2030 年消除艾滋病，同时支持在实现全民健康覆盖方面取得进展。²⁷ 艾滋病毒和结核病服务的整合，使艾滋病相关死亡人数大幅减少，而艾滋病毒检测和治疗与孕产妇护理和儿童保育相结合，自 2000 年以来，防止了近 290 万名孕妇和儿童感染艾滋病毒，²⁸ 并且成为大规模扩大妇女(及其男性伴侣)抗逆转录病毒疗法覆盖面的关键，特别是在撒哈拉以南非洲。由于全球在人权、包括妇女身体自主权方面出现倒退现象，要求加快努力，将性和生殖健康及权利与艾滋病毒服务结合起来，以减少少女和女青年的艾滋病毒感染和感染艾滋病毒妇女的意外怀孕以及孕产妇的死亡，从而更有机会实现发展目标，特别是可持续发展目标的具体目标 3.7。²⁹

²⁷ Caroline A. Bulstra 等人，“Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis”，PLoS Med, vol. 18, No. 11 (9 November 2021), p. e1003836。

²⁸ 联合国儿童基金会(儿童基金会)，“消除母婴传播”(2022 年 7 月，纽约)。可查阅 <https://data.unicef.org/topic/hivaids/emtct/>。

²⁹ Luka Nkhoma、Doreen Chilolo Sitali 和 Joseph Mumba Zulu，“Integration of family planning into HIV services: a systematic review”，Annals of Medicine, vol. 54, No. 1 (December 2022), pp. 393-403。

57. 可以通过以下办法更充分地利用这些优势，例如：进一步整合数据、采购和供应系统；临床和实验室平台的多用途；在艾滋病毒、结核病、计划生育、宫颈癌、心理健康、性别暴力和社会保障方案之间建立更常规的联系和转诊。然而，整合必须具有包容性，并有助于努力帮助那些最不可能获得所需服务和支助的人。更深层次的整合，包括在全民健康覆盖范围内的整合，必须加强而不是削弱对公平和人权保护的重视。

H. 公平获得药品和其他卫生技术

58. 在应对 COVID-19 大流行的背景下，艾滋病毒应对措施中吸取的一个重要教训再次出现，即在确保获得负担得起的关键医疗保健创新方面的延误会造成生命损失。防治艾滋病大流行行动中取得的一些最大突破，是由于成功地要求公平获得负担得起的抗逆转录病毒药物和其他艾滋病毒产品。例如，通过自愿许可交易、仿制药生产和联合采购等方式实现价格大幅度下降，这样低收入和中等偏下收入国家就可以免费或低价提供高效的艾滋病毒药物。类似的要求也延伸到其他公共卫生优先事项(如肺结核、宫颈癌和病毒性肝炎)。然而，承受能力仍然是一个持续存在的问题，包括中等偏高收入国家往往没有资格享受降价和新产品，如长效注射抗逆转录病毒药物。此外，获得 COVID-19 疫苗和治疗的机会极不平等，这凸显迫切需要建立更加公平的基本卫生产品生产和分配体系。

四. 建议

59. 为了让世界进入 2030 年之前消除艾滋病这一公共卫生威胁的轨道，加快实现可持续发展目标的进展，实现全民健康覆盖并应对大流行病，鼓励会员国和利益攸关方全面执行以下建议。

建议 1: 就不平等问题采取紧急行动，解决艾滋病毒预防、检测和治疗服务以及社会推进手段方面的差距

60. 敦促会员国通过以下方式解决产生和延续艾滋病毒相关不平等现象的社会、结构和系统因素：

(a) 审查 2021 年《政治宣言》中艾滋病毒预防、检测和治疗目标方面的进展情况，以确定阻碍进展的艾滋病毒相关不平等现象(包括重点人群面临的性别不平等和不平等问题)；

(b) 实施各项战略，消除障碍(包括污名化与歧视)，缩小差距(包括儿童与成年人、男子与妇女之间的差距)，加快努力消除儿童艾滋病，并满足被遗弃群体的艾滋病毒相关需求；

(c) 提供综合服务，预防各类青少年中的艾滋病毒，包括提供优质、促进性别平等和适龄的全面性教育，提供性和生殖健康及权利服务以及改变有害性别规范的干预措施。

建议 2：确保充足、可持续和公平的供资

61. 敦促会员国增加国内和国际捐助方对中低收入国家艾滋病防治工作的拨款，使供资到 2025 年达到每年 290 亿美元，包括按照 2021 年《政治宣言》的规定，增加对艾滋病毒预防和社会推进手段的投资，并通过将艾滋病毒相关需求适当纳入更广泛的卫生和发展预算来支持可持续性。

建议 3：实施循证和数据驱动的方案

62. 敦促会员国通过以下方式加强有效的基于权利、以人为中心的艾滋病毒方案：

(a) 调整综合卫生数据系统，以确定差距、障碍和解决办法，包括在人道主义局势中实现有效的综合艾滋病毒服务；

(b) 加强日常细化和分类数据系统，以便有区别地提供服务，并采集、分析和监测在减少阻碍获得和使用关键的艾滋病毒相关服务的障碍方面取得的进展。

建议 4：支持社区主导的应对措施

63. 敦促会员国：

(a) 创造和维持安全、开放和有利的环境，使艾滋病毒感染者、受影响社区和广大民间社会能够参与决策、提供服务和监测防治艾滋病的进展情况，努力实现全民健康覆盖以及大流行的预防、防范和应对；

(b) 通过和实施法律和政策，为以人为中心的综合社区应对措施提供可持续的资金，包括通过社会契约，推进社区卫生系统在 COVID-19 大流行期间表现出的复原力和创新精神。

建议 5：利用艾滋病毒模式和资源，取得更广泛的卫生和发展成果

64. 敦促会员国：

(a) 促使其艾滋病毒防治模式和应对措施与初级卫生保健的核心职能即初级保健服务、社区参与以及多部门政策和行动更加一致；

(b) 酌情在其卫生和其他部门采用艾滋病毒防治方面的专门知识、基础设施、多部门模式和基于权利的方法，以在实现可持续发展目标方面取得更快进展；

(c) 从成功的艾滋病毒防治工作中吸取经验教训，加强大流行预防、防范和应对机制。

建议 6：促进公平获得药品和其他卫生技术

65. 敦促会员国确保在所有低收入和中等收入国家公平和可靠地获得负担得起的高质量艾滋病毒相关保健产品和技术，加强供应链管理系统，利用世界贸易组织《与贸易有关的知识产权协定》在公共卫生方面的灵活性，优化利用自愿许可和技术转让，促进区域制造能力和建立联合采购机制。

建议 7：加强全球伙伴关系和团结

66. 敦促会员国：

(a) 确保艾滋病署的《2022-2026 年艾滋病署统一预算、成果和问责制框架(统一框架)³⁰ 的资金全部到位；

(b) 每年向艾滋病署报告其艾滋病毒流行病和应对措施方面的进展情况，利用强有力的监测系统，以查明服务覆盖面和成果方面的差距和不平等问题；

(c) 采取包容和全面的方法，审查 2021 年《政治宣言》所载承诺的进展情况，包括在 2023 年可持续发展目标峰会和全民健康覆盖、结核病以及大流行预防、防范和应对问题高级别会议上，反映了到 2030 年结束艾滋病大流行的多部门工作性质。

建议 8：利用艾滋病防治、更广泛的卫生和可持续发展目标之间的协同增效作用

67. 敦促会员国适当考虑艾滋病应对措施与结核病、全民健康覆盖和大流行预防、防范和应对工作以及其他/更广泛的可持续发展目标之间的相互联系，为即将举行的可持续发展目标峰会以及结核病、全民健康覆盖和大流行预防、防范和应对问题高级别会议的审议工作提供信息，包括其成果文件，以利用协同增效作用，加快在实现消除艾滋病和结核病、实现全民健康覆盖和应对大流行病等共同目标方面取得进展。

³⁰ 见 2022-2026 UBRAF Portal (unaid.org)。