



大会

Distr.: General
20 March 2007
Chinese
Original: English

第六十一届会议

议程项目 46

第二十六届特别会议成果的后续行动：

《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》
的执行情况

《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》：侧重过去 12 个月的进展情况

秘书长的报告

摘要

2006 年 6 月 2 日，在纽约举行了艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议。会上宣布了一个新的全球目标：到 2010 年实现普遍获得艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助服务的目标。普遍获得服务的承诺是到 2015 年实现千年发展目标道路上的重大里程碑，特别是目标 6：制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延，而且还包括关于贫穷、教育、两性平等、儿童死亡（率）和产妇健康的广泛目标。这项承诺加强了各国政府落实在大会 2001 年第二十六届大会特别会议上通过的题为“全球危机-全球行动”的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中所做各项承诺的努力。

实现千年发展目标的工作已经走过了近一半的路程。本报告概述了全球防治艾滋病的最新进展。报告对过去 12 个月中全球防治艾滋病的情况进行了中期评估，计划在各国根据《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》的规定提交进展报告之后，于 2008 年进行全面审查。

过去的一年为实现普遍获得服务目标的长期努力奠定了重要基础。90 个中低收入国家制定了到 2006 年年底实现的国家目标，25 个国家把这些目标纳入了已



估算费用的新的国家优先计划中。

最新数据还显示，自《政治宣言》通过以来其他方面也取得了进展，但仍需要采取更大行动落实对艾滋病问题做出的国际承诺。一个重大问题是如何平衡在尽可能短的时间内扩大服务和实现普遍获得服务的目标与加强现有基础设施的需要，包括民间社会的能力，确保长期可持续性的服务。

扩大治疗范围的努力不断加强。截至 2006 年 12 月，据估计中低收入国家中有 200 万人接受了抗逆转录病毒疗法，在据估计的 710 万需要接受治疗者中占 28%，比 2005 年 12 月接受抗逆转录病毒疗法的估计人数多了 70 万。但是死于艾滋病的人数也从 2001 年的 220 万人增加为 2006 年的 290 万人。死亡人数增加主要是由于需要抗逆转录病毒疗法治疗的感染艾滋病毒晚期患者人数的增长速度超过了抗逆转录病毒疗法扩大服务的速度。

为了实现普遍获得服务的目标，就需要加强努力预防新的艾滋病毒感染。以往的预防措施没有奏效，没有跟上流行病发展的速度，主要是因为以下三个问题：(a) 没有对预防工作进行充分的投资；(b) 对感染艾滋病毒比例高和高风险人群提供预防艾滋病毒服务的覆盖面小；(c) 没有对造成艾滋病毒感染的社会、经济和文化驱动因素，其中包括两性不平等、羞辱和歧视采取行动，而且没有保护其他人权。

制定国家目标的过程突显了大幅度扩大服务面临的主要挑战。例如，没有多少国家可以明确说明他们将如何克服普遍获得服务工作遇到的主要障碍，例如公共卫生系统脆弱、没有充分的人力资源、缺乏可预见和可持续的资金筹措，以及难以得到可负担的服务。

目前为中低收入国家防治艾滋病毒的全球资源需要估计数为：2007 年大约需要 180 亿美元，2008 年为 220 亿美元。据估计，2007 年可以为这些国家的艾滋病毒相关方案提供大约 100 亿美元（高于 2006 年的 89 亿美元），占所需资金的一半略多一些。很多国家，特别是低收入国家在没有外来资源的情况下是无法实现普遍获得服务目标的，因此迫切需要国际社会为公共卫生和发展筹措更多的资金。

大流行病暴发已经走过了第一个 25 年，现在比以往更明显的是，全球的应对措施必须从紧急应对改为长期奋战，从而为可持续进展奠定基础。筹措资金防治艾滋病毒是强化公共卫生和社会服务系统的一个机遇和起点。如果使用得当，防治艾滋病毒的资源也能改善公共卫生基础设施，加强儿童免疫接种工作，使医院的环境更加安全，改善获得针对其他健康问题的各项基本服务的机会。为了加强长期可持续性，应把艾滋病毒方案与其他相关服务更紧密地结合在一起。

最后，很多国家仍在千方百计地提高扩大服务的速度，努力在 2010 年之前实现普遍获得服务的目标。为了加强全球应对措施和全面落实会员国先前做出的

承诺，要求各国“了解本国流行病情况”，强化预防艾滋病工作；规划普遍获得预防和治疗艾滋病毒服务的工作；为雄心勃勃、可靠的国家防治艾滋病计划提供资金，使这些计划与现有的本国系统一致；定期审查和报告进展情况；进行能力建设从而制定更有力、更具有持续性的应对措施。

“我们，……国家元首和政府首脑以及国家和政府的代表，承诺作出一切必要努力，扩大由国家推动的可持续的全面应对措施，以便能够从多个部门为广泛群众提供预防、治疗、护理和支助服务，让艾滋病毒感染者、弱势群体、受影响最严重的群体、民间社会和私营部门全面积极参与，争取最迟在 2010 年实现人人能够受惠于全面预防方案、治疗、护理和支助这一目标”。¹

——《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》

一. 引言

1. 一年前，国际社会坚定承诺，全力扭转艾滋病毒蔓延以及减少每年因艾滋病毒造成的死亡人数。2006 年 6 月 2 日在纽约举行了艾滋病问题高级别会议，会上宣布了一项新的全球目标：普遍获得服务。2006 年 6 月 2 日大会第 60/262 号决议通过了《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》，其中规定到 2010 年各国实现普遍获得预防、治疗、护理和支助服务的目标。

2. 普遍获得服务的承诺是实现千年发展目标道路上的一个重大里程碑，特别是目标 6 下的具体目标：到 2015 年制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延，而且还包括实现针对贫穷、教育、两性平等、儿童死亡率和产妇健康的目标。在过去 12 个月期间，普遍获得服务的总概念逐步形成，对这个进程的主要内容有了更明确的规定。作出关于普遍获得服务的承诺本身并不是目标。相反，它着重强调各国的艾滋病应对措施必须更具紧迫性、公平性、可负担和可持续性，必须采取综合的多部门的方式防治艾滋病。普遍获得服务涉及调动各国的利益攸关者，以便它们确定自己的目标。在《政治宣言》中，各国政府承诺迅速制定能反映出扩大服务到 2010 年实现普遍享有基本服务迫切需要的国家目标。

3. 《政治宣言》强化了各国政府落实在题为“全球危机-全球行动”的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中所做各项承诺的努力。² 两个宣言都要求各国报告在落实承诺方面的进展，这方面延续现行的两年一报周期。下一轮的国家进展情况报告应于 2008 年 1 月 31 日提交。联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）将对数据进行分析，然后将根据《政治宣言》所商定的，在 2008 年向大会提交一份综合全面的进展情况报告。

4. 本报告侧重自艾滋病问题高级别会议以来取得的中期进展，包括制定国家目标情况、关于主要干预措施覆盖面的新数据以及对关于采取应对措施的政治承诺

¹ 见大会第 60/262 号决议，附件。

² 大会 2001 年 6 月 27 日第 S-26/2 号决议。

的一项评估，包括可供 2007 年使用的资金估计数。此外，艾滋病规划署定于 2007 年 6 月发表年度报告，强调联合国的作用和具体贡献，进一步补充本报告的内容。³

5. 流行病已经肆虐了 25 年，现在比以往任何时候都更清楚，全球应对措施必须从紧急应付转为长期努力，为可持续发展奠定基础。因此，有必要建立合理、可靠的融资机制，实施建设和维护国家基础设施的战略，包括投资于民间社会。同时，还需要加速实施干预措施，解决造成流行病的各种根源，例如两性不平等、羞辱和歧视、以及未能保护人权。

二. 自《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》通过以来的进展情况：努力实现普遍获得服务的目标

6. 在过去 12 个月中，在实现普遍获得服务目标方面取得了一定的进展，第二节介绍了到目前为止这个过程的主要内容。这些内容包括政治环境变化、制定国家目标、估计资源需要、扩大治疗范围和强化预防措施。但是，很多挑战仍然存在。很多国家计划仍没有充分解决非卫生保健部门预防干预措施和二线抗逆转录病毒疗法的费用问题，也没有解决支助孤儿院和投资基础设施的费用问题。非卫生保健部门干预措施包括确定下列优先次序的各种方案：在校青年和失学青年；动员社区；与男人发生性关系的男人；减轻对注射毒品者的伤害；以及工作场所干预措施。在制定长期应对措施时，人们更清楚地看到，解决艾滋病问题不仅需要更多的财政资源，而且还需要以更具有战略眼光和创新办法来使用这些资源，通过更强有力的公共部门社会服务，扩大社区努力，提供更切实有效的干预措施和治疗方案。

A. 全球艾滋病毒流行病状况

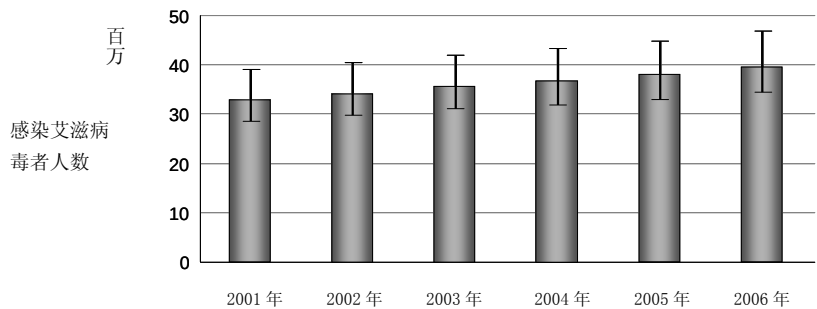
7. 截至 2006 年年底，据估计全世界有 3 950 万人感染了艾滋病毒。这个数字比 2001 年明显增加，据估计当时只有 3 290 万人感染了艾滋病毒（图 1）。感染艾滋病毒者的新增比例大约维持在每年 400 万人左右，而死于艾滋病者的人数从 2001 年的 220 万人增加为 2006 年的 290 万人（图 2）。死亡人数增加主要是由于处于晚期和急需治疗的艾滋病毒感染者增加，⁴ 增加速度超过了扩大抗逆转录病毒治疗范围的速度。

³ 见 <http://www.unaids.org/on/AboutUNAIDS/Governance/20070625-pcb20.asp>。

⁴ 根据世界卫生组织治疗准则的说明。

图 1

2001 至 2006 年期间艾滋病病毒感染者估计数

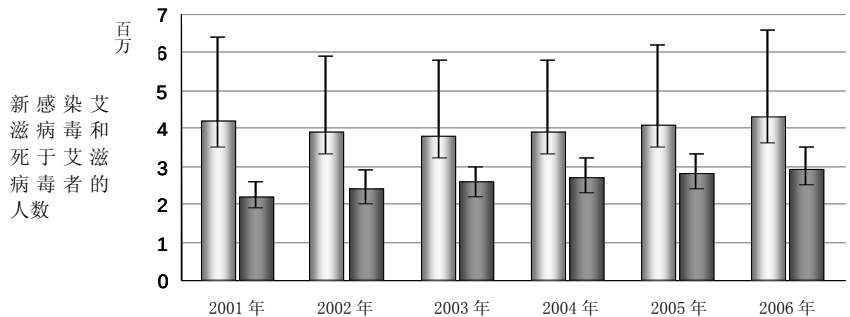


I 这条线说明估计数的范围。

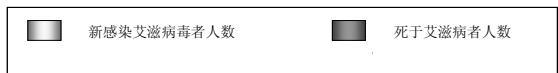
注：见联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署和世界卫生组织、全球艾滋病流行病学报告(艾滋病规划署/O6.29E)(2006 年 12 月，日内瓦)。查询网站：http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006_EpiUpdate_en.pdf。

图 2

2001 至 2006 年期间新感染病例和死于艾滋病者的估计数



I 这条线说明估计数的范围



注：见联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署和世界卫生组织、全球艾滋病流行病学报告(艾滋病规划署/O6.29E)(2006 年 12 月，日内瓦)。查询网站：http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006_EpiUpdate_en.pdf。

8. 从全球来看，2002 年艾滋病已成为造成死亡的第四大杀手。如果扩大艾滋病治疗方案只包括扩大抗逆转录病毒疗法而没有扩大预防措施，那么据估计，到

2030 年，艾滋病将成为造成死亡的第三大杀手。但是如果实施切实有效的预防方案，据估计，艾滋病相关疾病的负担和死亡率将会大幅度减少（表 1）。

9. 据报道，2006 年一些国家年轻人感染艾滋病毒的比例有所下降，这些国家包括：博茨瓦纳、布隆迪、科特迪瓦、海地、肯尼亚、马拉维、卢旺达、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦。但总的说来，预防措施跟不上流行病蔓延的速度。即使是在深受艾滋病影响的重灾国家，例如南非和斯威士兰，大多数民众仍然不相信他们处在危险之中。在大多数国家中，对感染了艾滋病毒的人报以羞辱和歧视的目光使很多人更不愿意进行艾滋病毒检测，不愿意向他们的性伙伴说明他们的情况。

表 1

2002 年和 2030 年造成死亡的 15 大主要原因排列顺序的变化

疾病或受伤	2002 年排列顺序	2030 年排列顺序
缺血性心脏病	1	1
脑血管疾病	2	2
下呼吸道感染	3	5
艾滋病毒/艾滋病	4	3
慢性阻塞性肺疾病	5	4
围产期疾病	6	9
腹泻病	7	16
肺结核	8	23
气管、支气管和肺癌	9	6
道路交通事故	10	8
糖尿病	11	7
疟疾	12	22
高血压心脏病	13	11
自伤	14	12
胃癌	15	10
肾炎和肾病	17	13
结肠癌和直肠癌	18	15
肝癌	19	14

资料来源：Lolin D. Mathers 和 Dejan Loncar, “Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030”, PLoS Medicine Vol. 3, No. 11 (November), table 2。

10. 两性不平等仍然是流行病女性化的主要原因，尽管这种女性化的情况也在不断变化。除了女孩子和年轻妇女外，越来越多的已婚妇女也被感染。在很多区域，感染艾滋病病毒的女童和 15 岁或 15 岁以上的妇女人数比以往任何时候都多。从全球来看，妇女占感染艾滋病病毒人数的 48%。年轻人的风险尤其大，2006 年他们占 15 岁或 15 岁以上者新感染人数的 40%。

11. 从全球来看，注射吸毒者、性工作者、囚犯、移民和与男人发生性关系的人通常得不到信息和服务，而且他们常常会受到歧视和暴力，使他们成为人口中最容易受到艾滋病病毒感染的人。在过去两年里，在与男人发生性关系的人群中爆发艾滋病感染的情况在下列国家很明显，这些国家有：柬埔寨、中国、印度、尼泊尔、巴基斯坦、泰国和越南。最近，注射吸毒者已成为撒哈拉非洲以南地区艾滋病感染的一个新的因素，特别是在毛里求斯，还包括肯尼亚、尼日利亚、南非和坦桑尼亚联合共和国。不幸的是，这种趋势并不总能同时启动相应的国家应急预案措施。

B. 政治环境与普遍获得服务

12. 2006 年，针对艾滋病问题作出的政治承诺继续增加，非常明显体现在关于艾滋病问题高级别会议期间通过的《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》中。大会承认，流行病已成为全球性紧急情况，构成十分棘手的挑战。目前政治重心已从全球共识转向国家一级的行动，迫切需要建设能力，执行扩大服务、切实有效、多部门的国家艾滋病应对措施，最大限度地扩大现有财政资源的作用。

13. 为支持中低收入国家的防治艾滋病对策开展的双边和多边努力通常优先考虑速见成效的措施，而不是如何实现长期可持续的影响。在落实广泛的国家计划和系统的同时，很多捐助国制定了自己的管理和监测体系。2004 年，提出了“三个一”原则，这是用来改善各国艾滋病预案协调的一整套指导原则。⁵ 在 2005 年《世界首脑会议成果文件》中，各国家元首和政府首脑承诺积极开展工作执行“三个一”原则。大会在《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》中再次核可了这些原则。

14. 根据艾滋病规划署的数据，截至 2007 年 1 月，总共有 73 个中低收入国家通过具有包容性、多个合作伙伴进程建立了国家艾滋病框架；其中 51 个框架已成为所有主要合作伙伴谈判筹资捐助的依据。但很多国家仍缺少主要的计划组成部分。只有 49 个国家建立了定期参与性审查进展情况的进程，只有 40 个制定了国家框架的国家把这些框架变为列出费用的业务计划。关于“三个一”原则、国家监测和评价系统，艾滋病规划署的数据显示，56 个中低收入国家已经建立了能够

⁵ “三个一”原则呼吁国际社会和国家合作伙伴围绕着商定的艾滋病行动框架共同努力，由一个艾滋病国家协调机构负责协调，同时执行广泛的多部门任务，通过一个商定的国家监测和评价系统进行监测。

监测和评价的职能体系，但只有 35 个国家建立了收集和分析主要合作伙伴报告的机制。

15. 2006 年，为了支助在各国执行“三个一”原则，艾滋病规划署秘书处和世界银行制定了一个国家统一和协调工具。各国以国家协调和统一工具为框架和工具，评估国际组织和本国组织的方案在各国融合的程度。⁶ 对使用这个新工具的初步调查结果显示，国际合作伙伴并没有完全尊重 2003 年《罗马协调宣言》和 2005 年《援助实效问题巴黎宣言：自主决策、协调实施、目标一致、追求实效、共同负责》的承诺。7 个国家的结果显示了民间社会的参与程度，显示出参与规划决不能够保障参与其他重要领域，例如关于资源分配问题的讨论。

16. 显而易见，需要取得其他进展确保在国家一级全面实施“三个一”原则，但近年来出现了一些把国际努力与国家优先事项挂钩的“良好做法”。例如在莫桑比克，该国政府、捐助者、民间社会和联合国系统共同签署了一个行为守则。莫桑比克的行为守则规定了国家合作伙伴论坛的原则、机制和职能，包括每月协调会议，年度联合审查和评价进程，以及对国家艾滋病协调主管机构的技术援助。

C. 制定国家目标，努力实现普及

17. 《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》呼吁所有国家在 2006 年底之前制定艾滋病毒预防、治疗、护理和支助方面的雄心勃勃的国家目标，反映出各国承诺在 2010 年之前实现普遍获得服务的目标。制定明确的国家目标（包括 2008 年临时目标或进程目标和 2010 年成果目标）可促进合作伙伴与国家优先事项保持一致，使各国直接为实现他们自己设定的目标负责。有了明确的目标还有助于各国和国际伙伴机构为调动国际支助和资源开展的努力。

18. 艾滋病规划署⁷ 建议的目标制定过程召集了广大的各方利益攸关者，包括民间社会的代表，为评估各国承诺制定了一个关键框架，支持各国政府努力结合各国艾滋病毒流行情况的具体特点和需求采取对策，以及鼓励加强透明度和问责制。

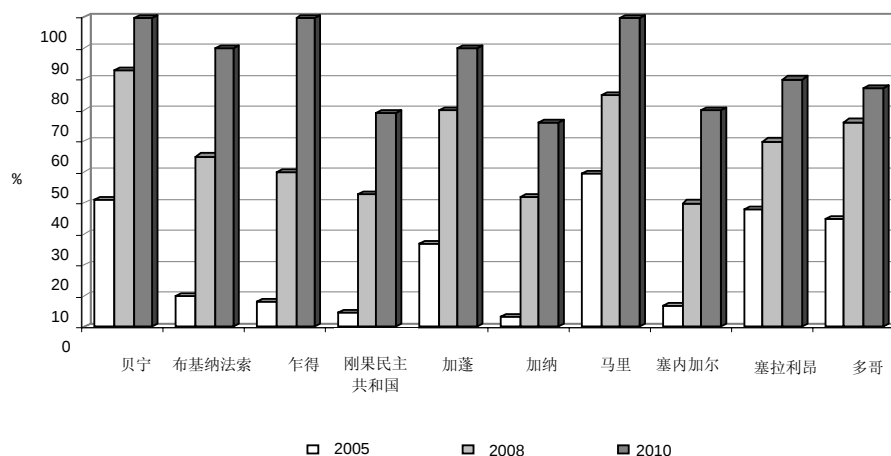
19. 到 2006 年底，90 个中低收入国家制定了目标。例如，在中西非地区，几个国家已经制定了雄心勃勃的目标，扩大抗逆转录病毒疗法的覆盖面，预防艾滋病经母婴传播，而且这些国家正在相应地更新它们的本国战略方案（图 3 和图 4）。

⁶ 2006 年早些时候在下列 7 个国家进行了国家协调和统一工具实验：博茨瓦纳、巴西、刚果民主共和国、印度尼西亚、尼日利亚、索马里和赞比亚。

⁷ 艾滋病规划署《制定国家目标，努力实现普及：操作指南》（日内瓦，2006 年）。

图 3.

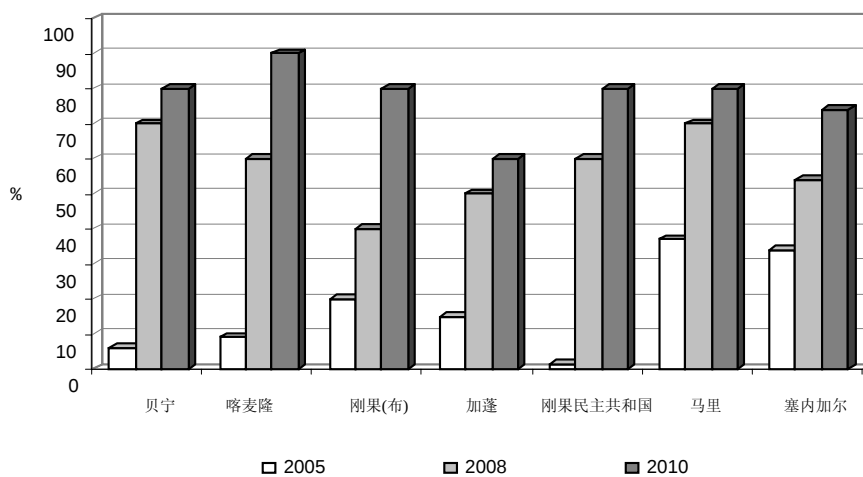
若干撒哈拉以南非洲国家 2005 年接受抗逆转录病毒疗法治的妇女、男子和儿童晚期艾滋病毒感染者的百分比以及 2008 年和 2010 年的预计目标



来源：艾滋病规划署，根据 2007 年 2 月瑞士格里昂艾滋病规划署高级管理人员务虚会上提供的数据。

图 4.

若干撒哈拉以南非洲国家 2005 年艾滋病毒抗体阳性怀孕妇女接受全程抗逆转录病毒预防以降低母婴传播风险的百分比以及 2008 年和 2010 年的预计目标



来源：艾滋病规划署，根据 2007 年 2 月瑞士格里昂艾滋病规划署高级管理人员务虚会上提供的数据。

20. 2006 年底，肯尼亚发起了一个“速效倡议”，要求各区制定在 100 天内实现的治疗目标。成果显著：几乎所有的区都超过了设定的目标，显示出制定目标有利于激发积极性，按照优先次序采取行动。

21. 在 2006 年底制定了目标的 90 个国家中，81 个国家制定了与治疗相关的目标，51 个国家制定了护理孤儿和脆弱儿童方面的目标，84 个国家制定了至少一个与预防相关的目标，尽管在内容广泛的预防干预措施中，并无明显的一致性。这些国家中三分之二在安全套的发放，预防母婴传播方面制定了目标，而只有一半国家制定了艾滋病毒检测、行为改变和在年轻人当中宣传适当知识方面的目标。

22. 认识到民间社会的多样性（包括艾滋病毒感染者代表、各艾滋病服务组织、宗教界、工会和商业团体），因此很多本国艾滋病防治当局已经让民间社会代表参与磋商和制定目标过程，包括参与艾滋病毒应对措施的执行和监督。在马拉维，国家艾滋病毒感染者协会领导建立了一个民间社会团体联盟，该联盟在防治服务过程中发挥了关键作用。

23. 全国范围的协商和目标设定过程推动各合作伙伴就如何不断提高普遍获得服务的程度达成共识，也使得人们再次重视加强预防干预措施，以便使治疗工作继续下去。但是，一些国家的报告也表明一种忧虑，即，如果目标过于雄心勃勃，将会削弱制定这些目标的影响。

24. 制定了目标之后，大约 70 个国家正在制定或更新它们的国家艾滋病防治计划，以将这些目标纳入其中，共有 25 个国家已经计算过更新后计划所需费用。但是，艾滋病规划署对这些扩大计划的审查显示，这些计划的质量参差不齐，特别是在干预措施的全面性、确定计划中的行动的优先次序以及费用计算的强健性方面。许多计划并未解决在 2006 年艾滋病问题高级别会议之前几个月期间进行的全国协商中查明的普遍获得服务方面的各种障碍，包括两性不平等、侮辱与歧视、卫生系统薄弱、缺乏人力资源、缺少可预测的和可持续的供资机制以及缺少获得可负担的服务和商品的途径，抑或是计划未能计算克服在提高普遍获得服务的程度方面障碍所需关键行动的费用。

25. 许多国家还未计算需要二线治疗的费用，因为这些药物价格昂贵，在大多数中低收入国家都无法持续使用。最近在肯尼亚进行的资源评估工作表明，由于增添了二线治疗，治疗需求急剧增加。

26. 一些计算了国家计划费用的国家发现在就资金的可获得性以及雄心勃勃计划的可持续性而言，这一计算过程是令人不太舒服的“现实审查”。例如，赞比亚的扩大计划中包括解决人力资源危机的行动，制定了 50% 覆盖率的目标，因为政府不确定国内捐助能否维持更高的覆盖率。毛利塔尼亚结合中期支出框架进行了费用计算，借此机会动员更多的国内外资源。

27. 一些国家由于业绩记录差，在调动国际或国内资源方面遇到各种困难，使得制定和实现雄心勃勃的目标更是难上加难。提高可用资源的利用率应成为各国政府以及发展伙伴的共同关切，这需要加强技术支持协调，统一各方努力。一方面需要在尽可能短的时间内扩大服务，实现普遍获得服务的目标，另一方面是需要加强现有的基础设施，包括发展民间社会的能力，确保服务的可持续性，在这两方面之间实现平衡是一个主要问题。

D. 财政资源：需要多少，从何处来？

28. 据目前估计，中低收入国家在艾滋病毒问题上的全球资源需求如下：2007 年为 180 亿美元，2008 年为 220 亿美元。低收入国家⁸的需求大约占 2008 年全球资金需求的一半。据估计，2008 年中等偏下收入国家大约需要全球全部资源需求的三分之一，或大约 65 亿美元。

29. 据估计，2007 年，将有 100 亿美元可供用于中低收入国家与艾滋病毒防治相关方案。虽然这一数字与 2006 年可用资源 89 亿美元相比有所增加，但是这仅仅比预计 2007 年所需的 180 亿美元的一半略多些。

30. 由于很多国家无法在没有外部援助的情况下实现普遍获得服务的目标，因此紧迫需要更多的国际供资，用于公共卫生和发展。有此能力的国家，尤其是那些经济强健而且不断发展的国家，还必须将更多的本国资金投入艾滋病毒防治和大众保健。

31. 全球资金筹措机制，例如美国总统艾滋病紧急救援计划、全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金、世界银行以及创新型资源动员计划，例如全球药品采购便利机制采用的征收的机票税的计划，都在为全球艾滋病毒防治提供更加稳定、可预测的供资。一些组织，如比尔·盖茨和梅琳达·盖茨基金会、威廉 J. 克林顿基金会以及其他一些组织也正在为艾滋病毒防治提供大量资金和技术支助。金融和社会保护方面的公共和私营保险计划在确保资金的可预测性和可持续性方面，在降低受艾滋病毒影响的贫困家庭风险方面，也是非常重要的，因为这些家庭必须要将收入的很大部分用于与艾滋病毒防治相关的费用。

E. 解决这一流行病的驱动因素

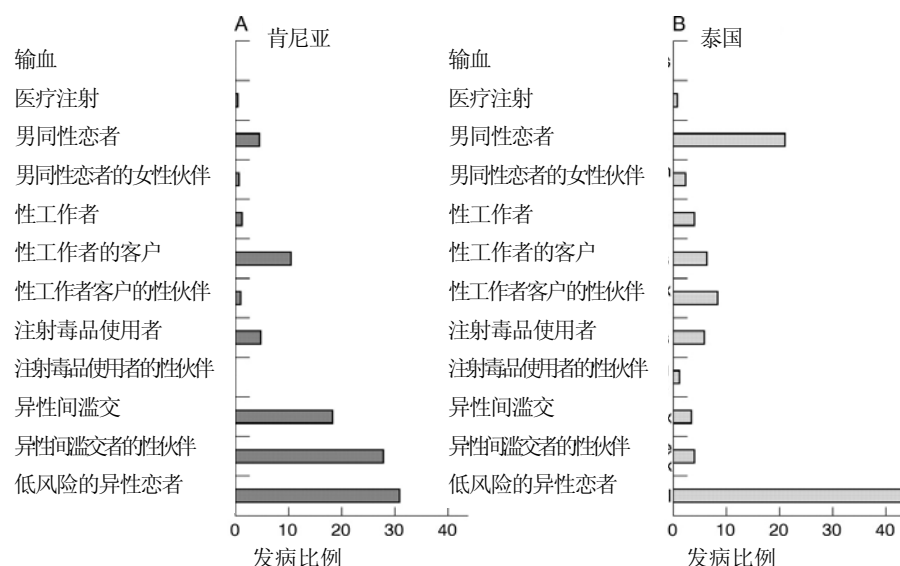
32. 不仅需要花费更多资金，而且需要更明智地花费资金，以获得最佳的持久效果。关于哪些活动应该得到供资或者哪些活动应该首先获得供资的决定必须以对艾滋病毒感染流行病学以及那些阻碍人们获得和使用艾滋病毒信息和服务的行为和社会条件的实证分析为依据。关于人们如何被感染的信息可以为决策者提供关于他们国家的该流行病的性质的重要信息。因此“了解本国艾滋病情况”是确定本国艾滋病应对措施优先次序的一个关键基础，如数据（图 5）所示，数据表

⁸ 人均国民总收入低于 875 美元的国家。

明了在发生普遍流行以及聚集流行的流行病的情况下可能需要专门服务的高危人口。

图 5

按接触方式分列的发病案例百分比



来源：E. Gouws 按传播方式分列的成年人艾滋病发病率的短期估计：以肯尼亚和泰国为例《2006 年性传播感染》，第 82 卷，补编第 3 号。

33. 但是，很多国家关注驱动该流行病的政治、社会和文化问题的意愿有限，或能力有限。已知的高危感染群体（例如性工作者、注射毒品使用者以及男同性恋者）很少得到有针对性的服务，导致应对措施不得力。针对这些群体的显性和隐性的侮辱和歧视是阻碍数据收集和有针对性供资和制定方案的一个重要因素。

34. 同样，在艾滋病病毒高发国家，妇女、年轻女子和男子、囚犯以及移徙者尤其易于感染艾滋病病毒，然而这些群体往往极少获得针对他们专门需求的艾滋病病毒干预方案。解决两性不平等、耻辱、歧视和对妇女和女孩的暴力行为问题的供资不足或方案不足，所有这些增加了他们感染艾滋病病毒以及受艾滋病影响的几率。

35. 在《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》和《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言》中，各国政府充分认识到人权和两性平等在国家应对艾滋病病毒措施中的重要性，并承诺在这些领域采取行动，但是在应对艾滋病病毒方面，促进人权和两性平等的方案应对措施还未被放在优先位置。这些应对措施应包括以下内容：法律改革、培训执法人员以促进和保护脆弱群体获得艾滋病病毒预防、治疗、护理与支助的途径；对医务人员进行有关艾滋病病毒的知情同意、不歧视和保密方面的培训；努力消除陈规陋习，例如童婚、对妇女的暴力行为以及切割女性生殖

器官；努力使学校不再有对女孩的性暴力行为；以及向囚犯提供艾滋病毒防治服务。

了解你身边的艾滋病流行情况以及你当前的应对措施

有效的艾滋病毒预防方案需要在社区一级采取行动解决该流行病蔓延的驱动因素。政策和方案制定者必须了解身边的艾滋病流行情况：哪些人正在感染艾滋病毒，危险行为、脆弱性和经济、法律、政治、文化以及心理社会状况之间的联系是什么。此类评估应使各社区和脆弱人群成员加入进来，确定什么因素正在决定着脆弱性，什么因素阻碍他们获得和使用艾滋病毒防治信息和服务，以及克服这些障碍必须做哪些事情。

驱动因素和风险因素

“这一流行病的驱动因素”一词与结构因素和社会因素相关，例如贫困、两性不平等以及违反人权行为，这些因素使人们更容易感染艾滋病毒，但却不容易进行衡量。“风险因素”一词在流行病学词典（第三版）中被定义为“根据流行病学的证据被认为与健康相关的情况有关，而且被认为是有必要预防的个人行为或生活方式的一个方面，暴露于某种环境中或者是先天或遗传的特点”。这些包括诸如毒品注射、无保护的随意性行为以及在一段较长的时间内同时有多个性伙伴，而很少或不常使用安全套的行为。^a

来源：John M. Last 编辑的《流行病学词典》，第 3 版（纽约，牛津大学出版社，1995 年）。

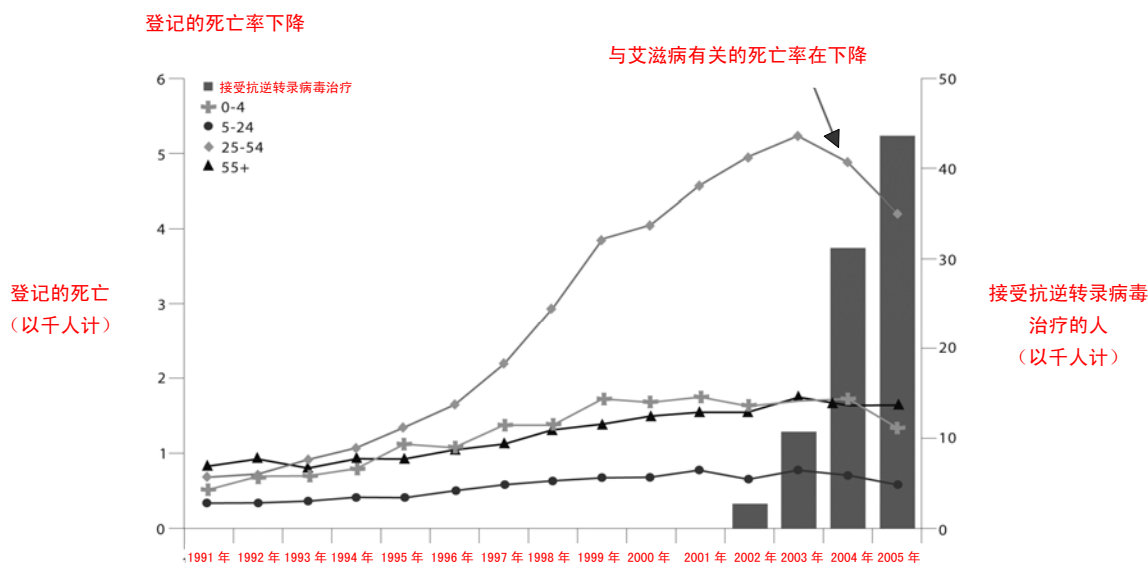
^a 最近“驱动因素”一词也被用于描述另外一些风险因素，因为这些因素如此普遍以至于造成艾滋病毒在人群中的进一步蔓延和持续。

F. 扩大治疗服务

36. 获得救生治疗服务是普及享有卫生服务的关键组成部分。截至 2006 年 12 月，中低收入国家估计有 200 万人在接受抗逆转录病毒疗法，占估计需要治疗的 710 万人中的 28%，比 2005 年 12 月估计的接受治疗人数增加了 70 万人。撒南非洲有 130 万人在接受抗逆转录病毒疗法，占需要治疗人数的 28%，而三年前只有 10 万人接受治疗，覆盖率为 2%。扩大抗逆转录病毒疗法的范围对死亡率所产生的影响在一些国家显示出来，如图 6 例子所示。

图 6.

博茨瓦纳：随着抗逆转录病毒疗法的实施，按年龄组列的登记的成人死亡率下降了



来源：全球防治艾滋病、肺结核和疟疾基金、影响伙伴：成果报告（2007 年，日内瓦），图 39。

37. 根据卫生组织的数据，亚洲治疗覆盖面为 19%，拉丁美洲和加勒比为 72%，欧洲和中亚的中低收入国家为 14%。中东和北非为覆盖率最低的地区，目前接受治疗的人只占需要治疗的人的 5%。

38. 需要抗逆转录病毒药物治疗的儿童覆盖率——尤其低。在中低收入国家需要抗逆转录病毒药物的艾滋病毒阳性儿童中，得到这种药物的人估计没有超过 8%。在中低收入国家所有接受抗逆转录病毒药物治疗的人中，儿童目前约占 4%，而根据平等获得服务的原则作出的估计数显示儿童本应至少占 13%。

39. 如果扩大护理和治疗方面的目前趋势继续按这种速度发展下去，接受抗逆转录病毒药物治疗的人数在 2010 年将达到约 450 万人，⁹ 占急需治疗的人中的一半略少。要大规模扩大治疗，就需要增加卫生系统基础设施的投资，包括人力、行政、采购和财务资源。

40. 肺结核病人在艾滋病毒流行率高的环境中，其艾滋病毒并发感染的发病率也高，而肺结核是造成艾滋病患者生病和死亡的最普遍的原因之一。2005 年，世界

⁹ 艾滋病规划署资源需要技术工作组，2007 年 2 月，日内瓦。

上只有 7% 的肺结核患者进行艾滋病毒检测；其中 23% 的人查出艾滋病毒阳性。非洲有高达 80% 的肺结核患者也是艾滋病毒阳性，只有 10% 的人接受艾滋病毒检测。¹⁰ 因此，确保肺结核患者接受艾滋病毒检测，从而提供适当的护理和治疗，这是卫生部门的高度优先事项。同样，要对艾滋病毒患者定期进行肺结核检查，努力预防肺结核在卫生保健设施中蔓延，尤其是艾滋病毒流行率高的环境。采取这些步骤对出现广泛抗药性结核病来说尤为重要——这种肺结核病对最重要的一线 and 二线抗肺结核药物具有抗药性，艾滋病毒患者由于免疫系统脆弱而容易感染这种肺结核。

41. 尤其是要鼓励民间社会和艾滋病毒患者在扩大治疗方面发挥作用。给予适当的资源，他们在支持社区进行治疗知识介绍、咨询、宣传和减轻耻辱方面所发挥的作用对于有效推动治疗的扩大至关重要。

42. 正在研制新的抗逆转录病毒药物的种类。最近研制的药物包括整合酶抑制剂和趋化因子受体阻断剂，这些药物为治疗艾滋病毒患者提供了更多类型的药物。但是，目前这些药物的价格使许多中低收入国家无法使用该药物，这些国家已经感到难于支付含有名牌药物的二线疗法昂贵价格。很明显，各国政府迫切需要与制药业和其他利益攸关方一起努力降低发展中国家使用的二线和三线药物的价格。

G. 贸易及与《贸易有关的知识产权协议》

43. 大会在《艾滋病毒/艾滋病问题政治宣言》中强调针对艾滋病问题达成的各项全球贸易协定，尤其是世界贸易组织《与贸易有关的知识产权协议》¹¹ 以及《关于与贸易有关的知识产权协议和公共卫生问题多哈宣言》。¹² 世界卫生组织和联合国开发计划署（开发署）继续分析专利使用以及关税在获得基本药物方面的作用。

44. 在过去两年，有迹象表明各国当局更愿意利用与贸易有关的知识产权协议提供的灵活性。2005 年，喀麦隆、厄立特里亚和加纳对进口艾滋病毒非专利药品签发强制性许可证。泰国政府分别于 2006 年 11 月和 2007 年 1 月，宣布决定准许使用在泰国有注册专利的两种抗逆转录病毒产品，因而使政府得以进口并在当地生产这两种药物的非专利版产品。

¹⁰ 世界卫生组织《全球肺结核控制：监测、规划和筹资》。卫生组织 2007 年报告。（WHO/HTM/TB/2007.376）（日内瓦）。

¹¹ 见《体现多边贸易谈判乌拉圭回合各项结果的法律文书》，1994 年 4 月 15 日，马拉喀什（关税及贸易总协定秘书处出版物，出售品编号：GATT/1994-7）。

¹² 见世界贸易组织 WT/MIN(01)/DEC/2 号文件。可查阅 <http://docsonline.wto.org>。

H. 孤儿和弱势儿童¹³

45. 2005 年，估计有 1 520 万儿童因为艾滋病而失去双亲或其中一人。其中约 80% 的儿童居住在撒哈拉以南非洲，到 2010 年，估计将有 2 000 多万名儿童因为艾滋病而成为孤儿。

46. 若干国家在为孤儿和弱势儿童提供最低限度的综合服务方面正在取得进展，其中包括获得教育、卫生保健、社会福利和保护的服务。南非是艾滋病孤儿人数最多的国家，到 2006 年 4 月，710 多万 14 岁以下并生活在贫困中的儿童（占符合条件的儿童的 79%），得益于儿童补助金。这一数字自 2004 年以来增加了三分之二，自 2000 年增加了 20 倍。

47. 莫桑比克《2006–2009 年减贫战略文件》包括入学率方面的目标、对照顾他人者的外部支助和建立监测机制。坦桑尼亚联合共和国编写的《2005–2010 年减贫战略文件》是与民间社会、非政府组织和地方政府合作拟订的，在整体社会保护框架内处理弱势群体的问题。在博茨瓦纳，95% 至少有一个孤儿的家庭都得到某种形式的外部支助，以便照顾孤儿和弱势儿童，而其他国家的比例则低至 10%。

48. 目前在撒哈拉以南非洲，由于各种原因而成为孤儿的儿童有 79% 上学。有 24 个国家审查了孤儿在校率情况，有 15 个国家的孤儿在校率提高了，有些国家的孤儿比非孤儿更可能在校。出现这一进展部分原因是学费免除了，如肯尼亚和乌干达。

I. 大张旗鼓地做预防工作

49. 普遍获得服务进程对于推广艾滋病毒预防来说是一个至关重要的机会。2005 年的数据显示在扩大预防服务范围方面进展甚微。得到预防艾滋病毒母婴传染服务的孕妇的百分比只从 2005 年的 9% 增加到 2006 年的 11%。虽然产前获得预防服务的比率之低令人惊讶，但是，现有的数据表明各国可以克服推广服务存在的障碍。至少有 7 个中低收入国家为至少 40% 的受艾滋病毒感染的孕妇提供预防服务，据估计，预防母婴艾滋病毒传染的抗逆转录酶病毒预防药物疗法覆盖面因国而异，一些国家的覆盖面不足 1%，另一些国家覆盖率达到 90%。

50. 根据撒哈拉以南非洲 12 个负担沉重的国家进行的调查，只有 12% 的男子和 10% 的妇女收到艾滋病毒检测结果。总的来说，新艾滋病毒感染率要比艾滋病毒治疗的扩大快得多，这清楚地表明，只有艾滋病毒预防工作做得更好，才能实现遏制和扭转全球艾滋病毒流行病蔓延的目标。

¹³ 儿童基金会、艾滋病规划署和卫生组织，《儿童和艾滋病：2007 年评估报告》（纽约，儿童基金会，2007 年）。

51. 艾滋病规划署的出版物《加强艾滋病毒预防工作实用指南：实现普遍获得服务》¹⁴指出，许多国家迄今未能做好艾滋病毒预防工作主要是因为以下三个问题：(a) 对预防的投资不足；(b) 艾滋病毒感染率和风险较高的人接受艾滋病毒预防服务的人数少；以及(c) 对造成艾滋病毒感染的社会、经济和文化因素没有采取行动，其中包括两性不平等、耻辱和歧视以及未能保护人权。这些差距往往是由于缺乏政治承诺以及倾向于将资源分配给“文化上安全”的措施（如对大众开展基本的艾滋病毒宣传运动）上所造成的。

52. 例如，尽管有合理的证据表明采取某些干预措施是有效的，如在学校分发避孕套，但是，人们还是不愿意及时为青年人提供信息、服务和商品。巴西的数据表明，虽然青少年在过去 7 年使用避孕套增加了，但是，进行性活动的青少年的比例仍然保持稳定，说明鼓励使用避孕套并没有鼓励增加性活动。

53. 2005 年，最高风险群体的基本预防服务覆盖面不足 20%。94 个中低收入国家提供的估计数表明，注射毒品使用者接受某种形式的预防服务的比例在 2005 年是 8%，说明几乎忽视了这一最高风险群体。从全球来说，与男子性交的男子目前只有 9% 的人获得艾滋病毒预防服务。从事性工作的妇女和男子仍然没有得到足够的与艾滋病毒有关的信息和服务。多数国家的囚犯几乎得不到与艾滋病毒有关的保健信息和卫生保健，不过伊朗伊斯兰共和国为囚犯提供避孕套和药物治疗，这说明为这些边缘群体提供服务是可行和有效的。

54. 一些国家现在正开始收集有关最高风险群体的信息，以协助开展有针对性的预防方案。例如，2006 年，阿尔及利亚、埃及、伊朗伊斯兰共和国、黎巴嫩、摩洛哥、阿曼和叙利亚阿拉伯共和国评估了注射毒品使用者的风险行为和趋势，并发起外联方案。亚洲及太平洋各国艾滋病问题管理当局探讨如何动员政治支持和行动，以加强流行率低的国家的艾滋病毒预防工作，并集中资源为弱势和最高风险群体提供服务。西非和中非 18 个国家对有关艾滋病毒和人权的立法进行审查，而拉丁美洲破天荒地举行了由来自本区域的艾滋病毒阳性妇女参加的会议。区域的举措更加突出。贝宁、科特迪瓦、加纳、尼日利亚和多哥参与了西非的阿比让-拉各斯走廊倡议，其中包括强有力的预防组成部分，该倡议从全球基金获得 4 650 万美元，用于 2007-2010 年期间。

55. 南部非洲发展共同体(南共体)开展了一系列具有战略性的伙伴关系活动，以便加强区域的艾滋病毒预防工作，该区域的成人流行率超过 15%。例如，莱索托的一个区域智囊团的结论指出，同时保持多个性伙伴、男子没有进行包皮环切割以及代际间性行为、性胁迫和性暴力程度高，这是南部非洲异性恋流行病的主要

¹⁴ http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access%5d.pdf。

原因。南共体还发起了具有突破意义的努力，加强各项预防战略，包括动员社会进行社会变革、促使男子改变行为以及促使各国参与扭转该流行病的趋势。

56. 在全球一级举行了国际磋商，重振各项改变行为措施，以预防性传染，并确定提供治疗性传染疾病服务在控制新的和已有的艾滋病毒流行病方面的意义。由各国、捐助者、联合国各实体（卫生组织和联合国儿童基金会（儿童基金会））和技术支助机构组成的广泛联盟拟订了推广预防母婴传染服务的全球战略。此外，在教育方面，2006 年 11 月全民教育高级别会议举行了艾滋病问题首届会议。会议作出了更强有力的政治承诺，承诺加强教育部门在预防工作中的作用。

J. 新的艾滋病毒预防性干预措施

57. 正当各国努力使现有预防性干预措施形成规模之际，研究人员已发现新的减少艾滋病毒传播公共卫生战略。2006 年，在肯尼亚和乌干达进行的两项研究证实，在已切割包皮的异性恋成年男子中，感染艾滋病毒的比例降低了 60%。由于这一有力的科学证据，在 2007 年 3 月举行了多方合作伙伴全球磋商，建议在艾滋病毒严重流行而且男性切割包皮不普遍的地区，宣传将成年男性切割包皮作为预防男子通过异性感染艾滋病毒的补充战略。世卫组织、联合国人口基金（人口基金）、儿童基金会和艾滋病规划署在男子切割包皮预防艾滋病毒方面开展共同努力，宣传负责任的性行为，以尽量减少由于人们错误地以为已切割包皮的男子不再有感染艾滋病毒之虞而出现的危险行为上升的情况。这还将促进在性事、两性平等方面共同作出决定，并改善妇女和男子双方的性健康和生殖健康。

58. 全球艾滋病毒疫苗事业鼓舞全世界的科学家、活跃人士、资助方和其他利益攸关方团结在战略科学计划周围，加快切实有效的艾滋病毒疫苗开发工作的进展速度。在 20 多个国家，30 多种预防艾滋病毒的候选疫苗正处于人体临床试验的初期阶段，有两种候选疫苗已进入大规模药效试验阶段。

59. 尚未发现安全有效的杀微生物剂，但十几种杀微生物剂已进入人体试验阶段。其中两种候选杀微生物剂似乎使妇女感染艾滋病毒的风险增高。然而，三种第一代和第二代杀微生物剂产品目前仍然停留在大规模药效试验阶段，这些试验全部涉及非洲研究场所。正在进行或计划进行各种试验，以测试可否通过感染前预防，使用某些抗逆转录病毒药物来预防通过性行为或血液传染艾滋病毒。人们已经知道，二类单纯性疱疹病毒使得传染和感染艾滋病毒的风险增高，两项临床试验目前正在评估是否可以通过抑制这种病毒来有效预防艾滋病毒。

K. 普遍获得服务和联合国改革

60. 自艾滋病规划署于 1996 年成立以来，联合国系统各专门机构和组织支助全球艾滋病应对工作的共同努力稳步改善。为了在国家一级更好地发挥“联合国一

体化”的作用，艾滋病规划署秘书处及其十个联合赞助机构¹⁵审查了联合国各实体在向国家合作伙伴交付技术支助方面的相对优势。这种分工明确了 17 个关键方案领域的负责牵头并接受问责的组织。

61. 秘书长在 2005 年 12 月发出指示之后，联合国驻地协调员在至少 65 个国家设立了联合国艾滋病问题工作队。这些工作队着力开展技术支助和指导，并且提倡调动资源，协助各国协调应对工作的关键领域，而一些联合国实体（如世界粮食计划署（粮食计划署）、联合国难民事务高级专员办事处（难民署）和儿童基金会）则提供了直接干预、治疗和护理服务。

62. 2006 年，艾滋病规划署技术支助机制应联合联合国工作队的要求，在战略和业务规划、监测与评估、以及组织发展等若干优先领域向五个区域提供了技术援助。

63. 世界银行、开发署和艾滋病规划署秘书处在许多国家开展能力建设，以制定重点明确、主次分明、注重证据、计算费用的艾滋病战略和行动计划，将艾滋病优先事项纳入减贫战略文件和国家发展计划。

64. 世卫组织参与了以下方面相关战略性技术资料的制定和散发工作：疗法、医疗技术专利的使用、注射安全、艾滋病案例报告、防止母婴传染以及评估卫生部门人力资源需求的规模，其中包括医疗卫生机构之间任务转换的作用。

65. 一些联合国专门机构把重点放在遭到忽视的关键领域。联合国人口基金（人口基金）在 90 个国家提供了避孕套方案编制和采购管理方面的支助。联合国毒品和犯罪问题办事处（禁毒办）与 25 个国家合作，开展政策和法律审查，执行针对注射毒品者和监狱环境的基于证据的艾滋病毒预防和护理方案。联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）支助 70 多个国家的教育部开展加强预防艾滋病毒方案的工作，截至 2006 年年底，29 个国家在教育和艾滋病毒/艾滋病全球倡议行动框架范围内制定了全面的艾滋病毒教育战略。国际劳工组织（劳工组织）推动将工作场所应对艾滋病毒作为发展问题，并协助正规职业健康部门向其工作人员的家属和当地社区提供艾滋病毒预防、护理和治疗。

66. 最后，为了确保工作人员得到适当的医疗服务，并能够在不受轻蔑和歧视的环境中工作，2006 年设立了一个艾滋病毒抗体呈阳性联合国系统工作人员团体（UN+），这个团体代表大约 3 500 名感染艾滋病毒的联合国雇员。该团体目前在 35 个国家拥有 100 多名成员，代表 22 个机构、方案和联系组织。

¹⁵ 难民署、儿童基金会、粮食计划署、人口基金、联合国人口活动基金、禁毒办、劳工组织、教科文组织、世卫组织和世界银行。

L. 继续前进：坚持应对策略

67. 随着各国努力实现普遍获得服务的目标，若要采取可长期持续的对策，还必须成立各种基金会。随着提供艾滋病毒医疗服务的卫生设施的数量增加，还必须拓展能力，确保拥有必要的工作人员、设备、实验室支助和药品采购，以便提供服务并对这些服务进行定期监测和评估。

68. 如果从战略高度对艾滋病基金加以利用，就能改善卫生基础设施，从而提高儿童免疫接种率，加强医院环境的安全，改善实验室设备，改善获得针对其他健康问题的基本和初级预防和治疗服务的机会。例如，对海地的一个初级保健方案进行的研究发现，强有力的艾滋病毒预防工作和在社区对艾滋病晚期病人进行治疗，对实现若干初级保健目标产生了积极影响，其中包括疫苗接种、计划生育、肺结核病例的发现与治愈以及卫生宣传。¹⁶

69. 根据最初的构想，全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金原本是一项艾滋病基金，该基金大大改善了用于肺结核和疟疾这另外两个全球性健康问题的资金数额。对避孕套、艾滋病毒药物和艾滋病毒诊断设备的采购和后勤系统进行改善，可以提高其他关键商品的供应。最后，艾滋病防治工作可以帮助教育部门获得用于学校用品和教师培训的更多资源。

70. 必须采取富于新意的长期战略，确保提供合格的保健工作人员。培训更多的卫生人员仅仅是解决办法的一部分。各国政府还必须鼓励中低收入国家公共卫生设施的工作人员安于本职工作，而不是从农村调往城市、出国或调往更有利可图的私营部门。这种慰留做法可以包括提高工资和改善工作条件等奖励，而且必须纳入进行费用计算的国家战略之中。

71. 全球性艾滋病流行规模大，而且具有紧迫性，因此，迄今不得不采取特殊对策，资金、治理和执行机制都具有针对性。还应推动艾滋病对策的主流化，鼓励所有相关政府机构在有关艾滋病服务的统筹规划和交付方面展开合作。如果公共部门和私营部门在艾滋病毒服务的交付方面均发挥重要作用，那么各国还必须努力确保私营部门支持平等利用服务这一目标。然而，鉴于目前的挑战十分严峻，假如现在就放弃防治艾滋病特殊对策，就会犯下一个致命的错误。

三. 建议

72. 《艾滋病毒/艾滋病政治宣言》通过一年来，已经为实现普遍治疗的长期性工作奠定重要基础。然而，许多国家若要大幅加快拓展步伐，到 2010 年实现普遍获得服务这一目标，还要继续作出艰苦努力。制定普遍治疗国家目标的工作凸

¹⁶ David A. Walton and others “Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti”, *Journal of Public Health Policy*, vol. 25, No. 2.

现了各种根本性挑战。应对这些挑战的最佳方式就是，主要利益有关方根据以下五项建议作出协调一致的多部门努力：

建议

- 了解本国的流行病情况，强化艾滋病毒预防。**各国若要了解本国的流行病情况，就必须建立一体化的流行病监控、监测和评估系统，以便收集战略性信息，制定并完善国家艾滋病防治计划。“了解本国的流行病情况”还意味着了解对策的实效——预防 and 治疗的实效，其中包括获得服务的实际人数。这样就可以把有限的资源用于最需要的方面：高传染地区、感染艾滋病毒高风险人群、造成艾滋病毒传染的基本条件以及扩大方案的主要障碍。在许多国家，人们缺乏政治意愿，没有重视那些造成流行病扩大的因素，包括两性不平等、耻辱与歧视、以及未能保护其他人权，因此，这制约了艾滋病毒预防工作的进展。满足妇女和女童、儿童和孤儿、青年人、移民以及被打上耻辱烙印的人群（例如性工作者、与男子发生性关系的男子、使用注射毒品者和囚犯）的需求，必须成为国家艾滋病防治计划的方案优先事项，并对这些计划进行费用计算、编制预算和贯彻落实。同样，针对处于紧急和流离失所状况的受影响人群以及周围的艾滋病毒寄主群体，必须加大预防和治疗工作的力度。国家民间社会组织和感染艾滋病毒者网络在这一工作中发挥重大作用，因为他们可以代表受影响群体的利益，并协助向他们提供服务。
- 为实现普遍获得服务制定规划。**普遍获得服务目标既要雄心勃勃，又要立足现实情况。若要取得平衡，必须认真评估克服卫生和非卫生部门拓展工作的障碍所需的资源。同样重要的是，要了解服务覆盖面的现有水平和质量以及拓展这些服务的能力。这一信息不仅对于拟订或修订全国艾滋病防治计划，查清每项方案或服务以及受益人群的财政缺口至关重要，而且可以作为调动其他资源，达到普遍获得服务所设想的服务覆盖水平的利器。要了解什么在实际上是切实有效的，并承认得不到要求提供的所有资源的可能性，在此基础上，这项进程的一部分必须包括确定艾滋病防治计划关键要素的主次顺序。因此，构想周全、计算费用的国家艾滋病行动框架和优先行动计划是执行工作取得成功的重要前提。
- 为雄心勃勃、具有公信力的国家艾滋病防治计划提供资金并使之与国家制度保持一致。**国际社会在《政治宣言》中承认，艾滋病对策存在庞大的财政缺口，并矢言确保资助并执行具有公信力的可持续国家计划。如果捐助方和国家预算不能提供更多的供资承诺，那么低收入国家和一些中等收入国家将无法为实现普遍获得服务制定雄心勃勃的目标。国际社会还必须根据“三个一”原则，后续落实各项承诺，使外部支助与国家计划和体系协调一致。国家协调一致工具是一种让中低收入国家采取侧

重行动的做法，用以审查和改善捐助方活动在国家艾滋病对策范围内的参与、协调和保持一致方面的情况；应鼓励中低收入国家为此利用这一工具。

- 为建设采取更强有力、更具可持续性的对策进行能力建设。**中低收入国家若要吸收资源，制定强有力、可持续的艾滋病毒对策，最重要的就是对基础设施和人力资源进行大量投资。低收入国家卫生领域的人力资源长期短缺，而艾滋病毒使得这一问题更加突出。必须培训更多的卫生人员，留住想要离开公共部门、改善自身工作条件的医生和护士，补充因艾滋病毒流行病而丧失的医护人员。艾滋病毒方案若要具备可持续能力，还必须进一步同地方卫生体系和其他相关服务部门融合，以协助建立高质量的社会部门服务。然而，单靠公共部门并不能实现普及治疗。所有相关政府机构必须与民间社会接触，使之能够对提供有关艾滋病毒的服务以及对监测国家执行情况作出宝贵贡献。政府与私营部门和非政府组织建立伙伴关系，可以向更多的人提供由公共资金提供的服务。只有采取这一更为广泛的统筹战略，才能实现千年发展目标目标 6，防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病，实现受到这一流行病影响的其他千年发展目标。
- 报告国际承诺的进展情况。**各国应加强本国的监控、监测和评估体系，为 2008 年艾滋病全面审查做好准备。根据《艾滋病毒/艾滋病政治宣言》的规定，2008 年关于艾滋病的进展情况审查将包括由各国提供的关于《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》绩效指标的全面最新情况。艾滋病规划署已向全体会员国发出，关于经修订的一整套指标的指导性文件，报告截止日期为 2008 年 1 月 31 日。正如上一轮报告一样，应鼓励和支持国家民间社会团体通过与正式进程合作，并通过提交非正式报告，在报告进程中发挥监测作用。将编写关于进展情况的全面报告，并提交 2008 年的大会会议。