



大会

Distr.: General
2 April 2014
Chinese
Original: English

第六十八届会议

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/艾滋病问题的政治宣言》的
执行情况

迈向消除艾滋病疫情：实现 2015 年目标和规划 2015 年后年代

秘书长的报告

摘要

当大会在其 2011 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病(第 65/277 号决议，附件)中设定的达到目标和承诺的 2015 年最后期限快速临近之时，有证据显示，全球艾滋病毒的防治工作已经达到一个重要阶段。感染病毒的新增人数和死于与艾滋病有关的人数持续下降。大家都高度乐观地认为，这个世界将使儿童不再感染艾滋病毒并使母亲能够存活。尽管继续面临着各种经济挑战和各种重点互不相让的情况，但提供给中低收入国家艾滋病毒防治方案的总共资源将继续增加。

这个世界目前具有为消除艾滋病疫情奠定基础的历史性机会。不过，成功并没有得到保证。尽管最近的进展以及全球整体趋势令人感到鼓舞，但它们掩盖了有太多感染艾滋病毒和受其影响的人被落在后面的真实情况。数十个国家，在符合得到拯救生命的抗逆转录病毒疗法治疗资格的人中，只有少数人能得到这种治疗，并且截至 2012 年 12 月，全世界大约只有三分之一符合治疗资格的人得到治疗。

屡见不鲜的情况是，歧视、定为罪行和惩罚性作法阻碍了对最需要的人，特别是感染风险较高的关键群体，进行有效防治艾滋病毒的工作。特别令人感到关切的是，最近又制定了一些将某些关键群体的行为入罪的立法，这不仅违反人权，也迫使这些人不敢寻求关键服务。经验已经显示，恐惧、指责和排斥都不是使艾



滋病毒的防治工作取得成功的因素。目前防治这一疫情的工具比以往任何时候都多，并且我们的防治工作必须得到科学和共同价值观的指导，而不是被偏见和否定所左右。

艾滋病的防治也未能达到年轻人。在需要抗逆转录病毒治疗的儿童中，与需要抗逆转录病毒治疗的成年人相比，大约只有半数儿童可能得到这种治疗。即使死于与艾滋病有关疾病的人数总体下降，但自 2005 年以来，青少年与艾滋病毒有关的死亡率却上升了 50%。在撒哈拉以南非洲，女童的感染率仍远高于同龄男童的感染率。

尽管实现若干 2015 年关键目标和指标已经触手可及，但在迈向 2016 年时，防治艾滋病依然是全球迫切的保健和发展挑战。为了在至今取得的巨大成就上再接再厉，并为了面对这些持续存在的挑战，防治艾滋病的工作必须在 2015 年后的发展议程中给予突出的地位。艾滋病的防治工作强调宣传、社区赋权、高级别政治领导、依据证据和人权采取行动、新的照顾和预防模式以及基础广泛的伙伴关系和合作，这对广大的发展领域大有助益。同样，如果不将艾滋病的防治作为孤立事件，而将其作为加快推展未来可持续发展目标的机制，那就会大大加强艾滋病的防治工作。特别是，艾滋病的防治与全球努力消除赤贫、确保人人享有保健和减少不平等的工作能产生重要的增效作用。

消除艾滋病疫情将是全人类历史性的巨大成就，在这项过程中，它也会增进两性平等、促进人权和消除不公平和排斥等因素。尽管 2015 年代表着艾滋病防治工作的一个重要里程碑，但如果我们要实现无人再感染艾滋病毒、无人再遭到歧视和无人再死于与艾滋病有关的疾病的共同愿景，就必须继续进行这项工作和加强这项工作。

一. 导言

1. 经过 30 多年全力设法应对艾滋病毒这项当代最严重的健康挑战之后，目前防治工作正取得历史性的成就。全球感染艾滋病毒的新增人数和死于与艾滋病有关疾病的人数都持续下降，而感染艾滋病毒的新增儿童更是急剧下降。许多国家都采取了措施，增加国内公共部门资助与艾滋病毒有关的活动的经费，这是使防治工作能够长期进行的可喜现象。

2. 这些进展尽管令人印象深刻，但并非各地都是如此，感染艾滋病毒的新增人数在许多国家都持续增加，尤其是在关键群体之间。虽然有各种工具可用于消除艾滋病，但这些工具并未得到充分使用：保险套的发放停滞不前并且目前只有不到一半根据世界卫生组织(世卫组织)2013 年《使用抗逆转录病毒药物进行艾滋病毒治疗和预防的综合准则》符合接受抗逆转录病毒疗法资格的人得到这种救命治疗的服务。大部分由于未能有效消除容易发生艾滋病毒感染的潜在社会因素，在防治工作方面取得的进展极可能停滞不前或甚至在未来几年还会转而倒退，这显示极应继续保持警惕、进行国际声援和加强作出努力。

3. 在 2011 年关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病(大会第 65/277 号决议，附件)中，各国保证致力于实现奠定消除这一流行病的有力基础。2011 年政治宣言承诺采取一致行动，保证在 2015 年底以前实现一系列里程碑。为支持实现这些目标，各国承诺消除防治艾滋病的资源缺口、促使防治工作与各种发展努力更加密切联接并消除性别不平等、污名化和歧视。

4. 在编写本报告时，到 2015 年最后期限和实现承诺之日仅剩约 600 天。在 2011 年政治宣言设定的 10 项优先目标和承诺中，尽管全世界目前正在实现其中一些目标和承诺，但却未能实现其中大部分目标和承诺。如果目前的趋势持续不变，绝大多数国家最多只能在 2015 年实现少数几项目标。各国必须立即加倍作出努力，使证明有效的办法得到充分实施、获得加强并在战略上集中于这些办法会产生最大影响的地区和群体。在这些防治工作得到加强和加速的同时，为制定 2015 年后持续和有效的防治工作的基础作出努力也是取得长期成功的关键。过去十年取得的进展显示，消除艾滋病已在我们的能力范围之内。在大量经验教训的基础上，我们能够再接再厉，但能否达到这项目标，却大都取决于我们自己。

二. 全球艾滋病的流行状况：疫情报告

5. 截至 2012 年 12 月，全世界估计有 3 530 万(3 220 万至 3 880 万)人感染艾滋病毒。妇女占有感染艾滋病毒的人数的 50%，包括估计在撒哈拉以南非洲占 58%。这一流行病继续对撒哈拉以南非洲造成过份严重的影响，估计该地占全世界感染艾滋病毒人数的 71%、新感染艾滋病毒的人数的 70%和艾滋病导致的死亡人数的 75%。在撒哈拉以南非洲以外地区，感染艾滋病毒人数最多的地区是亚太

地区(2012 年有 480 万人, 其中 36%为妇女), 尽管其艾滋病毒感染率远低于撒哈拉以南非洲地区。

6. 疫情趋势显示, 预防和治疗艾滋病毒的方案正在产生影响, 这种情况令人欣喜。全世界新增感染艾滋病毒病例(230 万[190 万至 270 万])在 2012 年估计比 2001 年低 33%, 而每年艾滋病导致死亡的人数(2012 年 160 万[140 万至 190 万])自 2005 年以来已经下降了 30%。

7. 不过, 并非所有国家、社区和群体均享有这些成就。新增感染艾滋病毒的人数在东欧、中亚、中东、北非和亚洲部分地区都在增加。在新增感染人数持续增加的地区, 艾滋病导致死亡的人数也没有明显减少。

8. 各国国内和国家之间以及各个区域内和区域之间的疫情变化极大。比如, 在肯尼亚, 全国 47 个郡中, 9 个郡占新增感染艾滋病毒病例的 54%, 而泰国 70% 的感染发生在 33 个府。尽管有关变性男女感染艾滋病毒的风险数据有限, 但对 15 个国家提供的资料的案头审查显示, 变性女子感染艾滋病毒的机率一般比生殖年龄成人感染机率高 49 倍: 女性性工作者艾滋病毒的感染率是整体女性的 13.5 倍。男男性行为者感染艾滋病毒的比率一般比男子高 19 倍。至少在 49 个国家, 注射毒品的人感染艾滋病毒的比率至少比一般大众高出 22 倍。全球而言, 艾滋病毒、性传播疾病、乙型和丙型肝炎以及结核病, 以及在有些情况下, 在监狱囚犯之间这些疾病的感染率比一般大众可高出 50 倍。

9. 这一流行病继续对世界年轻人(年龄在 15 岁至 24 岁之间)造成巨大打击, 他们占新感染艾滋病毒的成年人的 39%。对年轻女性造成的风险尤其巨大。在撒哈拉以南非洲, 年龄在 15 岁至 24 岁之间的年轻女性比同龄年轻男子感染艾滋病毒的比率高出两倍。在与艾滋病有关的死亡人数普遍下降的情况下, 2005 年至 2012 年间, 青少年(10 岁至 19 岁)死于艾滋病的人数却上升 50%, 这明确显示防治工作大都没有达到许多年轻人。

10. 扩大使用抗逆转录病毒疗法会延长生命并改善生活质量, 因此, 在感染艾滋病毒的人中, 老年人的人数越来越多。2012 年, 全球估计有 360 万(320 万至 390 万)感染艾滋病毒的人的年龄超过 50 岁。自从有这种流行病以来, 这是首次老年人占感染人数的 10%以上。这种全球趋势符合以前在高收入国家出现的状况, 在这些国家, 30%或更多感染艾滋病毒的人的年龄都在 50 岁以上。由于治疗方面的改善, 总体感染艾滋病毒的人的年龄越来越大, 提供给他们方案不仅需要用于防治艾滋病毒, 也需要解决与他们老龄化有关的健康和生活挑战。

三. 向 2015 年目标取得进展

11. 本节说明向 2011 年政治宣言设定的目标取得的进展。就下面讨论的 10 项目标和消灭艾滋病毒和艾滋病的承诺中的每一项而言, 对持续的挑战和应对这些挑

战所需采取的关键行动作出说明。虽然这项讨论集中于过去的成就和差距，但至今拥有的经验已使国际社会能够确定克服关键障碍所需的最有利战略，为 2015 年后实现消除艾滋病的目标提供强有力的基础。

1. 到 2015 年性传染艾滋病毒减少 50%

12. 在预防性传播艾滋病毒方面已经取得重大进展。撒哈拉以南非洲每年新增感染艾滋病毒的人数在 2001 年至 2012 年间下降了 34%，同期加勒比地区据报下降了 49%。在撒哈拉以南 16 个非洲国家中，成年人艾滋病毒的发病率在 2001 年至 2012 年间下降超过 50%。新感染人数的下降大都是由于改变了有风险的性行为的缘故，其中包括增加使用保险套、延后发生首次性行为 and 减少性伴侣的平均人数。不过，最近进行的全国住户调查结果已经显示，在若干非洲国家，性伴侣人数正在增加，而保险套的使用却在减少，这表明需要继续对初级艾滋病毒预防工作进行投资，以持续在预防方面取得的进展。

13. 虽然持续扩大抗逆转录病毒疗法协助了防治艾滋病毒的努力，但对其他防治艾滋病毒形式的承诺可能正在逐渐消失。中低收入国家由捐助方供资购买的男用保险套数目从 2011 年 34 亿个下降到 2012 年 24 亿个，而由捐助方提供的女用保险套数目从 4 340 万个下降到 3 180 万个。2013 年对各国实现 2015 年目标所作的中期审查显示，在若干国家，对预防感染艾滋病毒的社会和行为方案的支持度正在下降。许多年轻人都无法得到满足其不断改变的需要和能力的全面性教育，以及几乎仍然无法参加影响他们生活的各项问题的政策对话。当艾滋病毒的治疗改变大众对这一疾病的看法之时，要降低仍然无法接受的新增艾滋病毒的高感染率和避免具有风险的性行为可能增多的情况，这需要对循证预防给予支持。

14. 在扩大医疗性自愿包皮环切手术方面至今已经取得大幅进展，预计到 2030 年，这能减少 20%以上新增的感染人数。截至 2012 年 12 月，在建议扩大这项手术的撒哈拉以南非洲 14 个国家中，已有 320 万年龄在 15 岁至 49 岁的非洲男子接受了包皮环切手术。尽管这只占到 2015 年 2 000 万人接受包皮环切手术的目标的 15%，但扩大这项手术的步伐正在急速加快，2012 年接受手术的人数就比 2011 年多出一倍。南非比任何其他重点国家进行更多包皮环切手术，其次是肯尼亚、莫桑比克、卢旺达、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚，它们每个国家在 2012 年都进行了超过 130 000 次包皮环切手术。肯尼亚接受包皮环切手术的人数最多，在 2012 年 12 月已经达到其目标的 60%以上。2013 年，世卫组织预审合格了第一种用于成年人的非手术性包皮环切器具，为传统外科包皮环切手术找到了一种可行的替代办法。

15. 以真凭实据和以人权为基础的防治服务无法达到关键群体，这代表目前减少性传染艾滋病毒工作的关键差距。由于为这些努力的供资不足，只有 10%防治艾滋病毒的资金用于关键群体方案，对这些群体的防治工作在很大程度上仍然不够。目前，对这些关键群体的艾滋病毒的有限防治工作几乎都由国际捐助方供资，

这显示需要大幅加强国家领导和承诺，使这些最需要的人能得到必不可少的防治艾滋病毒的支持。

16. 目前有越来越多的证据显示，采用社会保障、生计保护、财务刺激和经济强化等方案，减轻可能导致进行更具风险的性行为的经济不振因素，这降低了感染艾滋病毒的风险。对莱索托、马拉维和坦桑尼亚联合共和国推行的各种现金转移计划进行研究之后显示，这些方案已使年轻妇女进行更安全的性行为，减少了新的艾滋病毒和性传播疾病的感染。随着近年采用现金转移计划的国家稳步增加，需要对运用这种举措作出努力，以加强防治艾滋病毒的工作。最近对四个国家的审查显示，许多感染艾滋病毒的人由于污名化、复杂的政府手续以及缺乏认识等因素，在得到社会保障机制方面遭到各种障碍。

2. 到 2015 年注射毒品者艾滋病毒传染率降低 50%

17. 在实现降低注射毒品者感染艾滋病毒的全球目标方面取得的进展不多，而在有些国家，这个群体占新增感染人数的 40% 以上。在全球，注射毒品者约占世界人口的 0.2% 至 0.5% (估计约 1 400 万人)，但却占罹患艾滋病毒的人的 5% 至 10%。在东欧和中亚以及在东亚和东南亚部分地区，共用污染的注射器具是这一流行病遭到传播的主要动力，它也成为东非的一项重要因素。

18. 尽管整套减少危害的服务已经显示能大幅降低注射毒品者感染艾滋病毒的风险，但这项服务的覆盖面仍然极低。在全球范围，只有 8% 注射毒品者得到阿片类药物替代治疗，而在全世界，每人每月只分配到两根清洁的注射针头。惩罚性法律，包括对注射毒品者过分使用监禁的办法，以及监狱极度欠缺防治艾滋病毒的服务，这都阻碍了满足注射毒品者防治艾滋病毒的需要。

19. 尽管全球趋势令人感到沮丧，但却偶尔出现令人欣喜的迹象，这提供了能为使用毒品者进行更加有力和有效的防治工作的势头。最新的调查显示，有更多注射毒品的人指出，与前数年相比，他们最近的一次注射都使用了清洁的设备。此外，一些国家已优先为减少危害的服务提供资金；这种作法值得在其他国家推广。

3. 杜绝儿童感染艾滋病毒和减少孕妇死亡人数

20. 世界各地努力防止儿童感染艾滋病毒的工作持续取得进展。自 2005 年以来，预防母婴传染的服务已经避免了 850 000 名儿童感染艾滋病毒。2012 年，约有 260 000 (130 000 至 320 000) 名儿童新感染艾滋病毒，比 2001 年减少了 52%，也比过去 3 年减少了 35%。尽管这些成就具有历史意义，但如果世界要达到 2015 年杜绝儿童新感染艾滋病毒的目标，就需加快步伐，取得进展。

21. 尽管全世界感染艾滋病毒的孕妇接受抗逆转录病毒预防治疗的人数持续增加，从 2011 年 57% 增加到 2012 年 62%，但在许多国家接受这种治疗的人数持续滞后。对孕妇提供防治艾滋病毒的工作在这一流行病普遍存在的 13 个国家依然低于 50%，在亚洲和太平洋地区低于 30% 和在东中和北非地区低于 20%。

22. 2013 年世卫组织准则要求对感染艾滋病毒的孕妇给予终身抗逆转录病毒药物的治疗，这项准则对加快推动消除母婴传播和改善感染艾滋病毒的孕妇和母亲的保健成果提供了一个重要平台，因为这种办法已经证明对推动加快扩大产前防治服务高度有效。要改善服务的范围和成果，也需要更有系统地收集、分析和使用与防止母婴传播的各种服务有关的战略信息。

23. 按《到 2015 年消除儿童中新艾滋病毒感染并使他们的母亲存活下去的全球计划：2011-2015 年》的规定，其他有效预防儿童感染艾滋病毒的要素还必须付诸实施。在哺乳期间接受抗逆转录病毒药物治疗的感染艾滋病毒的孕妇人数(49%)远低于怀孕和分娩期间的人数(62%)。尽管 1990 年至 2010 年期间避孕需求不能得到满足的人数有些下降，但差距依然相当巨大，在东部和西部非洲，超过 20% 的妇女得不到计划生育服务。根据建模推算，减少不能满足的计划生育服务是实现 2015 年消除母婴传播的目标的关键。在努力缩小各种防治工作的差距时，各国应将提供给妇女与儿童的方案与减少性别不平等的广泛努力结合在一起，并向妇女和女孩提供她们需要用于不被艾滋病毒感染所需的工具。

24. 世界未能解决感染艾滋病毒的儿童的需要。在符合接受抗逆转录病毒疗法资格的儿童中，与符合接受抗逆转录病毒疗法资格的成年人相比，大约只有半数可能得到这种治疗。2013 年世卫组织准则建议，不论 CD4 的数量为何，均应开始为 5 岁以下所有感染艾滋病毒的儿童进行抗逆转录病毒治疗。要落实这项准则就需要大幅提高对婴儿提供早期诊断服务，而在 3 个重点国家，据报提供这种诊断服务的范围低于 5%。此外，全球需要迫切注意可能缺乏对发展全面儿科抗逆转录病毒治疗的财政刺激。

4. 到 2015 年让 1 500 万艾滋病毒感染者接受拯救生命的抗逆转录病毒治疗

25. 截至 2012 年 12 月，有 970 万中低收入国家的国民正在接受抗逆转录病毒治疗，这比 2011 年的人数增加了 160 万。持续扩大抗逆转录病毒治疗的这种作法正在改变全世界防止艾滋病毒的工作。从 1995 年至 2012 年，抗逆转录病毒疗法使全世界大约 660 万人没有死于与艾滋病有关的疾病。在南非夸祖鲁-纳塔尔省，扩大采用抗逆转录病毒疗法已使该地预期寿命增加了 11.3 年。主要经济学家最近的分析显示，及早采用抗逆转录病毒疗法高度符合成本效益，因为这样可避免残疾调整寿命年数大幅增加所导致的可管控增支成本。

26. 尽管扩大抗逆转录病毒疗法是全球保健史上的重大成就，但由于持续存在各种差距，这使普遍获得治疗的目标无法实现。除了前面提到的治疗儿童的失衡情况之外，符合治疗资格的男子与符合治疗资格的女子相比，接受艾滋病毒治疗的男子约少 22%。由于污名化和受到歧视，并时常加上惩罚性法律和政策的推波助澜，这阻碍了关键群体接受艾滋病毒检测和治疗的服务。比如，估计只有 4% 符合治疗资格的毒品注射者接受抗逆转录病毒治疗。以区域而言，在东欧、中亚、中东和北非，接受艾滋病毒治疗的人数仍然极少。治疗的覆盖面在西部和中部非洲明显低于东部和南部非洲。

27. 依照 2013 年世卫组织准则,目前全世界估计有 2 860 万人符合接受抗逆转录病毒疗法。至为明显的是,感染艾滋病毒的人在其生命的某一阶段都需要接受艾滋病毒治疗。联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)的建模推算显示,依照 2013 年准则实现 95%的治疗覆盖面将在 2020 年达到比 2004 年艾滋病毒致死高峰下降 83%与艾滋病致死有关的死亡率。为执行 2013 年准则,服务提供者需要作出准备,提供满足在感染初期的病患所需的照顾。

28. 各国迫切需要评估各自本国的治疗准则,以期与 2013 年世卫组织准则取得一致。艾滋病署 2014 年初对 108 个国家的治疗准则进行审查后显示,只有 8 个国家(包括撒哈拉以南非洲 4 个国家)正式核可将 500 CD4 细胞计数阈值作为向大多数感染艾滋病毒者进行治疗的门槛。超过一半以上的国家(58 个国家)建议以 350 CD4 或更低数值作为开始治疗的门槛。与此相比,至少有 5 个国家,以及加拿大不列颠哥伦比亚省,现在采用的办法是:不论 CD4 的计数为何,一律开始向所有诊断感染了艾滋病毒的人提供艾滋病毒治疗。2013 年 12 月,巴西成为首个建议不论 CD4 计数为何而向感染者提供艾滋病毒治疗的中等收入国家,而首先是治疗已有症状的感染者或 CD4 计数低于 500 的无症状感染者。

29. 服务系统的全面性和有效性也需加以改善,使抗逆转录病毒治疗发挥最大效用。由于各阶段治疗的差距,撒哈拉以南非洲每 4 名感染艾滋病毒者中,得到病毒抑制的病患不到 1 人,而达到这种抑制是抗逆转录病毒治疗的临床目标。在这个区域,接受艾滋病毒治疗的人的 CD4 计数一般都低,并且一大部分人在接受治疗或维持照护方面都遇到困难。粮食援助、减少污名化、指导病患、病患相互支撑、创新使用移动通信技术以及其他各种战略都已证明对减少各个治疗阶段流失病患至为有效。

30. 由于抗逆转录病毒疗法需要终身治疗,因此,需要将持续提供这种治疗的规划纳入国家治疗方案。扩大感染艾滋病毒者的就业机会也对维持治疗效果有重要作用,因为有职业的感染艾滋病毒者比失业的感染者愿意继续接受规定的治疗的比率超过 39%。鉴于 2013 年由冲突和自然灾害造成的人道主义紧急事件增多,应该制定计划,确保在发生这种紧急状况的时候和地方能够继续进行艾滋病毒治疗。

31. 进一步降低抗逆转录病毒疗法的药物成本依然是当前的重要工作。南非和斯威士兰等国通过审慎组合国家招标办法在降低抗逆转录病毒药物价格方面已经取得显著成果。为维持强有力的生产非专利药品的能力采取步骤也极其重要。此外,各国迫切需要最充分地利用国际知识产权规则提供的灵活性,并尽量避免作出可能无法使用与贸易有关的知识产权的灵活性的承诺。在中等收入国家多的区域,例如东欧、中亚、拉丁美洲和加勒比地区,在目前提供给艾滋病毒治疗的多边供资日益减少的情况下,这就变得更加重要。

32. 2013 年,艾滋病署参加世卫组织、全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金和美国总统艾滋病紧急救援计划,一起开展 2015 年治疗计划,它为加大治疗范围提

供了路线图，其中包括 2015 年以后的治疗计划。这项新的举措敦促加强关注治疗工作中遭到忽略的部分，包括对增加检测和治疗服务的需求迅速作出投资。2015 年治疗计划要求所有国家设定新的治疗目标，以反映 2013 年世卫组织准则和定期监测各个治疗阶段取得的成果。参加这个治疗计划的合作伙伴共同加强对 30 个重点国家提供财政和技术支助，这些国家占艾滋病毒治疗需求未能满足的国家的 90%。

5. 到 2015 年艾滋病毒感染者的结核病死亡率减半

33. 结核病依然是造成艾滋病毒感染者死亡的主因，尽管到 2015 年艾滋病毒感染者死于结核病的人数减半的目标看来可能达成。自 2004 年以来，每年艾滋病毒感染者死于与结核病相关疾病的人数已经下降了 36%，并且在 41 个艾滋病毒/结核病人数的国家中，17 个国家的下降程度超过 50%。世卫组织估计，在 2005 年至 2012 年间，扩大艾滋病毒/结核病的合作活动已使 130 万人免于死亡。像防治工作的其他方面一样，降低艾滋病毒感染者死于与结核病有关的疾病取得的进展差异极大，其中 15 个高负担的国家报告其死于这种疾病的人数减少不到 25%。

34. 抗逆转录病毒疗法降低了 65% 艾滋病毒感染者罹患结核病的风险。不过，同时感染艾滋病毒和结核病的病患得到艾滋病毒治疗的人数不及其他感染艾滋病毒者得到的治疗。在 41 个重点国家中，只有 4 个国家(巴西、肯尼亚、马拉维和乌克兰)向至少 50% 罹患艾滋病毒和结核病的患者提供艾滋病毒治疗。如何能够诊断同时感染艾滋病毒和结核病的病例依然是取得进一步进展的主要障碍，在 2012 年，只有 46% 得知罹患结核病的病患得到艾滋病毒的检测。治疗的费用，特别是对药物有普遍抗药性的结核病的治疗费用，日益对有些国家构成障碍，这显示各国需要尽量使用与贸易有关的知识产权的灵活性，以确保提供能够负担得起的治疗。

6. 缩小艾滋病资源的差距

35. 用于与艾滋病毒有关的活动的全部资源在 2012 年有了增多，估计达到 189 亿美元，这比 2011 年调动的资源数额增加了 10%。但全世界无法在 2015 年调集至少 220 亿美元至 240 亿美元的资源。目前估计，实施 2013 年世卫组织准则将需在以前预测的供 2015 年和以后期间所需的资源之外，另增 5% 至 10% 的资源。

36. 正如防治工作的其他方面一样，调动充足的财政资源需要反映出各方对解决这一流行病负有共同责任。2012 年，这是连续第二年本国资金占艾滋病毒经费的大部分，提供了支出所需的 53%。2012 年，在对本国开支数据提出报告的 43 个中低收入国家中，有三分之二的国家报告它们增加了本国资源，而乍得、几内亚、吉尔吉斯斯坦和塞拉利昂的国内开支超过一倍。

37. 许多国家，尤其是无力增加国内开支的国家，仍然需要依赖国际行为体帮助提供它们进行防治工作所需的经费。2012 年，国际艾滋病毒援助增加了 8%，使

国际援助恢复到 2009 年曾经达到的顶峰。大多数国际艾滋病毒援助(67%)在 2012 年都来自双边渠道,而多边平台占国际支出的 28%。美国通过美国总统艾滋病紧急救援计划依然是艾滋病毒援助的最大提供者。2013 年 12 月,国际捐助方承诺在未来三年向全球基金捐款 120 亿美元,这比前三年的补充资金增加了 30%。

38. 在各国想方设法调集所需资源的同时,也应加倍作出努力,确保可用的资源得到有利的投资。在国际合作伙伴的协助下,至少有 30 个国家已经制定或计划制定艾滋病毒投资方案。制定投资方案使国家能够改善其艾滋病毒方案的战略目标、调整服务办法以提高效率和探索调集新资源的新战略。比如,尼日利亚在确定 12 个州和联邦首都区占国内全部新增艾滋病毒感染的 70%之后,正在采取步骤,改善艾滋病毒方案的战略重点,而缅甸也已展开国家努力,扩大对关键群体的防治方案。若干国家正在研究各种可能调集可持续的供资办法,例如国家艾滋病毒信托基金、部委预算强制编列专款和对电信和机票新征税款等。有些中等收入国家,包括白俄罗斯、牙买加、泰国和乌克兰,预期国际援助将逐渐消失,已承诺将承担未来与扩大防治工作有关费用。通过对重新调整重点的防治措施投资 11 亿美元,肯尼亚预计这将预防 115 万人感染艾滋病毒和避免 760 000 人死于与艾滋病有关的疾病,并能通过节省治疗费用和提高生产力抵消这笔投资一半以上的费用。

39. 要为未来所需的长期努力供资,将需全球声援和分担责任的原则来推动这项工作。在维持有力的国际承诺的同时,需要扩大到官方发展援助渠道之外的新筹资来源。许多国家已经开始迈向这项目标,但要使国家决策人员拥有执行新的、自我维持的供资办法的最大灵活性,就需要在区域和国家层面支持采用新办法的国际机制。

7. 消除性别不平等以及性别虐待和性别暴力,提高妇女和女孩自我保护、避免感染艾滋病毒的能力

40. 这一流行病通过许多方式对妇女和女孩产生异乎寻常的影响。在艾滋病毒发病率高的地方,年龄在 15 岁至 24 岁之间的年轻妇女感染结核病的比率高出同龄男子 1.5 倍至 2 倍。感染艾滋病毒的妇女更易罹患宫颈癌、难以获得主要的保健和支持服务以及诉诸司法遭到困难。不平等的性别规范削弱了妇女谈判使用保险套的能力,而同时也使男子处于不利地位,因为他们比妇女进行有风险的性行为的程度更高。在许多情况下,歧视性的法律和政策环境进一步加剧了妇女已经至为严重的脆弱性和风险。

41. 性别暴力是造成感染艾滋病毒的原因,也是后果。依照近 50 个国家的数据显示,有 9%至 60%年龄在 15 岁至 59 岁之间的妇女报告指出,她们在过去 12 个月中曾遭到亲密伴侣施加的暴力。两份乌干达和南非的最新报告发现,遭到亲密伴侣暴力侵害的妇女比没有遭到这种暴力的妇女感染艾滋病毒的可能性高 50%。这些研究也已将幼童期间遭到的性虐待联接到成年后进行更多风险的行为。对感

染艾滋病毒的妇女而言，披露她们感染艾滋病毒的情况也可能使她们遭到性别暴力。加强国家保护妇女和女孩免遭性暴力和其他形式性别暴力的行动是迫切需要进行的工作。

42. 为与秘书长五年行动议程强调的妇女健康和权利和 2011 年政治宣言设定的承诺保持一致，国家艾滋病毒防治工作必须将性别平等作为基础。少于半数的国家扩大了使男性参与性别平等工作、在国家层面提供资金将性保健和生殖保健与艾滋病毒服务结合在一起或在国家战略计划中为女性社区组织提供经费。

8. 消除与艾滋病毒有关的污名化、歧视、惩罚性法律和作法

43. 污名化和歧视继续使艾滋病毒的防治工作无法有效进行。通过艾滋病感染者受羞辱指数对 35 个国家进行调查的结果显示，歧视感染艾滋病毒者的行为仍然十分普遍。在 8 个国家的每 5 名感染艾滋病毒者中，至少一人的健康或牙科保健遭到拒绝，而在 5 个国家的每 6 名感染者中，至少有一人的就业遭到拒绝。

44. 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中，会员国重申它们致力于“加强国家政策和立法以解决[与艾滋病毒有关的]污名和歧视问题”。2012 年，61%的国家报告指出，它们已经制定了保障感染艾滋病毒者的反歧视法律。不过，在 2008 年至 2013 年进行调查的 23 个国家中，17 个国家少于 30%遭到与艾滋病毒有关的歧视的人报告曾寻求法律补救。提供与艾滋病毒有关的法律服务的国家从 2008 年的 45%上升到 2012 年的 55%——这是重要的进展，但却对所有感染艾滋病毒者能够维护他们的权利却仍然非常不足。

45. 同样，惩罚性法律和作法阻碍了向所有需要艾滋病毒治疗的人提供这种服务的努力。截至 2013 年，63 个国家制定了与艾滋病毒有关的规定，可对隐瞒、接触和/或传染艾滋病毒的行为加以惩处。这些法规时常不以确切的医疗证据为依据，这能造成恐惧和责难，使人不敢进行艾滋病毒检测和治疗。近年中，包括刚果、几内亚、圭亚那、斐济、塞内加尔、多哥和瑞士等若干国家已经废除或撤销这样的法规，或已采取步骤将这些法规仅用于限制蓄意传播的行为。

46. 为满足关键群体与艾滋病毒有关的需求所采取的有效行动继续遭到惩罚性法律框架的阻碍。60%国家政府和 70%国家中的非政府调查机构报告其法律、法规或政策存在阻碍向关键人群和脆弱群体提供有效预防和治疗艾滋病毒及提供照顾和支持的服务。大多数国家都将性工作的一些行为定为罪行，并有一些国家据称正在审议将成年人自愿买卖的性行为定为犯罪。使用毒品的人通常都会受到惩罚性的法律制裁，包括送往居住条件被酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员认为不人道和有辱人格的强制戒毒中心。

47. 尽管有越来越多的国家开始认识到女同性恋、男同性恋，双性恋和变性者的人权，但各个区域却也出现新的惩罚性法律，将这些群体的行为定为犯罪和/或限制其集会自由和言论自由。这些法律不符合人权标准和艾滋病毒的有效防治办

法，因为行为被定为犯罪的人不太可能寻求关键的预防和治疗服务。此外，最近的经验显示，这些法律也会引发对这些群体成员施加暴力和进行歧视。

48. 各国依照在 2011 年政治宣言作出的承诺，需立即采取步骤，审查其法律和政策框架，以便将其与人权义务取得一致。各国应确保感染艾滋病毒者和最易受到感染的人不受到刑事处罚并能得到使他们自己和使他人不被感染所需的信息和工具。感染艾滋病毒者和关键群体及脆弱团体应切实获得法律服务并得到消除歧视的方案的好处。

9. 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住的限制

49. 目前有明确取消对感染艾滋病毒者入境、停留或居住实行歧视性限制的行动。自 2010 年以来，有 12 个国家、领土或地区已经取消了这种限制。最近，在 2013 年，蒙古和乌兹别克斯坦取消了它们各自对入境、停留和居住的限制，而安道尔和迪斯洛伐克报告指出，这些限制也不再有效。2014 年，塔吉克斯坦也消除了它对与艾滋病毒有关的人的入境、停留和居住的限制。

50. 不过，仍有 40 个国家、领土和地区继续实施这些限制，这显示还需要采取进一步行动，确保在世界各地包括作为数百万移徙工人的重要目的地的国家消除这些法律、规则和政策。

51. 限制性法律除了反映出并强化了对感染艾滋病毒者的污名化态度之外，还对个人和家庭造成严重伤害并妨害进行基于证据的艾滋病毒有效防治工作。受到这类法律规范的移民时常在未告知他们详情和未获得他们同意的情况下进行艾滋病毒检测、给予他们非常少的咨询和如果验得艾滋病毒抗体阳性的结果，也不提供后续医疗。这种与艾滋病毒有关的限制还对商业造成不利。在这个具有高度竞争性的全球化世界中，商业能否成功取决于是否能够雇用和部署所需的雇员。

10. 加强艾滋病毒的结合

52. 要使艾滋病毒的防治工作能够持续进行，就需要将艾滋病毒更紧密地结合到其他保健和发展努力。在保健部门，需要将艾滋病毒服务联系到其他各种服务，同时还需要采取措施，确保非保健部门也对艾滋病毒问题感到敏感。超过 90% 的国家指出，将艾滋病毒结合到其他系统是国家的优先政策。有效的结合需要进行联合规划、政策指导、方案执行、提供服务和监测及评价等行动。

53. 在对落实 2015 年目标的进展进行中期审查的国家中，有 45% 的国家指出，它们将艾滋病毒与对其他疾病的规划取得一致或结合到国家保健和发展计划之中。各国采取了不同的途径，包括将艾滋病毒的防治联系到更广泛的保健规划，或将艾滋病毒的防治服务纳入国家健康保险体制。

54. 在提供服务层面，与艾滋病毒的防治进行整合正越来越普遍。有 53% 的国家已经采取措施，努力全面结合艾滋病毒/结核病服务或加强提供合并服务。有 70%

的国家报告指出，它们已将艾滋病毒的检测、咨询和服务纳入产前护理和母婴保健服务。三分之二的国家已把艾滋病毒纳入性保健和生殖保健服务，23%的国家报告已将艾滋病毒防治服务连接到非传染性慢性疾病的防治服务以及 55%的国家已将艾滋病毒的检测和咨询工作纳入一般门诊治疗。

55. 尽管已经取得重要成就，将艾滋病毒披露于世，但各国将艾滋病毒纳入更广泛的保健部门和其他发展部门的进度仍处于不同阶段。鉴于各国疫情、情况和需要都不相同，在一个国家结合规划和服务的办法并不必然适用其他国家。国际捐助方需要确保它们采取的办法不会阻碍有效进行结合和配合的工作，而各国也应为结合工作致力于调整和加强治理结构。展望未来，需要特别关注加强对艾滋病毒敏感的社会保障制度。此外，还需采取进一步行动，确保关键群体能接受和能获得综合服务，包括采取措施，化解有些保健提供者表现出的蔑视或批判态度。

四. 利用艾滋病的防治工作促进保健、公平和人权

56. 过去十年取得的进展，加上科学研究的重要进步，增加了最终消除艾滋病疫情的信心。不过，要实现这个目标将取决于 2015 年目标结束后能否继续开展工作。全球保健和发展史充满着各种遏止疾病的努力在取得大幅进展之后却在最后阶段却停滞不前的例子。在目睹感染艾滋病毒的新增人数和死于与艾滋病有关疾病人数大幅下降之后，国际社会现在具有掌握这个消除艾滋病的机会的道德责任。

57. 在 2015 年最后期限日益接近之时，目前需要加强思考 2015 年后全球发展议程的问题。2015 年后的框架必须使千年发展目标得到继续开展、强化内容和针对问题。

将艾滋病的防治工作汲取的经验教训用于可持续发展

58. 至今从艾滋病的防治工作取得的教训能够帮助加强范围更加广泛的发展努力。通过国家认可一系列限定时间实现的目标以及定期就结果提交报告，防治工作对问责问题的关注已经对广泛的发展领域产生了影响，其中已考虑到目标设定、衡量成果、数据分列、透明度和受影响社区参与防治工作的重要性。以证据和数据为依据，包括利用社区本身提供的信息，这种做法已加强了防治艾滋病毒的战略焦点、有助于快速解决问题并帮助热心人士据此发动对艾滋病毒防治方案作出政治介入和财政投入。

59. 远超过任何促进保健的其他运动，艾滋病的防治工作还得到直接受到这种健康条件影响的人的推动。积极开展的活动已使人民发出声音，包括穷人和处于边缘化的人，并迫使有权力的人注意到这个问题并作出反应。这种积极开展的活动还帮助设立感染艾滋病毒者的广泛网络，使他们相互支持、抗拒受到蔑视和歧视并提供关键服务。艾滋病毒的防治对以人为本的办法能如何加强各种全球保健和发展举措提供了有用的经验教训。

60. 艾滋病的防治工作已经显示，以证据和充分协调的方式防治一种慢性健康问题是可行并具有特殊效益。艾滋病毒的防治工作已经促使重新考虑各种保健体系、将社区工作人员结合到保健方案并产生提供服务的新模式。这些经验教训对解决以前制定而现在已经证明不足以解决快速演变的世界的各项挑战的现有体系的其他保健和发展挑战极具价值。

61. 艾滋病的防治工作生动地表明，新方法在解决难题和应对复杂挑战方面的重大作用。在有了确切的研究成果而预防母婴艾滋病毒传播的服务却迟迟未能开展之后，保健体系和本地方案都开始采取新的办法，查明克服瓶颈和加快提供服务的模式和办法，包括注意扩大对妇女抗逆转录病毒的治疗。艾滋病的防治工作已推动以新的方式思考知识产权规则的势头，并开展了各种新的筹资机制，包括全球基金和国际药品采购机制。

62. 艾滋病的防治工作帮助了广大发展领域认识到受影响的群体和社区作为合作伙伴和变革的推动者的重要作用。事实上，防治艾滋病毒资金已在全世界各个社区推动建立强有力的民间社会机构以及支持全球基金国家协调机制这种机构伙伴关系模式。艾滋病毒的防治已经吸引了各种非政府行为体的广泛参与，包括信仰团体和私有企业。

63. 防治艾滋病毒的经验也已明确强调，在保健和发展努力方面，采用人权原则极其重要。艾滋病毒也许比当代任何其它问题都更有力地指出，性别不平等和社会及法律的边缘化可能对健康造成有害影响。坚持采取不落下任何一个人的策略有力地显示在推动实现多重保健和发展目标方面取得的进展。

64. 艾滋病毒的防治也显示强有力的政治领导和承诺解决复杂、多层面挑战的重要作用。特别是，艾滋病毒的防治生动地说明，通过持续的国际声援和分担责任能够取得何种重大成就。

确定在 2015 年后世界防治艾滋病的地位

65. 千年发展目标的许多优点之一是这些目标认识到保健在加强人类福祉上的中心作用。《柳叶刀》杂志召开了一次审议艾滋病毒和其他健康问题在 2015 年后发展议程中的地位问题的专家小组会议。该专家小组指出，预期寿命的改善占 2000 年至 2011 年中低等收入国家收入增长的 24%。这些数字极其明确地说明艾滋病毒防治领域早已了解的事实，那就是如果没有良好的健康和人人享有的福祉作为基础，社会就不可能得到最佳的增长、繁荣和实现更加公平。

66. 以此推论，艾滋病毒的防治进一步说明健康状况如何有力地受到贫穷、经济和社会不平等、歧视和边缘化的影响。经济及社会理事会在 2013 年通过一项认识到艾滋病署作为战略一致、协调和注重成果以及国家一级的影响的模式的决议(第 2013/11 号决议)，其中强调，对艾滋病的防治应继续是 2015 年后发展议程的优先事项。

67. 要有效设定防治艾滋病毒和其他保健和发展行为体的地位以实现在 2015 年后世界的目标，就必须采取加强保健和发展结构的步骤。艾滋病毒的防治应运用和加快日益扩大的推动力，实现普遍获得高质量、可获得和负担得起的保健。在整个全球保健和发展实践方面，需要更加充分反映出保健举措与广泛发展努力之间的联系。努力的重点应致力于以下各个方面：

- 通过加快实现权力下放的办法和更加注意公平的问题，将关键保健服务和社会服务更加能够就近提供给需要它们的社区
- 在保健和发展努力中，运用以人权为基础的法规
- 促进服务结合和机构精简
- 确保提供当前的、分列的、相关的和及时的反馈意见和战略信息数据系统
- 加强国家预算和保健体系，特别强调使其能够超越短期目标，使健康状况得到持续和长期改善
- 支持和运用非国家行为体，包括受影响最严重者，更全面和有效地参与防治工作

68. 在需要持续作出努力将艾滋病毒的防治工作结合到更广泛的保健和发展结构的同时，2015 年后发展议程还必须认识到艾滋病造成的单一挑战以及消除艾滋病的愿景是可以实现的。2015 年后发展议程需要将消除艾滋病作为优先目标，这不仅是为了避免人类沉重的苦难，也是为了迈向一个更加公平、更加健康和更加公正的世界。

五. 建议

69. 新出现的机会、持续的挑战和千年发展目标最后期限日益临近以及 2011 年艾滋病毒和艾滋病政治宣言都需要各国、民间社会、国际捐助方、联合国系统和其它关键合作伙伴采取联合行动，落实以下各项建议：

- **加快取得进展，实现 2015 年目标和消除艾滋病毒及艾滋病的承诺。**随着最后期限快速临近，需要作出一致努力，以便加快取得进展，实现国际社会承诺的各项目标。特别是，各项服务必须提供给艾滋病毒感染率和发病率最高以及对未得到满足的关键服务最迫切需求的地区和群体。各国应积极鼓励和推动新的作法，并加紧努力加强保健和社区体系。
- **缩小获得服务的差距。**需要优先注意所有人、群体和社区都能公平和不受歧视地获得艾滋病毒防治服务。各国应监测向关键群体提供服务的范围，包括对服务规模作出估计并监测及评价各种指标，以及利用这些系统生成的数据缩小获得服务的差距。为防止青少年死于与艾滋病有关的

疾病，需要密切关注能够提供和有效促进欢迎年轻人的服务。参与防治工作的合作伙伴必须立即采取步骤，增加及早诊断婴儿的能力、检测年龄较大的儿童以及将提供给适合儿童的治疗与照顾联系在一起。各国必须优先采取措施，防止发生性别暴力以及排除其他增加妇女和女孩的脆弱性和使她们无法切实获得拯救生命的预防、治疗和照顾的法律、社会和经济因素。

- **以保护性法律取代惩罚性法律。**各国应立即采取措施停止使用阻碍提供保健服务和艾滋病毒防治服务的惩罚性法律和执法行动，并以禁止歧视、暴力、仇恨和强制进行检测和治疗的保护性法律取代它们。这些惩罚性作法无可辩驳地证明，它们没有以公共保健作为基础、违反基本人权并破坏有效防治艾滋病毒的努力。有效防治艾滋病毒的工作必须要有包容性和参与性、有力的社区支持、自由传播知识和信息以及接触到最边缘化的群体和对他们提供保护。
- **制定消除艾滋病疫情的雄心勃勃新目标。**防治艾滋病毒的工作需要制定新的目标，以推动各项进展、联合不同利益攸关方和促进问责与透明。认识到 2011 年政治宣言发表以来在艾滋病毒的防治方面发生了巨大变化，这反映在使用抗逆转录病毒药物治疗和预防感染艾滋病毒的 2013 年世卫组织综合准则上，艾滋病署与各个合作伙伴和利益攸关方一起开展了一项制定 2020 年和 2030 年防治艾滋病毒的新目标的进程。衡量 2015 年后取得的进展的关键指标应包括艾滋病毒的发病率、抗逆转录病毒药物治疗法的使用范围、消除污名化和和其他散布艾滋病毒的社会决定因素。各国不仅应该制定扩大防治范围的新数字，以此作为目标，也应为未能从科学和规划进步得到同样裨益的群体制定具体目标。此外，也需要设定具体目标和监测机制，用以评估各种质量问题，包括与关键服务有效联接和保留的问题。建议大会按照艾滋病署方案协调委员会 2013 年 12 月的建议，考虑在 2016 年召开一次大会高级别会议，重申和延长政治承诺并确保在 2015 年后的年代普遍提供艾滋病毒的预防、治疗、照顾和支持的责任。
- **创造国家投资环境。**国家和国际利益攸关方应优先规划国家防治工作的可持续性。所有国家均应增加对防治艾滋病毒的投资并确保有足够的资金。许多国家并没有作出符合本国财政能力和疫情负担的资源投资。因此，需要特别注意制定长期产生本国资源的战略和机制。本国投资能利用创新的资源调动机制，例如新的税收、国家信托基金和强制性预算专款等办法。国家能利用它们防治艾滋病毒的投资确定获得改善的交付机制、采购的节省和其他降低成本战略。在国家增加用于防治艾滋病毒的本国资源的同时，国际声援仍然十分重要。本国财政能力有限的国家将继续需要获得防治艾滋病毒和促进保健的国际援助，特别是长期供资

继续取决于全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金的资金充裕程度、运作能力和灵活性。

- **结合艾滋病毒的防治。**消除艾滋病应该是 2015 年后发展议程的优先工作，并且防治艾滋病的工作对未来解决其他复杂发展问题所能提供的经验教训应该得到承认并根据这些经验教训采取行动。消除艾滋病有助于促使各方作出广泛努力，在 2015 年后执行一个全球社会正义的议程，并将作为一个典范，在这项工作中不落下任何一个人，且人人都团结在一起，共同致力于促进人权、男女平等、包容性治理和社会融合。因此，必须作出努力，将艾滋病毒的防治工作结合到范围更广的保健和发展努力、有力的保健和社区体系以及排除规划和方案执行的重复或平行系统。必须给予年轻人和受影响社区推动这些改变的能力。
-