



经济及社会理事会

Distr.: General
6 May 2013
Chinese
Original: English

2013 年实质性会议

2013 年 7 月 1 日至 26 日，日内瓦

临时议程* 项目 7(e)

协调、方案和其他问题

联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)

秘书长的说明

秘书长谨向经济及社会理事会转递联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任根据理事会第 2011/19 号决议编写的报告。

* E/2013/100。



联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任的报告

摘要

本报告是根据经济及社会理事会第 2011/19 号决议编写的，理事会在该决议中请秘书长向理事会 2013 年实质性会议转递由联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任与其共同赞助机构和联合国系统其他相关组织和机构合作编写的一份报告，说明联合国系统实施协调防治艾滋病病毒/艾滋病大流行病措施的进展情况。

经过超过三十年之久的努力，我们在应对艾滋病病毒带来的历史性挑战方面正处在一个关键时刻。这方面有一些好的消息。2011 年新感染艾滋病病毒的人数比 2001 年降低 20%，2011 年感染艾滋病病毒的儿童人数比 2009 年降低了 24%，2011 年艾滋病所致死亡人数比 2005 年减少 24%。1995 年以来，抗逆转录病毒疗法在低收入和中等收入国家增加了 1 400 万生命年。在防止新感染方面出现了强有力的新工具，包括艾滋病病毒预防的抗逆转录病毒疗法和自愿医疗包皮环切手术。在研究取得突破的前景和已取得进展的鼓舞下，联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)倡导如下愿景：无新发艾滋病病毒感染、无歧视以及无艾滋病所致死亡。

然而，尽管在艾滋病防治史上，乐观情绪从没像目前这样强烈，也更有理由乐观，但仍存在严重挑战。许多国家和地区的新感染人数增加，艾滋病毒预防工作资源不足、落实不充分。2011 年，虽然低收入和中等收入国家的 800 万人接受了抗逆转录病毒治疗，但将近一半适合接受治疗的人未获治疗，许多开始接受治疗的人没有继续得到护理。除非显著加强承诺，使用循证、基于人权和改变性别平等局面的办法，来满足青年人和包括男男性行为者、变性者、吸毒者、性工作者以及这些群体的亲密伴侣等重点人群的需求，则三无目标就不可能实现。2011 年，低收入和中等收入国家用于艾滋病毒防治活动的资金增加，包括增加国内投资，但仍需大量增加资源，以便为目前无法获得基本服务的人提供服务；还必须拟订计划，以确保防治工作的长期可持续性。

2011 年，大会通过了《关于艾滋病病毒/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》(第 65/277 号决议)，其中设定了到 2015 年实现的一系列具体目标。《政治宣言》的目的是加快人人能够受惠于艾滋病毒预防、治疗、护理和支持方面的进展，并支持实现千年发展目标 6，其中呼吁采取协调一致的全球行动，到 2015 年制止并开始扭转这一流行病。安全理事会第 1983(2011)号决议也确认艾滋病毒与安全之间的联系，呼吁将针对艾滋病毒的战略和方案纳入联合国维持和平特任务。虽然在扭转这一流行病方面取得了重大进展，但仍未实现目标 6，预防工作落后和尚未大规模开展抗逆转录病毒疗法的许多国家尤其如此。

作为联合国系统内唯一的联合共同赞助方案，艾滋病署将 11 个共同赞助机

构(国际劳工组织、联合国开发计划署、联合国教育、科学及文化组织、联合国人口基金、联合国难民事务高级专员公署、联合国儿童基金会、联合国毒品和犯罪问题办公室、妇女署、世界粮食计划署、世界卫生组织和世界银行)以及一个秘书处的工作结合在一起,为共同的愿景而努力,并利用单一预算和成果框架来重点关注艾滋病问题。联合规划署的做法加强了联合国在国家一级开展的防治艾滋病毒行动的一致性、协调性、透明度和战略影响,符合并支持题为“联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查”的大会第 67/226 号决议。

本报告概述了根据 2011 年《政治宣言》在 10 个主要目标方面所取得的进展,重点关注联合规划署的贡献。除指出所取得的重要进展外,报告还说明了减缓实现这些目标的进程的方案和政策差距。

随着 2015 年目标的最后期限迅速接近,国际社会目前应维持并扩大已取得的成果,加强其对防治行动的承诺。必须承认艾滋病的问题并接受防治的分担责任,由此而需要更有力的行动、国际团结和战略重点。必须消弭艾滋病防治资源缺口,各利益攸关方必须重新致力于使用循证原则和人权原则,以便指导今后的行动。

一. 艾滋病流行的最新情况

1. 艾滋病仍是世界上最严重的健康、发展和人权挑战之一。截至 2011 年底，估计全世界有 3 400 万名艾滋病毒感染者。据估计，撒哈拉以南非洲约有 5%的居民是艾滋病毒感染者，该地区仍是受此流行病影响最严重的地区，占 2011 年新感染病例的 71%。据估计，加勒比(1%)以及东欧和中亚(1%)区域感染率仅次于撒哈拉以南非洲。在艾滋病毒感染率、流行病模式和流行病演变方面，各国和各区域内部及相互之间有相当大的差异。

2. 2011 年，艾滋病毒新感染者(成人和儿童)数目(250 万)比 2001 年降低 20%。在减少儿童感染者方面取得的进展尤其引人注目，2011 年新感染艾滋病毒的儿童(330 000)比 2009 年(430 000)减少 24%。根据目前的治疗准则，2011 年抗逆转录病毒疗法的覆盖率为 54%；随着此种疗法的使用扩大，2011 年艾滋病所致死亡人数(170 万)比 2005 年减少 24%。2004 年以来，全球艾滋病毒感染者肺结核所致死亡率减少 25%，在撒哈拉以南非洲减少了 28%。

3. 2011 年，全球的艾滋病毒成年感染者中有 49%是妇女，撒哈拉以南非洲的成年感染者中，有 58%是妇女。在全球范围内，每分钟就新增一名年轻女性感染者，而在撒哈拉以南非洲，青年妇女感染艾滋病的概率是同龄男性的两倍多。虽然 2001 年至 2011 年期间，全球范围内青年人(15-24 岁)的艾滋病毒感染率下降了近 27%，这一流行病继续对青年产生相当大的影响；他们占艾滋病毒感染者的 14%，占新增感染者的 39%。

4. 2001 年至 2011 年，加勒比区域的新感染者人数下降 42%，撒哈拉以南非洲的新感染者人数下降 25%，但是东欧和中亚、中东和北非以及若干亚洲国家的新感染人数正在增加。2005 年至 2011 年，东欧和中亚的艾滋病所致死亡率增加 21%，中东和北非的艾滋病所致死亡率增加 17%。

5. 某些关键人群比一般人群受此流行病的影响严重很多。调查显示，女性性工作者感染艾滋病的概率平均是其他妇女的 13.5 倍。注射吸毒者艾滋病毒感染率比总人口高 22 倍，男男性行为者感染率比一般男性高 19 倍。有关变性者的数据极为有限，但现有证据表明其艾滋病毒感染率极高。

6. 虽然全球趋势令人鼓舞，但艾滋病还远未得到控制。在全球范围内，艾滋病仍然是年龄为 15 岁至 49 岁女性死亡的首要原因；是造成南部和东部非洲生命年损失的元凶；是东欧第三大死亡原因；是全世界第六大死亡原因。截至 2011 年 12 月，超过 1 730 万儿童因艾滋病而失去了父母一方或双方。

二. 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)

7. 为牵头开展艾滋病防治工作，艾滋病署借鉴 11 个共同赞助机构和主要基于实地的秘书处的经验和专门知识；秘书处三分之二的工作人员部署在 90 多个区域办事处和国家办事处。在国家一级，艾滋病署通过联合国联合小组和联合支助方案开展工作，它们在联合国驻地协调员的领导下促进协调一致和切实有效的联合国行动，支持有效的国家艾滋病防治措施。通常，艾滋病署是“一体行动”的榜样，并正在支持拟订这一全联合国范围举措的第二代措施，以增强各级的协调性和一致性。

8. 随着艾滋病流行发生变化，艾滋病署也相应做出改变：2012 年，增加妇女署为第 11 个共同赞助机构，同时采取措施加强成果问责制，开展有针对性的一系列工作，以加快 2015 年目标的实施进程。艾滋病署对其资源进行了重新定位，将全球的人力和财政资源重新分配至区域和国家两级，把受此流行病影响最严重的国家列为优先对象。

A. 实现“三个无”：艾滋病署 2011-2015 年战略、2011 年《政治宣言》和安全理事会第 1983(2011)号决议

9. 为促进全球无艾滋病毒新感染者、无歧视、无艾滋病所致死亡的目标，艾滋病署拟订了 2011-2015 年五年期战略，为联合规划署的工作提供了一个框架。为推动防治工作的改革，艾滋病署的战略包括以下三个战略方向：在艾滋病毒预防方面实现革命性变革；促成下一阶段的治疗、护理和支持；在防治工作中促进人权和性别平等。

10. 艾滋病署据此战略拟订了与 2011 年《政治宣言》的目标相一致的 2015 年具体目标。艾滋病署认识到，在各国取得切实成果是联合规划署成功与否的重要考验，因此已确定 38 个高影响国家，在这些国家集中努力加快实现“三个无”方面的进展。艾滋病署的宣传工作强调分担艾滋病防治工作的责任，促请各利益攸关方加倍努力，再次承诺加快取得进展。

11. 按照安全理事会第 1983(2011)号决议的任务规定，联合规划署/维持和平行动部在一些冲突中和冲突后国家就防治艾滋病开展协作，与维持和平特派团建立了强有力的工作伙伴关系，其中包括以下三个优先领域：性暴力和基于性别的暴力、解除武装、复员和重返社会以及安全部门改革。例如，在刚果民主共和国全面开展了关于性暴力和基于性别的暴力的培训；随后，该国武装部队——刚果民主共和国武装部队(刚果(金)武装部队)的军事教官为 2 000 名刚果(金)武装部队士兵开展了有关性暴力和基于性别的暴力的敏感认识培训，目的是影响刚果(金)武装部队 120 000 名士兵的态度和社会规范。在南苏丹，艾滋病署一直支持向地方社区推广有关艾滋病毒以及性暴力和基于性别的暴力的宣传方案，并越来越多

地利用联合国南苏丹共和国特派团(南苏丹特派团)支助的自愿咨询和检测服务，为强奸行为幸存者提供艾滋病毒接触后预防服务。

B. 一体行动

12. 根据《援助实效问题巴黎宣言》、《阿克拉行动纲领》和有效发展合作釜山伙伴关系，艾滋病署将国家、区域和全球各级的一致性、协调性和一体行动列为优先事项。2013 年，艾滋病署启动了一项进程，根据题为“联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查”的大会第 67/226 号决议所建议的行动来评估各项政策和做法。作为旨在促进联合国艾滋病毒防治工作的一致性、效率、效力和问责制的先驱，艾滋病署能够很好地提供执行第 67/226 号决议方面的具体经验，其中包括联合规划署在注重成果、降低交易成本和精简程序方面的成功经验。

13. 自 2005 年以来，艾滋病署坚持在秘书处和共同赞助机构之间进行分工，以提供技术支助。艾滋病署的第二次独立评价呼吁联合规划署采取措施加强“针对性、战略性、灵活性和反应能力、效率和问责制”，艾滋病署随后于 2009 年开始全面审查分工方面的经验。联合规划署特别审查了如何更好地界定作用和职责，以实施性别平等和人权等交叉领域的工作。2010 年通过了经修订的办法，该办法有利于协作实现优先目标，取代了以前的分工办法。经修订的分工办法加强了艾滋病署在 15 个工作领域向各国提供的支助，指定一个或两个机构为召集方，负责促进各领域的协作。此种办法不仅加强了艾滋病署在国家一级工作的一致性、协调性和影响，还增加了联合规划署在国家一级的工作的透明度，提醒各利益攸关方注意最佳的切入点。

14. 艾滋病署加紧努力，以便最大限度地发挥对各国援助的战略影响。在各国，艾滋病署国家协调员在驻地协调员制度内开展工作，推动联合国国家工作队的工作。艾滋病署采用创新的组织和战略安排，加强联合国系统在各国工作的实效和协调。在 86 个国家设立的联合国艾滋病问题联合小组，为在国家一级开展艾滋病毒相关活动的联合国各机构提供了沟通和协调的平台。在许多国家，这些联合小组已扩大至非联合国合作伙伴，有助于更广泛地开展工作，加强国家艾滋病防治工作的协调和影响。在 69 个国家，联合国合作伙伴实施了联合国艾滋病问题联合支助方案，从而整合了联合国系统对国家艾滋病防治工作的整体支持。

C. 问责制

15. 统一预算、成果和问责制框架是联合国系统内独特的问责制工具，调动并集中了 11 个共同赞助机构和秘书处的贡献，以取得共同的具体成果，努力实现 2011 年《政治宣言》中的目标和消灭艾滋病毒和艾滋病的承诺。该框架是落实艾滋病署 2011-2015 年战略、使艾滋病署大家庭对结果承担责任的一个重要手段。该框架将共同赞助机构和秘书处的工作结合在一个成果驱动的单一战略框架内，从而最大限度地加强联合国艾滋病对策的统一性、协调性和影响。此框架由各区域不

同利益攸关方合作拟订，调动资源用于艾滋病防治工作和更广泛的卫生、发展和人权成果。

16. 统一预算、成果和问责制框架将联合规划署的成果与全球目标明确联系在一起，提供了从投入到影响的整个成果链。为了促进联合规划署的问责制，同时开展年度业绩审查以评估进展情况，拟订了与实现 2011 年《政治宣言》所载战略成果相联系的一系列产出和成果指标。该框架具体说明了每个共同赞助机构的贡献和预期成果，采用分工方式来利用各个共同赞助机构和秘书处的专门知识及比较优势。该框架清楚地解释了共同赞助机构和秘书处各自的贡献如何协同发挥作用，以实现基础广泛的成果。

17. 有关统一预算、成果和问责制框架核心指标的基线和目标构成了衡量联合国联合支助方案实施进展的基础。联合国艾滋病问题联合小组可灵活地根据各国的具体情况和艾滋病流行概况选择核心指标，报告与具体情况相关的成果和产出。根据国家目标开展的成果审查为联合小组提供了改进业绩的机会，以加强现有系统并建设能力。

18. 2012 年，艾滋病署启动了联合规划署监测系统这一用于报告国家级成果的新工具。该系统是监测艾滋病署业绩和成果的在线工具，使联合规划署根据业绩资料进行调整。该系统可用于收集各国的详细结果。指标报告得到专题报告的补充，专题报告则更全面地介绍了每个共同赞助机构和秘书处的贡献以及联合规划署对具体成果的整体贡献。统一预算、成果和问责制框架有效地落实了四年度全面政策审查的主要要求和原则，重点关注成果规划和预算编制、成果问责制、加强联合工作、增强有效性、透明度和系统协调性。随着时间的推移，交易费用正在降低。

19. 就艾滋病署业绩开展的一系列外部评估进一步加强了联合规划署的业绩监测。2012 年，多边组织业绩评估网这一由 17 个捐助国组成的网络，积极评估了艾滋病署的业绩，举例说明了联合规划署的技术专长、给伙伴带来的公认价值、协商性办法以及伙伴关系、特别是民间社会伙伴关系的培育。澳大利亚以及大不列颠及北爱尔兰联合王国开展的艾滋病署业绩评估也指出了类似的优势和其他措施，包括联合规划署开展的削减费用措施，艾滋病署大力强调性别平等和其他关键问题及其在宣传和协调方面的战略领导力。独立审查还建议采取其他步骤支持联合规划署的业绩管理系统，例如：更好地结合成果与投资；确保所有计划和战略具有明确的目标、基准和里程碑；扩大技术领导和加强共同赞助机构之外的伙伴关系。

20. 艾滋病署通过秘书处执行国际公共部门会计准则(公共部门会计准则)而加强了自身的财务管理问责制和报告，该准则是世界各地公共部门机构编制财务报表时使用的一套会计准则。公共部门会计准则的实施加强了艾滋病署对捐助者的

问责，提供了全面的费用资料，改善了收入和支出的会计核算，加强了收入和支出的监测，提高了艾滋病署财务报告和报表的透明度并加强了与更广泛的联合国系统报告和报表的统一，提高了财务资料的一致性和可比性。对包括国家办事处在内的工作人员的培训增强了工作人员对联合规划署业务和财务流程的认识，明确了财务管理的作用和责任。外聘审计人为艾滋病署 2012 年的财务报表出具了无保留审计意见。

D. 伙伴关系

21. 艾滋病署是一种富有远见的伙伴关系，将 11 个共同赞助机构和秘书处有关艾滋病毒的努力团结在一起。联合规划署认识到不同利益攸关方在有效的艾滋病防治工作中发挥的重要作用，对伙伴关系的承诺远远超出联合国的范围。艾滋病署将以下伙伴关系列为优先事项：促进艾滋病防治工作的国家自主权、促进南南合作、促成艾滋病毒感染者和受影响最严重社区的参与、将艾滋病毒与更广泛的健康、和平、发展、人权、性别平等和社会公正议程联系起来。2012 年，艾滋病署发起了一项开创性新战略，利用众包技术和新媒体工具让青年人参与艾滋病防治工作，动员了 79 个国家 5 000 多名青年人的投入。

22. 为执行艾滋病署 2011-2015 年战略，联合规划署全面评估了其伙伴关系办法，目的是加强战略伙伴关系，确定今后工作的新伙伴。艾滋病署协助全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，并为此支持该基金调动新资源，协助各国拟订合理建议和执行获得批准的项目，并提供规范性指导，为全球基金的努力提供信息和支持。2012 年，艾滋病署向超过 19 个正接受审查的赠款提供技术援助，做出价值 19 亿美元的防治艾滋病毒方案供资决定。全球基金执行了新的供资模式，优先考虑高效干预措施并向最需要的国家提供支持，因此，艾滋病署为早期和中期新申请积极协调了几个主要捐助方的技术支助工作。艾滋病署与全球基金、民间社会和其他伙伴密切合作，支持进行更多、更明智的投资，用于加强社区系统以及拟订人权和性别平等方案。艾滋病署在全球和国家一级与开展艾滋病毒防治工作的其他主要机构密切合作，其中包括美国总统艾滋病紧急救援计划，帮助该紧急计划的供资最大限度地发挥影响，利用该计划的支持加强卫生系统。

23. 过去两年，艾滋病署倡导以更负责任、更系统的新办法建立与民间社会的伙伴关系，该方法适用于整个联合规划署。艾滋病署通过包容各方的参与性进程拟订了关于与包括艾滋病毒感染者和关键人群在内的民间社会的伙伴关系指南，70 多个民间社会代表以及共同赞助机构和秘书处的同事提供了材料。艾滋病署 2011 年指南这份文件着重强调了与民间社会伙伴合作的主要原则和最低标准，其目的是确保联合规划署保持协调一致的伙伴关系行为。

24. 联合规划署与民间社会建立了广泛的伙伴关系。艾滋病署与全基督教宣传联盟、艾滋病毒感染者全球网络、携带艾滋病毒/艾滋病及受其感染的国际宗教领袖网络协作，在系统地开展并保持与宗教领袖和艾滋病毒感染者国家网络的对话

方面发挥积极作用。艾滋病署与艾滋病毒感染者建立伙伴关系，帮助制定和实施“积极的健康、尊严和预防”的新方法，将艾滋病毒预防和艾滋病毒感染者的治疗结合在一起，并将其置于基于人权的全面防治工作范围内。2012年，艾滋病署设立了一个对话平台，以确保感染艾滋病毒的妇女不断提供材料，并与30名感染艾滋病毒的妇女一起编写了题为“妇女大声疾呼”的报告，重点介绍妇女在推进实现全球10个艾滋病主要防治目标方面发挥的作用。

25. 艾滋病署在变革伙伴关系方面有良好业绩，以新方式与私营部门建立联系，分担成果方面的责任和问责。例如，2012年在达沃斯发起成立商业领袖理事会，以推动私营部门参与支持全球计划。理事会成员是一组媒体、金融、电信、卫生、技术和零售领域的优秀领导人，他们致力于利用商业智慧和资源来应对挑战。理事会的重点是几个重点国家的政策改变、宣传、筹资和扩大支持。理事会与克林顿基金会艾滋病毒/艾滋病倡议和联合国儿童基金会(儿基会)合作编写了一个商业案例，以加速对这一议题的讨论，并正在探索如何建立创新筹资机制，弥补资金缺口。商业领袖理事会还支持制定计划，在尼日利亚国家和省两级预防艾滋病毒母婴传播。

三. 临近 2015 年的最后期限：10 个优先领域的成果

26. 以下论述总结了实现 2015 年 10 个主要目标方面所取得的进展，介绍了联合规划署为实现上述全球目标所作的贡献。

A. 艾滋病毒的性传播率减少 50%

27. 全球范围，尤其是撒哈拉以南非洲许多高流行率国家的艾滋病毒感染率下降，突出表明了预防新感染方面取得的成绩。在撒哈拉以南非洲的一些国家，15岁之前发生性行为的青年人减少，多个伴侣的现象减少，安全套的使用比例增加。但是，近几年在减少成年人和青少年每年新感染人数方面进展相对不大，据报告，2008年以来减幅不显著。

28. 一些挑战妨碍了性传染预防工作。在绝大多数进行了代表性调查的国家(31个国家中26个国家的女性数据，25个国家中21个国家的男性数据)，准确和全面掌握艾滋病毒传播和预防知识的15至24岁青年人不到50%，通常青年妇女和女孩有关艾滋病毒的知识水平低于同龄男性。在安全套方面存在重大差距，国际社会是安全套的主要购买者，2011年在低收入和中等收入国家仅分发了34亿个男用安全套和4 330万个女用安全套，远低于每年所需的100亿个。自愿医疗包皮环切手术降低了女性对男性的性传染风险，但至少在6个优先国家，不到目标人数5%的男性接受了该手术，尽管有迹象表明扩大范围的速度可能加快。

29. 预防艾滋病毒的努力尤其未能使处境最危险的人群受益。虽然这些人与其他人相比，感染艾滋病毒的可能性大的多，预防服务的覆盖面仍持续不足。2006

年至 2011 年，侧重于性工作者和男男性行为者的预防方案的供资增加(用于性工作者的资金增幅为 3.7 倍，用于男男性行为者的资金增幅为 3.2 倍)，但是国家对上述工作的捐款往往很少；2010-2011 年，国际资金占性工作者艾滋病毒预防总支出的 91%，占男男性行为者艾滋病毒预防总支出的 92%。

30. 艾滋病署共同赞助机构和秘书处开展共同努力，为最近艾滋病毒预防工作的成果作出了贡献。联合国艾滋病问题联合小组协助 35 个国家将新技术的研究用于实施和扩大，支持 71 个国家管理必要预防用品的采购和分发工作。联合规划署监督了自愿医疗包皮环切术联合战略行动框架的拟订工作，并与美国总统艾滋病紧急救援计划合作，编制并散发了有关自愿医疗包皮环切术最新资料的 13 个国家简介。艾滋病署加强了 82 个国家向青年人提供性健康和生殖健康服务的国家能力，向超过 75 个国家的教育部提供技术支助，加强教育部门的艾滋病防治工作。艾滋病署的东非和南部非洲承诺进程获得了高级别的支助，该进程力求扩大该区域 21 个国家的高质量、适龄和全面的性教育以及性健康和生殖健康服务。由联合国人口基金牵头，联合规划署成为女用安全套的最大购买者，男用安全套的第三大购买者，并为女用安全套制定了通用新规格和预审准则。

31. 艾滋病署广泛开展工作，为处境更危险的重点人群加强艾滋病毒预防工作。艾滋病署制订并推出了新培训单元，用以建立亚太区域重点人群中的青年人的领导能力。它编写了有关性工作者艾滋病毒预防的新的流行病学和规范性指导文件。在 2012 年国际艾滋病大会之际，联合规划署还支持了有史以来人数最多的性工作者集会。

B. 将注射毒品使用者中间的艾滋病毒传播减少 50%

32. 艾滋病署建议实施一系列减少伤害策略，以减少注射毒品使用者中间的新感染。一系列减少伤害策略的主要构成部分包括提供消毒注射针头和针筒、阿片类药物替代治疗、抗逆转录病毒疗法和其他关键保健服务。

33. 虽然证据表明经扩大的减少伤害项目会大幅减少与毒品有关的艾滋病毒传播，但在大部分环境中服务的覆盖范围仍然极低。在全球，2010 年注射毒品使用者每人每月只分到了两支注射针筒，而在注射毒品行为中，使用消毒注射器的只有 5%。法律和政策上的障碍(如强制性的药物治疗或执法人员对注射毒品使用者的骚扰)削弱了减少伤害项目的覆盖面和有效性。各国政府的资金不足也促成减少伤害服务的覆盖范围低于最优，而 2010 年国际来源的用于注射毒品使用者的防治艾滋病毒的开支占 92%。

34. 要加快实现到 2015 年将注射毒品使用者的新感染减半的目标，艾滋病署发布了各国制定注射毒品使用者人人获得防治服务的目标的指南。它还制作了关于在监狱和其他封闭环境中实施一套综合艾滋病毒预防、治疗和护理措施的政策指南，并传播关于全球注射毒品使用者中间艾滋病流行情况的全面战略信息。2012

年，联合规划署召集了一次共同赞助机构和秘书处的协商进程，最后出炉了一项历史性立场文件，敦促关闭强制性涉毒拘留中心。在不同的国家和地区，联合规划署帮助各个伙伴实施面向注射毒品使用者的基于证据和人权的艾滋病防治方案，并支持国际毒品使用者网络的能力发展。

C. 消除儿童中新艾滋病毒感染并大幅度减少艾滋病所致孕产妇和儿童死亡

35. 2011 年，全球 57% 和撒哈拉以南非洲 59% 感染艾滋病毒的孕妇接受了有效的抗逆转录病毒治疗，以预防母婴传播。该疗法的覆盖率在南亚和东南亚 (18%) 以及中东和北非 (7%) 相当低。

36. 2011 年 6 月，艾滋病署召集 22 个国家和来自民间社会、私营部门、艾滋病毒感染者网络和国际组织的 30 名代表，为实现 2015 年全球目标制定路线图。由此产生的《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 至 2015 年》呼吁采取四项主要行动：(a) 加强针对育龄妇女及其伴侣预防艾滋病毒的基础性服务；(b) 满足艾滋病毒感染妇女计划生育的需求；(c) 为感染艾滋病毒的孕妇提供及时的病毒检测、咨询和抗逆转录病毒治疗，以防止传染给子女；(d) 对感染艾滋病毒的妇女、儿童及其家人提供关怀、治疗和扶助。截至 2012 年 12 月，近 100 个国家已开始推出《全球计划》中规定的国家战略框架；738 个民间社会团体参与了这些努力。

37. 在力求达到 2015 年目标的努力中出现了无数的挑战。2011 年，在按照目前的指导方针有资格接受抗逆转录病毒治疗的 0 至 14 感染艾滋病毒的儿童中，只有 28% 的人获得了治疗。艾滋病毒呈阳性的孕妇在获得救命治疗方面也落后于总体成人人口。为感染艾滋病毒的孕妇提供治疗，可保持其健康，防止垂直传播，并防止传染给性伴侣。据报道，2013 年在马拉维实施为所有艾滋病毒呈阳性的孕妇和母乳喂养妇女提供终生治疗的政策后，接受抗逆转录病毒治疗的孕妇人数的上升超过 7 倍。在 2012 年，世界卫生组织 (世卫组织) 发布了 2010 年指导方针的更新版，概述了为所有艾滋病毒感染孕妇 (无论其免疫状态如何) 提供治疗的业务和方案方面的好处。

38. 作为优先对象的国家已经制定了用以消除母婴传播的计算过费用的国家计划，得到了 28 名成员组成的防止孕妇、母亲及其子女感染艾滋病毒并为其提供治疗机构间工作队的支持。由联合国各机构主导的这种伙伴关系，还包括广泛的民间社会组织和捐助者。

D. 向 1 500 万艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗

39. 接受抗逆转录病毒治疗的范围继续扩展，治疗规模的扩大自 1995 年以来在低收入和中等收入国家中增加了 1 400 万生命年，其中包括撒哈拉以南非洲地区的 900 万生命年。有史以来第一次，大多数 (2011 年为 54%) 有资格接受抗逆转录病毒治疗的个人正获得这种治疗。覆盖率至少达到 80% 的国家的数目从 2009 年的

7 个上升至 2011 年的 10 个，而覆盖率低于 20% 的国家数量从 28 个下降到 10 个。几个因素促成了这些令人鼓舞的结果，其中包括低收入和中等收入国家的抗逆转录病毒药物的价格持续降低，了解自己的感染状况的艾滋病毒感染者人数增加，改进方案管理、简化药物疗法和护理点诊断工具的开发导致治疗方案的效率提高。

40. 尽管如此，成果的分布并不均衡。报告指出，西部和中部非洲、东欧和中亚以及中东和北非的覆盖率持续低于平均值。在全球范围内，男性接受治疗的人数明显低于女性，部分原因是求医行为存在差异。诊断过晚继续削弱治疗结果，许多艾滋病毒检测呈阳性的个人都无缘得到治疗和护理，而在撒哈拉以南非洲部分地区的调查表明，三分之一或更多的开始接受抗逆转录病毒治疗者 5 年后不再接受护理。要加速和维持治疗规模的扩大，就将需要进一步降低抗逆转录病毒药物的费用(特别是随着时间的推移而日益需要的第二线和第三线药物)，突显出需要有效地利用国际知识产权条款所规定的灵活性，继续提供品牌药物的普通型替代药物，并增强非洲国家生产基本药品的能力。

41. 艾滋病署协助在实现 2015 年让 1 500 万人接受抗逆转录病毒治疗的目标方面取得了非凡的进展。艾滋病署的战略目标是从根本上地简化治疗。国际药品采购机制支持调整市场以加速吸收经简化和改进的治疗方案和护理点诊断技术。艾滋病署召集利益相关方会议和各项国家任务，以支持各国的治疗优化工作。为了更新和加强将在 2013 年推出的抗逆转录病毒治疗准则，也开展了工作。艾滋病署协助南部非洲发展共同体卫生部长制定一项集中采购战略，联合规划署协助乌干达等国家探索《与贸易有关的知识产权协议》规定的选项，以扩大获得负担得起的基本药品的机会。

42. 联合规划署更加重视采取行动，以确保实现普遍获得治疗的目标。艾滋病署向非洲联盟提供了广泛的指导和支持，以制定其防治非洲艾滋病、结核病和疟疾分担责任和全球团结路线图(2012-2015 年)。非洲联盟路线图的一个关键要素是建立该区域强劲和可持续的制药能力并统一药品监管系统，以支持当地制造业并加快采用重要医疗创新的速度。

E. 将艾滋病毒感染者的结核病死亡减少 50%

43. 尽管通过合作方案规划而取得的防治艾滋病毒/结核病合并感染的成果在 2005 至 2011 年期间挽救了约 130 万人的生命，但结核病仍然是导致艾滋病毒感染者死亡的首要原因。随着抗逆转录病毒疗法已经扩大实施，尽量减少结核病的工作从中受益，因为艾滋病毒治疗将艾滋病毒感染者患结核病的风险降低了 65%，无论 CD4 细胞数量是多少。2011 年，对撒哈拉以南非洲地区 69% 的结核病患者(全球 40% 的结核病患者)进行了艾滋病毒检测，并对 320 万艾滋病毒感染者进行了结核病筛查，有 446 000 艾滋病毒感染者接受了异烟肼预防治疗。

44. 虽然在艾滋病毒和结核病护理环境中的检测率显著提高，但仍需迈出更大的步伐，以确保艾滋病毒/结核病合并感染者获得他们所需要的服务。尽管世界卫生组织“协同开展结核病/艾滋病毒相关活动政策：国家方案和其他利益攸关方指导方针”建议，所有感染艾滋病毒的结核病患者无论 CD4 细胞数量是多少，都应该尽快接受抗逆转录病毒治疗，但 2011 年患结核病且艾滋病毒检测结果记录为阳性者中只有 48% 的人得到抗逆转录病毒治疗。在东欧和中亚地区，耐多药性结核病例上升，那里的艾滋病发病率在不断增加，突显出需要确保对相互关联的艾滋病和结核病这两种流行病采取综合防治措施。

45. 联合规划署已采取多项措施，包括市场干预、通过全球药物基金提供技术支持和帮助，以加快吸收 Xpert MDR/RIF 耐多药性结核病诊断技术。2012 年在非洲，全球药物基金向 18 个国家提供一线药物，向 6 个国家提供耐多药性结核病的治疗，向 11 个国家提供诊断技术。为实施优先治疗儿童结核病的措施绘制了路线图，并在 10 个国家提供营养方面的支助，以增强结核病的治疗结果。由于提供了技术支助，119 个国家对 50% 以上结核病患者进行了艾滋病毒检测。联合规划署的工作帮助了统一数据并加强结核病监测和评价系统的工作，如世界卫生组织 2012 年发表的结核病和艾滋病毒综合战略信息所示。

F. 弥补全球防治艾滋病资源缺口

46. 2011 年，全世界可用于艾滋病毒有关活动的总资源达到 168 亿美元。国内资源(包括公共和私营部门)首次占全球艾滋病毒相关支出的大部分，在 2011 年投入 86 亿美元，是 2005 年低收入和中等收入国家投资额的两倍以上。艾滋病规划署所依据的前提是艾滋病防治工作是一项共同分担的责任，需要所有利益攸关方发挥领导能力、做出承诺和牺牲，据此持续开展高级别的宣传，为国内用于防治艾滋病毒开支的历史性增加提供了部分便利和支持。虽然国家投入的资金有所增长，但国际捐助者对于供资充足的防治措施来说仍然至关重要；经济合作与发展组织成员的付款在 2011 年增加了 10%。

47. 在加倍努力调动足够的资源用于防治工作的同时，也加紧提高有限资金的战略重点和影响。艾滋病规划署的目标是最大限度地避免新艾滋病毒感染和艾滋病相关死亡的数字，并降低防治措施的长期费用曲线，为此概述了一个投资方法，结合扩大基本规划活动、帮助促进方案的覆盖面和有效性的关键赋能者等举措，并集中资金以取得与更广泛的发展努力之间的协同效应。2013 年，29 个国家在艾滋病规划署的协助下于实施投资方法方面取得了进展。全球公民社会伙伴积极倡导采用投资方法。主要捐助者还采取步骤加强其工作的战略重点。作为低收入和中等收入国家防治艾滋病活动的最大双边供资者的总统艾滋病紧急救援计划，推出一项加速实现没有艾滋病的一代的目标的战略蓝图。2013 年，全球基金推出一个新的筹资模式，优先协助受影响最严重的国家，并集中资金用于会带来最大公共卫生影响的干预措施。

48. 然而，仍然存在着一个严重的资源缺口。到 2015 年将需要每年 220 至 240 亿美元的资源总数来为消除这一流行病奠定基础。调动所需资源是一项共同分担的责任。虽然低收入和中等收入国家整体上增加了用于防治的国内资金，但许多国家仍然没有投入与其经济地位和国家艾滋病毒负担相称的资源。筹资方面的不平等现象也存在，用于重点人群方案的国家集中资源为数不多。用于妇女的艾滋病防治资金也主要侧重于预防儿童新感染病例，故对满足包括但不限于性健康和生殖健康服务在内的许多其他的妇女预防和治疗需要的支助有限。

49. 为了帮助填补资源缺口，艾滋病署公布了关于 2012 年防治艾滋病毒支出模式的综合数据，分析了增加用于防治艾滋病毒的国内拨款在非洲的潜在影响。艾滋病署制定并传播了用于指导各国实施投资方法的指南。区域联合小组根据全球基金过渡筹资机制的规定协助各国评估其资格。

G. 满足妇女和女孩的具体需要，消除性别不平等以及性别虐待和性别暴力

50. 妇女和女孩过度承受着这一流行病的负担。年龄在 15 至 24 岁的年轻女性尤其脆弱，占全球所有新感染艾滋病毒病例的 22%。尽管人们公认不平等的性别规范扩大了妇女和女孩易感染艾滋病毒的可能性，并加重了感染艾滋病毒的女性和女孩的负担，但对艾滋病防治工作中性别不平等情况的注意仍然不够。例如，在 2012 年，只有四分之一的国家向所有女性提供女用安全套。同样，作为妇女易感染艾滋病毒的一个原因的性别暴力行为问题，仍然没有得到充分解决。

51. 为了应对上述挑战，艾滋病署《加速执行妇女、女孩、性别平等和艾滋病毒问题国家行动议程》呼吁开展一致努力，帮助各国满足妇女和女孩在防治艾滋病毒方面的需求并落实其权利，消除性别不平等现象。艾滋病署的该议程自 2010 年推出以来，已在约 100 个国家实行。2012 年的外部审查发现，60%启动该议程的国家在加强其实例资料库方面展现出可观的进展，将政治承诺变为大规模的服务，为满足妇女和女孩与艾滋病毒有关的需求和权利创造有利的环境。依照艾滋病署该议程取得的显著成绩包括系统地收集有关亲密伴侣间暴力行为的数据。此外，在艾滋病署和其他伙伴的支持下，四分之三的国家将艾滋病毒与性健康和生殖健康服务挂钩。在超过三分之二的国家中，女性艾滋病毒感染者现在正常地参与国家防治工作的正式规划和审查机制。

52. 依照秘书长的“联合国制止暴力侵害妇女行为联合运动”，艾滋病署在提高对艾滋病毒与性暴力和性别暴力之间联系的认识方面以及在倡导有效行动防止这种暴力方面发挥了领导作用。5 个联合国机构、美国政府和私营部门联手推动“携手扶持女孩”的伙伴关系。与 9 个国家一道着力于建立有关暴力侵害女孩和其他儿童的实例资料库，支持多部门的行动来解决这个问题。此外，艾滋病署执行主任米歇尔·西迪贝和前坎特伯雷大主教罗文·威廉姆斯于 2011 年 3 月成立了“大声疾呼联盟”，与教会结为伙伴，共同消除性暴力和性别暴力行为，在 5 个国家开展协同工作。

53. 尽管取得了上述进展，但依然存在着重大的挑战。关于性别平等和艾滋病毒的工作仍然供资不足，关于最近通过综合办法来满足妇女和女孩在防治艾滋病毒方面的需求和权利的势头能否持续，仍然存在各种问题。这种综合办法旨在加强改变性别平等局面的防治艾滋病毒工作的宣传、证据、服务交付和问责制。

H. 消除针对艾滋病毒感染者和易感染艾滋病毒者的羞辱和歧视并减少惩罚他们的法律

54. 针对艾滋病毒感染者和易感染艾滋病毒者的羞辱和歧视以及惩罚性的法律和政策，继续阻碍实施稳健的、有实证依据的和基于人权的对策。通过艾滋病毒感染者受羞辱指数收集的数据显示，对艾滋病毒感染者的羞辱态度和虐待行为仍然很普遍。研究表明，百分比相当高的艾滋病毒感染者都曾遭受语言或身体虐待，社会排斥、失去工作和情绪困扰。证据表明，关键人群等最脆弱的群体，包括移徙人口，与一般人口相比更可能遭遇语言侮辱或人身攻击，失去就业机会和经受羞辱。歧视剥夺了艾滋病毒感染者或面对艾滋病毒风险者所获得的服务或降低了服务质量，从而损害了防治措施的效力。同时，羞辱妨碍人们获得他们所需要的服务，降低了向伴侣公开其艾滋病毒感染情况的意愿，打击了动员各利益攸关方带着同情心团结一致防治艾滋病毒的努力。

55. 艾滋病毒与法律问题全球委员会是一个得到联合规划署支持的独立委员会，它建议各国明确禁止与艾滋病毒有关的歧视；不得将艾滋病毒感染、不披露或传播定为犯罪；对妇女和女孩实施特别保护；推行法律措施以增加治疗机会；废除针对重点人群和脆弱群体的惩罚性或歧视性法律和政策。尽管迫切需要采取有效行动消除羞辱和歧视，然而 2012 年在 10 个国家中有近 4 个报告称，它们没有防止或处理与艾滋病毒有关的歧视的具体法律规定，45%的国家有没有协助遇到这种歧视者追求自己权利的法律服务。至少 60%的国家实行妨碍针对重点人群的有效预防、治疗、护理和支持的法律、条例和政策，约 60 个国家通过了专门将艾滋病毒传播定为刑事罪的法律。大多数国家的法律将性工作的各个方面视为非法；对药物使用采用惩罚性方法的情况很普遍，超过 40%的联合国会员国将同性性关系定为刑事罪。

56. 艾滋病署一直倡导男男性行为者和变性人的健康和人权。联合国秘书长和联合国人权事务高级专员发表言论，大力支持艾滋病署的呼吁。

57. 艾滋病署通过统一预算、成果和问责制框架，加紧努力消除羞辱和歧视，促进基于人权和实施支持这些权利的方案的国家对策。艾滋病署编写了一个关于减少羞辱和歧视并确保在与艾滋病毒有关情况下获得司法救助的方案和指导说明，以及一个人权费用核算工具，用来为艾滋病相关人权方案提供信息。联合规划署提供了关于惩罚性法律、政策和做法对艾滋病毒和健康结局的影响的客观证据。艾滋病署对 73 个国家的防治艾滋病行动和法律提供支持，其中包括艾滋病署确定为具有高度影响力的 31 个国家。在 51 个国家（包括 18 个具有高度影响力的

国家)对法律环境的评价提供支持,而国家对话则导致制定了关于艾滋病毒的 16 项国家和 21 项部门工作场所政策。艾滋病署与艾滋病毒/艾滋病感染者全球网络和妇女艾滋病感染者国际共同体合作,帮助 36 个国家最后完成和报告其关于艾滋病感染者受羞辱指数的研究,并在另外 34 个国家进行类似的工作。艾滋病署发表了涉及联合国系统 11 个机构的联合声明,呼吁关闭针对性工作者的强制涉毒拘留和康复中心。艾滋病署向全球基金提供持续援助,以发展该基金的新战略计划及其按照新的筹资模式实施的人权方面。

I. 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制

58. 在与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制方面出现了明显的可喜趋势。设有此类限制的国家和领土的数目从 2000 年的 96 个下降到 2013 年的 44 个。各国日益认识到,这种法律是歧视性的,没有任何公共卫生的理由。尽管出现这种令人鼓励的趋势,但仍有 44 个国家和领土只是以艾滋病毒感染者的感染状况为依据而剥夺其平等的行动自由。这样的限制除其他外,还可能涉及强制性艾滋病毒检测、立即驱逐出境和不予庇护。

59. 为了支持消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制的努力,艾滋病署继续监测设有这类限制的国家的数目,鼓励那些有这种限制的国家予以废除,并支持致力于取消这些限制的国家联盟。联合规划署支持蒙古、大韩民国和摩尔多瓦共和国最近撤销了旅游限制。2012 年,艾滋病署与 GBCHealth 合作,动员了 40 多名全球企业首席执行官签署一项反对与艾滋病相关的入境、停留和居住限制的保证,敦促废除这种给企业向最需要人力资源的地方派送人力资源的能力造成不必要负担的法律。

J. 消除平行并存的艾滋病毒防治服务系统,加大对艾滋病防治工作的整合力度

60. 防治艾滋病的工作既促进了更广泛的发展议程,也受益于全部千年发展目标的成果。2011 年的《政治宣言》认识到艾滋病与更广泛的发展进步之间的相互依存关系,呼吁共同努力,将防治艾滋病的举措与更广泛的发展、健康和人权议程更紧密地联系起来。

61. 将防治艾滋病毒与其他卫生和发展举措大力整合的行动显见于各卫生系统内外。对美国总统艾滋病紧急救援计划进行的全面审查最近发现,各项艾滋病病毒方案已在艾滋病以外取得了健康方面的实质性益处,增加预期寿命,降低结核病发病率和死亡率以及加强卫生系统。结核病和艾滋病服务已经紧密地纳入许多环境中,防止儿童感染艾滋病病毒的服务已经置入孕产妇和儿童保健服务之中,乔治·W·布什研究所、总统艾滋病紧急救援计划、苏珊·G·科曼治愈基金会和艾滋病署共同发起的“粉丝带红丝带”正着力于扩大撒哈拉以南非洲和拉丁美洲地区妇女的艾滋病毒、子宫颈癌和乳癌的筛检和治疗范围。防治艾滋病毒措施已广泛纳入人道主义行动的所有方面,预防艾滋病毒和性别暴力的服务已经与冲突和

冲突后环境衔接，许多国家已经着力于将防治艾滋病毒措施纳入更广泛的社会保护制度。

62. 艾滋病署利用统一预算、成果和问责制框架的核心资金开发了工具和程序，以使各国能够建立奖励机制，通过优化设计防治艾滋病毒措施而消除并行系统。一个推动将防治艾滋病毒及性健康和生殖健康服务连在一起的项目，已在所有实施该项目的国家(博茨瓦纳、莱索托、马拉维、纳米比亚、斯威士兰、赞比亚和津巴布韦)证明行之有效。来自世界银行的资金被用于协助各国加强服务整合，15 个国家的更广泛的孕产妇和儿童保健系统获得了援助，以预防儿童的新感染病例。

四. 关于加快实现 2015 年目标和承诺的建议

63. 经济及社会理事会不妨考虑采取以下行动：

(a) 承认虽然在防止成人、青少年和年轻人新增艾滋病毒感染、致力实现消除儿童中新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的目标和为艾滋病毒感染者提供救命治疗方面取得了历史性进步，但艾滋病的流行还没有结束，这就要求各方再次承诺加强共同分担的责任和全球团结，为消灭艾滋病的流行奠定坚实的基础。鉴于千年发展目标 6 仍未实现，当务之急是在 2015 年后发展议程中列入清晰、主次分明、有时限的目标，以加快实现一个没有艾滋病的一代；

(b) 赞扬联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)对普及艾滋病毒的预防、治疗、护理和支助方面所获进展的支持，包括协助各国向大会汇报进展情况，从而创造了 186 份国家报告的纪录，提供了迄今关于国家一级防治措施的最全面的概览；

(c) 确认艾滋病毒与其他全球性健康和发展目标的密切关系，强调必须把防治艾滋病毒与战略规划、提供服务和检测与评价一级的其他全球性运动和发展倡议融为一体。艾滋病防治工作为利用和加强更广泛的健康、发展、人权和性别平等的目标和议程提供了重要的经验教训，包括其注重成果的重点、以人为本的方法及对包括民间社会和艾滋病毒感染者在内的多部门利益攸关方的热情承诺的依赖；

(d) 承认联合规划署提供了一个有益的典范，即成为一个创新机制，用以加强战略连贯性、协调性、基于成果的重点和联合国按照并支持大会关于联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查的第 67/226 号决议而应对困难的健康和发展挑战的工作在国家一级产生的影响；

(e) 注意到仍然需要使艾滋病防治工作立足于人权和性别平等，使年轻人充分参与艾滋病防治工作，包括使他们获得性健康和生殖健康服务及全面的性教育；

(f) 注意到需要消除防治艾滋病所需资源的缺口，鼓励各国扩大其国内防治工作资金，并呼吁国际捐助方重申其对防治工作的承诺和声援，包括采取措施确保为全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金提供充足和雄厚的资金。在做出新的努力着重于调动重要的新资源的同时，必须通过以下措施而集中同等的注意力确保用于艾滋病防治的资金实现其价值：提高服务的效率和效益，使国家的防治工作与文献记载的流行病学模式和国家需求结合起来，并落实稳健的资金投入。
