



经济及社会理事会

Distr.: General
28 January 2015
Chinese
Original: English

2015 年会议

2014 年 7 月 21 日至 2015 年 7 月 22 日

议程项目 12(g)

协调、方案和其他问题

联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署

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病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任根据理事会第 2013/11 号决议编写的报告。

15-01002 (C) 110215 120215



请回收



联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署执行主任的报告

摘要

经济及社会理事会第 2013/11 号决议请秘书长向理事会 2015 年实质性会议转递由联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任编写的一份报告,说明联合国系统在协调防治艾滋病毒/艾滋病方面取得的进展。本报告就是根据该决议要求编写的。

国际社会现在恰逢一个历史性机遇。科学方面的重大进展加上三十多年来在推广艾滋病毒方案方面取得的经验为彻底消灭艾滋病这一公共卫生威胁铺平了前进道路。艾滋病署 2013-2014 年的工作重点是加快实现 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》中制订的 2015 年目标:加大行动力度消灭艾滋病毒/艾滋病,支持实现千年发展目标 3 至 6 和 8,推动全球行动,以便到 2030 年消灭艾滋病。艾滋病署这些努力的基础是在防治艾滋病毒/艾滋病方面取得的重大成果,包括新增艾滋病毒感染病例和艾滋病所致死亡都大幅减少。

联合规划署通过团结和协同 11 个共同赞助方和秘书处的努力,推动领导和协调了全球防治艾滋病工作。通过艾滋病署的宣传,防治艾滋病一直是全球政治议程上的一个重要项目,并激励越来越多的中低收入国家增加国内防治艾滋病资金。联合规划署提供的规范性指导已协助各国执行循证方案并利用迅速发展的科学知识。艾滋病署仍是提供关于艾滋病疫情和全球、区域和国家各级防治情况战略信息的核心机构。艾滋病署还一贯、积极倡导包容性防治必须立足于人权和性别平等,同时倡导易感人群和弱势群体能公平获得服务。艾滋病署支持的国家一级创新帮助克服了服务障碍,推动了新的科学进步,联合规划署是推动和支持动员受艾滋病影响社区方面的全球牵头机构。通过利用联合国不同机构和伙伴方的相对优势,艾滋病署在加强多部门应对方面发挥了独特作用。

尽管取得了令人鼓舞的进展,但艾滋病还未被消灭。大多数艾滋病毒感染者仍然没有得到抗逆转录病毒疗法,部分原因是 50% 以上的艾滋病毒感染者不清楚自己感染了该病毒。尽管全球的艾滋病毒感染率有所下降,但一些国家的新增艾滋病毒感染人数正在增加,在一些未将向受影响最大人群提供服务列为优先事项的国家更是如此。虽然各国用于艾滋病毒的国内资源越来越多,但 2013 年捐助方对艾滋病的援助却减少了。

联合规划署牵头的建模表明,今后五年加速行动和加大前期投资会彻底消灭艾滋病疫情。因此,联合规划署正在协助各国制订和实施雄心勃勃的 2020 年快车道目标,包括一个新的尽量帮助更多艾滋病毒感染者抑制病毒的艾滋病毒治疗目标以及 2015 年后的补充性预防和不歧视目标。按照共担责任和全球团结原则,实现这些目标将需要新的资源,而且需要进行明智投资。快速应对需要一个具有

包容性、以人为本的办法，有效帮助那些被排除在外的人。作为这一以人口和地点为重点的应对措施的一部分，2014 年，联合规划署启动了一项新举措，促进城市采取行动，为实现消灭艾滋病目标调动市政资源。

为确保联合规划署能随时成功应对迅速变化的全球格局，并为到 2030 年消灭艾滋病奠定基础，联合规划署正在制定新的 2016-2021 年艾滋病署战略，以确保该战略与 2015 年后时代的目标相一致。为应对艾滋病挑战的多层面性，需要将消灭艾滋病这一公共卫生威胁的各项措施纳入各个可持续发展目标。艾滋病署和更广泛的艾滋病对策也为加强和维持更广泛的全球保健和发展努力提供了重要经验。2016 年，联合国大会将召开艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议，这为加强全球决心，加大战略努力，消灭艾滋病提供了一个潜在变革的机会。

一. 全球艾滋病疫情的最新情况

1. 全球防治艾滋病工作继续取得重大进展。2013 年新增艾滋病毒感染者(210 万(190 万至 240 万))比 2001 年少 38%。2013 年, 150 万人(140 万至 170 万人)死于与艾滋病相关原因, 比 2005 年的最高值下降了 35%。2013 年, 新增艾滋病毒感染儿童人数(240 000 人(210 000 至 280 000 人)), 比 2002 年下降了 58%。

2. 尽管如此, 但艾滋病仍是全球第六大死亡原因, 仍是撒哈拉以南非洲的主要死亡原因, 仍是造成世界各地育龄妇女死亡的主要原因。截至 2013 年 12 月, 约 3 500 万人(3 320 至 3 720 万人)感染了艾滋病毒。撒哈拉以南非洲仍是受影响最严重地区, 2013 年, 占艾滋病毒感染者的 71%和新增艾滋病毒感染者的 68%。妇女占全球艾滋病毒感染者的 52%, 占撒哈拉以南非洲感染者的 57%。在一些国家, 15 至 19 岁的年轻女子感染艾滋病毒的可能性比同年龄段的男子高 5 倍。一些人群受艾滋病影响更大: 全球男男性行为者感染艾滋病毒的可能性比一般人群高 19 倍, 性工作者比整个人群感染艾滋病毒的可能性高 12 倍, 变性妇女比所有育龄成人感染艾滋病毒的可能性高 49 倍。全球 13%的注射毒品使用者感染了艾滋病毒。

3. 防治方面持续存在差距导致这一流行病依然形势严峻。截至 2014 年 6 月, 超过 60%的艾滋病毒感染者没有得到抗逆转录病毒疗法治疗, 部分原因是 50%以上的艾滋病毒感染者不清楚自己感染了该病毒。2013 年, 虽然 38%的成年艾滋病毒感染者获得了抗逆转录病毒疗法治疗, 但只有 24%感染了艾滋病毒的儿童获得了治疗。在许多国家, 易感人群和其他弱势群体仍未被纳入防治工作, 而性别不平等、定罪和其他侵犯人权行为仍是取得进展的重大障碍。

二. 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)

4. 艾滋病署¹ 作为联合国唯一一个共同赞助的联合规划署, 本身就是多部门协作应对这一复杂、多方面问题的一个切实案例。经济和社会理事会第 2013/11 号决议专门提到, 认识到联合规划署独特的方法所得到的经验教训, 对 2015 年后发展议程的价值, 而且联合规划署给联合国提供了一个可供参考的有益例子, 以此根据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, 加强战略一致、协调、注重成果以及国家一级的影响。正如包容性管理

¹ 联合规划署借鉴了以下 11 个共同赞助方的经验和专门知识, 即联合国难民事务高级专员公署(难民署)、联合国儿童基金会(儿基会)、世界粮食计划署(粮食署)、联合国开发计划署(开发署)、联合国人口基金(人口基金)、联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、国际劳工组织(劳工组织)、联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)、世界卫生组织(世卫组织)和世界银行以及一个秘书处。

结构所反映的，联合规划署代表了致力于强有力的多部门综合行动、协作关系、循证和以权利为基础的行动、机会和成果平等以及重视可持续性。

A. 实现“三个无”：《艾滋病署 2011-2015 年战略》和 2011 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》

5. 联合规划署的工作受《艾滋病署 2011-2015 年战略》中提出的实现“三个无”愿景的激励和指导，即无新增艾滋病毒感染病例、无歧视和无艾滋病导致的死亡。该战略为联合规划署的集体努力提供了一个框架，旨在彻底改革艾滋病毒的预防工作、推动下一阶段的治疗、护理和支持、促进防治工作中的人权和性别平等。根据这项战略，艾滋病署制订了 2011-2015 年目标，与 2011 年《政治宣言》中的关键目标和承诺相一致。

6. 为支持各国制订和执行“实现‘三个无’”战略，联合规划署通过 2014 年的 3 个旗舰报告等途径推动和领导汇编了收集的关于艾滋病毒疫情、防治趋势以及容易感染艾滋病毒的高危人群的最广泛、最集中数据。这三份报告是：《差距报告》、《快车道：到 2030 年消灭艾滋病疫情》以及《展望：城市报告》。作为全球艾滋病防治进度报告的一部分，2014 年期间，181 个联合国会员国提交了国家报告。艾滋病署还请每两年报告一次国家以下各级实体的关键方案，从而促进拟订方案时重点更明确。通过使用新技术获得了更多实时数据。

7. 鉴于联合规划署委托进行的建模指出，今后五年是为到 2030 年消灭艾滋病疫情奠定基础的重要时机，因此，艾滋病署方案协调委员会请艾滋病署执行主任启动多利益攸关方协商进程，将艾滋病署 2011-2015 年战略更新和延期至 2016 至 2021 年。考虑到 2011 年《政治宣言》和目前正在讨论的 2015 年后可持续发展目标，方案协调委员会重申致力于实现艾滋病署的“三个无”愿景和艾滋病署 2011-2015 年战略中提出的战略方向，并要求最新战略与四年期全面政策审查促进发展业务活动相一致(大会第 67/226 号决议)。新的 2016-2021 年艾滋病署战略以及六年期间新的统一预算、成果和问责制框架将于 2015 年 10 月提交给方案协调委员会第 37 次会议。

8. 2014 年 6 月，联合国大会决定于 2016 年召开艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议。会议为制订和加速下一阶段的艾滋病防治工作，推动成果和问责制提供了重要机会。

B. “一体行动”

9. 根据并回应大会关于联合国系统发展方面业务活动四年期全面政策审查的决议，联合规划署致力于确保联合国系统的支持国家艾滋病防治工作方面采取“一体行动”。艾滋病署的 11 个共同赞助方和秘书处之间分工明确。为利用每个共同赞助方和秘书处在提供技术支持方面的核心能力、任务规定和相对优势，该

分工指定在 15 个专题领域召集各机构并使各机构建立伙伴关系。² 分工有助于联合规划署避免重复、加强协作和协调，并澄清作用和责任。

10. 在区域和国家层面，联合规划署通过联合小组和联合支助方案运作，由艾滋病署秘书处的七个区域支助小组提供支持协调。

11. 在国家层面，艾滋病署国家主任在驻地协调员的领导下，推动联合国国家工作队协调应对艾滋病问题。74 个国家设立了联合国艾滋病问题联合工作队，加强了技术支持的连贯性、问责和战略影响。许多国家的联合小组已扩大到包括联合国以外的伙伴方，扩大了技术支持协调工作。联合国合作伙伴在 52 个国家实施了联合国艾滋病问题联合支助方案，将联合国系统对国家艾滋病防治工作的整体支持纳入一个单一框架。2013 年，联合规划署支持 120 个国家对照 2011 年《政治宣言》中的 10 个全球目标和承诺对取得的进展进行了中期审查，使得可以更清楚地了解长期存在的差距和机遇，加速取得进展。

12. 在受影响最大的 38 个国家³ 采取了特别措施，加强协调，加大联合国艾滋病援助的战略影响，这 38 个国家共占新增感染成人的 85%，新增感染儿童的 93% 以及艾滋病有关死亡人数的 90%。

C. 问责

13. 艾滋病署 2011 至 2015 年战略通过统一预算、成果和问责制框架执行，从而最大限度地提高联合国艾滋病防治工作的连贯性、协调性、影响力和问责。统一预算、成果和问责制框架根据该战略目标和 2011 年《政治宣言》目标和承诺概述关键行动、战略方向和资金分配，从而制订了从投入到影响的一整套成果，使会员国和其他利益攸关方能够对联合规划署负责。共同赞助方通过该框架收到资源，促进艾滋病防治工作。该资金可推动从共同赞助方的预算和其他资金来源筹集更多资源。

14. 艾滋病署每年向方案协调委员会提交的绩效监测报告中总结了联合规划署为实现“三个无”愿景在国家、区域和全球各层面在 10 个指标方面取得的进展并

² 这 15 个专题领域是预防性传播；预防艾滋病毒的母婴传播；艾滋病毒治疗；艾滋病毒/肺结核；防止注射毒品者感染艾滋病毒；防止男男性行为者、性工作者和变性者感染艾滋病毒；惩罚性法律、污名化与歧视；满足妇女和女孩的需求；在青年人中开展预防工作；与艾滋病毒有关的社会保护；人道主义紧急状况中的艾滋病毒问题；艾滋病毒、粮食和营养问题；工作场所与私营部门；艾滋病毒与教育以及国家战略规划。

³ 受影响最大的 38 个国家是：安哥拉、博茨瓦纳、巴西、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、中非共和国、乍得、中国、科特迪瓦、刚果民主共和国、吉布提、埃塞俄比亚、加纳、危地马拉、海地、印度、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、牙买加、肯尼亚、莱索托、马拉维、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、尼日利亚、俄罗斯联邦、卢旺达、南非、南苏丹、斯威士兰、泰国、乌干达、乌克兰、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。

概述了主要挑战和吸取的经验教训。通过报告可以了解联合规划署总体上做出的贡献以及单个共同赞助方和秘书处做出的贡献。

15. 2012 年推出的联合方案监测系统这一在线方案推动了统一预算、成果和问责制框架下的执行情况报告。2013 年，联合方案监测系统收到联合国国家工作队和(或)艾滋病署国家办事处提交的 106 份报告，提高了联合规划署根据执行情况资料做出快速调整的能力。年度同行审查评估取得的进展和执行情况，确定在哪些领域还需要做出额外的努力，并确保未来规划考虑吸取的经验教训。

16. 2014 年，根据方案协调委员会第 32 次会议的要求，艾滋病署借鉴近 150 个利益攸关方对艾滋病署的外部评估，报告了 2011-2015 年统一预算、成果和问责制框架下中期审查进展的结果。本次中期审查发现，艾滋病署通过发挥领导力、进行宣传、提供战略信息、提供有针对性的国家一级的技术支持、加强问责以及重视受影响最大的国家和易感人群等关键职能，为全球艾滋病防治工作作出了重大贡献。中期审查还证实，联合规划署在统一预算、成果和问责制框架下加强了一致性和有效性。

17. 经联合国系统发展方面业务活动四年期全面政策审查授权，2016-2021 年统一预算、成果和问责制框架将调整至与联合国各基金和方案的规划周期相一致。

D. 伙伴关系

18. 联合规划署本身就是联合国系统内的一个创新伙伴关系，该规划署将伙伴关系视为核心价值，通过建立转型、包容性的伙伴关系，将联合国、各国政府、艾滋病毒感染者、民间社会、主要金融机构、学术界、科学界、媒体、有影响力的公众人物和私营部门团结在一起。联合规划署的伙伴关系方法取得了历史性成就，其中包括救命的抗逆转录病毒药品的费用在过去 10 年里下降了 99%，在资源有限情况下实现新的医疗创新所需时间从 15 年降到了 3 年。

19. 2014 年，艾滋病署与其最重要的战略伙伴之一，全球抗击艾滋病，结核病和疟疾基金签署新的谅解备忘录。联合规划署向全球基金提供支持的途径包括参与国家协调机制、印发规范性指导、提供战略信息、帮助各国把国家战略或投资方案转变成有说服力的概念说明，以及通过完整的供资周期提供技术支持，包括协助各国落实和监测全球基金赠款。

20. 艾滋病署还与美国总统艾滋病紧急救援计划密切合作，确保该计划资助的各项方案能够取得成功。美国总统艾滋病紧急救援计划是艾滋病毒问题的主要国际援助方。美国总统艾滋病紧急救援计划参与了联合规划署协调的多个机构间机制。

21. 联合规划署优先重视与非政府组织建立伙伴关系。联合规划署是唯一一个理事机构中有民间社会代表的联合国机构，并协助不同的民间社会行动方，包括艾

滋病毒感染者和主要受影响社区充分、有意义地参与决策、宣传和问责。此外，联合规划署还帮助制订和促进民间社会在提供艾滋病毒相关服务方面的战略作用。

22. 联合规划署与民间社会组织和网络建立了一系列创新伙伴关系，如青少年同伴咨询，这是由青年领导并为青年服务的 26 个组织联盟，设立该联盟的目的是重新点燃艾滋病青年工作的热情。艾滋病署还将在治理等方面与私营部门建立伙伴关系列为优先事项，从葛兰素史克公司和西普拉公司的首席执行官参加第 34 次协委会会议就可以看出。

三. 到 2015 年的最后期限：在 10 个优先领域取得的成果

23. 会员国在 2011 年《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》中接受了一系列 10 个成果指标或承诺。

A. 将艾滋病毒通过性传播降低 50%

24. 通过性传播的艾滋病毒减少是近年来新增艾滋病毒感染者人数大幅减少的主要原因。与 2001-2006 年的调查相比，2007-2013 年撒哈拉以南非洲的家庭调查表明，年轻人对艾滋病毒相关知识的了解增加，成人避孕套使用增加。自愿医疗包皮环切手术可以将女性对男性通过性传播艾滋病毒的风险降低约 60%，包皮环切做法正在增多，2007 年以来，撒哈拉以南非洲 600 万男子切割了包皮，其中 2013 年 100 万。联合规划署与国际伙伴密切合作，将有限的资源集中用于最有可能出现新的艾滋病毒感染的地理和人口“热点”。

25. 尽管取得了进展，但 2013 年仍有 210 万人新近感染艾滋病毒，国家内的若干区域、地理位置以及某些人口群体新近感染者增多。目前急需加强青年人(15 至 24 岁)的艾滋病毒防治工作，2013 年，青年占全球所有新增艾滋病毒感染者的 31%。少女和年轻妇女面临特别风险，她们平均感染艾滋病毒的时间比撒哈拉以南非洲的男子早 5 至 7 年。世界银行赞助的研究发现，各种以青年为重点的现金转移计划可以减少艾滋病毒感染率和具有性风险的行为，在年轻妇女中间的效果尤其明显。2014 年，联合国儿童基金会(儿基会)和艾滋病署秘书处在所有共同赞助方的参与下启动了“人人有份”议程，应对艾滋病防治工作中在青少年方面的严重差距。这项工作制订了到 2020 年的两个大胆目标：将青少年艾滋病毒感染率减少至少 75%，将接受救命治疗的青年艾滋病毒感染者人数增加至 80%。联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)和联合国人口基金(人口基金)支持 115 个国家扩大对年轻人的性教育，包括与联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)共同努力开展同伴教育，解决学校中的性别暴力问题。儿基会率先收集并分发了侧重儿童和青少年的战略信息。

26. 虽然男用避孕套产量稳步增加，但销量却在远未达到建议水平前进入了平稳状态。虽然男女避孕套的出货量为 40 比 1，但近年来，女用避孕套的供应量大幅

增加。为指导和激励制造商，联合规划署和主要伙伴印发了女用避孕套通用规格和资格预审准则。人口基金是世界上女用避孕套的主要购买机构。

27. 尽管事实证明预防有价值，但现在依然缺乏针对高危易感人群的预防服务。仅有约三分之一的国家报告称制订了性工作者方案，20个国家预防方案中涵盖男男性行为者所占比例从2009年的59%下降到了2013年的40%。为加强针对易感人群的循证方案，世界卫生组织(世卫组织)于2014年发布了第一份《针对易感人群的艾滋病毒预防、诊断、治疗和护理服务综合准则》，其中建议管理与男性发生性行为的男子和变性妇女以及血清不对称夫妇的接触前抗逆转录病毒预防治疗。

28. 预防艾滋病毒通过性传播的实证依据仍在不断发生变化。2015年初，多项多国研究正在评价“综合预防”一揽子计划以及一系列备选的针对妇女的杀微生物剂。联合国艾滋病问题联合工作队协助35个国家翻译了关于新预防技术的研究，以便实施和推广。

B. 将注射吸毒者之间的艾滋病毒传播减少50%

29. 世界还未能将注射毒品者之间的新增艾滋病毒感染病例减少一半，发现这一群体的艾滋病毒负担几乎没有什么变化。据估计，全球1 270万注射吸毒者中约170万感染了艾滋病毒。在亚洲和太平洋及若干撒哈拉以南非洲国家注射吸毒者的艾滋病毒感染率正在上升。注射吸毒是艾滋病毒在东欧和中亚的主要传播方式。在调查的30个国家中，注射吸毒妇女的艾滋病毒感染率比注射吸毒男性的感染率高(13%对9%)。

30. 世卫组织的规范性指导制订了一套由九个优先干预措施组成的综合方案，以减少注射吸毒者感染艾滋病毒的可能性。为支持实施，联合规划署提供了广泛的技术支持和宣传。此外，联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)还与合作伙伴协作，确定24个高度优先国家，以便加大支持，扩大对注射吸毒者的循证应对。

31. 但在全球范围内，针头和针筒方案的覆盖面仍然不到20%，192个国家中只有79个国家报告提供类鸦片替代疗法。各国普遍将吸毒定为犯罪行为，包括若干国家强制拘留被判违法使用毒品的人，甚至判他们死刑，这阻碍了注射吸毒者获得基本服务，防治措施无法以公众健康和人权为本。

32. 面对加强行动需求，艾滋病署方案协调委员会在2014年12月第35次会议上专门用一整天讨论了为实现这一群体艾滋病毒感染减半的目标加快取得进展问题。与会者探讨了妨碍有效应对注射毒品者需求的因素，并展示了各国为克服这些障碍开展的成功努力。2016年关于毒品问题的联合国大会特别会议为在药物政策方面达成共识，更好地满足注射吸毒者的需求提供了一个重要机会。

C. 消除新增艾滋病毒感染儿童并大幅度减少艾滋病所致孕产妇和儿童死亡

33. 2013 年, 67%感染了艾滋病毒的孕妇获得了抗逆转录病毒药物。2014 年前 6 个月继续取得进展, 获得抗逆转录病毒药物的孕妇增加 13%。21 个高负担国家每年新增感染艾滋病毒儿童人数 2013 年首次低于 200 000 人。由于向感染了艾滋病毒的孕妇提供了抗逆转录病毒药物, 全球, 自 2009 年以来, 超过 900 000 儿童避免感染艾滋病毒。

34. 这些进展反映出各国成功执行了《到 2015 年消除儿童新增艾滋病毒感染并使其母亲存活下去的 2011 至 2015 年全球计划》中的建议。儿基会和卫生组织共同召集的一个机构间工作队将 28 个伙伴方的工作与该《全球计划》结合了起来。2013 年, 世卫组织建议, 无论感染了艾滋病毒的孕妇和儿童的 CD4 细胞数是多少, 都应立即开始让他们接受抗逆转录病毒疗法。

35. 感染艾滋病毒的儿童获得救命的艾滋病毒治疗的途径依然有限。2013 年, 仅有 42%接触艾滋病毒的儿童在出生头两个月获得了婴儿早期诊断服务, 而且研究发现, 多达一半接受婴儿早期诊断检测的儿童未收到测试结果。向确诊感染了艾滋病毒儿童提供的一系列抗逆转录病毒疗法比成年人可选的疗法少很多。

36. 为迫切弥补在儿童艾滋病毒治疗方面的缺口启动了许多举措。2014 年, 美国总统艾滋病紧急救援计划与儿童投资基金基金会合作, 发起了一个 2 亿美元的举措, 在 2 年时间内将非洲接受抗逆转录病毒疗法的儿童人数增加一倍。由儿基会、世卫组织和伊丽莎白格拉泽儿童艾滋病基金会共同发起的双重红利倡议力求将儿科艾滋病毒治疗与孕产妇、新生儿和儿童健康更好地结合在一起。为进一步扩大针对儿童的艾滋病毒诊断和治疗服务, 其他合作伙伴也正在合作开展各项举措。艾滋病署方案协调委员会在 2014 年 12 月第 35 次会议上请艾滋病毒署同相关合作伙伴合作, 建立一个全球平台, 协调各项儿科治疗举措, 最大限度地提高一致性和影响力。

D. 让 1 500 万艾滋病毒感染者获得抗逆转录病毒治疗

37. 截至 2014 年 6 月, 1 360 万人正在接受抗逆转录病毒疗法, 使世界有望在 2015 年 12 月底之前达到为至少 1 500 万人提供艾滋病毒治疗的全球目标。1995 年以来, 抗逆转录病毒治疗使全球 760 万人摆脱了死亡的厄运, 其中包括撒哈拉以南非洲 480 万人, 自艾滋病出现以来增加了 4 020 万生命年。

38. 联合规划署提供了广泛的技术支持, 帮助各国扩大高质量的艾滋病毒治疗服务。世卫组织 2013 年《综合抗逆转录病毒疗法准则》建议尽早启动抗逆转录病毒治疗; 使用尽可能简单、有效和可接受的艾滋病毒治疗疗程以及淘汰次优方案。2013 年, 世界粮食计划署(粮食署)支持的研究主张利用粮食和营养, 改善艾滋病毒治疗的成果, 包括遵从治疗; 粮食署已在 31 个国家执行该方案。艾滋病署秘

书处设立了一个艾滋病毒治疗情况室，通过建模估算最新的治疗扩大方案，并对国家伙伴和艾滋病毒署区域办事处能获得的治疗机会进行有选择性的分析。

39. 艾滋病毒署方案协调委员会在第 33 次会议上请联合规划署支持国家和区域主导的进程为 2015 年后时代制定一项新的艾滋病毒治疗目标。经过各区域和全球层面的多方磋商，联合规划署在 2014 年的国际艾滋病会议上发布了一个新的 2015 年后时代艾滋病毒治疗目标。新的“90-90-90”目标规定，到 2020 年：(a) 90% 的艾滋病毒感染者知道自己感染了艾滋病毒；(b) 90% 被诊断感染了艾滋病毒的人将持续获得抗逆转录病毒治疗；(c) 90% 接受了抗逆转录病毒疗法的人能成功抑制病毒。

40. 国际捐助方、各国政府、民间社会和其他合作伙伴已经接受了这一“90-90-90”目标。2014 年 9 月，在联合国大会一次高级别会外活动上，加纳、南非和瑞士等国元首和美国国务卿认可了这一目标。联合规划署目前正在协助各国把“90-90-90”全球目标转变成国家基准和行动计划。

41. 对有效管理艾滋病毒至关重要的医疗诊断仍未得到充分利用。大多数艾滋病毒感染者不知道自己感染了艾滋病毒，大多数被诊断感染了艾滋病毒的人无法获得基本的病毒负荷测试技术。2014 年，联合规划署在一个全球运动中与 MAC 艾滋病基金合作，利用表演艺术家的国际影响，使青年人更多了解自身的艾滋病毒血清状况。

42. 为有效利用诊断加快取得进展，联合规划署与全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金、美国政府和非洲实验医学学会合作发起了诊断服务倡议。取得的第一个成果是，联合规划署同各个伙伴方合作，为世界领先的病毒负荷测试谈判一项新的全球价格上限，将病毒负荷测试的价格降低至少 40%，预计今后 5 年可节省 1.5 亿美元。

E. 艾滋病毒感染者的结核病死亡率减半

43. 结核病仍是导致艾滋病毒感染者死亡的主要原因。2004 年至 2012 年 12 月，艾滋病毒感染者因结核病死亡人数下降了 36%，17 个国家至少下降了 50%。世卫组织估计，2005 年至 2012 年间，艾滋病毒/结核病合作活动使 130 万人免于死亡。2013 年，70% 已知艾滋病毒抗体阳性的结核病患者正在接受抗逆转录病毒治疗，与前几年相比有所改进，但依然未达到 2015 年 100% 覆盖的全球目标。

44. 联合规划署通过规范性指导及技术和能力建设支持向各国提供了支助。世卫组织的技术支持帮助 95 个国家采购了超过 420 万个 XpertMTB/RIF 墨盒。儿基会协助各国调整全球儿童艾滋病毒/结核病双重感染准则。

F. 弥补全球艾滋病资源缺口

45. 联合规划署倡导将传统合作关系转变为采用共担责任、全球团结办法。2006 至 2011 年，约 80 个国家将用于艾滋病相关支出的国内投资增加了 50% 以上。非

洲联盟制订了一个新的防治艾滋病、结核病和疟疾的路线图，中美洲一体化体系成员国各国总统批准制订该地区可持续战略行动和可持续艾滋病毒投资监测计划。联合规划署继续促进战略投资方法，支持各国侧重优先领域、重点人口和干预措施，确保资金的使用价值以及在更广泛的卫生和发展成果方面取得多重效果。

46. 防治艾滋病的资金总额继续增加，2013 年达到 191 亿美元。中低收入国家现在支付了大部分艾滋病防治资金。但 2013 年，传统国际捐助方提供的资金下降了 3%。

47. 联合规划署与全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金及美国总统艾滋病紧急救援计划等主要供资方密切合作。2012 和 2013 年，联合规划署在全球基金新供资模式下成功援助了 5 个早期申请国，提供共计 3.71 亿美元的艾滋病毒防治资金。

48. 在联合规划署的支持下，截至 2014 年 11 月，38 个国家或者已经制订或正在拟订防治措施可持续性投资方案。在这些进程中产生了许多具有前瞻性的国家承诺，包括重新调拨资源用于影响大的干预措施，增加用于易感人群和重点地理区域的资源，承诺增加国内艾滋病支出以及审议各种创新性筹资机制，如征收机票税。

49. 在联合规划署主办的一个多方利益攸关方艾滋病筹资对话上，与会者强调，共同承担责任持续需要全球资源和国内加大对防治的支持，并在联合规划署支持下加强努力，提高效率，降低所有资源流的成本。与会者赞扬联合规划署在动员政治领导、宣传和资源以及扩大艾滋病署捐助方群体方面发挥的促进作用。在此方面，与会者特别指出，核心预算收到了非洲新捐助方的捐款，这些捐助国包括刚果、科特迪瓦和塞内加尔。对话会上还提到，民间社会资源短缺是一个重要关切问题，强调需要通过集体努力帮助查明差距，确保持续动员社会力量防治艾滋病毒。

G. 满足妇女和女孩的具体需求，消除性别不平等以及性别虐待和性别暴力

50. 妇女和女孩继续受到艾滋病毒的严重影响，在全球所有成年人艾滋病毒感染者中，妇女占 52%，在撒哈拉以南非洲，妇女占 57%。2013 年，25 万 15-19 岁青少年新近艾滋病毒感染者中，64%是女孩。在某些情况下，多达 45%的少女报告说，她们的第一次性经历是被迫的。害怕暴力和其他性别不平等指标破坏了妇女和少女保护自己不感染艾滋病毒的能力。

51. 为减少暴力，包括性侵犯制订了政策、法律或条例的国家比例从 2010 年的 38%上升至 2012 年的 77%。收集关于性别暴力和艾滋病毒之间联系数据的国家比例从 2010 年的 1%上升至 2012 年的 27%。2012-2013 年间，通过开发署、妇女署和 68 个国家秘书处提供支持，感染艾滋病毒和受艾滋病毒影响的妇女和女孩的领导力得到了加强；但报告感染艾滋病毒的妇女参与国家艾滋病防治工作正

式规划和审查机制的国家比例从 2010 年的 66% 降至 2012 年的 61%。在许多情况下，对性别问题有敏感认识的政策还未转化为行动，而且需要完善按性别和年龄分列的数据，确保方案拟订和筹资工作有的放矢。为此目的，妇女署和多个合作伙伴牵头商定一套性别平等和防治艾滋病毒方案领域的标准化指标。

52. 联合规划署的性别平等工作遵循的是已在 80 个国家正式启动的《艾滋病署妇女和女童议程》。在这些国家中，76% 的国家报告称制订了包含具体的妇女部分的多部门防治艾滋病毒战略，但只有 38% 的国家称他们在预算中有专门侧重于妇女的部分。在联合规划署的支持下，27 个国家从性别角度对国家艾滋病毒防治工作进行了评估，20 个国家正在进行或准备进行性别评估。2012 年将妇女署增设为联合规划署的共同赞助组织，通过妇女署管理的联合国消除暴力侵害妇女行为信托基金等途径，加强了艾滋病署有效处理这一流行病性别层面的能力。为解决暴力和艾滋病毒问题，该基金每年都支持一系列政府和民间社会举措。

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

53. 艾滋病感染者污名化指数调查发现，很大一部分艾滋病毒感染者在就业、住房和保健等情况下都遭受过羞辱和歧视，给妇女和女童以及易感人群成员造成了沉重的负担。60 多个国家制订了法规，将艾滋病毒传播、感染或不披露定为犯罪行为，若干其他国家根据非专门的艾滋病毒法律也提起过此类起诉。几乎各国都将注射吸毒和性工作的至少某些方面定为犯罪行为；76 个国家将同性性行为列为犯罪行为，其中 7 个国家规定这一行为可以被判处死刑；变性人努力获得与其性别特征相符的合法身份。此类惩罚性法律措施使个人无法获得保健服务，提高了个人处于易感状况的可能性，增加了感染艾滋病毒的风险。

54. 法律和政策框架趋势好坏参半。报告制订了保护艾滋病毒感染者的反歧视法律的国家比例保持稳定(2012 年为 61%)，但若干国家对同性性行为或倡导同性恋者权利实施了新的法律制裁。2012 年，报告有艾滋病毒感染者法律援助制度的国家比例达到 45%。

55. 2013-2014 年，联合规划署仍是全球倡导通过人权方法解决艾滋病问题的主要机构。2012 年，艾滋病署支持了 84 个国家的艾滋病毒和法律环境行动，而且秘书处与艾滋病毒感染者全球网络合作，进一步在 50 多个国家推广污名化指数。联合规划署支持 50 多个国家的法律评估，审议立法草案，支持民间社会团体研究人权问题以及国家利益攸关方的密切接触。许多国家制订了仇视同性恋的法律，联合规划署在当地支持受到了这些举措负面影响的社区，并确保受到此类法律影响的群体能持续获得关键服务。2013 年，劳工组织在联合规划署全面支持下启动了工作场所自愿咨询和检测(VCT@WORK)倡议，以便到 2015 年向 500 万工人提供自愿和保密的艾滋病毒咨询和检测。此外，联合规划署发布了举措指导，以减少羞辱和歧视，在国家对策中增加获得司法救助的机会以及计算人权方案费

用的工具。联合国难民事务高级专员公署(难民署)/粮食署领导的紧急情况下艾滋病毒问题机构间工作队开展了广泛活动，并提倡更多关注艾滋病毒问题和紧急情况。

I. 消除与艾滋病毒有关的入境、停留和居住限制

56. 2011 年 6 月，49 个国家、领土和地区根据艾滋病毒感染者的艾滋病毒状况对他们实行某种形式的入境、逗留和居住限制。自此，10 个国家撤销了此类限制或正式澄清说，他们不适用这种与艾滋病毒有关的旅行限制。2013 年，艾滋病署与 GBCHealth 合作制订了反对与艾滋病毒有关限制的书面承诺，全球 40 多个首席执行官签署了该承诺。联合规划署继续支持大韩民国、摩尔多瓦共和国和蒙古等国审查和取消旅行限制。艾滋病署发起了反对歧视的全球宣传运动，主角为诺贝尔和平奖获得者昂山素季，重点是全世界关注过时且无效的歧视性旅行限制。

J. 消除平行的艾滋病毒防治服务系统，加大对艾滋病防治工作的整合

57. 联合规划署优先重视将防治艾滋病工作纳入更广泛的全球卫生和发展议程。通过规范性指导和技术支助，联合方案已帮助各国将艾滋病规划与其他规划进程统一起来，并将艾滋病毒防治服务与其他服务系统联系起来。

58. 在进行中期审查的国家中，82%的国家报告称正在整合国家艾滋病防治战略，而近一半(48%)国家将艾滋病毒防治规划与其他卫生规划进程联系了起来。一半以上(53%)的国家已加强了艾滋病毒/结核病的结合；70%的国家综合了产前护理中的艾滋病毒检测、咨询和服务；三分之二的国家将艾滋病毒防治工作与性健康和生殖健康服务结合了起来；55%的国家在初级保健服务中纳入了艾滋病毒防治服务；而且越来越多的国家正在将艾滋病毒防治与非传染性疾病服务结合起来。

59. 越来越多的证据证明，现金转移计划可有效预防艾滋病毒感染新病例，这强调必须将艾滋病防治与社会保护联系起来。2014-2015 年期间，联合规划署为涉及社会保护活动拨款 1.97 亿美元，其中包括共同赞助方筹集的资金。2014 年 7 月，艾滋病署方案协调委员会在第 34 次会议上专门用一天专题讨论通过社会保护解决艾滋病毒传染的社会和经济因素战略。为此，方案协调委员会鼓励联合规划署促进在国家一级就消灭艾滋病疫情、极端贫穷和不平等这些相互关联的目标开展对话，并开展艾滋病毒防治和社会保护评估，为国家投资方法提供依据。

四. 2015 年后的艾滋病防治工作：到 2030 年艾滋病疫情将不再构成公共卫生威胁

60. 艾滋病署方案协调委员会第 35 次会议重申其致力于到 2030 年消灭艾滋病这一公共卫生威胁，并吁请会员国倡导把这项目标纳入 2015 年后可持续发展目标。

更新和扩大的 2016-2021 年艾滋病署战略和统一预算、成果和问责制框架旨在使联合规划署尽可能为消除艾滋病做出贡献。

61. 今后的艾滋病防治工作将在一个迅速变化的世界展开。防治工作中的各项优先事项孰轻孰重难以定夺，筹资情况不断变化，而且存在人力资源有限、在资源有限情况下缺乏足够的有形基础设施和技术基础设施，以及污名化、歧视和性别不平等等长期挑战。更新、更有效的抗逆转录病毒药品也比旧药更昂贵，特别是今后几年艾滋病毒感染者越来越需要的二线和三线治疗方案。

62. 消灭艾滋病需要应对措施既最具战略性，又最具可持续性。需要新的伙伴和支持者，同时需要说服决策者不要将目光局限在短期政治优先事项上，而是制订将产生长期健康、发展和经济回报的政策和方案。只有有效满足目前被排斥在外的人的需求，强调应对措施必须以人权和性别平等为基础，才能消灭艾滋病疫情。

63. 大量经验表明，艾滋病不仅仅是一个健康问题。这一点强调迫切需要倡导在整个 2015 年后发展议程中使用对艾滋病毒有敏感认识的办法并与艾滋病防治工作联系起来。联合规划署一直努力确保 2015 年后议程中适当反映艾滋病问题，倡导在性别平等、教育、伙伴关系等不同领域纳入对艾滋病毒问题有敏感认识的指标，确保政策的连贯性和协同行动，解决艾滋病毒、健康不良、贫穷和不平等现象的政治、经济、社会决定因素。例如，联合规划署一直致力于确保艾滋病防治工作是劳工组织国际劳工理事会 2015 年后体面工作议程的一个强有力组成部分。

64. 要想消灭艾滋病，防治措施就必须有效接触到那些目前被抛在后面的人。防治措施未有效满足需求的群体包括少女和青年妇女、囚犯、移徙者、注射毒品者、性工作者、男男性行为者、变性者、感染艾滋病毒的儿童、流离失所者、残疾人以及 50 岁及以上的人。克服阻碍这些群体取得更大进展的因素要求在防治措施中认识到这些人群是到 2030 年消灭艾滋病的天然伙伴，强调迫切需要采用以人为本的办法，让受影响社区更多参与，并发挥领导力。

A. 到 2020 年的快车道

65. 联合规划署牵头的建模发现，今后五年是加速行动，进行前期投资，为消灭艾滋病疫情奠定基础的短暂机会。因此，联合规划署已开始实施一项快车道战略，以便今后 5 年在国家防治方面加速取得进展。在国家层面执行快车道战略需要制订雄心勃勃的目标、增加国内投资，以便扩大重点预防和治疗干预措施，帮助那些被排斥在外的人以及消除扩大方面的社会、法律和其他障碍。最需要更具战略性的有选择办法，侧重将有限资源用于需求最大的地理区域和人群的高影响力干预措施。在协助国家伙伴方将宏伟的 2020 年全球目标转化成国家目标方面，联合规划署正在侧重在几乎占有所有新增艾滋病毒感染 90% 的 28 个中低收入国家加大努力。

66. 宏伟的目标可推动取得进展，加强问责及团结各利益攸关方。除“90-90-90”治疗目标外，联合规划署正在制订艾滋病毒预防和不歧视的互补目标。联合规划署领导的建模显示，到2020年实现“90-90-90”目标和临时预防和非歧视目标，将使得到2030年可有效消灭艾滋病疫情，使其不再成为一个公共卫生威胁，与2010年相比，新增艾滋病毒感染病例将减少89%，艾滋病有关的死亡人数将减少81%。

67. 关键行为方都欣然接受了快车道议程。在2014年世界艾滋病日活动上，来自世界各地的市长签署了一项宣言，承诺通过快车道办法在其所在城市消灭艾滋病，这是这一方法能够取得成功的一个关键承诺，因为大多数艾滋病毒感染者已经住在城市，而且预计到2050年60%以上的世界人口将住在城市。

B. 执行2015年后的艾滋病防治措施：共担责任和全球团结

68. 为给消灭艾滋病毒奠定基础，2020年，低收入国家将需要97亿美元，而中低收入国家将需要87亿美元。2020年，上中等收入国家将需要172亿美元艾滋病防治资金，之后他们的资金需求在2030年将下降至142亿美元。

69. 消灭艾滋病疫情所需动员资源既需要全球资源，也需要国内加大对防治的支持。2014年，艾滋病署依照共担责任、全球团结的原则概述了一项为消灭艾滋病毒筹集必要资金战略。

70. 所有低收入和中等收入国家都需要使国内艾滋病防治资金与国家财富和艾滋病毒负担相一致，对于大多数国家而言，这意味着增加国内防治资金，而且随着国家经济增加进一步增加防治资金。为实现快车道目标，低收入国家将继续需要大量国际支持。虽然艾滋病毒负担很重的中低收入国家仍需要大量外部援助，但这些国家应承担更多国家防治的财政责任。中高收入国家应立即采取步骤，过渡到自筹防治资金，但捐助方捐助资金削减可能导致针对易感人群的至关重要方案资金断流时可能需要特殊安排。

71. 各国需要探讨创新融资机制，为艾滋病毒防治提供可持续、可再生的资金来源，例如征收特别税、国家彩票以及将无人认领资产专门用于艾滋病防治工作。除筹集新资源外，各利益攸关方必须加倍努力，确保所有艾滋病资金的使用达到最佳效果。

72. 为防治工作提供财政支持的所有方面，特别是低收入和中等收入国家，应将艾滋病资金视为将产生巨大保健和经济回报的投资良机。2014年，艾滋病署委托进行的建模发现，为在2030年消灭作为公共卫生威胁的艾滋病疫情而进行的投资每花1美元就会产生15美元的经济收益。

C. 将艾滋病与更广泛的全球卫生和发展联系起来

73. 经济及社会理事会第2013/11号决议认识到从全球艾滋病毒和艾滋病应对中得到的经验教训，包括从联合规划署独特的方法所得到的经验教训，对2015年

后发展议程的价值。该决议还认识到，艾滋病署给联合国在 2015 年后期间加强战略一致、协调和注重成果以及国家一级的影响提供了一个应加以考虑的有益例子。方案协调委员会第 34 和 35 次会议也承认和重申了这些观点。联合规划署采用循证和以权利为基础的办法，立足于人权、平等和可持续性价值观，强调包容性治理和相互问责，为更广泛的发展努力提供了灵感和经验。

74. 西非爆发埃博拉病毒疾病强调，艾滋病防治工作如何能够支持更广泛的卫生问题并与之相联系。联合规划署的经验是进行多部门、多利益攸关方防治，侧重羞辱和歧视构成关键障碍、而且社区行动和动员以及人权方法至关重要的最贫穷和最边缘化人群。联合规划署迅速反应，与联合国埃博拉应急特派团(埃博拉特派团)协调工作。该区域的联合规划署工作人员积极支持埃博拉特派团，艾滋病署其他工作人员被自愿调到了该区域。艾滋病署执行主任和副执行主任访问了该区域，为防治埃博拉提供支持。在多方面活动方面，联合规划署正在埃博拉病毒爆发的背景下为基本的艾滋病毒防治服务提供支持，支持埃博拉特派团中埃博拉防治工作的主要部分。联合规划署还帮助筹备埃博拉疫苗临床试验。

75. 艾滋病防治工作以其他方式促进了更广泛的全球卫生和发展取得进展。例如，在卢旺达，早期扩大艾滋病毒治疗投资加强了卫生系统，使该国能够提供越来越多的保健服务；卢旺达的儿童疫苗接种率已达到 97%，69% 的新生儿是由医疗设施中的临床医生接生的。肯尼亚和其他国家也从艾滋病投资扩大卫生系统中获得了类似福利。

76. 整合到更广泛的全球保健和发展工作也使艾滋病防治工作从中受益。将艾滋病毒纳入其他卫生和社会服务系统加速了服务扩大，改善了成果。艾滋病防治工作还依靠强有力的非保健部门。例如，如果执法和其他司法官员不有效介入，就无法解决侵犯人权问题，也无法帮助那些目前未被涵盖在内的人。如果不与社会保护机构和侧重妇女和家庭的国家部委进行强有力合作，也不能以最佳方式最大限度地降低少女和年轻妇女的风险和脆弱性。

五. 为实现到 2030 年艾滋病疫情将不再构成公共卫生威胁目标的建议

77. 经济及社会理事会不妨考虑采取以下行动：

(a) 赞扬艾滋病署继续提供支助，推动在执行《2011 年关于艾滋病毒/艾滋病问题政治宣言》方面取得进展，实现无新增艾滋病毒感染、无歧视和无艾滋病导致的死亡的全球愿景，包括向各国提供援助，确保及时报告进展情况，并解决记录在案的在防治工作方面的差距；

(b) 认识到面临的到 2030 年消灭艾滋病疫情，使其不再构成公共卫生威胁的历史机遇，同时强调艾滋病疫情还未被消灭，今后五年是加快防治工作，为到

2030 年消灭艾滋病奠定基础的稍逊即逝的机会。应根据流行病学模式将防治工作和资源重点用于受影响最大的地点和人群，同时需要立足于人权和性别平等；让年轻人和受影响最大人群充分参与，确保不落下任何一个人；

(c) 呼吁会员国和联合国联合规划署，继续按照实现“三个无”的共同愿景，在 2015 年后发展议程中明确承诺到 2030 年消灭艾滋病疫情，使其不再构成公共卫生威胁，不再成为总体可持续发展的一个障碍，通过循证干预措施，包括普遍提供艾滋病毒预防、治疗、护理和支助，使得艾滋病不再对任何人群或任何国家构成重大威胁；

(d) 重申经社理事会第 2013/11 号决议，特别是从全球艾滋病防治中得到的经验教训，包括从联合规划署独特的方法中得到的经验教训，对 2015 年后发展议程的价值；还重申联合规划署给联合国在 2015 年后期间根据各国情况及优先事项，加强战略一致、协调和注重成果的重点、包容性治理以及国家一级的影响提供了一个有益例子；

(e) 期待大会于 2016 年召开的艾滋病问题高级别会议，强调会议为进一步推动到 2030 年消灭艾滋病疫情这一雄心勃勃的承诺提供了一个机会；

(f) 注意到需要持续按照共担责任和全球团结的原则弥补艾滋病防治资源缺口；鼓励各国增加国内防治资金；呼吁现有的和新的国际捐助方重申重视和声援防治工作。与此同时，强调需要采取类似行动，通过提高服务效率和效力，消除服务提供方面的障碍，使国家防治工作与记录的流行病学模式相一致，加上稳健投资，确保防治资金得到有效利用。