



大会

Distr.: General  
12 May 2022  
Chinese  
Original: English

## 第七十六届会议

## 议程项目 11

《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

## 解决不平等问题，结束艾滋病大流行

## 秘书长的报告

## 摘要

艾滋病大流行每周造成 13 000 多人死亡，这场危机正在损害实现全球卫生目标的努力。在潜在的不平等限制了获得医疗保健服务的机会、投资不足又使得世界在应对当下和今后大流行方面严重准备不足之际，冠状病毒病(COVID-19)大流行又同时并发。

大会在 2021 年对这一紧急情况采取对策，通过了《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，到 2030 年步入消除艾滋病的轨道》，其中把重点放在不平等问题上。一年后，联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)的数据显示，艾滋病毒感染病例数和艾滋病相关死亡人数的下降速度不足以到 2030 年结束这一大流行病。如果不能实现《宣言》规定的 2025 年目标，在本十年内将会有 770 万人死于艾滋病相关原因。

由于为减缓 COVID-19 病毒传播采取措施以及新的大流行病给卫生系统带来更多的重大压力，艾滋病毒相关的服务受到扰乱。然而，在 COVID-19 的挑战面前，许多国家积极地加快提供有区别的服务，包括基于社区和社区主导的服务。必须保持这一势头，并把消除获得服务的社会障碍以及增强最需要服务的社区的权能作为优先事项。根据地点和背景，这些人口包括妇女和女童、男同性恋和其他男男性行为者、跨性别者、性工作者、吸毒者、囚犯、移民、难民和其他流离



失所者。在几乎所有区域，一个共同的资源缺口是为艾滋病毒感染风险较高的关键人群提供的预防艾滋病毒资金。

2021 年《政治宣言》中提出的“10-10-10”社会推进手段的具体目标表明，迫切需要消除这些人群面临的社会障碍。在艾滋病防治工作的这一基本支柱方面，进展速度缓慢。在大多数国家，不利于关键人群和艾滋病毒感染者的刑法继续限制其获得的服务。与艾滋病毒有关的污名化、歧视和暴力行为仍然高得惊人，两性不平等继续剥夺了妇女和女童的基本人权。

敦促会员国针对那些导致实现全球目标进展放缓的挑战采取紧急行动，并考虑本报告中的以下建议：(a) 艾滋病毒预防和社会促进因素；(b) 社区主导的应对措施；(c) 公平获得药品、疫苗和医疗保健技术；(d) 为艾滋病防治工作和更广泛的大流行病预防、防范和应对工作提供可持续资金；(e) 以人为本的数据系统；(f) 加强全球伙伴关系。

## 一. 在到 2030 年消除艾滋病方面限制进展的不平等因素<sup>1</sup>

1. 艾滋病大流行每周造成 13 000 多人死亡，有损于在实现全球卫生目标和可持续发展目标方面的努力。在 2020 年，据估有 150 万个新的艾滋病毒感染病例，有 68 万人死于与艾滋病有关的原因。
2. 世界各国未能消除公平获得医疗保健服务的潜在障碍，世界在应对当下和今后大流行方面仍然严重准备不足和资源不足，而在此关头，又并发了冠状病毒病 (COVID-19) 大流行。
3. 2021 年 6 月 8 日至 10 日举行的大会艾滋病毒和艾滋病问题高级别会议详细审视了在应对这两大流行病方面的成功、挑战和经验教训。大会通过了《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，到 2030 年步入消除艾滋病的轨道》。这项富于胆识的宣言使联合国会员国承诺采取紧急和变革性行动，结束社会、经济、种族和性别不平等以及限制性和歧视性法律、政策和做法、污名化以及多重和交叉形式的歧视，并实现将每年新感染艾滋病毒人数减少到 370 000 人以下的目标，到 2025 年，每年与艾滋病有关的死亡人数降至 250 000 人以下。
4. 《宣言》对不平等问题的关注与《我们的共同议程》是一致的，即采取包容各方、基于权利的方法来阻止 COVID-19 和其他大流行病，加强对最弱势群体的社会保护，并通过行动十年实现可持续发展目标。
5. 《宣言》通过一年后，联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)的数据显示，艾滋病毒感染病例数和与艾滋病有关的死亡人数的下降速度不够快。全球成年人每年新感染人数基本保持稳定，2010 年至 2020 年间新感染病例总数仅下降 31%。2010 年至 2020 年，与艾滋病有关的死亡人数下降 47% (见图一)。
6. 进展情况的地理分布并不平衡。受影响最严重的地区——撒哈拉以南非洲和加勒比——自 2010 年以来减少幅度最大，其次是亚洲和太平洋、西欧和中欧以及北美。相比之下，拉丁美洲、中东和北非在过去十年中几乎没有取得进展，东欧和中亚的艾滋病毒感染病例和与艾滋病有关的死亡人数急剧上升。
7. 各国内部不同人群之间的进展情况也不均衡。城市地区的艾滋病毒流行率普遍较高，而农村地区艾滋病毒服务的可得性则普遍较低，这凸显了细化数据收集对于确定各国国内服务覆盖差距的重要性。
8. 性别不平等和性别暴力加剧了妇女和女童感染艾滋病毒的风险，少女和年轻妇女尤其受到影响。在撒哈拉以南非洲，2020 年每 10 个新的艾滋病毒感染者中有 6 个以上是妇女和女童，少女和年轻妇女(15 至 24 岁)虽然只占人口的 10%，但她们占 2020 年艾滋病毒感染者的 25%。

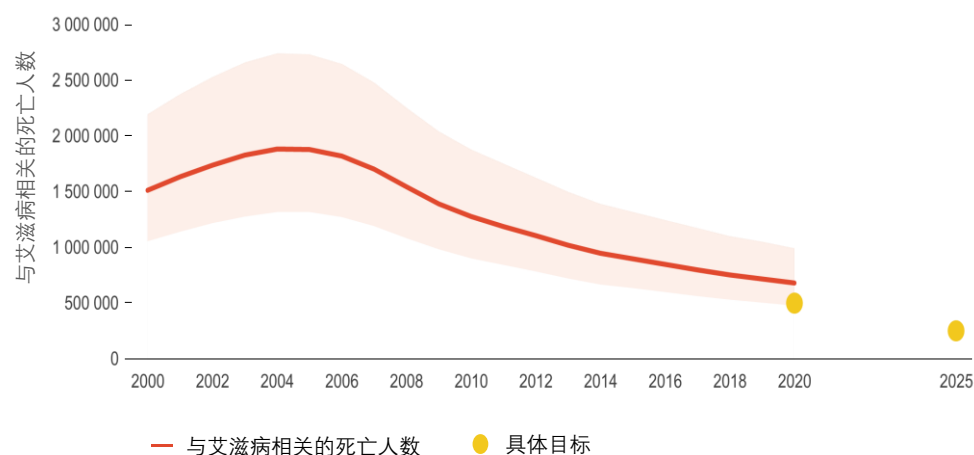
<sup>1</sup> 除非另有说明，所提供的数据是联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(联合国艾滋病规划署)的估计数和通过其年度全球艾滋病监测工作向联合国艾滋病规划署报告的国家数据。

9. 重点人群(包括性工作者、注射毒品者、囚犯、跨性别者、男同性恋和其他男男性行为者)由于他们在社会中的边缘化地位、他们所遭受的歧视和暴力以及旨在惩罚他们的法律、政策和做法,他们在艾滋病毒感染和其他危及生命的感染方面面临更高风险。

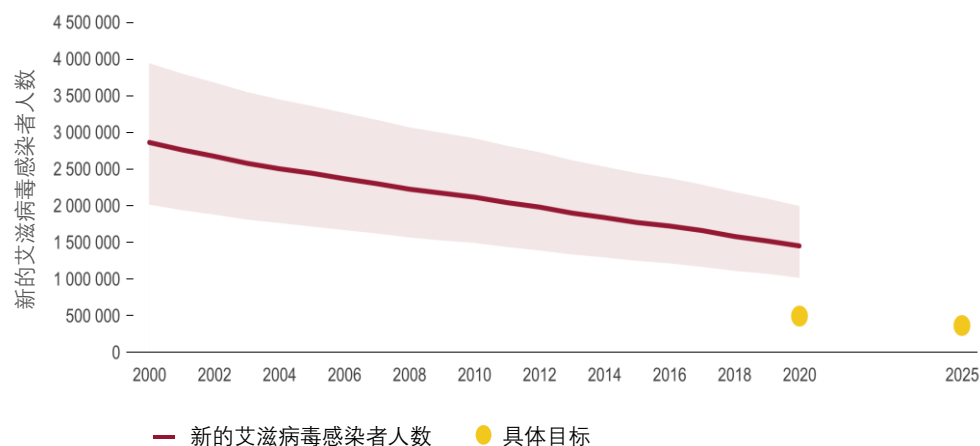
图一

2000-2020 年全球艾滋病毒新感染病例数和艾滋病相关死亡人数以及 2020 年和 2025 年具体目标

### 艾滋病相关死亡



### 艾滋病毒感染



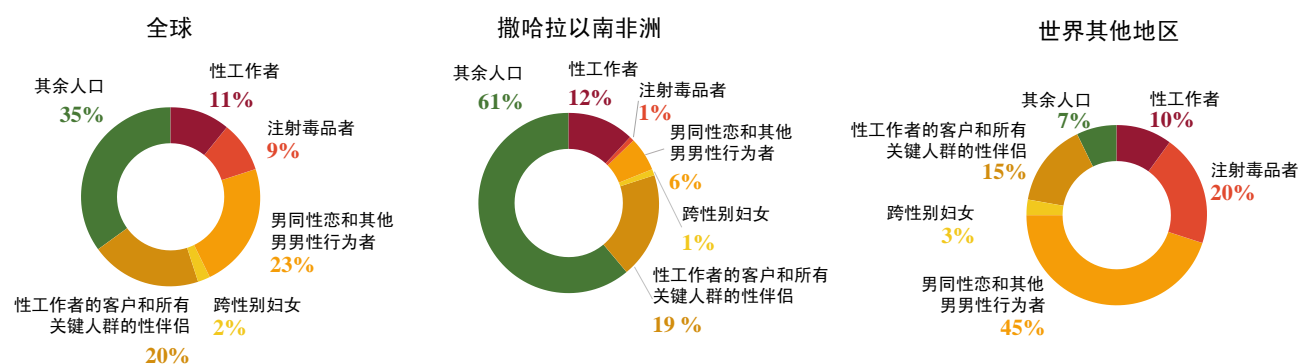
资料来源: 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署 2021 年流行病学估计。

10. 注射毒品者感染艾滋病毒的风险比不注射毒品者高 35 倍；跨性别妇女感染艾滋病毒的风险比其他成年人高 34 倍；女性工作者感染艾滋病毒的风险比其他成年妇女高 26 倍；男同性恋者和其他男男性行为者感染艾滋病毒的风险比异性恋成年男性高 25 倍。总体而言，关键人群及其性伴侣占 2020 年全世界艾滋病毒感染病例的 65%，占撒哈拉以南非洲以外感染病例的 93% (见图二)。

11. 社会障碍和结构性障碍阻碍了这些受影响严重的人群获得他们保护自己健康所需的服务。若要实现 2025 年全球具体目标，改变目前的感染和死亡人数轨迹，就必须消除这些障碍。如果不能做到这一点，在本十年内将导致 770 万与艾滋病有关的死亡。

图二

2020 年按人口分列的艾滋病毒感染者分布情况



资料来源：联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署特别分析，2021 年。

## 二. 扩大艾滋病服务覆盖面

12. 艾滋病大流行应对措施具有多部门性质，与加强医疗卫生系统和其他公共服务、应对 COVID-19、防范未来大流行病和实现大多数可持续发展目标的工作有密切关联。

### A. 艾滋病检测和治疗

13. 在过去 20 年里，艾滋病毒检测和治疗的全球推广避免了约 1 660 万与艾滋病有关的死亡。至少有 19 个国家取得的进展与 2020 年艾滋病毒检测和治疗目标保持一致。<sup>2</sup> 这些不同的国家表明，可以在不同的文化、社会经济发展水平和流行病环境中实现雄心勃勃的目标。

<sup>2</sup> 以下国家向联合国艾滋病规划署报告说，到 2020 年底，它们已经为本国至少 73% 艾滋病毒感染者抑制了病毒载量：博茨瓦纳、布隆迪、柬埔寨、克罗地亚、斯威士兰、肯尼亚、莱索托、马拉维、纳米比亚、挪威、卡塔尔、卢旺达、斯洛文尼亚、瑞士、泰国、乌干达、乌拉圭、赞比亚和津巴布韦。

14. 会员国在 2021 年《政治宣言》中承诺，到 2025 年在所有人口、群体和地理环境中实现“95-95-95”的检测、治疗和病毒抑制目标，包括在儿童和青少年中。<sup>3</sup>

15. 2020 年底，在所有国家，全球 3 770 万艾滋病病毒感染者中估计有 84% 知道自己的艾滋病病毒状况，知道自己艾滋病病毒状况的艾滋病病毒感染者中有 87% 正在接受抗逆转录病毒治疗，接受治疗的人中有 90% 抑制了病毒。在 2021 年 6 月底，全球有 2 820 万艾滋病病毒感染者在接受治疗。

16. 在弱势和边缘化人群以及不太可能获得医疗保健服务的人群中，检测和治疗方面的差距往往更大。在儿童、青年、男子和感染艾滋病病毒的关键人群中，这些差距尤其明显。

## B. 在母亲和儿童中消除艾滋病

17. 在 2010 年至 2020 年期间，由于在产前背景下提供艾滋病病毒检测，并在感染艾滋病病毒的孕妇分娩前通过抗逆转录病毒疗法实现病毒抑制，这些努力大幅改善了感染艾滋病病毒的母亲的健康状况，并将儿童的艾滋病病毒感染率降低一半以上(54%)。

18. 在感染艾滋病病毒的孕妇中，艾滋病病毒检测和治疗覆盖率高于全球平均水平。2020 年，全球估计有 85% 的人正在接受抗逆转录病毒治疗，以防止垂直传播并保持健康。然而，在西部和中部非洲的许多国家，治疗差距仍然很大——在感染艾滋病病毒却没有接受抗逆转录病毒治疗的孕妇中，超过一半(57%)的人居住在这里。不符合标准的公共卫生系统、持续征收基本医疗卫生服务费以及持续的污名化和歧视(包括自我污名化)，特别是对关键人群的污名化和歧视，是这些妇女遇到的主要障碍。

19. 2020 年，撒哈拉以南非洲的六个国家占感染艾滋病病毒儿童的近三分之二。需要在几个方面进行改进，消除儿童中的艾滋病病毒垂直传播。产前护理和艾滋病病毒综合服务必须是可负担、可获得、欢迎人们前来和适合的，特别是对来自关键人群的少女和妇女来说，她们被污名化、边缘化并受到歧视；这些服务必须确保感染艾滋病病毒的妇女不会受到强迫绝育或堕胎。各个方案还需要更好地支持所有不知道自己艾滋病病毒状况的孕妇和哺乳期妇女接受检测，而且如检测结果呈阳性，则迅速开始治疗。那些放弃治疗的艾滋病病毒感染者需要得到支持，以重新开始治疗。

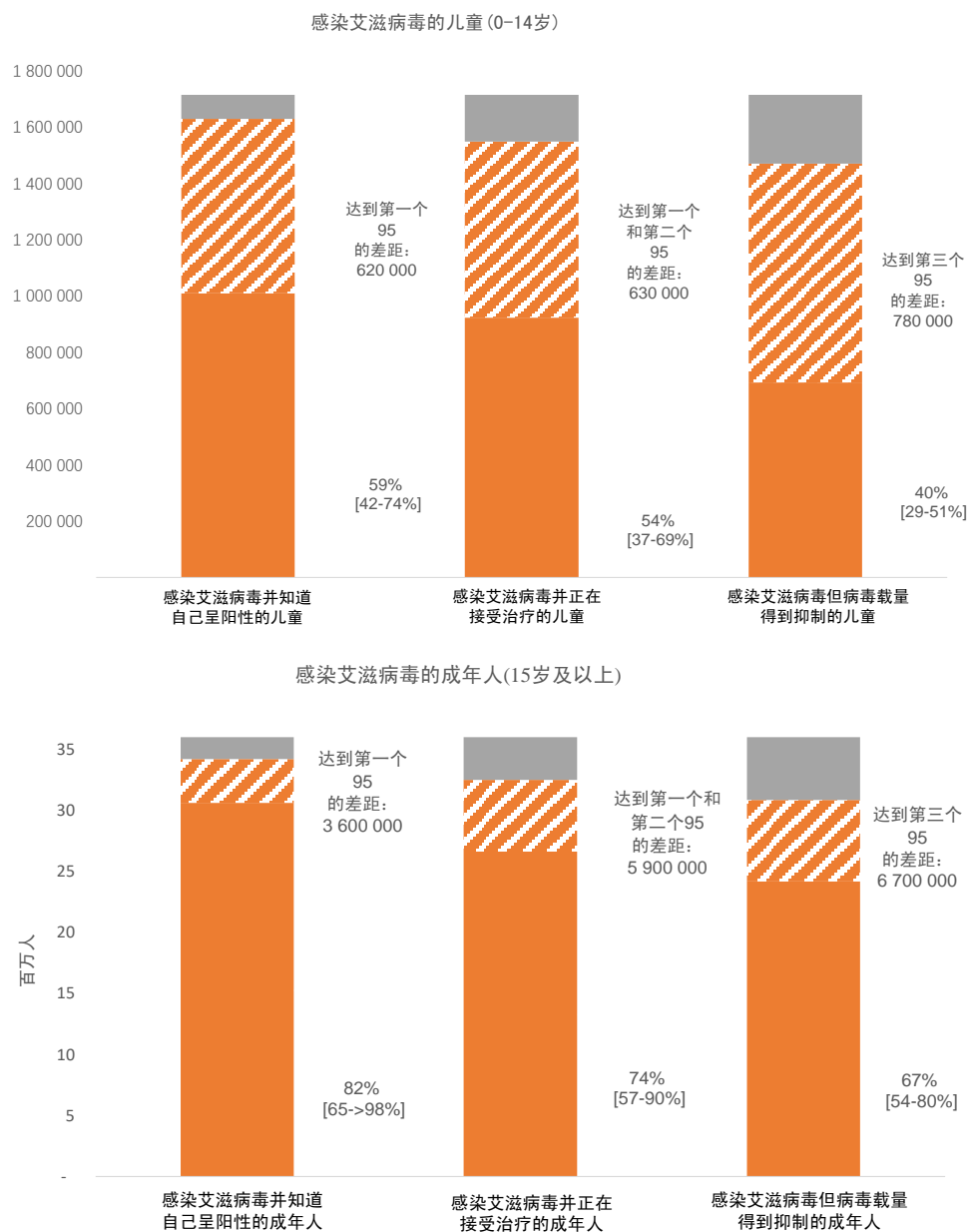
20. 在对接触艾滋病病毒的婴儿和儿童进行检测方面存在差距，使五分之二以上感染艾滋病病毒的儿童没有得到诊断。2020 年，全世界 170 万名感染艾滋病病毒的儿童中几乎有一半(46%)没有接受抗逆转录病毒治疗(见图三)，而且自 2019 年以来，全球接受治疗的儿童人数有所下降。

<sup>3</sup> “95-95-95”目标是指：95%的艾滋病病毒感染者知道自己的艾滋病病毒状况，95%的人正在接受治疗，95%接受治疗的人的病毒载量得到抑制。完全实现这些目标相当于所有艾滋病病毒感染者中有 86% 的人的病毒载量得到抑制。

21. 这些儿童中近三分之二的人为 5 至 14 岁：这些儿童在免疫系统变弱和生病之前往往不知道自己的艾滋病毒阳性状态。最大的儿科治疗挑战是找到那些在出生时或哺乳期没有被诊断出来的儿童，并为其提供治疗。扩大基于权利的指数、家庭检测和自我检测，以及将艾滋病毒筛查与其他儿童医疗保健服务相结合，可有助于缩小这一差距。

图三

2020 年全球艾滋病毒检测和治疗级联情况的儿童与成人相比



### C. 艾滋病毒综合预防

22. 事实证明，在各种流行病和文化环境中，根据高感染风险人群的需要，将有实证依据的艾滋病毒预防选项结合起来是有效的。在存在流行病和拥有资源的国

家，包括布基纳法索、斯威士兰、尼泊尔、荷兰、泰国、越南和津巴布韦，正在成功地明显减少新的艾滋病毒感染。然而，有太多的国家在采用这一方法时没有达到足够的规模或强度。在艾滋病毒感染率趋稳或继续上升的国家，更普遍地存在社会障碍，如惩罚性法律、性别不平等和侵犯人权。

23. 关键人群获得艾滋病毒预防服务的情况不平衡，或者完全没有。例如，为注射毒品者提供的减少伤害服务很少达到有意义的规模，也没有为这些服务所有惠及的特定群体进行充分调整。同样，为跨性别者、男同性恋和其他男男性行为者提供的预防方案的覆盖率仍然普遍很低，包括在许多高收入国家。

24. 在东部和南部非洲，预防方案在性工作者中的覆盖率仍然很低，在最后一次较高风险的性行为中，安全套的使用低于在有偿性行为中大幅度减少艾滋病毒传播所需的水平。除中东和北非外，所有其他地区的性工作者在有偿性行为中使用安全套的水平都要高得多。尽管监狱和其他封闭环境中的人感染艾滋病毒和其他传染病的风险较高，但他们往往没有得到艾滋病毒防治服务。

25. 男用和女用安全套和润滑剂对艾滋病毒、性传播感染和意外怀孕提供了非常高的保护。自 1990 年以来，通过使用安全套已经避免了约 1.17 亿例艾滋病毒感染。

26. 然而，事实证明，所有人群中都难以做到在有风险的性行为中坚持使用安全套。对妇女性行为的男尊女卑观念限制了妇女获得安全套和其他性健康和生殖健康服务的机会。许多国家的妇女需要更多的能动性和支持来协商持续使用安全套。针对性工作的惩罚性法律会影响性工作者携带安全套和协商使用安全套的能力。

27. 抗逆转录病毒药物在预防艾滋病毒方面发挥重要作用。非常有效的做法是，为所有艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，并实施一种接触前预防和接触后预防与其他预防干预措施相结合的战略。使用世界卫生组织推荐的治疗方案、病毒载量监测和支持持续治疗的服务，有助于使个人的病毒载量降至检测不到的水平，防止之后的性传播。

28. 对感染艾滋病毒的高风险人群而言，接触前预防是艾滋病毒预防的一个宝贵的额外选择。近年来，尽管 COVID-19 大流行带来了挑战，但接触前预防在全球的接受率仍在缓慢扩大。国家数据显示，2020 年至少 54 个国家的约 84.5 万人接受了接触前预防，自 2019 年以来增长了 43%，自 2018 年以来增长了 182%。这一趋势反映了对这一艾滋病毒预防选项的强烈需求，让人们乐观地期望，新的长效、接触前预防配方和阴道环将被许多人高度接受而且更加方便。

29. 然而，接触前预防的大部分推广仍然高度集中在少数国家。2020 年，使用这一预防选项的总人数仅占 2025 年面临重大感染风险的 1 000 万人目标的 8%。更多的国家必须动员其卫生系统，以期提供信息，并确保在人们选择接触前预防作为一种预防方法时获得接触前预防。除在诊所环境下，还必须在卫生设施外提供此类服务，包括利用虚拟选项为客户初次配药、再次配药和检查，并尽可能通过社区交付和多月配药的方式分散接触前预防药物的配药。



30. 在艾滋病毒高发而男性包皮环切手术率低的地区，男性自愿医疗包皮环切手术可以大大有助于艾滋病毒预防。尽管如此，2020 年，15 个高优先级国家中采取这种选项的人数急剧下降，主要原因是 COVID-19 大流行造成服务中断。2020 年约有 280 万男孩和男人自愿接受了男性包皮环切手术，而 2019 年为 410 万。

31. 需要为男性自愿医疗包皮环切手术方案重新注入活力，以 15 个高优先级国家中实现 90% 的青少年男孩和男子到 2025 年接受这一选择性手术的目标。在包皮环切术流行率低而艾滋病毒感染问题负担高的地区，这种服务的重点应该是有较高艾滋病毒感染风险的 15 岁及以上性活跃青少年和成年男子。在性行为活跃的男性接受包皮环切术已经很普遍的地区，需要重点维持和扩大对 15 岁以上青少年男孩的服务，以保持高覆盖率。

32. 大会承诺确保到 2025 年满足 95% 育龄妇女和女童的艾滋病毒和性健康及生殖健康服务需求，但目前只有极少数中低收入国家能够达到这一目标。

33. 计划生育服务是性健康和生殖健康及生殖权利的重要组成部分，但这些服务的提供情况差别很大。在有 2015 年至 2020 年数据的 32 个国家中，在 15 至 49 岁的妇女中，用现代方法满足其计划生育需求的比例从 6% 到 87% 不等。如果妇女生活在城市地区而不是农村地区(在 32 个国家中的 19 个)，或者如果她们受过中等或高等教育而不是没有受过任何正规教育或只受过初等教育(在 32 个国家中的 21 个)，她们的计划生育需求更可能通过现代方法得到满足。较年长妇女的这一比例也往往高于较年轻妇女，财富最高五分位数的妇女也高于财富最低五分位数的妇女。

#### D. 全面性教育

34. 2020 年，年轻人，包括关键人群中的年轻人，占艾滋病毒感染者的 27%，而他们只占全球人口的 16%。许多国家的年轻人没有足够的机会获得优质和适龄的全面性教育，这使他们容易受到关于性和性行为的神话和错误信息的影响。

35. 在促进性别平等方面具有变革性、适龄、适合不同文化的全面性教育是青少年和青年预防艾滋病毒感染和性传播疾病的关键组成部分。全面性教育在促进年轻人的健康、福祉和批判性思维能力以及加强负责任的公民意识方面发挥重要作用。它还在防止性别暴力、扩大避孕措施的使用、减少性伴侣数量以及推迟初次性交方面发挥作用。无论是否获得了正规教育，得到全面性教育的人有能力为自己的决定和行为负责，以及为他们的行为可能影响他人的方式负责。

36. 根据联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)牵头对多个来源的国家数据进行的最新分析，在接受调查的 155 个国家中，有 132 个国家(85%)制定了与性教育有关的支持性政策或法律，其中表示已制定政策规定在中等教育阶段提供性教育的国家远远多于在小学阶段提供性教育的国家。<sup>4</sup> 然而，政策和法律框架的存在并不总是等同于提供了基于证据的全面内容或进行了强有力的实施。更深入

<sup>4</sup> 联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)等，《全面性教育之旅：全球状况报告》(2021 年，巴黎)。

的分析表明，全面的性教育课程往往缺乏使性教育有效和相关所需要的主题广度。调查显示，学生们经常觉得他们太晚获得信息，希望性教育能在其学校教育的更早节点开始。

## E. 整合

37. 在 2021 年《政治宣言》中，各国政府承诺加快将艾滋病毒防治服务与结核病、病毒性肝炎、性传播感染、非传染性疾病和精神健康状况的服务相结合。他们还承诺确保在全民健康覆盖的一揽子服务中纳入对艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者和受艾滋病毒影响者的艾滋病毒防治服务，并将艾滋病毒应对措施纳入强大、有适应力的社会保护体系。

38. 公平、高质量和可负担性是全民健康覆盖的基石之一。应加强卫生系统的关键职能，特别是在初级医疗保健一级，以支持有效的艾滋病毒防治服务交付，包括提供优质药品和其他保健商品、技术和创新。

39. 在一些领域，整合工作进展顺利。例如，艾滋病毒治疗与结核病筛查、诊断、治疗和预防之间的联系得到加强。

40. 2018 年 9 月 26 日在纽约举行的大会有史以来第一次防治结核病问题高级别会议上，会员国承诺到 2022 年为至少 3 000 万人(包括 600 万艾滋病毒感染者)提供结核病预防治疗。在十年来服务扩大和艾滋病毒感染者中因结核病死亡的人数下降的基础上，在 2018 至 2019 年取得了实质性进展。然而，2020 年与 COVID-19 相关的服务中断，与此同时，与结核病相关的死亡人数与 2019 年相比有所增加。结核病仍然是艾滋病毒感染者的主要死亡原因。

41. 宫颈癌是在感染艾滋病毒的妇女中常见的癌症。它通常是由人类乳头瘤病毒感染引起的，这是一种可预防的感染，但免疫系统受损的人很难清除。感染艾滋病毒的妇女持续感染人类乳头瘤病毒的风险很高，这使她们患侵入性宫颈癌的风险高出六倍。接种人乳头瘤病毒疫苗和宫颈癌筛查，然后对癌前病变进行适当控制，是极具成本效益的措施。截至 2020 年 6 月，只有 41% 的中低收入国家在全国或全国部分地区提供这种疫苗接种。<sup>5</sup>

42. COVID-19 大流行突出表明，强有力的社会保护制度对减轻大流行病的影响极为重要。对艾滋病毒有敏感认识的社会保护通过减少经济负担和其他障碍，增加了对艾滋病毒预防、治疗和护理服务的使用。2021 年《政治宣言》要求，到 2025 年，45% 的感染艾滋病毒、有感染艾滋病毒风险和受艾滋病毒影响的人群能够获得社会保护。然而，目前很少有国家能确保随时获得这种社会保护。

## F. 可持续筹资

43. 对中低收入国家的艾滋病毒应对措施投资不足是未能实现 2020 年全球目标的主要原因。资源分配数据的趋势显示，国内和国际资金流都危险地停滞不前(见

<sup>5</sup> Laia Bruni and others, “HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019”, *Preventive Medicine*, vol. 144 (2021 年 3 月)。

图四)，而目前对卫生投资能力的预测是悲观的。大会呼吁，对中低收入国家的艾滋病应对措施的投资到 2025 年应达到 290 亿美元。在 2021 年，只提供了 215 亿美元(按 2019 年美元价值计算)。

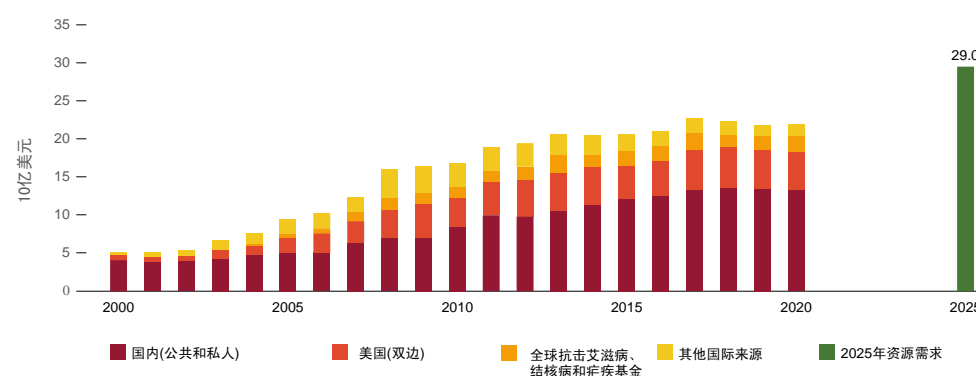
44. 资源分配因地区而异。东欧和中亚、中东和北非以及亚洲和太平洋地区的差距特别大。相比之下，2020 年，东部和南部非洲以及拉丁美洲的可用艾滋病毒资源达到甚至超过了那些地区的总资源需求。那些投资产生的影响各不相同，因为有相当一部分没有分配给面临最大差距的方案领域或人群。

45. 在几乎所有地区，一个共同资源缺口是为感染艾滋病毒风险较高的关键人群预防艾滋病毒提供的资金。2021 年《政治宣言》还承诺加大对社会促进因素的投资，包括消除限制性和歧视性法律和政策，消除污名化和歧视，提供司法救助，确保性别平等。到 2025 年，这些投资必须在中低收入国家增加到 31 亿美元。

图四

中低收入国家用于防治艾滋病毒的资源可用性，2000-2020 年和 2025 年目标

(10 亿美元)



资料来源：联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署 2021 年的财务估计和预测。可查阅：  
<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>。

说明：资源估计数以 2019 年不变美元计算。所包括的国家是那些在 2020 年被世界银行列为中低收入国家的国家。

46. 在过去 20 年里，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金为中低收入国家的艾滋病毒、结核病和疟疾防治工作投资了 530 多亿美元，极大地促进了这三种疾病的综合死亡率的急剧下降。通过《总统艾滋病紧急救援计划》，美国已为全球艾滋病应对措施投资近 1 000 亿美元，加速了 50 多个国家在控制流行病方面的进展。

47. 自 2010 年以来，来自其他国际捐助方的付款减少了约一半。2022 年，全球基金将进入关键的第七个充资周期，届时必须为 2023-2025 年期间承付至少 180 亿美元的资源。

48. 如不增加国内投资和国际捐助方承诺，就不可能终结艾滋病。通过解决逃税问题、颁布累进税制改革、取消债务和重新分配特别提款权，可以为艾滋病毒防治、大流行病对策、卫生部门和实现更广泛的可持续发展目标调动更多财政资源空间。

### 三. 冠状病毒病和艾滋病毒

#### A. 与冠状病毒病有关的影响

49. 到 COVID-19 大流行来袭时，到 2030 年结束艾滋病大流行的努力已经进展得太慢。为减缓 COVID-19 病毒的传播而采取的措施以及给卫生系统带来的额外压力扰乱了艾滋病毒预防、检测和治疗服务、就学、预防暴力方案以及为解决导致健康结果不平等的其他努力。撒哈拉以南非洲地区 COVID-19 疫苗接种缓慢推出，延长了大流行病对该地区的经济影响，增加了主权债务，扩大了经济差距，并对当前和未来投资于健康和艾滋病防治的能力产生负面影响。

50. COVID-19 大流行目前对艾滋病毒方案造成的损害因国家而异。已有证据显示，2020 年，在向艾滋病规划署报告此类数据的 50 个国家中，有 40 个国家的艾滋病毒诊断率下降，开始治疗的人减少。最大的干扰发生在 2020 年的上半年，当时许多国家处于第一次封锁状态。2020 年 1 月至 6 月，全球接受抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者人数仅增加 1.9%，而 2019 年 1 月至 6 月为 6.3%。

51. 2020 年，在接受调查的 130 个国家中，有近三分之二(65%)的国家中断了对吸毒者的减少伤害服务。<sup>6</sup> 在 15 个自愿医疗包皮环切术的高优先级国家中，许多国家完全中止了该手术。

52. COVID-19 大流行逆转了多年来在提供基本结核病和艾滋病毒防治服务以及在减少结核病负担方面取得的进展。在封锁的同时，全球被新诊断为结核病的人数并上报本国政府的人数大幅下降，从 2019 年的 710 万下降到 2020 年的 580 万。获得结核病诊断和治疗的机会减少，导致艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数增加，从 2019 年的 209 000 人增加到 2020 年的 214 000 人。<sup>7</sup>

53. 封锁和与 COVID-19 有关的供应链中断也影响了性健康和生殖健康用品的制造和分配，其中包括男用和女用安全套、口服和注射避孕药以及生殖健康用品包。<sup>8</sup>

54. 在 COVID-19 大流行的前几个月，接触前预防方案受到严重影响但迅速反弹，在 2020 日历年期间，在中低收入国家平均扩大了规模，然后在 2021 年继续实现快速增长，特别是在撒哈拉以南非洲和亚洲。<sup>9</sup>

55. COVID-19 大流行还加剧了不平等现象，事实证明这些现象已限制了获得艾滋病毒防治服务的机会。例如，疫情正在侵蚀在实现性别平等方面的成果。在疫情期间，妇女的就业和收入损失更大，她们的无偿护理负担也在增加。联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)在 58 个国家就 COVID-19 大流行的社会经济影响进行的快速性别评估调查发现，自 COVID-19 大流行开始以来，暴力侵

<sup>6</sup> 世界卫生组织(WHO)，《COVID-19 对精神、神经和药物使用服务的影响：快速评估的结果》(2020 年，日内瓦)。

<sup>7</sup> 世界卫生组织，《2021 年全球结核病报告》(2021 年，日内瓦)。

<sup>8</sup> 联合国人口基金，《供应警报：驾驭持续的供应链中断》，2021 年 5 月 19 日。

<sup>9</sup> 数据来自《总统艾滋病紧急救援计划》全景聚焦网站(<https://data.pepfar.gov>)。

害妇女行为有所增加，四分之一的受访者表示，家庭冲突更加频繁，十分之七的人表示，伴侣的口头或身体虐待更为普遍。<sup>10</sup>

56. 对世界上大多数儿童来说，学校教育也在某个节点被中断。长期停课加深了现有的教育差距，较贫穷的国家往往停课时间更长，女童、年龄较小的学生和社会经济条件差的学生在学习方面损失更大。<sup>11</sup> 根据估计，与大流行病之前相比，到 2021 年底将另有 1 亿儿童生活在多层面贫困中。<sup>12</sup>

57. 随着收入的急剧下降和粮食价格上涨，粮食不安全正在加剧，这对艾滋病毒感染者的健康结果产生负面影响，并与妇女中有更多的感染艾滋病毒风险行为相关有关。在许多国家，由于整个就业部门被关闭，暂时扩大了社会保护，但许多最贫穷和最脆弱的人没有获得援助。性工作者、跨性别者和男同性恋者及其他男男性行为者网络表示，他们很难获得这些社会保护服务。

58. 研究表明，艾滋病毒感染者发生与 COVID-19 有关的发病率和死亡率的风险升高了。还有证据表明，如果艾滋病毒感染者和其他免疫系统受损的人没有接种疫苗，也没有接受他们的病情所需的治疗，他们就很难从体内清除 COVID-19 病毒。

## B. 迎接冠状病毒病的挑战

59. 在许多地方，由 COVID-19 大流行引起的动荡唤起了创造性和复原力，这已成为艾滋病毒应对措施的标志。那些资源充足、愿意适应并立足于强有力社区参与的方案往往是应对能力最强的。

60. 由于与 COVID-19 有关的行动限制，有必要加快为艾滋病毒感染者发放多月抗逆转录病毒药物和为阿片类药物依赖者提供替代治疗。这种做法使人们能够在服务中断的情况下继续服用药物。

61. 通过区分服务提供方式，最主要的是社区主导的服务，保留了艾滋病毒治疗和其他关键服务。建立了社区取药计划和站点，安排了送药上门服务，并将治疗支持转移到远程医疗保健和虚拟平台。到 2020 年底，大多数艾滋病毒检测和治疗方案已经从 COVID-19 的中断中恢复过来。

62. 一个大规模的实例来自博茨瓦纳、斯威士兰、纳米比亚、卢旺达、乌干达、赞比亚和津巴布韦，这些国家的艾滋病项目在《总统艾滋病紧急救援计划》的支持下，在服务方面实现了关键转变。在 COVID-19 限制实施后，为超过 180 万人提供服务的各个地点开始在社区设施提供抗逆转录病毒药物的再次配药，并配给

<sup>10</sup> Ramya Emandi and others, *Measuring the Shadow Pandemic: Violence against Women during COVID-19* (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2021).

<sup>11</sup> 联合国儿童基金会(儿基会)、教科文组织和世界银行，我们在恢复教育方面的情况如何？(2022 年，教科文组织)。

<sup>12</sup> 儿基会和救助儿童会，《COVID-19 对贫困儿童的影响：技术说明》，2021 年 12 月。

更多药物以覆盖更长的治疗期(通常是 6 个月)。与大流行前的水平相比,这 7 个国家中有 6 个国家作出这些调整,减少了中断治疗的病人比例。<sup>13</sup>

#### 四. 通过社会促进因素、公平融资和获取、社区领导力和以人为本的数据,结束不平等现象

##### A. 不平等现象是进展不平衡的核心因素

63. 绩效最好的艾滋病应对措施表明,艾滋病毒预防、检测和治疗服务覆盖率如果达到极高水平,就可以大幅降低艾滋病毒感染和与艾滋病有关的发病率和死亡率。反之,服务覆盖方面的差距使得这一流行病长期存在。在经常面临污名化、歧视、性别不平等、暴力、刑罪化和不公正的人群中,这些差距最为严重。根据不同的地方和背景,这些人群包括妇女和女童、男同性恋和其他男男性行为者、跨性别者、性工作者、吸毒者、囚犯、移民、难民和其他流离失所者。

64. 2021 年《政治宣言》的三个“10-10-10”社会促进因素目标表明,迫切需要消除艾滋病毒防治服务的社会和结构性障碍。前两个社会促进因素目标要求各国承诺:(a) 将妇女、女童、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中经历基于性别的不平等以及性暴力和性别暴力的人数减少到不超过 10%;(b) 确保低于 10%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经历污名化和歧视。

65. 第三个目标是,低于 10%的国家不公平地针对艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者和艾滋病毒感染受影响者制定限制性法律和政策框架,包括最低法定同意年龄法和与艾滋病毒不披露、接触和传播有关的法律,以及那些规定与艾滋病毒有关的旅行限制和强制检测,并导致拒绝服务或限制获得服务的法律。这相当于联合国 193 个会员国中的 20 个或更少的国家。目前将同性性关系、性工作、持有和使用毒品以及艾滋病毒接触、不披露和传播刑罪化的国家远多于此(见图五)。

##### B. 为艾滋病毒防治服务的提供制定有利的法律和政策框架

66. 对关键人群的刑罪化与实现艾滋病毒目标的进展较差有关。在同性性关系、性工作和使用毒品被刑罪化的地方,艾滋病毒感染者对艾滋病毒感染状况的了解和病毒抑制水平明显低于选择不将其刑罪化的国家。相反,通过促进非歧视的法律、人权机构的存在和对性别暴力的应对措施与上述防治艾滋病毒成果之间存在正相关。<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Neha Mehta and others, “Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020”, abstract 2641 of the presentation during the International AIDS Society Conference, 2021 年 7 月 18 日至 21 日。

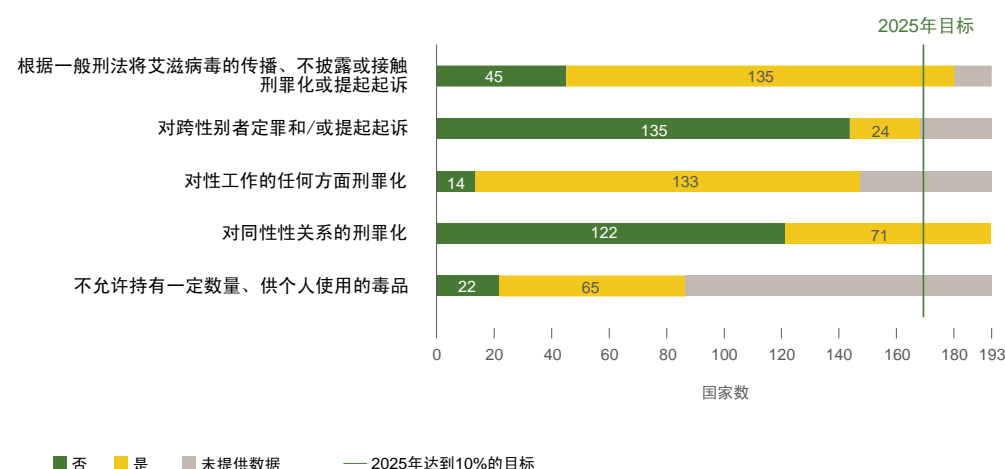
<sup>14</sup> Matthew M. Kavanagh and others, “Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response?”, *BMJ Global Health*, vol. 6, No. 8 (2021).

67. 调查结果进一步印证了艾滋病毒和法律问题全球委员会的建议，即各国应运用公共卫生和人权原则，取消或改革那些阻止人们获得和使用他们所需的艾滋病毒防治服务和医疗保健服务的法律和政策。

68. 事实证明，取消必须经父母许可才能获得性健康和生殖健康以及艾滋病毒预防、检测和治疗服务的法律，可以改善青少年和年轻人寻求医疗保健的行为。<sup>15</sup> 2021 年，有 40 个国家向艾滋病规划署表示，本国法律规定，青少年获得荷尔蒙或长效避孕药具必须经父母或监护人同意，108 个国家规定进行艾滋病毒检测需要这种同意，43 个国家规定进行艾滋病毒自我检测需要这种同意，92 个国家规定进行艾滋病毒治疗需要这种同意，22 个国家规定进行接触前预防需要这种同意。

图五

制定歧视性和惩罚性法律的国家，2021 年



资料来源：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署《2017-2021 年国家承诺和政策文件》。

## C. 性别平等

69. 性别不平等和歧视剥夺了妇女和女童的基本人权，包括受教育权和健康权，并增加了她们感染艾滋病毒的风险，同时阻碍了她们减轻艾滋病毒影响的能力。

70. 在一生中，每三名妇女中就有一人受到亲密伴侣的身体暴力或性暴力，或受到非伴侣的性暴力。<sup>16</sup> 在全球范围内，超过十分之一(13%)曾经已婚或有伴侣的妇女(15 至 49 岁)在过去 12 个月中遭受了亲密伴侣的身体暴力和/或性暴力。在 2015 年至 2020 年有数据的 43 个国家中，只有 7 个国家达到了到 2025 年低于 10% 的目标。

<sup>15</sup> Britt McKinnon and Ashley Vandermorris, “National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97, No. 1 (2019).

<sup>16</sup> 世卫组织和其他机构，《暴力侵害妇女行为估计》，2018 年。全球、区域和国家对亲密伴侣暴力侵害妇女行为的估计以及全球和区域对非伴侣暴力性侵害妇女行为的估计(世卫组织，2021 年，日内瓦)。



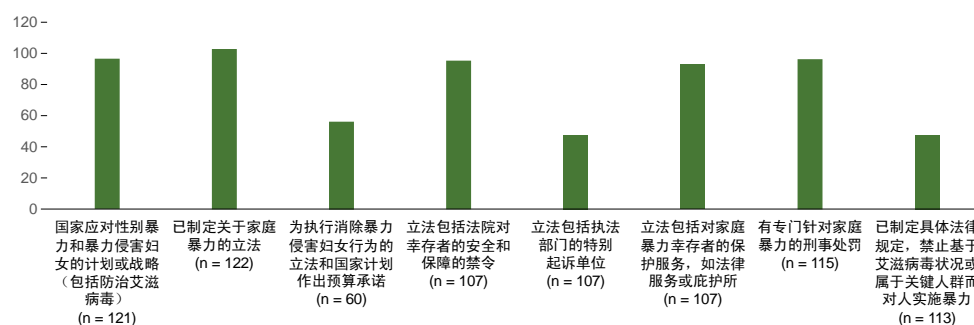
71. 各国在 2021 年《政治宣言》中承诺通过并执行保护妇女和女童免受暴力侵害的法律和政策。这些保护措施还应确保暴力行为幸存者得到充分和适当的服务和支持，并确保她们能够对施暴者追究法律责任。

72. 在向艾滋病规划署报告信息的国家中，有 103 个国家表示已制定家庭暴力立法，绝大多数国家还表示，这种立法包括对犯罪人的刑事处罚，以及为幸存者提供的法院禁止令和保护服务。96 个国家表示，它们制定了旨在消除性别暴力和暴力侵害妇女行为的国家计划或战略，其中包括艾滋病毒防治。47 个国家表示，已制定特别的法律规定，禁止因艾滋病毒状况或关键人群的身份而对人实施暴力（见图六）。这些法律和政策保护措施的质量和实施情况有一定的差别。

73. 会员国在 2021 年《政治宣言》中承诺实现所有女童和年轻妇女的受教育权，并通过向妇女提供工作技能、就业机会、金融知识和获得金融服务来增强她们的经济能力。教科文组织估计，全球有 1.29 亿女童失学，包括 3 200 万小学年龄的女童、3 000 万初中年龄的女童和 6 700 万高中年龄的女童。只有 49% 的国家在小学教育中实现了性别均等，42% 的国家在初中教育中实现了性别均等，24% 的国家在高中教育中做到这一点。<sup>17</sup>

图六

已针对暴力行为制定规定的国家数量，2017-2021 年



资料来源：联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署《2017-2021 年国家承诺和政策文件》。

## D. 与艾滋病毒有关的污名化和歧视

74. 对艾滋病毒感染者的歧视态度的普遍程度有很大差异。在几乎所有区域，都有一些国家的大部分成年人继续对艾滋病毒感染者持歧视性态度。在 58 个有最近人口调查数据的国家中，52 个国家 15 至 49 岁的人中有 25% 以上表示持有这种态度；在 58 个国家中的 36 个国家，整个人口中有 50% 以上的人持这种态度。根据国际劳工组织-盖洛普的一份报告，根据 2021 年对 50 个国家的调查，六人中有四人不愿意与艾滋病毒感染者一起工作。<sup>18</sup>

75. 在许多国家，艾滋病毒感染者和关键人群通过特别调查表示，他们在卫生保健环境中遭遇到污名化和歧视。这些虐待行为有多种表现形式，包括预判或偏见、

<sup>17</sup> 见 [www.unicef.org/education/girls-education](http://www.unicef.org/education/girls-education)。

<sup>18</sup> 国际劳工组织(劳工组织)，《劳工组织工作世界中艾滋病毒歧视问题全球调查》(日内瓦，2021 年)。



违反保密规定、支持不力、拖延或拒绝治疗等等。这些虐待行为阻碍了人们在需要时寻求医疗服务，降低了人们获得的医疗服务质量，削弱了对医疗服务的信任以及对医疗建议和治疗的坚持，从而导致不良的身心健康后果。

76. 2021 年，131 个报告国中有 95 个国家表示，政府建立了正式机制，艾滋病毒感染者和关键人群可以通过这些机制报告虐待和歧视行为并寻求补救措施。民间社会监督在确保问责和补救方面发挥了关键作用。在 53 个国家，民间社会组织表示，社区和/或非政府组织建立了记录和处理个人投诉的机制。总体而言，116 个国家(60%)表示，已经设立正式和/或非正式机制来处理与艾滋病毒有关的歧视案件或个人投诉。

77. 29 个国家加入了采取行动消除与艾滋病毒相关一切形式污名化与歧视全球伙伴关系。该伙伴关系加强了协调一致的技术援助，并利用行动的协同作用，支持各国在以下六个方面消除污名化和歧视等努力：医疗保健、司法、教育、工作场所、人道主义环境和社区环境。

## E. 公平地获得医疗卫生技术

78. 如果向一些人提供医疗保健技术但又不向另一些人提供，那么，大流行病应对措施就会失败。艾滋病防治工作是在花了多年时间而且发生数百万本可避免的感染和死亡之后，才吸取了这个教训。在民间社会、临床医生和中低收入国家政府开展不懈宣传之后建立了一些机制，这些机制有助于在世界各地提供可负担的艾滋病毒药物和诊断方法。

79. 然而，这些机制正受到威胁。诊断、预防和治疗艾滋病毒、COVID-19 和其他疾病的新技术正在进入市场，与此同时存在知识产权壁垒、分享和技术转让限制、药品生产地点有限、监管能力薄弱、定价过高等问题。

80 一些中等收入国家正在勉力获得可负担的防治艾滋病毒非专利药物。由于销售和分销方面的垄断以及对当地生产的限制，许多国家的接触前预防措施仍然很昂贵。儿童友好型儿科治疗方法的开发非常缓慢，因为这些治疗方法不被视为有利可图的投资。有助于解决艾滋病毒不平等问题的新技术，如针对儿童和成人的新的艾滋病毒治疗配方、接触前预防的长效配方以及用于预防艾滋病毒和避孕的阴道环，都有可能因定价过高而使大多数有此需要的人无力购买。还可以做更多的工作来推广高效而又低技术的解决办法，如安全套。

81. 一些国家的诊所和医院征收使用费，这仍使许多人，特别是低收入者或被排除在家庭财务决策之外的人，无法受益于艾滋病毒和其他方面的医疗保健服务及药品。

82. 在许多中低收入国家，获得诊断的机会仍然不平衡，贫困和农村社区受到的影响最大。医学实验室在各国的分布也不平等。例如，美利坚合众国有 26 万个经认证的医学实验室，而居民人数是其四倍的印度却只有 1 150 个这样的实验室。<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Kenneth A. Fleming and others, “The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics”, *The Lancet*, vol. 398, No. 10315 (2021).

83. 在 COVID-19 疫苗、诊断和治疗的供应和分配方面继续存在不公平现象，这突出表明迫切需要采取全球措施，确保公平地获得基本医疗保健技术，特别是在医疗卫生危机期间。如果没有这些措施，中低收入国家的人民将继续被剥夺基本的健康权，世界将继续不能防范今天和明天的大流行病。

84. 应优先考虑扩大医疗用品、药品和其他医疗保健技术制造的分布。制造业本地化将减少卫生系统对供应链中断的脆弱性以及危机期间基本医疗产品的囤积。若要做到这一点，可以建立区域价值链，建立可让制造商集群工作的次区域中心，并通过协调监管安排促进和利用跨境合作。非洲药品管理局最近成立，这是在建立非洲大陆监管决策平台方面的一个重要步骤。

## F. 社区领导力

85. 艾滋病应对措施的一个持久遗产是受影响最严重的人在说服政府对这一大流行病采取充分应对措施方面发挥的核心作用。随着时间的推移，各种社区组织已经成熟，成为社区主导的基础架构，对从地方到全球各级大流行病应对措施的各个方面都至关重要。

86. 民间社会和社区组织，特别是那些由艾滋病毒感染者、妇女、年轻人和关键人群领导的组织，在三个关键作用上补充了传统卫生系统的大流行病应对措施：提供服务；为规划和决策提供社区见解；支持问责和监测。

87. 自 COVID-19 大流行开始后的最初几个月以来，社区主导的各种组织一直作为连接边缘化社区的桥梁，在整个 COVID-19 封锁和其他与 COVID-19 有关的中断期间保持了艾滋病毒防治服务的运行。它们还将 COVID-19 的筛查、测试和接触者追踪带入服务不足的地区，而且在做法上尊重人们不同的现实情况和关心的问题，并将社区与正规卫生服务联系起来。

88. 为了使艾滋病防治工作走上正轨，这种由社区主导的基础架构的充分参与必须加以推广。会员国在 2021 年《政治宣言》中承诺，将加强决策的包容性和扩大由社区提供的艾滋病毒防治服务的比例，壮大社区医疗卫生工作队伍，并支持收集社区生成数据，以保护艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者和艾滋病毒感染受影响者的权利并满足其需求。

89. 在《宣言》中还向各国提出一些具体目标，以确保到 2025 年由社区主导的组织：(a) 提供 30% 的检测和治疗服务，重点是艾滋病毒检测、与治疗的联系、坚持和持续治疗方面的支持以及了解治疗基本知识；(b) 为感染艾滋病毒高风险人群(包括这些人群中的妇女)提供 80% 的艾滋病毒预防服务；(c) 完成 60% 的方案，以支持实现社会推动因素。为衡量实现这些新目标的进展情况制定具体方法，对其实施工作至关重要。

## G. 以人为本的数据系统

90. 全球艾滋病毒防治工作助力构建了全球卫生和发展领域一些最全面的数据系统，几十个国家正在利用这些系统应对 COVID-19 和其他卫生挑战。深化和扩

大细化数据的收集和使用，对于指导卫生、教育和社会保护系统努力消除服务获取和卫生成果方面的不平等现象至关重要。

91. 各国也越来越多地使用细化数据来微调其艾滋病毒应对措施。在艾滋病规划署支持开展的 2021 年一轮艾滋病毒流行病学估计中，38 个国家收集了地理定位方案数据，并使用 Naomi 建模工具来生成国家以下一级的艾滋病毒估计数，并对数据变化采取对策。

92. 艾滋病毒防治工作也是社区主导和参与数据收集和使用方面的先锋。社区主导的监测越来越多地被用作一种问责机制，使关键人群、其他受影响群体或其他社区实体的网络有能力系统、定期地收集和分析关于艾滋病毒防治服务的可及性、适当性、可负担性和可接受性的定性和定量数据，以及关于服务提供者侵犯权利、污名化和歧视的这方面数据。社区主导的监测为艾滋病毒项目管理者、医疗卫生决策者、捐助方和其他关键利益攸关方提供信息，让他们了解什么是可行的，什么不可行，哪些方面需要改进。这还有助于确保以安全和基于权利的方式收集和使用数据，特别是在关键人群遭到刑罪化的国家。

93. 数据差距阻碍了接触关键人群的工作。例如，许多国家似乎低估了其关键人群的规模，甚至在某些情况下没有收集关于这些人群的数据。因此，它们的艾滋病毒方案可能是不平衡的，在向那些最需要的人提供服务方面可能有很大差距。

94. 人口规模遭到低估因关键人群的其他数据存在缺陷而被放大。以这些人口为重点的生物行为调查提供了关于难以通过标准手段接触到人群的重要数据。然而，由于资金限制和其他决策，这些调查的数量正在减少。

95. 数字化医疗保健技术有可能支持艾滋病毒感染者可靠地作出更知情的决定，减少污名化，并掌握自己的医疗保健。在采用这些新技术的同时，必须提供法律保护，以保障用户的隐私和保密性，确保在线医疗保健记录、电子医疗记录以及与医疗保健提供者的通信受到保护。

## H. 联合国的联合支持

96. 在 2021 年的《政治宣言》中，会员国要求艾滋病规划署继续支持会员国应对造成艾滋病流行的社会、经济、政治和结构性因素。艾滋病规划署通过其联合国多机构联合小组和国家办事处，支持各国制定和实施反映《宣言》战略重点和最新规范和技术指导的国家艾滋病对策。在 COVID-19 大流行期间，艾滋病规划署帮助简化和调整艾滋病毒防治服务，以更好地满足艾滋病毒感染者的需求，减少卫生系统的不必要负担。

97. 自 2002 年成立全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金以来，艾滋病规划署已支持 100 多个国家吸引、实施和利用 180 多亿美元的全球基金投资。

98. 艾滋病规划署还在召集有关关键问题的战略伙伴关系方面发挥领导作用，如“教育+”倡议、采取行动消除与艾滋病毒相关一切形式污名化与歧视全球伙伴关系，并为艾滋病防治工作调动资源。

99. 然而，与更广泛的全球艾滋病应对措施一样，艾滋病规划署近年来也经历了严重的资金短缺。在 2020 年和 2021 年，艾滋病规划署的核定年度预算为 2.42 亿美元。在 2020 年，艾滋病规划署只筹集了 1.94 亿美元，在 2021 年仅筹集 1.7 亿美元。

## 五. 建议

100. 到 2030 年结束艾滋病大流行的努力仍未走上正轨。敦促各会员国立即采取行动，应对那些导致 2021 年《政治宣言》中所载的 2025 年目标进展放缓的挑战。履行《宣言》中的所有承诺也将有助于更广泛的努力，以消除不平等现象，为未来的大流行病做好准备，实现全民健康覆盖，实现可持续发展目标。

### 建议 1

**对不平等现象、艾滋病毒预防和社会促进因素加大行动力度**

101. 敦促会员国：

(a) 从不平等的角度紧急审查其艾滋病应对措施，并通过就艾滋病毒感染者、有感染艾滋病毒风险者和艾滋病毒感染受影响者所面临的法律、政策和社会障碍达成全国共识的过程，评估在实现 2021 年《政治宣言》所载艾滋病毒预防和社会推动目标方面的进展；

(b) 确保在国家应对艾滋病毒的战略计划中纳入具体步骤，以到 2025 年实现“10-10-10”目标，并向艾滋病毒感染高危人群提供有针对性的一揽子艾滋病毒预防方案，并确保这些步骤的全面实施获得足够资金；

(c) 如果尚未加入，请加入采取行动消除与艾滋病毒相关一切形式污名化与歧视全球伙伴关系。

### 建议 2

**社区主导的应对措施**

102. 敦促会员国在艾滋病应对措施的历史优势和最近在 COVID-19 大流行期间所作调整的基础上更进一步，让艾滋病毒感染者社群、妇女、年轻人和关键人群全面参与并为其提供资金，使其切实参与艾滋病应对措施方面的决策、服务提供和进展监测，并按照全球目标努力实现全民健康覆盖。

### 建议 3

**公平获得药品和医疗卫生技术**

103. 敦促会员国充分利用《与贸易有关的知识产权协定》、药品专利池和其他机制，确保迅速向所有中低收入国家提供可负担、用于艾滋病毒预防、检测和治疗的最新药品和医疗卫生技术，包括未来出现的艾滋病毒疫苗。

#### 建议 4

##### 为艾滋病防治工作和总体大流行病预防、防范和应对工作提供可持续资金

104. 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的拨款，到 2025 年达到每年 290 亿美元，包括按照 2021 年《政治宣言》的商定，加大对艾滋病毒预防和社会促进因素的投资。

105. 抗击当前的各种大流行病和预防未来出现的大流行病必须同时进行，才能取得成效。在会员国努力建立大流行病预防、防范和应对机制时，敦促它们确保为结束艾滋病大流行而加大行动力度，并确保从艾滋病应对工作中吸取的重要经验成为这项工作的一部分。

106. 新的大流行病应对机制是在经济和财政压力严重的关键时刻出现的。敦促会员国通过遏制逃税以及取消债务和重新分配特别提款权来创造额外的财政空间，并为所有国家调动所需的财政资源，以便在未来十年内同步消除艾滋病，迅速战胜 COVID-19，并积极主动地应对未来的大流行病。

#### 建议 5

##### 以人为本的数据系统

107. 敦促会员国加强基于权利、以人为本、合乎道德和保密的国家病患监测和病例跟踪国家系统，包括通过使用对关键人群和其他艾滋病毒风险较高的亚人群的定期匿名普查；与受影响社区合作，并加强其进行由社区主导的辅助监测的能力；跟踪国家在实现“10-10-10”社会促进因素目标方面的进展；利用分类数据发现和消除基于地点和人口的服务差距。

#### 建议 6

##### 加强全球伙伴关系

108. 敦促会员国：

(a) 确保艾滋病规划署 2022-2023 年工作计划<sup>20</sup> 获得充分供资；

(b) 加强艾滋病规划署的全球监测作用，为此根据 2021 年《政治宣言》中对 2025 年目标和不平等问题的重视，每年向艾滋病规划署全球艾滋病监测系统报告艾滋病应对方面的细化数据。

<sup>20</sup> 艾滋病规划署，UNAIDS/PCB(49)/21.27 号文件。