



大会

Distr.: General
3 April 2018
Chinese
Original: English

第七十二届会议

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

利用艾滋病防治工作推进联合国改革和全球卫生

秘书长的报告

摘要

在大会 2016 年商定的 2020 年快速通道承诺时间已到中点之际，全世界正阔步迈向在 2030 年前消除艾滋病流行病的目标。

在 2016 年《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病毒，到 2030 年消除艾滋病疫情》中所做的 10 项承诺大多数都有斩获。大多数艾滋病毒感染者获得治疗，自 2010 年以来，艾滋病死亡人数下降了三分之一。但是，要在 2020 年前完全实现三个“90%”的目标，则需要扩大社区主导的、以人为本的艾滋病毒检测，立即并持续进行护理和坚持治疗。快速推出新的、经改进的艾滋病毒检测和治疗相结合的办法是至关重要的。

全球在应对结核病和艾滋病毒方面取得的成果导致艾滋病毒感染者与结核病有关的死亡减少了三分之一以上。消灭母婴传播艾滋病毒仍然是指日可待。分娩时感染艾滋病毒的儿童人数减少。然而，儿科治疗的推广无法实现 2018 年有 160 万名儿童获得治疗这一全球目标。

越来越多的国家和城市表明，在尊重和保护最弱势群体的权利的同时综合预防艾滋病毒可以大大减少艾滋病毒感染率。感染艾滋病毒的高危人群和艾滋病毒感染者面临的污名化和歧视、性别不平等、贫困、粮食不安全和和其他社会不平等

* 由于技术原因于 2018 年 5 月 7 日重发。



现象构成了服务利用方面的法律和政策障碍，阻碍为减少新增艾滋病毒感染而做出的努力。全球投资也不足，比 2016 年《政治宣言》所载承诺少 70 亿美元。

艾滋病还没有终结，但可以终结。全球防治艾滋病工作激发了联合国发展系统进行全球卫生、可持续发展和协调创新。今后，联合国联合应对艾滋病的作法、六大机构伙伴关系和更广泛的联合国改革议程将提供机会，可以借此加速推进消除艾滋病这一流行病和实现可持续发展目标。

本报告列出了五项建议：(a) 发起艾滋病毒检测革命和实现三个“90%”的目标；(b) 加紧努力消除结核病以及其他合并感染和并存疾病合并感染和并存疾病；(c) 利用预防艾滋病毒预防的路线图，加快减少新新增感染病例；(d) 通过以人本的服务提供模式和支持性的法律和政策框架，保障人权和促进性别平等；(e) 将艾滋病署的联合方案和六大机构 H6 伙伴关系作为联合国改革的全球保健加速器 and 孵化器加以利用。

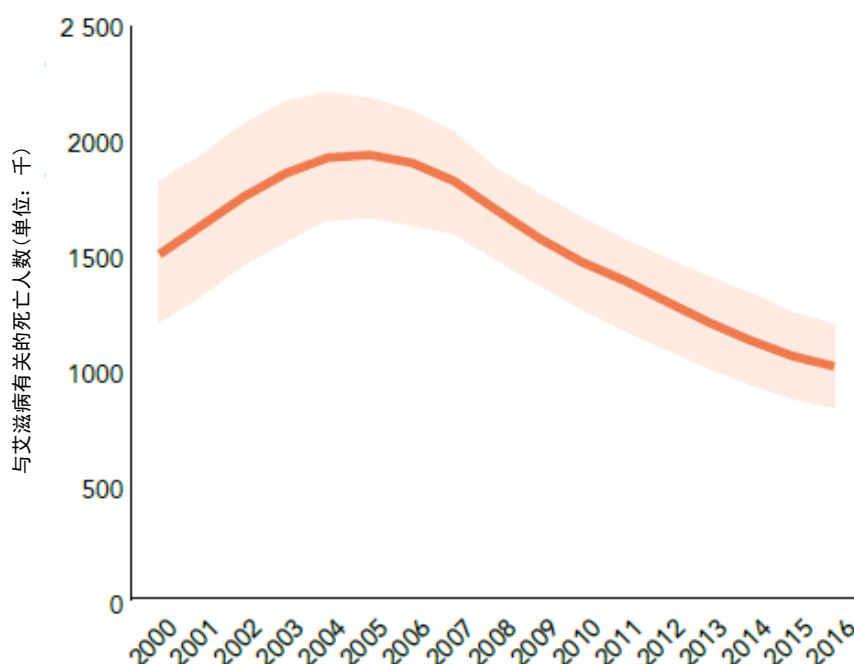
一. 快速通道承诺时间已到中点

1. 《2030 年可持续发展议程》包含有一项到 2030 年消除艾滋病疫情的具体目标(可持续发展目标具体目标 3.3)。实现这一雄心勃勃的目标的路径是 2016 年 6 月举行的大会高级别会议上通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病毒，到 2030 年消除艾滋病疫情》确立的，其中会员国承诺增加和加大国家艾滋病防治期初投资并大幅度扩大艾滋病毒服务的覆盖面。这一快速通道方法是到 2020 年底实现三个里程碑所必须的：在全球范围内将与艾滋病有关的死亡人数减至 500 000 以下；把全球艾滋病毒新增感染人数减少到 500 000 以下；消除与艾滋病毒有关的污名化和歧视。

2. 大会第七十二届会议适逢全球艾滋病毒防治工作快速阶段的中点。各国报告的流行病学和方案数据显示，全世界正在取得显著进展。自 2010 年以来，与艾滋病有关的死亡人数减少了三分之一，从 2010 年的 150 万[130 万-170 万]¹ 减至 2016 年的 100 万[83 万-120 万]，稳步扩大抗逆转录病毒疗法为此作出了主要贡献(见图一)。到 2020 年把与艾滋病有关的死亡人数减至 50 万人以下可以通过持续扩大服务来实现。

图一

2016 年在全球范围内各年龄段与艾滋病有关的死亡人数



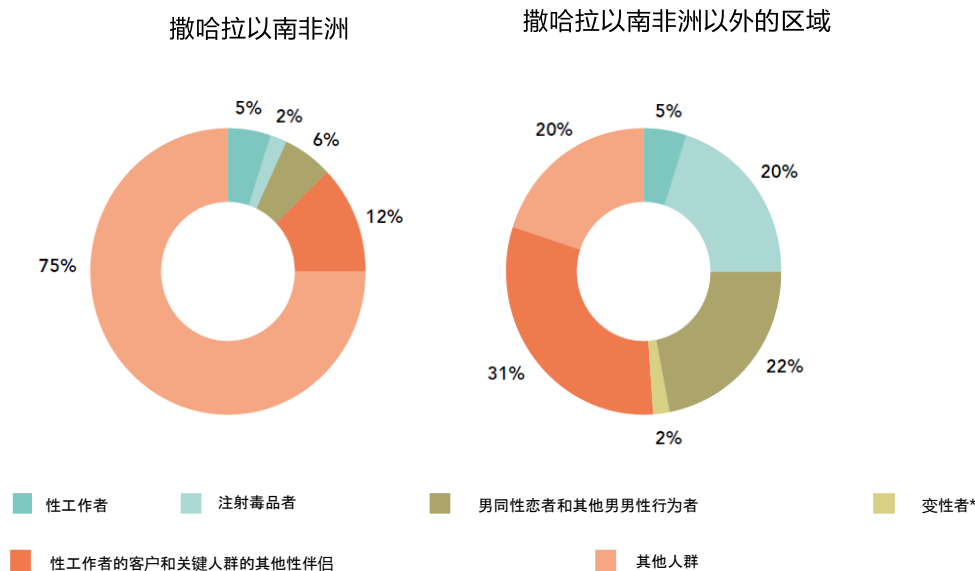
资料来源：联合国艾滋病毒/艾滋病署(艾滋病署)2017 年估算。

¹ 针对每一个估计数计算了不确定数值界。数值界界定实际数值的区间。如果数值界较窄，说明估计数较为精确；如果数值界较宽，则说明估计数的不确定性更大。

3. 然而，在同一时期，每年新增艾滋病毒感染人数(各年龄段)下降了 18%，从 2010 年的 220 万[190 万-240 万]减至 2016 年的 180 万[160 万-210 万]，累计减少反映了在地理和面临风险的人群方面预防艾滋病毒的进展情况参差不齐(见图二)。在高流行率环境中，年轻妇女感染艾滋病毒的风险仍然高得令人无法接受。例如，2016 年，在东非和南部非洲，尽管年轻妇女(15-24 岁)仅占艾滋病毒感染人口的 10%，但在新增艾滋病毒感染的人数中占 26%。2016 年，在西部和中部非洲和加勒比地区，年轻妇女(15-24 岁)分别占新增艾滋病毒感染人数的 22%和 17%。

图二

2015 年按人口开列的撒哈拉以南非洲和撒哈拉以南非洲以外的国家新增艾滋病毒
感染病例



资料来源：艾滋病署的特别分析，2017 年。

* 仅反映了亚洲和太平洋以及拉丁美洲和加勒比区域的情况。

4. 在流行率较低的环境中，大多数艾滋病毒感染发生在关键人群(注射毒品者、性工作者、变性者、囚犯和男同性恋者和其他男男性行为者)及其性伴侣。2015 年，在撒哈拉以南非洲以外的区域，关键人群及其性伴侣占艾滋病毒新增感染病例的 80%。即使在撒哈拉以南非洲，关键人群及其性伴侣估计在 2015 年新增感染病例中占 25%，这突出表明向他们提供服务的重要性。吸纳受疫情影响最严重的这些社区参与并增强这些社区的权能以及直截了当地处理与艾滋病有关的污名化和歧视现象是到 2020 年将每年新增感染病例减至 50 万人以下的关键。越来越多的证据显示，在尊重和保护最弱势群体的权利的同时采取综合预防办法将能实现大会商定的快速通道结果。

5. 在艾滋病防治工作快速通道阶段的中点，迄今在实现在 2016 年政治宣言中所作承诺方面取得的进展激发了人们的信心。艾滋病还没有结束，但是越来越多的证据表明，只要会员国共同努力，利用地点-人口和生命周期的办法，扩大服务范围，并消除阻碍最脆弱群体利用这些服务所面临的社会、经济和文化障碍，在国际上针对有史以来最严重的流行病之一取得胜利是可以实现的。

承诺 1

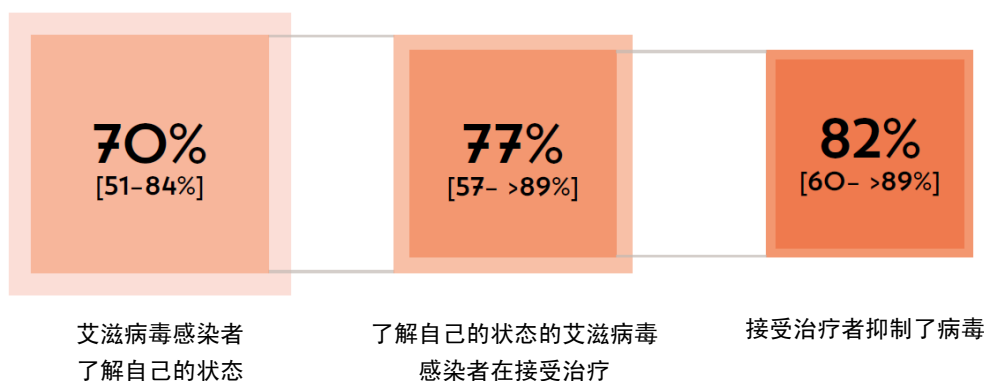
实现三个“90%”的目标，从而确保 3 000 万名艾滋病毒感染者获得治疗

6. 最近报告给艾滋病署的流行病学估计数和方案数据显示在艾滋病毒检测和治疗方面取得了显著进展。获得抗逆转录病毒疗法的人数从 1990 年的不到 1 000 人增加到 2017 年 6 月的 2 090 万人[1 840 万-2 170 万]。2016 年达到了一个重大的里程碑：全球 3 670 万[3 080 万-4 290 万]艾滋病毒感染者首次有一半以上(53%[39-65%])获得了抗逆转录病毒疗法。最近的进展是在三个“90%”的目标的指引下取得的，该目标号召 90%的艾滋病毒感染者了解自己的状态，90%的了解自己的状态的人得到治疗，90%的得到治疗的人抑制病毒负荷。总之，这些目标反映了必须及早诊断艾滋病毒、立即开始治疗和最大限度地实现艾滋病毒感染者的病毒抑制的重要性。治疗不仅保护艾滋病毒感染者不罹患与艾滋病有关的疾病，而且还大大降低将病毒传染给他人的风险。

7. 2016 年底，全球三分之二以上的艾滋病毒感染者(估计 70%[51-84%])了解自己的艾滋病毒状态。在了解自身艾滋病毒状态的人当中；77%[57->89%]在接受抗逆转录病毒治疗，82%[60->89%]的获得治疗的人抑制了病毒负荷(见图三)。个别国家、城市和社区在多种情况下已经实现了三个“90%”的目标，证明如果在艾滋病毒检测和治疗阶段的差距得到积极解决，到 2020 年全球实现这些目标是可行的。向艾滋病署提供的最新数据显示，至少以下 18 个国家已实现或接近实现 73%的艾滋病毒感染者抑制病毒负荷的目标：澳大利亚、比利时、博茨瓦纳、柬埔寨、丹麦、法国、德国、冰岛、意大利、科威特、卢森堡、荷兰、新加坡、西班牙、斯威士兰、瑞典、瑞士和大不列颠及北爱尔兰联合王国。

图三

2016 年在全球范围内在实现三个“90%”的目标方面的进展



资料来源：艾滋病署的特别分析，2017 年。

8. 一些城市也已达到或接近达到三个“90%”的目标；东非可持续社区保健研究结果表明，通过吸纳社区组织和社区卫生工作者参与，在短短几年内在低收入、高流行率环境下是可以实现三个“90%”的目标的。

9. 现有数据表明，人们开始治疗的时间提前了。² 世界卫生组织(世卫组织)建议的更广泛地采用全面治疗办法和同日开始抗逆转录病毒疗法有助于取得进展。几年前病毒负荷测试在中低收入国家还很少见，正在迅速扩大。2016 年向艾滋病署报告数据的国家将近一半的接受治疗的人定期进行病毒负荷测试，改进治疗效果监测和在需要时帮助及时改用二线和三线疗法。

承诺 2

2020 年前消除儿童新增艾滋病毒感染病例，同时确保 2018 年前 160 万名儿童获得艾滋病毒治疗

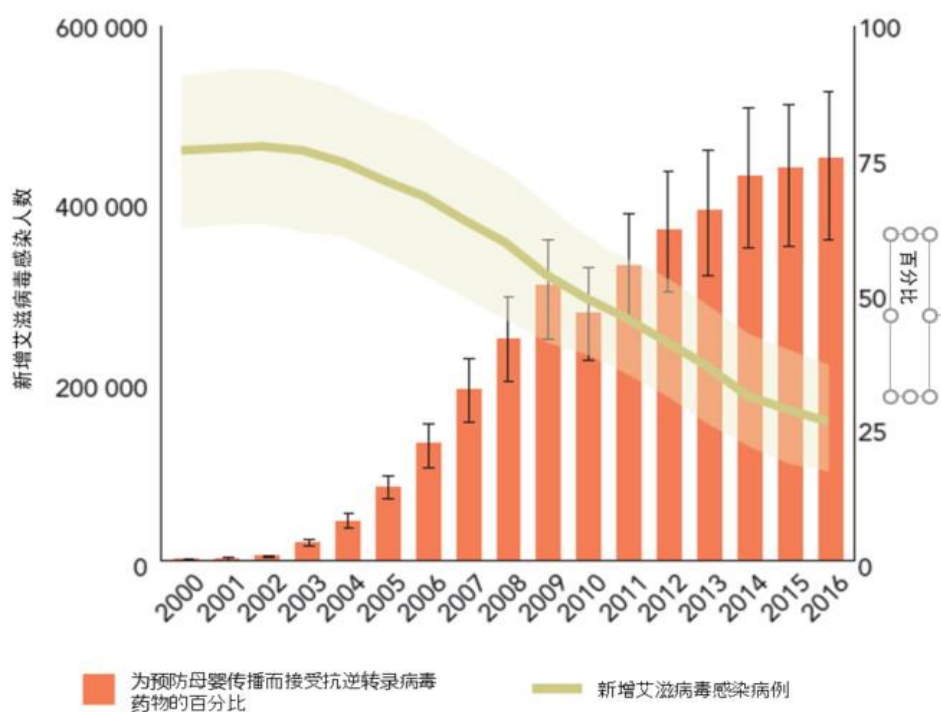
10. 全球扩大孕产妇和儿童保健服务已经在妇女和儿童的健康和福祉方面取得长期成果。在这一背景下，会员国在 2016 年承诺双重消除母婴传播艾滋病毒和先天性梅毒。由于接受梅毒和艾滋病毒筛查的孕妇人数增加，获得充分治疗的情况改善，因此，全球先天性梅毒的发病率从 2012 年的估计 780 000 例降至 2016 年的大约 660 000 例。此外，在分娩期间感染艾滋病毒的儿童人数减少。在全球范围内，在 2016 年避免了估计 270 000[230 000-310 000]个儿童新增艾滋病毒感染病例，原因是在怀孕和整个哺乳期提供了抗逆转录病毒药物。

11. 感染艾滋病毒、为预防母婴传播而接受抗逆转录病毒药物或将其作为终生服用药物的孕妇所占百分比从 2010 年的 47%[38-55%]攀升至 2016 年的 76%[60-88%](见图四)。自 2006 年以来，0-14 岁儿童新增艾滋病毒感染病例下降了 61%，其中 2015 至 2016 年下降了 8%。然而，2016 年仍有大约 160 000[100 000-220 000]名儿童在分娩或哺乳期感染了艾滋病毒。如果按照 2016 年《政治宣言》的要求，实现到 2020 年将儿童新增艾滋病毒感染病例减少 95%的目标，需要继续取得进展。

² Andrew Auld 等人，“2004-2015 年 10 个国家艾滋病毒疾病晚期接受抗逆转录病毒治疗趋势”，发病率和死亡率周报，第 66 卷，第 21 号(2017 年 6 月 2 日)。

图四

2000–2016 年在全球范围内儿童(年龄在 0–14 岁)新增艾滋病病毒感染病例和防止母婴传播抗逆转录病毒治疗的覆盖面



资料来源：艾滋病署 2017 年估计数。

12. 2017 年年中，在全球范围内，估计有 974 000[857 000-1 013 000]名 0-14 岁儿童接受抗逆转录病毒治疗。儿童抗逆转录病毒疗法的覆盖面(43%[30-54 %])低于成年人(53%[39-65%])，但是，总数仍远远低于《政治宣言》所列的到 2018 年底获得治疗的儿童人数达到 160 万的目标。

13. 努力消除母婴传播艾滋病毒并达到 2018 年感染艾滋病毒儿童的治疗目标是使每一名妇女、儿童和青少年有机会不仅能够生存，而且能够蓬勃发展并改变其所在社区的广泛努力的一部分。这些努力遵循的是《全球妇女、儿童和青少年健康战略(2016-2030)》，支持单位是六大机构伙伴关系(艾滋病署、联合国儿童基金会、联合国人口基金、联合国促进性别平等和增强妇女权能署、世界卫生组织和世界银行)以及“每个妇女每个儿童”倡议的支持单位——全球融资机制。

承诺 3

确保获得综合预防办法

14. 实践证明行之有效的预防办法越来越多，包括男用和女用安全套、暴露前预防口服药、自愿性医疗包皮环切手术和注射吸毒者减少危害措施。1999 至 2016

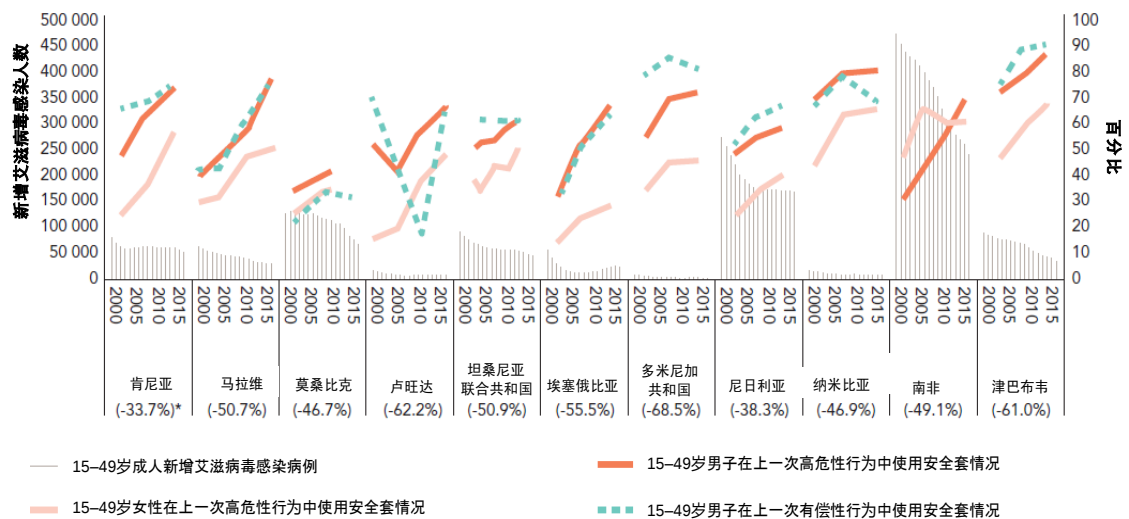
年在乌干达进行的纵向研究充实了一系列证据，表明，提供各种预防艾滋病毒备选方案，包括抗逆转录病毒疗法，可成功地降低艾滋病毒流行率。³

15. 男用和女用安全套是有效、廉价且易于使用的。调查数据显示，艾滋病毒感染高危人群对安全套的使用增加，同时感染艾滋病毒的人数减少(见图五)。安全套还可以预防其他性传播感染和意外怀孕。最近一项安全套方案投资成本和潜在回报分析的结论是，作为一揽子避孕措施的一部分，在 15 年内在 81 个国家增拨 276 亿美元投资用于男用安全套，可以在 2015 至 2030 年间预防 7 亿例性传播感染，1 700 万例艾滋病毒感染和 4.2 亿例意外怀孕，以每个残疾调整寿命年 115 美元的成本避免总共 2.4 亿残疾调整寿命年。⁴

16. 2016 年《政治宣言》要求会员国确保在中低收入国家提供 200 亿个安全套。2015 年，撒哈拉以南非洲 47 个国家的安全套需求量估计为 60 亿个；然而，2015 年在撒哈拉以南非洲估计仅分发了 27 亿个安全套，这表明超过一半的安全套需求没有得到满足。⁵ 自那时以来，一些国家加强了国家安全套方案。马拉维、尼日利亚、乌干达和坦桑尼亚联合共和国制定了新的安全套战略；博茨瓦纳、纳米比亚和南非增加了国内资金；贝宁、布基纳法索、埃塞俄比亚、海地、肯尼亚、马达加斯加、尼日利亚、卢旺达和津巴布韦一直与国际伙伴合作，以调集资金用于拟订保险套方案。

图五

2000–2016 年在 11 个国家成人 (15–49 岁) 在上一次高危性行为中使用安全套情况和新增艾滋病毒感染病例



资料来源：艾滋病署 2017 年估计数；人口调查，2000–2016 年。

³ Kate Grabowski 等人，“乌干达艾滋病毒预防工作和艾滋病毒发病率”，《新英格兰医学杂志》，第 377 卷，第 22 号(2017 年 11 月 30 日)。

⁴ John Stover 等人，“男用避孕套投资案例”，PLoS ONE，第 12 卷，第 5 号(2017 年 5 月 16 日)。

⁵ Henk Van Renterghem 等人，“对避孕套的需求和差距进行估计，以快速推进撒哈拉以南非洲以人为本的安全套方案拟订”，为 2016 年 7 月 18 日至 22 日在南非德班举行的 2016 年艾滋病大会 D73 次会议制作的海报(避孕套和润滑剂的供应、获取、分配和社会营销)。

17. 针筒方案、阿片类药物替代治疗、艾滋病毒检测和抗逆转录病毒疗法是联合国为防止艾滋病毒的蔓延和减少与吸毒有关的其他损害推荐的综合一揽子服务的关键组成部分。已拟订全面减少危害法的国家正在为注射吸毒者及其性伴侣提供更好的卫生成果，包括减少艾滋病毒和肝炎感染和更有效地管理毒品使用和与毒品有关的犯罪。

18. 暴露前预防口服药是艾滋病毒感染高危人群的补充选项。在北美和西欧的一些城市，包括伦敦、旧金山和华盛顿特区，增加暴露前预防用药正在促使艾滋病毒新增病例下降。截至 2017 年 6 月，据报告在 60 多个国家中提供了某种程度的暴露前预防用药，至少是 2016 年的两倍，但在全球范围内获得暴露前预防用药的人数仍然远远低于大会设定的到 2020 年达到 300 万人的目标。据估计，2012 至 2017 年初开始使用暴露前预防用药的人数将近 250 000 人。其中大部分(220 000 人)在美洲国家组织。

19. 自愿性男性医疗包皮环切是一项具有成本效益的一次性干预措施，为防止女性到男性的艾滋病毒传播提供终身部分保护。大会致力于到 2020 年使高发国家接受自愿性医疗包皮环切手术男子的人数增加 2 500 万名。在东部和南部非洲的 14 个优先国家为使男子自愿接受包皮环切手术而做出的努力在 2008 年至 2014 年迅速加快，达到每年 320 万例。然而，年 2015 至 2016 年，每年接受环切的人数下降到约 260 万人。要实现目标，2016 年至 2020 年每年平均需要环切 500 万名男子。

承诺 4

消除性别不平等和终结一切形式的暴力侵害和歧视妇女和女孩、艾滋病毒感染者和关键人群的行为

20. 两性不平等和有害的性别规范损害妇女的经济独立，使妇女遭受暴力和性虐待，剥夺妇女对自身性生活和生殖生活的控制，加大她们感染艾滋病毒的风险。对 41 份研究报告进行的系统审查表明，遭受亲密伴侣暴力的妇女感染艾滋病毒的概率比未遭受亲密伴侣暴力的妇女平均高 1.5 倍。⁶ 暴力，或对暴力的恐惧，限制了妇女的能力，使其难以坚持安全性行为和利用艾滋病毒预防和治疗干预措施，或利用性健康和生殖健康服务。其他研究显示，与粮食不安全相关联的是，由于性交易和无法谈判安全性行为导致的性风险增加，并妨碍了感染艾滋病毒的妇女开始和坚持治疗。⁷

21. 妇女在高流行率环境中更易感染艾滋病毒的现象在年轻女性中更加严重。2016 年，在撒哈拉以南非洲，15-24 岁少女和年轻妇女在艾滋病毒新增感染病例中占 23%，而在同一年龄组男孩和青年男子新增感染病例只占 11%。年龄悬殊的

⁶ 世卫组织、伦敦卫生与热带医学院和南非医疗研究理事会，“全球和区域暴力侵害妇女行为估计：亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力现象和对健康的影响”（日内瓦，世卫组织，2013 年）。

⁷ Elisabeth Chop 等人，“感染艾滋病毒的妇女的粮食不安全状况、具有性风险的行为和坚持抗逆转录病毒疗法：系统审查”，妇女国际卫生保健，第 38 卷，第 9 号(2017 年 7 月 11 日在网上发表)。

关系在这一性别不平衡的状态中可能发挥的作用越来越引起重视。各种背景研究表明，性伴侣之间较大的年龄差异与少女和青年妇女使用安全套较少和性传播流行率更高有关。

22. 尽管存在这些挑战，但感染艾滋病毒的妇女比男子更有可能获得艾滋病毒检测，开始接受抗逆转录病毒疗法和坚持治疗。因此，男性比女性更可能死于与艾滋病相关的诱因。这种不平衡在撒哈拉以南非洲尤其明显，2016 年，那里的男子在艾滋病毒感染者中占 41%，在与艾滋病有关的死亡者中占 53%。

23. 继续侮辱艾滋病毒感染者或可能的感染者推动社会各界(政府官员、警察和医务工作者、工作场所、学校和社区)采取了歧视行为。在许多国家，歧视性的法律和政策强化了暴力和边缘化的环境，阻止人们获得保健服务，包括艾滋病毒预防方法，了解他们的艾滋病毒状态，接受护理和坚持治疗。污名化和歧视的研究和求医行为表明，受到较高级别的与艾滋病毒有关的污名化的艾滋病毒感染者拖延接受护理的可能性比他人高 2.4 倍，直到他们病情非常严重才接受护理。⁸

24. 艾滋病毒感染高危关键群体的污名化因为刑法和其他结构性障碍而受到强化，这反过来又会助长暴力、剥削和恐惧的气氛，阻碍为提供安全套、减少危害而做出的努力以及有足够覆盖面的其他基本预防办法。这种暴力行为往往能够逃脱惩罚。性工作者、男男性行为者和注射毒品者遭受暴力的情况往往非常普遍，但因国家而异。例如，最近在 17 个国家对男男性行为者的调查表明，在过去 12 个月遭受身体暴力的比例从科伦坡的 2.6%到坎帕拉的 61.7%不等；超过一半在巴基斯坦接受调查的注射毒品者和在南非七个地点接受调查的女性性工作者称，在过去 12 个月中遭受过身体暴力。⁹

承诺 5

确保年轻人能够获得保护自己免受艾滋病毒感染的技能、知识和能力并获得性健康和生殖健康服务

25. 青年是人类的未来。《可持续发展议程》成功与否将在很大程度上取决于青年人是否有能力获得教育、保健、就业和社会服务。在 2016 年《政治宣言》中，会员国承诺确保 90%的年轻人具备保护自己免受艾滋病毒感染所需的技能、知识和能力；普遍获得高质量、负担得起和全面的性保健和生殖保健和艾滋病毒服务、信息和商品，包括由妇女控制的预防商品；实现到 2020 年将新感染艾滋病毒的年轻妇女(15-24 岁)人数减至 100 000 人以下的全球目标。

26. 现有的最新数据表明，年轻人往往缺乏保护自己免受艾滋病毒感染的必要知识，而且低估感染的风险。在撒哈拉以南非洲，在 35 个国家进行的人口调查数据显示，只有 36%的青年男子和 30%的年轻妇女(15-24 岁)正确地了解了如何预

⁸ Hailay Abrha Gesesew 等人，“在中低收入国家艾滋病毒相关的污名化感知与艾滋病毒/艾滋病护理延误之间的重大关联：系统性审查和整合分析”，PLoS ONE，第 12 卷，第 3 号(2017 年 3 月 30 日)。

⁹ 综合性生物和行为监测报告，2011-2016 年。

防艾滋病毒的性传播并拒绝接受关于艾滋病毒传播的主要错误认识。在撒哈拉以南非洲以外的 23 个国家，只有 13.8% 的青年男子和 13.6% 的青年妇女对艾滋病毒有全面正确的了解。

27. 无法充分获得教育可能会提高年轻人感染艾滋病毒的风险。在撒哈拉以南非洲进行的人口调查表明，过早发生初次性行为在受教育最少的 15-19 岁女孩中间最为普遍。辍学少女更有可能在 18 岁之前结婚，¹⁰ 早婚儿童往往无法谈判安全性行为，使他们很容易受到性传播感染，包括艾滋病毒感染。¹¹ 在许多国家，法律要求 18 岁以下的年轻人征得父母同意才能获得艾滋病毒和性健康和生殖健康服务，这构成了障碍。在向艾滋病署提供关于须征得父母同意年龄法律数据的 106 个国家中，29% 需要父母同意 18 岁以下儿童才能获得艾滋病毒检测，25% 需要父母同意才能获得艾滋病毒治疗，28% 需要父母同意才能获得性健康和生殖健康服务。

28. 在 2010 年至 2016 年期间，15 至 24 岁年轻女性新增感染人数下降了 17%，从 43 万人[27 万-55 万]下降到 36 万人[21 万-47 万]。实现全球目标需要做出更大努力，提高年轻人对艾滋病毒的认识，消除他们获得服务的障碍。

承诺 6

顾及艾滋病毒问题的社会保护

29. 社会保护方案正日益被视为促成更好的艾滋病毒预防和治疗结果的手段。例如，南非的一项研究表明，提供社会保护，包括营养支助，一日提供三餐和参加艾滋病毒支助小组有助于更好地坚持治疗。¹² 多项研究表明，现金转移有助于使女孩留在学校继续学业，而且还赋予妇女权能，减少亲密伴侣间暴力和促进更安全的性健康——所有这些成果都有利于更公平的社会和经济发展以及减少感染艾滋病毒所造成的脆弱性和风险。向艾滋病署报告的国家数据表明，现金转移方案在 10 个东非和南部非洲以及拉丁美洲的六个国家较为突出，但在其他地区较为少见。

承诺 7

社区主导的服务交付

30. 实际吸纳社区组织和社区卫生工作者参与是成功防治艾滋病毒的一个标志，使公共卫生系统更广泛和公平地提供服务。在扩大艾滋病毒服务的同时，社区组织还提供更广泛的服务，包括普及法律知识、提供法律援助和社会服务。这些努力有助于建立一个更强大和更具复原力的民间社会，更好地主张边缘化群体的权利。

31. 社区分发抗逆转录病毒药物和区别护理的概念已证明非常有效地扩大了艾滋病毒治疗方案，改善了成果。区别护理是一项以人为本、基于权利的办法，吸收

¹⁰ 联合国人口基金，“过早结婚：制止童婚”(2012 年，纽约)。可查阅：<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>。

¹¹ 联合国儿童基金会，“结束童婚：进展与前景”(2014 年，纽约)。可查阅：http://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf。

¹² Lucie Cluver 等人，“实现公平的艾滋病毒治疗结果：社会保护是否可以让南非青少年更好地坚持抗逆转录病毒疗法？”，《艾滋病护理》，第 28 卷，第 2 号(2016 年)。

了简化、任务转移、权力下放和加大预约间隔等概念，这有利于更有效地分配资源，更好地为得不到充分服务的人口提供服务，以改善保健和生活质量的方式提供护理。2016 年，在向艾滋病署报告了数据的 118 个国家中有 25 个国家，包括东非和南部非洲 40% 的报告国，制订了国家政策，促进社区提供抗逆转录病毒疗法。

承诺 8

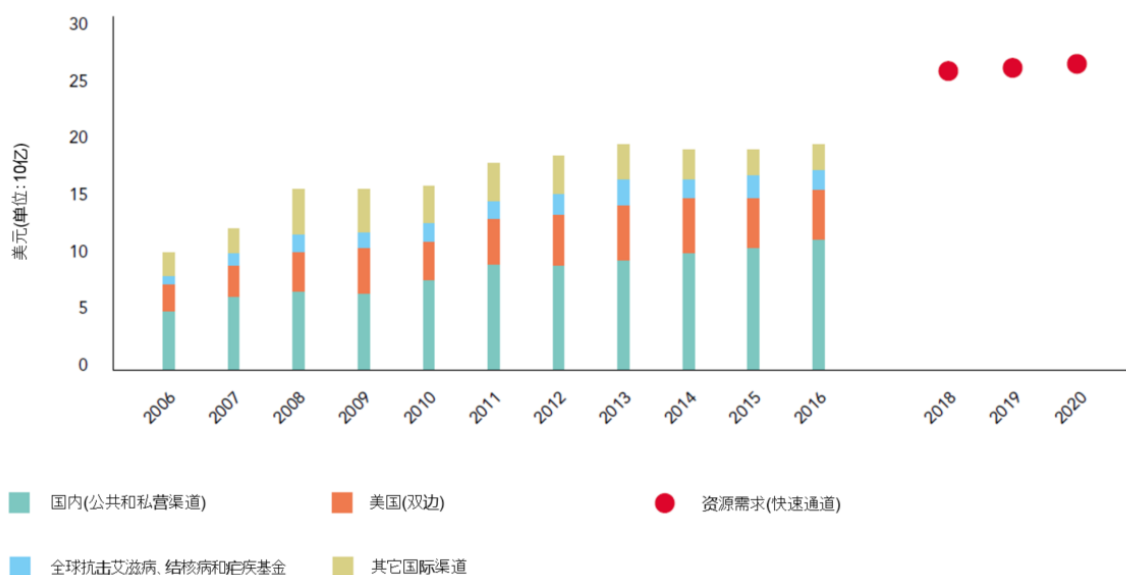
增加对艾滋病毒防治工作的投资

32. 全球防治艾滋病可用资源没有达到在 2016 年《政治宣言》中所做的承诺。2016 年中低收入国家防治艾滋病可用资源总额连续第三年保持不变，约为 191 亿美元。在这一总体平稳的趋势中，国际投资在 2013 年达到顶峰，接近 100 亿美元(按 2016 年美元定值计算)，后来在 2016 年减至约 81 亿美元。同时，2006 至 2016 年，中低收入国家的国内投资平均增加了 11%；然而，2015 至 2016 年，增长速度放缓至 5%(见图六)。

33. 可用资源这一总体稳定的趋势不符合到 2020 年投资 260 亿美元用于中低收入国家艾滋病防治的承诺。美国总统艾滋病紧急救援计划(总统艾滋病救援计划)和通过全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金提供了前所未有的国际援助，在此基础上，需要增加国内和捐赠投资，以实现 2020 年快速通道目标。

图六

中低收入国家 2006-2016 年按来源分列的艾滋病毒防治可用资源和到 2020 年预计资源需求



资料来源：艾滋病署 2017 年 6 月防治艾滋病毒可用资源估计；艾滋病署，“在应对艾滋病方面所需投资快速通道更新”（2016 年，日内瓦）；Jen Kates 等，“2016 年捐助国政府给予中低收入国家的艾滋病毒防治资助”（亨利·凯泽家族基金会和艾滋病署，2017 年）；全球艾滋病防治监测报告和全球艾滋病防治进度报告(2005-2017 年)；对艾滋病感到关切的供资者，“2015 年艾滋病毒/艾滋病防治慈善支助”（2016 年，华盛顿特区）。

注：按 2015 年世界银行收入分类开列的中低收入国家估计数。所有数字均以 2016 年定值美元计价。

承诺 9

增强艾滋病毒感染者、面临艾滋病毒风险者或受艾滋病毒影响者的权能

34. 2011 至 2016 年在七个地区 47 个国家进行的人口调查的数据显示，对艾滋病毒感染者表示歧视人口的百分比差异巨大(见图七)。在开展了多次调查的国家，百分比随时间的推移下降。例如在东非和南部非洲，不会从感染艾滋病毒的店主购买蔬菜的人口百分比从 2003-2008 年的 53.8%降至 2010-2016 年的 36.2%。在西非和中部非洲，歧视性态度的下降却不那么明显，从 2003-2008 年的 62%降至 2010-2016 年的 50.7%。总体而言，全球范围内持续存在歧视态度：在进行调查的 47 个国家，一半男性和女性(15-49 岁)表示不会从感染艾滋病毒的店主购买蔬菜。

图七

2011-2016 年在有数据可查的国家不会从感染艾滋病毒的店主购买蔬菜的 15-49 岁男性和女性的百分比

75-100%	50-74%	25-49%	0-24%
埃及*	阿富汗	孟加拉国*	阿根廷*
几内亚	贝宁	伯利兹	巴巴多斯*
伊拉克*	波斯尼亚和黑塞哥维那	喀麦隆	博茨瓦纳
约旦*	科摩罗	乍得	柬埔寨
也门*	埃塞俄比亚	刚果	古巴
	冈比亚	哥斯达黎加*	肯尼亚
	加纳	科特迪瓦	莱索托
	海地	刚果民主共和国	马拉维
	印度尼西亚	多米尼加共和国	纳米比亚
	牙买加	加蓬	卢旺达
	哈萨克斯坦	洪都拉斯	赞比亚
	吉尔吉斯斯坦	马里	津巴布韦
	老挝人民民主共和国	莫桑比克	
	利比里亚	尼泊尔	
	毛里塔尼亚*	尼日利亚	
	黑山	巴基斯坦	
	缅甸	秘鲁*	
	尼日尔	多哥	
	摩尔多瓦共和国	乌干达	
	塞内加尔	越南*	
	塞拉利昂		

75-100%	50-74%	25-49%	0-24%
塔吉克斯坦*			
突尼斯*			
乌克兰			

资料来源：人口调查，2011-2016 年。

* 仅是女性回复者。

35. 感染艾滋病毒风险增加的人群也面临严重的污名化，原因除其他外包括性别、性取向、性别认同、使用毒品或性工作。在许多国家，法律和政策强化了充满暴力和边缘化的环境，从而阻碍了获得服务的机会，并可增加粮食不安全。民间社会组织和研究机构报告称，72 个国家将同性性活动定为犯罪，¹³ 32 个国家仍对毒品相关罪行实行死刑，¹⁴ 超过 100 个国家将性工作的某些方面定为犯罪。¹⁵ 在 2017 年向艾滋病署报告数据的国家中，100 个国家中有 44 个报告称有将同性性活动定罪的法律；116 个国家有 17 个报告称其将变性者定罪或起诉；110 个国家中有 84 个报告称将性工作的某些方面定罪。在使用毒品或拥有毒品方面，90 个国家中有 78 个报告称使用毒品或拥有毒品供个人使用属于犯罪行为或构成强制拘留的理由，107 个国家中 9 个报告称对毒品相关罪行实行死刑。

36. 改革或废除歧视性和惩罚性的法律以及实施保护性法律规范增强了个人和社区的权能，提供了一种环境，让人们感到他们能够安全、有尊严并且与其他人平等地获得保健服务。如果同性性行为和性关系不受法律制裁，那么男同性恋者和其他男男性行为者以及变性者就能够更好地寻求保健和其他所需服务。在已经对使用毒品实施全部或部分非刑事化的国家，如捷克和葡萄牙，对吸毒成瘾、毒品犯罪、吸毒死亡和艾滋病毒的传播产生了实际影响。对 27 个欧洲国家最近的一项研究得出结论，在已将性工作某些方面合法化的国家，性工作者艾滋病毒流行率大大低于将性工作所有方面定罪国家的流行率。¹⁶ 积极保护边缘化群体的权利对减轻社会污名化和歧视至关重要。这包括关于以下内容的法律：禁止在保健场所或其他场所进行基于艾滋病毒感染状况、性取向和性别认同的歧视；建立处理和调查歧视投诉的系统；保护个人信息的保密性和同意治疗的权利。

¹³ Aengus Carroll 和 Lucas Ramón Mendos,《国家支持的同性恋厌恶症：世界性取向调查——入罪、保护和认可》，第 12 版(日内瓦，国际女同性恋、男同性恋、双性恋、变性者和双性者协会，2017 年)。

¹⁴ 国际减低危害协会，死刑项目(网页)。可查询：<https://www.hri.global/death-penalty-project>。(2017 年 9 月 14 日查阅)。

¹⁵ Cheryl Overs, 性工作法律地图(网页)，为发展研究学院制作。可查询：<http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>。(2017 年 9 月 20 日查阅)。

¹⁶ Aaron Reeves 等人，“国家性工作政策与性工作者的艾滋病毒感染率”，《柳叶刀·艾滋病毒专刊》，第 4 卷，第 3 号(2017 年 1 月 24 日)。

37. 在诉诸司法系统方面经常存在严重障碍。可获得和负担得起的法律代表至关重要。已证明将保健服务与法律援助结合的诉诸法律方案特别有效。在一些国家，社区咨询委员会已向人们提供表达冤情和寻求法律矫正的更多机会。

承诺 10

不再孤立地对待艾滋病问题

38. 进一步停止孤立地对待艾滋病毒防治工作可以加速在实现所有可持续发展目标方面的进展。艾滋病毒、结核病、病毒性肝炎和人类乳头瘤病毒等流行病相互交叉，有相似的挑战和特征，包括传播方式、诊断方面的困难和难以接触到受影响人群。改进保健方案之间的合作能够加强卫生系统和提高效率。2016 年《政治宣言》明确承认了这些联系，呼吁建立统筹应对合并感染和并存疾病的国家卫生系统，并承诺大大降低乙型肝炎和丙型肝炎的感染，提高结核病和肝炎的治疗覆盖率。

39. 在过去十年，全球防治艾滋病毒感染者所患结核病的工作已取得重大进展。2004 年，仅有 3% 被告知患结核病的病人了解自己的艾滋病毒感染状况，54% 感染艾滋病毒的结核病患者获得抗逆转录病毒治疗。2016 年，57% 被告知患结核病的病人了解自己的艾滋病毒感染状况，85% 感染艾滋病毒的结核病患者获得抗逆转录病毒治疗。艾滋病毒感染者中因结核病死亡的人数下降了三分之一以上，从 2007 年的 593 000 人峰值下降到 2016 年的 374 000 人。结核病的预防性治疗也在不断扩大，尤其针对两个优先的危险群体：艾滋病毒感染者和 5 岁以下儿童。2016 年，在 60 个国家新加入抗艾滋病毒治疗的近 100 万艾滋病毒感染者接受了结核病预防性治疗，而 2004 年仅有 3 个国家报告称，12 000 人在接受此类治疗。

40. 尽管这些成果令人瞩目，但是 2010 年以来艾滋病毒感染者中因结核病死亡的人数减少了 28%，远远低于 2016 年《政治宣言》中到 2020 年减少 75% 的目标。结核病也仍是导致艾滋病毒感染者住院和死亡的主要原因，占 2016 年艾滋病致死总人数的三分之一以上(37%)，是全球第九大死亡诱因。2016 年艾滋病毒感染者中被告知患结核病的病例人数仅占该年艾滋病毒感染者患结核病估计总人数的 46%，凸显了及时诊断方面的巨大欠缺，并且凸显尚未获得抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者患结核病的比例很高。按照 2016 年《政治宣言》的要求，弥补这方面的欠缺和筛查所有接受治疗的艾滋病毒感染者是否存在结核病症状，将需要国家结核病和艾滋病毒方案更好地在先证病例接触者追踪、社区外联和履约支助活动方面进行协作。

41. 耐药结核病仍然对取得进展构成威胁。2016 年，600 000 个新增病例对最有效的一线药物利福平耐药，其中 490 000 个病例涉及耐多药结核病。对结核流行病影响更广泛的包括贫困程度、营养不良和吸烟。为了实现 2016 年《政治宣言》中与结核病相关的 2020 年里程碑目标，如覆盖所有需要结核病治疗患者的 90%，包括 90% 风险较高的人群，并实现至少 90% 的治疗成功率，肺结核发病率和死亡率需要降至每年 4% 至 5%，导致因结核病死亡的结核病例百分比必须从 16% 降至 10%。

42. 2015 年，在 3 670 万艾滋病毒感染者中，估计 270 万人存在乙型肝炎病毒慢性感染，230 万人感染了丙型肝炎病毒。2016 年《政治宣言》中涉及肝炎的目标是到 2020 年将慢性病毒性乙型和丙型肝炎新增感染病例减少 30%；确保到 2020 年，500 万人接受乙型肝炎治疗；确保到 2020 年，300 万慢性丙型肝炎感染者获得治疗。2016 年，450 万人接受乙型肝炎治疗，176 万人开始丙型肝炎治疗。2015 年，全球婴儿三剂乙型肝炎疫苗接种率达到 84%，乙型肝炎疫苗的有效扩大显著减少了生命前五年的乙型肝炎传播，将乙型肝炎在儿童中流行率降至 1.3%。

43. 还有其他的预防干预措施，但未得到充分执行。有效的减少危害服务供应不足，包括防止丙型肝炎(及艾滋病毒)在注射毒品人群中传播的针头注射器方案。因此，估计 2015 年全球有 175 万丙型肝炎新增感染病例。可负担的肝炎检测服务也很有限，在确诊者中，只有一小部分获得治疗。令人担忧的是，病毒性肝炎造成的死亡人数在增加，从 2000 年的 110 万人增加到 2015 年的 134 万人。

44. 包括埃及、格鲁吉亚、蒙古和巴基斯坦在内的几个“先行”国家表明可以通过坚定的政治领导和降低基本药物和诊断的价格来扩大检测和治疗服务，迅速扩大丙型肝炎的检测和治疗。扩大病毒性肝炎预防、检测和治疗的范围需要采取一种为所有有需要的人提供服务的公共健康办法，需要在为实现全民健康保障提供可持续供资的框架内进行。

45. 女性艾滋病毒感染者罹患子宫颈癌的风险要高出四至五倍。这种风险与人乳头状瘤病毒有关，而人乳头状瘤病毒是性活跃男性和女性中一种常见的感染，对于免疫系统受损的妇女(如感染艾滋病毒的妇女)来说很难清除。要尽量减少子宫颈癌造成的死亡，需要采取全面的办法。由于人类乳头瘤病毒感染在较低年龄很常见，一项关键战略是在少女进行性接触之前进行早期接种。迄今为止的人乳头状瘤病毒免疫方案主要是在高收入国家。在 2006 年 6 月至 2014 年 10 月期间进行的人乳头状瘤病毒免疫接种方案计划覆盖的 1.18 亿女性中，只有 1%来自于低收入或中等偏下收入国家。

二. 艾滋病防治工作与联合国改革

46. 经济及社会理事会在第 1994/24 号决议中设立了联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署，在当时还未采取集体应对的情况下引领且激励世界实现普及艾滋病毒/艾滋病的预防、治疗、护理和支助。二十多年后，艾滋病署正在协调 11 个联合国实体的工作，并与会员国、民间社会、全球基金、总统艾滋病紧急救援计划、学术界和私营部门密切合作。这些努力使得全世界团结一体，努力实现到 2030 年消除艾滋病疫情这一公众健康威胁的全球目标。

47. 艾滋病署在过去二十年里逐步演变，联合国共同赞助机构从 6 个增至 11 个。共同赞助机构和秘书处有涉及艾滋病毒工作的六年联合战略以及统一的预算、工作计划和问责制框架。艾滋病署国家主任牵头的联合国艾滋病问题联合小组一直是联合国国家工作队内业绩卓著的单位。民间社会在艾滋病署的治理中发挥着积极的作用，会员国、联合国系统、民间社会和私营部门之间积极的伙伴关系是在

中低收入国家成功防治艾滋病的决定性特征。在防治艾滋病国际伙伴关系内，受艾滋病署的支持，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金在为国家防治艾滋病投资协调发展筹资方面发挥关键作用，这些防治工作由流行病学证据和方案证据支持，由有力的成果框架指导。

48. 2017 年，艾滋病署召集了一次多利益攸关方专家小组，针对在不断变化的疫情和联合国改革的背景下提出改进和加强艾滋病署的建议。专家小组提出了关于以下方面的具体建议：部署人力和财政资源、重振国家一级的联合工作和加强对人民的责任和成果。这些建议写入了艾滋病毒署方案协调委员会 2017 年 6 月核准的一份行动计划。此后，艾滋病署评估了其在国家一级的能力，推出了一项经修订的资源分配模式，其中对在 71 个优先国家中由联合国艾滋病问题联合小组列入方案并由联合国国家工作队商定的财政资源进行“国家封套”。不断改进艾滋病署的业务模式以及重新组合工作人员和财政资源是为了确保联合国仍然胜任其职，支持每个阶段的艾滋病防治工作。经济及社会理事会设想的艾滋病署办法——其成就、经验教训和积极的演变——能为在重新定位联合国发展系统多个拟议领域的工作提供参考，从而更好地支持实现《2030 年议程》。艾滋病署的经验对经过改革的联合国愿景有直接意义，该愿景的目的是，在发挥具体实体比较优势的基础上开展联合工作，解决重复工作问题和填补欠缺。这一联合和共同赞助的模式表明，总体上加强伙伴关系并在国家一级采取协调一致的统筹办法可扩大和加强向各国提供关键的“全系统”支助。

三. 建议

49. 按照《2030 年议程》的要求，到 2030 年消除艾滋病疫情这一公众健康威胁仍然可望而且可及。然而，减少新增感染病例的进展缓慢表明了我们若要实现最终目标必须应对的差距和挑战。尽管有许多预防感染艾滋病毒的有实证依据的备选方案，但很少有国家建立起强有力的综合预防战略，并进行了足够的投资以确保这些战略得到落实。国家法律和政策未能保护社会最脆弱的成员。每年仍有数百万妇女、儿童、新生儿和青少年死亡，而其中大多死于本可预防的诱因。高发病率背景下年轻妇女感染艾滋病毒的风险仍然高得令人无法接受，在所有大陆上，缺乏足够的工作，未能向感染风险较高的关键人群、移民以及人道主义处境中的人提供他们所需的预防、诊断和治疗艾滋病毒的服务。

50. 艾滋病还没有终结，但可以终结。如要在 2020 年前实现所有快速通道目标，会员国就必须采用地点-人口和生命周期办法，该办法全面利用监测和方案数据，并确保每个有需要的人知晓并能够获得多种有效预防办法、艾滋病毒检测和治疗服务，并建立必要的保护措施确保每个有需要的人都可以利用这些服务。

建议 1

发起艾滋病毒检测革命和实现三个“90%”的目标

51. 整个艾滋病毒检测和治疗过程的差距有所缩小，但是总体上 2016 年所有艾滋病毒感染者中 44%[32-53%]实现病毒抑制——大大低于完全实现三个“90%”

的目标所需要的 73%。最大的差距存在于整个过程的第一步：了解艾滋病毒状态。很高比例的艾滋病毒感染者不知道自己的艾滋病毒状态，无法获得治疗和保护伴侣免于感染艾滋病毒，尤其是青年、男性和关键人群。因此，在感染艾滋病毒几年后获得诊断并且登记治疗晚期疾病的患者百分比在许多国家仍然高得惊人。

52. 敦促会员国加入将确保到 2020 年实现三个“90%”目标的艾滋病毒检测革命。扩大早期婴幼儿诊断以及加速开发和推广小儿抗逆转录病毒制剂对实现到 2018 年底，160 万名感染艾滋病毒的儿童获得抗逆转录病毒疗法的全球目标至关重要。护理点机制为早期婴儿诊断尤其带来了希望，同样带来希望的还包括确保向接受抗艾滋病毒治疗的所有成年人的子女提供检测服务，向寻求免疫接种、营养不良服务和结核病治疗的幼儿提供艾滋病毒检测。会员国应确保将最新艾滋病毒检测方面的创新广泛提供给最需要的人群和地区。这些创新测试办法包括社区检测、自我检测和协助式的伴侣通知。

建议 2

加紧努力消除结核病以及其他合并感染和并存疾病

53. 世卫组织关于在可持续发展目标时代消除结核病的全球部长级会议于 2017 年 11 月在莫斯科举行，会议最后集体承诺迅速采取行动，实现全民保健，手段包括通过协作活动扩大综合、以人为本的结核病和艾滋病毒服务。大会首次关于结核病的高级别会议拟于 2018 年 9 月举行，这将提供历史性机会，促使将该承诺转化为可采取行动的大会宣言，加速防治结核病和与艾滋病毒相关结核病，使各个国家和全世界坚定地稳步消除艾滋病毒感染者中的结核病死亡病例。这将需要通过国内来源(特别是中等收入国家)和国际捐助方(尤其是低收入国家)弥补 23 亿美元的资金缺口。关于预防和控制非传染性疾病的第三次高级别会议将提供另一个机会，可以借此实现对防治艾滋病毒产生积极影响的全球保健进步的。这两个会议和 2019 年关于全民保健的高级别会议都将提供机会，将在全球保健议程的各项问题联系起来，协调方案拟订和筹资工作，以提高效率，同时鼓励加强全系统的卫生举措。

54. 除了结核病，应对合并感染和并存疾病的具体步骤包括继续扩大对乙型肝炎和丙型肝炎的治疗，手段包括采购高质量的非专利药物，开发新的实验室技术，使用针对具体疾病(如艾滋病毒和梅毒)的共同检测平台测试不同的病症，并扩大人类乳头瘤病毒的疫苗接种、教育、筛查和治疗。改善初级卫生保健将加速对具体疾病的防治工作。扶贫措施将产生同样的影响。进一步停止孤立地对待艾滋病毒防治工作需要加快努力实现到 2030 年实现全民健康保障的全球目标，并需要开展更广泛的工作实现《2030 年议程》。同样，2019 年关于全民保健的高级别会议将为会员国提供一次把艾滋病毒和艾滋病问题作为讨论核心的机会，既推动全民保健，又从中受益。

建议 3

利用艾滋病毒预防路线图加快减少新增感染病例

55. 所有中低收入国家，尤其是 2016 年近 75% 艾滋病毒新增感染病例所在的 25 个国家，被敦促利用艾滋病毒预防路线图立即采取具体步骤，以加快取得进展，实现他们利用有实证依据的、以人为本和以权利为基础的办法预防艾滋病毒的 2020 年承诺。路线图中的 10 点计划指导各国(a) 对关键的预防工作需求进行战略评估，确定阻碍取得进展的政策和方案障碍；(b) 为预防艾滋病毒制定或修订国家目标和路线图；(c) 进行体制变革以加强对艾滋病毒预防工作的领导、监督和管理；(d) 采取必要的法律和政策变革，以创造一种有利于预防方案的环境；(e) 制定国家指导、制定干预措施、确定服务交付平台、更新行动计划；(f) 制定预防方面的综合能力建设和技术援助计划；(g) 建立或加强针对民间社会执行者的社会承包机制，扩大以社区为基础的对策；(h) 评估现有的预防工作资源，制定一项缩小资金缺口的战略；(i) 建立或加强预防方案监测制度；(j) 加强对预防工作的国家和国际问责。关键的方案行动包括更紧迫地扩大安全套方案、减少危害、自愿性医疗包皮环切手术和暴露前预防口服药。法律和政策变革必须将重点放在消除风险最高和最弱势群体获得服务的结构和政策障碍，包括校内外的年轻人和关键群体，减少污名化和歧视，并向这些群体提供平等的机会，从而确保逐步实现其人权。

建议 4

通过以人为本的服务提供模式和支持性的法律和政策框架，保障人权和促进性别平等

56. 防治艾滋病的工作基于积极的活动：需要为艾滋病毒感染者提供以人权办法为基础的服务。大量证据表明，建立以人为本的服务提供模式、支持性的法律和政策框架、监测和强制执行机制，并对保健工作者和其他义务承担人提供宣传培训能够促进包容性，并实现平等获得保健服务的机会。性别平等，包括让女童留在学校和处理暴力侵害妇女行为，对使妇女和女童有能力保护自己免遭艾滋病毒感染至关重要。需要取消须征得家长同意的要求，以加速为青年人提供服务，并且消除歧视性法律和政策以及提供获得法律援助的平等机会对保护关键人群和艾滋病毒感染者的权利至关重要。敦促会员国促进和保护所有人权和基本自由，并加倍努力履行其在 2016 年《政治宣言》中以下方面的承诺：实现性别平等；加强努力建立有利的法律、社会和政策框架，促进不受歧视地获得艾滋病毒服务、教育、保健、就业和社会服务；向艾滋病毒感染者、面临艾滋病毒风险者和受艾滋病毒影响者提供法律保护。

建议 5

将艾滋病毒署的联合方案和六大机构伙伴关系作为联合国改革的全球保健加速器和孵化器加以利用

57. 随着联合国在不断演变的全球安全威胁、人道主义紧急状况、发展挑战和气候变化的背景下进入改革的关键时期，联合国联合应对艾滋病越来越重要。发展行为体和人道主义行为体必须共同发扬迄今为止在艾滋病毒防治工作方面取得的成果，同时适应不断变化的政治、经济和流行病现状。会员国全力支持艾滋病

署的 2018-2021 年期间联合方案行动计划和战略资源调动计划对确保艾滋病署继续作为联合国改革的先锋至关重要。

58. 艾滋病署担任六大机构伙伴关系的主席提供了一次机会，可以借此利用联合方案的经验，并加速联合国发展系统的改革。联合国改革议程的许多优先事项——联合工作、减少碎片化和重复、创造战略信息、提供综合政策咨询和加强问责制——是艾滋病署和六大机构模式的核心所在。与艾滋病署六年战略启发下的艾滋病防治快速通道办法和 2016 年《政治宣言》类似，六大机构伙伴关系能够增强对妇女、儿童和青少年健康的抱负和政治承诺，将联合国联合工作的重点放在明确的可兑现目标和成果上，并在《2030 年可持续发展议程》背景下加快取得进展。敦促会员国支持六大机构伙伴关系发挥作为联合国发展系统改革全球保健领域加速器和孵化器的作用。
