



亚洲及太平洋经济社会委员会

第六十一届会议  
2005年5月12-18日  
曼谷

区域一级重大发展动态和活动：新出现的社会问题

(临时议程项目 3(c))

《关于艾滋病毒/艾滋病问题承诺宣言》落实情况和  
艾滋病毒/艾滋病与发展亚太领袖论坛的报告

*秘书处的说明*

内容提要

2001年6月，在纽约举行的联合国大会艾滋病毒/艾滋病问题特别会议上，189个成员国通过了《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》。2003年9月1-4日，在曼谷举行的经社会第五十九届会议第二阶段会议，要求秘书处依照2003年9月4日的经社会第59/1号决议，汇报亚太经社会区域落实“《承诺宣言》”的进展情况。

本文件第1节评价了亚太经社会区域的整体进展情况，并找出了在实现《承诺宣言》所提指标方面的主要差距。在实现宣言指标方面已取得了重大进展，但仍存在许多挑战。亚太经社会区域各政府应与国际机构、公私营部门、民间社会实体合伙，进一步努力扩大成果，实现《宣言》确定的2005年指标。

在社会各界加强领导，对有效遏止艾滋病流行极为重要。本文件第2节重点介绍了艾滋病毒/艾滋病与发展问题亚太领袖论坛，将其作为通过区域机制加强领导应对能力的一个范例。

## 目 录

章 节	页 次
导言 .....	1
一、《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》：在亚太的落实情况 .....	1
A . 《关于艾滋病/艾滋病问题的承诺宣言》 .....	1
B . 区域承诺和行动 .....	2
C . 国家承诺和行动 .....	5
D . 主要挑战与差距 .....	11
二、艾滋病毒/艾滋病与发展问题亚太领袖论坛 .....	14
A . 论坛的问世 .....	14
B . 国家一级的成就 .....	17
C . 国家间成绩 .....	18
D . 编制新闻和宣传材料 .....	19
E . 迈出下一步 .....	19
F . 亚太经社会的作用 .....	20
三、结论 .....	20
参考资料 .....	22

## 导言

1. 在 2004 年年底，亚太的艾滋病毒感染者和艾滋病患者已超过九百万，在一个均属高危人群中的年轻人超过六亿的区域，已有了一个稳固的立足之地（亚太经社会，2003 年）。

2. 若不采取综合对策，艾滋病有可能使本区域大多数国家和地区在过去五十年中所取得的社会和经济发展成就付诸东流。若要成功应对，亚太经社会区域各政府有责任营造一种有利环境，以便多部门合击艾滋病毒/艾滋病，共同对付这一对发展的挑战。

3. 近年来，亚洲及太平洋区域许多政府已认识到今后的挑战并已开始采取行动。本文件介绍了本区域在处理艾滋病毒/艾滋病问题方面取得的最新进展。

4. 第一节评价了本区域在实现 2001 年联合国大会关于艾滋病毒/艾滋病问题的第二十六届特别会议通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》所提目标方面的总体进展情况并找出主要差距。2003 年 9 月 1-4 日，经社会第五十九届会议第二阶段会议要求秘书处依照 2003 年 9 月 4 日的经社会第 59/1 号决议找出落实《承诺宣言》尤其是政治承诺和资源调拨方面的差距。

5. 第二节重点介绍了艾滋病毒/艾滋病与发展亚太领袖论坛（APLF），将其作为通过区域机制加强领导应对能力的一个范例，论述了领袖论坛的建立及其成就。

### 一、《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》：在亚太的落实情况

#### A. 《关于艾滋病/艾滋病问题的承诺宣言》

6. 《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》代表了通过该宣言的 189 个会员国共同的远见卓识，是建立一个全球联盟向艾滋病开战的第一步。这一联盟扩展到私营部门和民间社会，其中包括艾滋病毒感染者和艾滋病患者的组织及信仰组织。

7. 《宣言》就 11 个与艾滋病毒/艾滋病相关的问题提出了具体的、有实现期的目标：领导；预防；护理、支助和治疗；艾滋病毒/艾滋病与人权；减少感染可能性；艾滋病毒/艾滋病造成的孤儿和使之脆弱的儿童；减轻对社会和经济造成的影响；研究和开发；冲突区和灾区的艾滋病毒/艾滋病问题资源以及后续行动。

8. 2003 年，艾滋病署发布了全球遏止艾滋病流行的第一份进度报告。为衡量所

取得的进展，艾滋病署制订了 22 个核心指标，涉及全球/区域承诺和行动、国家承诺和行动、国家方案和行为以及国家影响。从 103 个国家/地区（包括亚太经社会 27 个成员和准成员）收集了数据。

9. 现正在编写将于 2005 年下半年发布的艾滋病署第二份全球进度报告。

## B. 区域承诺和行动

10. 为支持国家一级的努力，《承诺宣言》清晰详尽地阐明了区域、次区域和区域间合作的重要性（联合国 2001 年，第 39-43 段）。

11. 为推动《宣言》所提目标的实现，秘书处在进一步探讨关键问题并倡导在非洲、亚太、加勒比与东欧加大防治艾滋病毒/艾滋病的力度方面征得负责艾滋病毒/艾滋病问题的 4 位特使的援助。

12. Nafis Ssdik 医生作为处理亚太艾滋病毒/艾滋病问题的秘书长特使，通过多次访问本区域，与一系列利益攸关方广泛磋商，成为促进亚太经社会区域防治艾滋病毒/艾滋病的重要人物。

### 1. 亚太经社会：加强区域承诺

13. 联合国最大的区域委员会，亚太经社会的成员和准成员提出了本区域的明确对策，在亚洲及太平洋区域处理艾滋病大流行问题。

14. 亚太经社会为筹备 2001 年 6 月举行的联合国大会关于艾滋病毒/艾滋病问题特别会议，于 2001 年 4 月 25 日通过了第 57/1 号决议，号召本区域采取行动抗击亚洲及太平洋人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症，这标志着本区域最高层次的政府间经济社会发展论坛对艾滋病毒/艾滋病问题的关注到了一大转折点。

15. 2003 年 9 月 1-4 日，经社会第五十九届会议第二阶段会议在曼谷召开。鉴于经社会的历史性确定，这届会议的主题自然就集中在艾滋病毒/艾滋病作为经济社会发展的一大挑战的问题上，不再主要从医疗卫生角度处理艾滋病毒/艾滋病问题，这标志着一个转变。博茨瓦纳总统作为经社会第五十九届会议的特邀嘉宾，在会上发表了强有力的发言，阐明了经社会区域急需及时吸取非洲艾滋病大流行的沉痛教训。经社会通过了第 59/1 号决议“《关于艾滋病毒/艾滋病问题的《承诺宣言》的区域后续行动》，呼吁亚太经社会所有成员和准成员实施《承诺宣言》，在最高决策层作出政治承诺，遏止艾滋病

的大流行。

16. 2004 年 4 月 28 日的经社会关于《上海宣言》的第 61/1 号决议和号召区域加强公共卫生能力建设的第 60/2 号决议阐明亚太经社会 62 个成员和准成员政府一致承诺，制订综合对策来防治艾滋病毒/艾滋病及其它严重疾病，其中包括增加廉价优质药品的供应和加强公共卫生能力建设。

## 2. 争取落实亚太经社会关于艾滋病毒的决议

17. 作为第 57/1 号和第 59/1 号决议的后续行动，秘书处与泰国政府、民间社会和私营部门协作，率先缔造了公私部门与社区三者结成伙伴关系的模式，支持为艾滋病毒感染者和艾滋病患者提供卫生保健服务。这一创收机制和吸取的经验教训将通过本区域一个资源共享中心介绍给亚太经社会各成员。

18. 2004 年 12 月，秘书处完成了一个多年期的由六个国家（孟加拉国、柬埔寨、中国、印度、老挝人民民主共和国、尼泊尔）参与的艾滋病毒预防项目。该项目增强了政府和民间社会的能力，使其能设计并有效实施重点帮助青年利用生活技能和同伴帮助的做法预防艾滋病毒的方案。1000 多位经过培训的“一帮一”宣传员通过社区范围的培训和街头活报剧表演这类非正式教育环境向二万多青年做宣传。

19. 另外，秘书处在老挝人民民主共和国、泰国、越南和中国云南省支持开展关于吸毒问题的培训试点方案，处理吸毒与艾滋病毒/艾滋病之间的关系问题。该方案吸收了一万七千多名相关人员参与。秘书处为推广多部门做法又作了最新的努力，于 2005 年 1 月推出了一个项目，在大湄公河次区域从事长途运输的公路职工中增进健康，降低感染艾滋病毒的机率。

20. 秘书处承诺采取举措，进一步坚定政治决心，有效防治艾滋病毒/艾滋病，作为这项承诺的一部分，它与澳大利亚和泰国政府以及艾滋病署一道，为作为 2004 年 7 月 11-16 日在曼谷召开的第十五次国际艾滋病大会领袖方案一部分的第二届亚太艾滋病毒/艾滋病问题部长级会议提供了支持。来自 38 个国家的部长参加了这届部长级会议并通过了一个部长联合声明。为吸收陪同部长与会的高级顾问参加，秘书处与亚太领袖论坛和艾滋病署举办了一个共同学习讲习班，主题为多部门行动处理艾滋病毒/艾滋病问题。讲习班于 2004 年 7 月 12 日在曼谷举行。

21. 秘书处推动将艾滋病毒/艾滋病问题纳入本区域卫生与发展议程主流，它反映

在艾滋病毒/艾滋病问题已作为一个优先行动领域纳入了“区域战略行动框架：促进卫生和可持续发展”。亚太经社会区域卫生与发展首次政府间会议—2004年12月1-3日在曼谷举行的卫生与发展小组委员会会议通过了该框架。

### 3. 亚太经社会区域的其它区域性/次区域性举措

22. 以下简要介绍为支持《承诺宣言》行动而采取的其它区域性/次区域性重大举措。

23. 在《宣言》通过后不久，澳大利亚政府于2001年10月9-10日在澳大利亚墨尔本主办了第一届亚太艾滋病毒/艾滋病问题亚太部长级会议。该会议的两大关键成果：一是代表亚太经社会33个成员和准成员政府的部长们承诺在社区、国家、跨界和区域层面上加强多部门做法和伙伴关系；二是亚太领导论坛的问世。

24. 与第十五届艾滋病大会同时举行的第二届亚太部长级会议一丝不苟地审评了自墨尔本会议以来取得的成绩。第二届部长级会议认识到：“有必要更快、更有效地落实方案使人人都有公平机会获得预防、治疗和护理...”。此外，部长们宣布“决心采取行动，唤起人们注意政策和立法的到位、资源的筹措和社区的参与...”（第二届部长会，2004年，第14段）。

25. 第二届部长会的一个重大成果是，与会政府重申决心要实现《宣言》的目标。尤其提到要采取后续行动，落实经社会2001年4月25日第57/1号、2003年9月4日第59/1号和2004年4月28日第60/2号决议中涉及艾滋病毒/艾滋病的规定。

26. 2001年11月5日在斯里巴加湾举行的第七届东盟首脑会议上，东盟的国家元首和政府首脑通过了第七届东盟首脑会议关于艾滋病毒/艾滋病问题的宣言。《宣言》着重提及《承诺宣言》，强调有必要在国家、区域和国际三级加大力度，全面综合处理艾滋病毒/艾滋病问题。为指导各政府在国家和区域两级防治艾滋病毒/艾滋病，第七届东盟首脑会议通过了东盟关于艾滋病毒/艾滋病问题的工作方案。

27. 2004年11月29-30日在万象举行的第十届东盟首脑会议上通过的《万象行动方案》再次重申东盟将致力于预防艾滋病毒/艾滋病及其它传染病的传播并减少其危害。《方案》包括制订并实施东盟第三份关于艾滋病毒/艾滋病问题的2005-2010年工作方案。

28. 南亚宗教界艾滋病毒/艾滋病问题理事会是信仰界领袖采取的一个重大举措，

领导并调动各社区和各种资源应对特别是在青年人中间日益严重的艾滋病毒/艾滋病危机。2004年11月19-21日，儿童基金会在新德里组织了理事会第一次会议。

29. 南亚区域合作联盟正在制订其控制结核病和艾滋病毒/艾滋病的战略。艾滋病毒/艾滋病活动由设在尼泊尔巴克塔普尔的南盟结核病中心协调。

30. 2004年11月29日-12月1日在伊斯兰堡举行的第一次亚太妇女、女童与防治艾滋病毒/艾滋病最佳做法会议通过了“2004年伊斯兰堡改革议程”。该议程强调一切防治艾滋病对策必须以所有受艾滋病毒/艾滋病感染或影响的成年男女、女童男童的基本人权为基础。

31. 2004-2008年关于艾滋病毒/艾滋病问题第二项太平洋区域战略吸收了《承诺宣言》的所有要素，并反映出太平洋次区域的独特需求。2004年8月8日在阿皮雅举行的太平洋岛屿领导人论坛上，所有太平洋首脑核准了这份与太平洋所有有关政府/领土的利益攸关方密切协作制订出的战略。

32. 2004年10月11-13日在苏瓦举行了具有里程碑意义的首次关于“太平洋国会议员在抗击艾滋病毒/艾滋病中的作用”的人口与发展太平洋议员大会，会议为调动国会议员支持抗击艾滋病毒/艾滋病的行动提供了一个论坛。

### C. 国家承诺和行动

33. 艾滋病署关于2003年全球艾滋病毒/艾滋病蔓延的应对工作进度报告，通过各国政府用于防治艾滋病毒/艾滋病的开支和关于艾滋病毒/艾滋病问题的政府政策的数目衡量了国家承诺和行动的进展情况。

34. 艾滋病署查明了国家采取有效行动的四个关键性政策方向：制订、实施国家防治艾滋病战略计划并将其纳入主流；预防艾滋病毒传播；保护和增进人权；以及关爱和支持艾滋病毒感染者和艾滋病患者（艾滋病署，2003年）。

35. 以下对政府防治艾滋病毒/艾滋病政策的综述吸收了2002-2004年亚太经社会15个成员提交给艾滋病署的对国家政策综合指数问卷（艾滋病署，2004年c）的答复，这15个成员是：孟加拉国、柬埔寨、中国、斐济、印度、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、缅甸、尼泊尔、巴基斯坦、菲律宾、巴布亚新几内亚、斯里兰卡、泰国和越南（以下简称亚太经社会区域答复国）。

36. 本节还概述了经社会区域作为国家综合对策基本内容的国家领导举措。

## 1. 国家为防治艾滋病毒/艾滋病预算拨款

37. 《承诺宣言》要求各国增加拨给艾滋病毒/艾滋病方案的预算。虽然本区域许多国家自 2001 年以来已增加了用于防治艾滋病毒/艾滋病的预算的拨款，但增拨款不敷综合性防治艾滋病毒/艾滋病国家方案所需。

38. 在东南亚(泰国除外)，国内拨出的资源并没反映艾滋病毒/艾滋病问题本应受到的优先重视。有一个国家虽艾滋病感染率直线上升，但据估计，它在 2002 年仅拨出国内政府资金 340 万美元用于防治艾滋病毒/艾滋病(艾滋病署，2003 年)。

39. 只有在少数情况下，经社会区域有关政府才明确表示决心要补上资源方面的缺口。中国的艾滋病毒/艾滋病专项预算翻了一番，从 2003 年的大约三亿九千万元增加到 2004 年的八亿一千万(国务院艾滋病防治工作委员会办公室/联合国艾滋病毒/艾滋病问题中国专题组，2004 年)。

40. 俄罗斯联邦艾滋病流行已成定局，是经社会区域艾滋病发病率最高的国家之一，属于 2002 年占全球防治艾滋病毒/艾滋病支出总额的 75% 的 7 个中等收入国家之一(艾滋病署，2003 年)。这种情况并没有反映在中亚，尽管该地区艾滋病流行速度惊人，但政府仅拨出相对较少的资金用于与防治艾滋病毒/艾滋病相关的活动。

## 2. 国家防治艾滋病战略计划

41. 《承诺宣言》要求所有国家到 2003 年制订出并执行好国家防治艾滋病战略计划，的确，亚太经社会有许多发病率高的国家为抗击艾滋病毒/艾滋病已制订出国家计划，包括多部门战略。

42. 2004 年 3 月，越南总理批准了该国第一项到 2010 年前预防控制艾滋病毒/艾滋病的战略及其对 2020 年前工作的展望。这项国家战略提倡一种多部门防治艾滋病毒/艾滋病的做法并动员全社会参与(艾滋病署，2004 年 e)。

43. 大多数国家有在促进政府、私营部门与民间社会三者之间互动的艾滋病毒/艾滋病问题全国性专职机关。印度国家艾滋病控制组织在其 2002-2004 年报告中强调：培育伙伴关系对由政府主导的防治艾滋病毒/艾滋病多部门对策极为重要。该组织推动教育、国防、劳工、青年事务、铁道、工业、运输、农村发展、社会正义与赋权等不同部门的利益攸关方的参与，以优化印度防治艾滋病的工作。



44. 随着艾滋病的流行，本区域各国已认清有必要修订并不断更新其国家计划。2003年4月，印度尼西亚全国防治艾滋病理事会通过一个由民间社会、各省、私营部门和艾滋病毒感染者及艾滋病患者参与的磋商过程，制订了一项多部门防治艾滋病的新战略（艾滋病署，2003年）。2004年，柬埔寨卫生部修订了防治艾滋病毒/艾滋病的战略计划，以便将防治方面扩大的需求、新的发展动态以及综合护理治疗的需要，包括提供抗逆转录酶病毒疗法（ART）等考虑进去（艾滋病署，2004年）。

45. 然而，经社会区域许多国家，在将战略计划化为全面行动的过程中遇到了障碍，特别是像缺乏政治承诺以及资金、人力和机构能力不足。

46. 2004年12月26日的海啸突出表明人道主义救援界对将艾滋病毒/艾滋病问题纳入紧急救灾工作的必要性认识不够。艾滋病署已加强了与印度、印度尼西亚、泰国和斯里兰卡这四国的国家艾滋病机构的合作处理紧急救灾和灾后重建中艾滋病毒感染者和艾滋病患者在治疗和护理方面的需要问题。

### 3. 艾滋病毒的预防

47. 在（年龄为15-24岁的）青年男女中降低艾滋病毒感染率是《承诺宣言》防病目标的主要内容。经社会区域对国家政策综合指标问卷的答复表明，为促进艾滋病毒/艾滋病的宣传、教育和交流已制订了总体政策和战略（艾滋病署，2004年d）。

48. 柬埔寨正做出种种努力，将艾滋病毒/艾滋病问题纳入教育、青年和体育部的活动。老挝人民民主共和国正努力确保到2010年使全国人民普遍了解和认识艾滋病毒/艾滋病（艾滋病署，2003年）。鉴于该国少数民族众多并有各自的语言和文化习俗，那真是一项很大的工程。

49. 在亚太经社会区域许多地方，青年人以安全行为预防艾滋病毒的知识和技能水平很低。就通过学校教育开展生活技能培训而言，印度、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、缅甸、尼泊尔、泰国、东帝汶和瓦努阿图这些国家处于不同阶段。孟加拉国最近宣布，2005年在中学课程中将包括艾滋病毒/艾滋病问题（《Khaleej时报》，2005年）。

50. 只有少数几个国家提供了详细资料，介绍专门针对艾滋病毒感染率较高或不断攀高的群体的干预措施。尼泊尔在国际捐助方的援助下，正在实施专门针对性工作人员、嫖客以及注射吸毒者的预防战略。印度尼西亚据报告说，正在制订一项针对跨国流动人员的预防艾滋病毒的国家战略（艾滋病署，2003年）。

51. 自 2002 年以来，艾滋病署一直在支持有关国家国防和内务/司法部实施专门针对青年男女官兵的预防方案。孟加拉国、中国、斐济、印度、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、蒙古、缅甸、巴布亚新几内亚、菲律宾、斯里兰卡和越南等国的方案正处于不同的实施阶段。这些方案旨在将预防艾滋病毒/艾滋病作为为军队和警察新入伍者提供的基本培训课程的一部分。

52. 亚太经社会区域大多数答复者都表明，他们计划扩大预防性措施的覆盖面，这其中包括提供安全套、自愿性咨询和检查、性病治疗、推广抗转录酶病毒治疗法用以预防艾滋病毒母婴传染。2004 年 7 月，中国六大部委联合出台了一项在全国推广安全套的战略，鼓励行为高危人群“百分之百地使用安全套”（国务院艾滋病工作委员会办公室/联合国艾滋病毒/艾滋病问题中国专题组，2004 年）。

53. 从 2001 年到 2002 年，哈萨克斯坦分发给注射吸毒者的新针注射器头的数目增加了 1 倍以上。同时，分发的安全套也翻了一番，哈萨克斯坦在 2002 年新开了 69 个自愿咨询和检查站（艾滋病署，2003 年）。

54. 亚洲的答复方只有 70%汇报说已出台了预防母婴传染的政策（艾滋病署 2003 年）。这在母婴传染已成为若干国家一大公共卫生问题的区域里，值得关注。

55. 随着进一步重视对艾滋病毒感染者和艾滋病患者的关爱与支持，现迫切需要在预防方面继续坚定决心。可通过进一步密切艾滋病毒治疗方案与预防方案之间的联系来强化预防方案和努力。这可有助于提升防与治这两方面服务的规模。最近的研究表明，这两方面服务的结合是减少新增感染与死亡的最有效方式。对撒哈拉以南非洲所做估算表明，到 2020 年防治结合可防止 2900 多万人受感染和 1000 万人死亡（卫生组织/艾滋病署，2005 年）。

56. 治疗为加强预防提供了机会。同时，为扭转艾滋病流行之势，现在比以往更需要加大对预防工作的投资力度。

#### 4. 关爱、支持和治疗

57. 《承诺宣言》鼓励 2003 年制订出国家战略，为艾滋病毒感染者和艾滋病患者提供全面的关爱、支持和治疗。经社会区域大多数答复方表示，他们提供了艾滋病毒/艾滋病方面的全面的关爱和支持（艾滋病署，2004 年 d）。这些公共服务包括有机会享受医疗和心理保健以及性病治疗。

58. 艾滋病毒感染者和艾滋病人之间相互支持、包括通过抗逆转录酶病毒家庭临床护理和支持以及机会性感染的治疗，可大大提高患者的生活质量。在泰国，由“无国界医生”组织比利时分部协调的一个方案在 120 多个医院中为艾滋病毒感染者和艾滋病患者提供关照。

59. 在东亚、南亚和东南亚，到 2004 年年底，共有 10 万人在接受治疗。这比 6 个月前报告的治疗人数翻了一番（卫生组织/艾滋病署，2005 年）。

60. 到 2004 年 6 月底，中国 18 个省份中共 10,388 个艾滋病患者接受了免费的抗逆转录酶病毒治疗。中国计划在 2005 年再为两万至三万名艾滋病患者提供这类免费治疗（中国日报网上版，2004 年）。

61. 在 2003 年世界艾滋病日，印度政府庄重地做出了一项政策承诺：将于 2004 年 4 月 1 日起为 10 万名艾滋病毒感染者/艾滋病患者提供抗逆转录酶病毒治疗。自那以来，印度已在 6 个高发病邦的政府医院中开始提供抗逆转录酶病毒治疗，这 6 个邦是：安得拉邦、卡纳塔克邦、马哈拉施特拉邦、曼尼普尔邦、那加兰邦和泰米尔纳德邦（卫生组织，2003 年）。

62. 柬埔寨是另外一个在扩大抗逆转录酶病毒治疗范围方面取得重大进展的国家。到 2004 年底，柬埔寨向 10% 以上需要接受治疗的患者提供了抗逆转录酶病毒治疗。

63. 在经社会区域，泰国率先增加了艾滋病毒感染者和艾滋病患者获得护理和治疗服务的机会。泰国政府通过一个综合政策框架和吸收艾滋病毒感染者和艾滋病患者及民间社会担任主要角色的国家方案，预计到 2005 年上半年结束时，将至少为需要抗逆转录酶病毒治疗的艾滋病患者中的一半提供这种疗法。这也将使接受抗逆转录酶病毒治疗的艾滋病毒感染者和艾滋病患者的人数增加了三倍，从 2003 年初的 13000 人增至 2005 年的 50000 人（卫生组织/艾滋病署，2005 年）。

64. 虽然承诺的水平令人鼓舞，但在今后的岁月里仍有很多工作要做。据估计，东亚、南亚和东南亚需要但未得到治疗的成年患者人数占全球总数的 22%（卫生组织/艾滋病署，2005 年）。

65. 抗逆转录酶病毒药品的费用尤其令人关切。到 2004 年年中，抗逆转录酶病毒药物的费用占了 2005 年前根据卫生组织/艾滋病署“五年三百万”倡议治疗三百万患者所需的总经费的 43%（卫生组织/艾滋病署，2005 年）。

66. 改进提供护理和治疗的基础设施（包括人力）对增加获得抗逆转录酶病毒药

物的机会极为重要。要应对今后的挑战，关键是要与艾滋病毒感染者和艾滋病患者、公私营部门及民间社会结成伙伴关系。

## 5. 艾滋病毒/艾滋病与人权

67. 《承诺宣言》要求各国颁布、强化或执行有关法律来消除对艾滋病毒感染者和艾滋病患者所有形式的歧视，打击因艾滋病毒的关系遭侮辱和排斥的现象。

68. 在通过法律法规使艾滋病毒感染者免受歧视，这方面已取得了一些进展。例如，中国（于2004年8月）颁布了禁止歧视传染病患者的新法律广受欢迎，被视为是在打击羞辱和歧视艾滋病毒感染者方面迈出的重要一步（人权观察，中国，2004年）。

69. 就通过反歧视法保护弱势人群而言，亚洲及太平洋区域的排名特别靠后（艾滋病署，2003年）。但柬埔寨是个值得一提的例外。2001年，柬埔寨妇女事务部制订了一项国家政策，增进面临感染艾滋病毒风险的妇女和女童的权利（艾滋病署，2003年）。另外，柬埔寨已取得进展，为弱势人群提供更公平的获得艾滋病毒预防服务的机会。

70. 为了使这类改革措施切实奏效，艾滋病毒/艾滋病方面的法律改革必须作为国家防止艾滋病流行的着手进行系统性对策的一部分，巴布亚新几内亚已根据（1997年）的一项国会法令建立了全国艾滋病问题理事会。2002年，巴布亚新几内亚又颁布了反歧视法。随后又于2003年通过了艾滋病毒/艾滋病控制和预防法令，该法令大力强调人权的重要性，2004年建立了一个艾滋病毒/艾滋病问题国会委员会。

71. 然而，经社会区域大多数国家/地区仍没有保护那些被确认为特别易受艾滋病毒/艾滋病侵害、包括那些从有高危行为的人群免受歧视的法律和法规（艾滋病署，2004年d）。在许多情况下，注射吸毒者、性工作者及其嫖客、男同性恋者并未有效纳入国家防治艾滋病的工作、尤其未纳入艾滋病毒预防工作。

## 6. 国家的领导

72. 制订切实有效国家艾滋病对策工作的最大障碍之一是：缺乏政治意愿来遏制艾滋病流行或甚至对疫情讳莫如深。只是到了近年，受艾滋病之害最深的国家才在政治上逐渐下定决心。

73. 三个人口最多的国家在发挥国家领导作用方面有重大突破。2005年2月9日，

温家宝总理到中国河南省的艾滋病毒感染者家中过年，该省有许多农民因九十年代初期和中期采血时手续不当而感染病毒（法新社，2005年）。

74. 2004年1月，印度尼西亚政府在森塔尼湖召开的一次由部长、高级官员以及来自六个艾滋病高发省份的领导人参加的会议上通过了抗击艾滋病毒/艾滋病的“森塔尼承诺”（亚太/艾滋病署，2005年）。该承诺标志着印尼政府在领导作用方面迈出了一大步，致力于推广安全套的使用，减少危害，为艾滋病毒感染者提供护理和治疗以及打击羞辱、歧视艾滋病毒感染者/艾滋病患者的行为。

75. 印度尼西亚总统带领全国纪念2004年世界艾滋病日，表示对艾滋病的流行表示关切，要求卫生部直接定期向他提供最新情况（亚太/艾滋病署，2005年）。

76. 2003年7月26-27日，印度总理在新德里举行的艾滋病毒/艾滋病问题国会议员论坛全国会议上发言，这是印度官方首次就艾滋病表态，他要求“立即行动起来”，抗击艾滋病流行，“对待患者坦诚且不抱任何偏见”（The body, 2003年）。会上通过了“印度抗击艾滋病毒/艾滋病政治领导宣言”。

77. 太平洋区在大力带头抗击艾滋病毒/艾滋病方面已取得了重大进展。2004年3月22-26日在斐济举办了“加快行动在太平洋区域抗击艾滋病毒/艾滋病”讲习班，讲习班由斐济酋长大会与艾滋病署共同主办。讲习班见证了斐济总统和酋长们承诺拿出斐济防治艾滋病的对策并要求各社区、工商界和宗教界领袖紧紧跟上（艾滋病署，2004年a）。

78. 2004年12月31日在越南胡志明市举行的全国艾滋病毒/艾滋病问题会议上，越南总理要求所有部委和部门把2005年变成“抗击艾滋病毒/艾滋病重点行动的一年”（艾滋病署，2005年）。

#### D. 主要挑战与差距

79. 亚太经社会区域落实《承诺宣言》工作面临的主要挑战可确定如下：落实和增加干预措施所需的财力不足；在艾滋病毒预防方案所涉许多领域人力资源和技术能力缺乏、特别是在地方一级；根深蒂固的偏见和歧视以及薄弱的监测和评估系统。

##### 1. 财力不足

80. 预计到2007年，本区域为预防、诊治艾滋病毒/艾滋病所需的资源将攀升至

51 亿美元。虽然近年来用于艾滋病毒/艾滋病方案的资金已大大增加，但据亚行和艾滋病署估计，现有资源根本不足以为综合防治艾滋病毒/艾滋病提供资助。

81. 2003 年，来自国家和国际的可用资金仅为 2 亿美元；而综合防治需要 15 亿美元（亚行/艾滋病署，2004 年）。据联合国估计，到 2005 年，南亚和东南亚每年用于艾滋病毒/艾滋病干预的支出在预防方面将会达到 14.4 亿美元，护理和支持费用将达到 6.7 亿美元（Schwartlander 及合著者，2001 年，2436 页）。除非大大加快筹措资源的速度，否则资金缺口还可能拉大。

82. 如不能有力、大规模地加强艾滋病毒/艾滋病防治力度，因艾滋病进一步流行而造成的经济代价将会增加，从而进一步限制现有资源。到 2010 年，预计每年因此蒙受的损失将升至 175 亿美元；而在 2001 年，这一数字约为 70 亿美元。这些费用算作家庭承担的费用（尤其是与疾病和死亡相关的费用）以及政府为预防和护理承担的开支。亚行/艾滋病署估计，综合防治尽管有各种费用，但到 2010 年会总体损失降至 155 亿美元，这意味着节省下 20 亿美元。

## 2. 缺乏人力资源和技术能力

83. 对经社会区域许多国家来说，缺乏人力资源和技术能力严重削弱了进一步防治艾滋病毒/艾滋病的力度。这是形成瓶颈的一大因素，既阻碍实施国家战略，又阻碍有效分配国内和国际上日益增多的拨给艾滋病毒/艾滋病方案的资源。

84. 缺乏人力资源和技术能力尤其对提供卫生服务造成严重影响。经社会区域许多国家/地区的卫生系统现已不堪重负且资金不足。在此情况下，很难进一步扩大与防治艾滋病毒/艾滋病相关的服务，如志愿咨询和检查、提供抗逆转录酶病毒疗法和机会性感染治疗。

85. 另一方面，“扩大抗逆转录酶病毒疗法面临的挑战集中体现了整个卫生体系一直存在的脆弱性，这既可归咎于艾滋病流行本身产生的影响；也可归咎于长期以来资金的不足和管理的薄弱。这一脆弱性体现为基础设施薄弱，一条龙服务差，在许多国家因卫生工作者不断从公共卫生部门跳槽到私营卫生部门以及到其它国家而引发的人才短缺”。（卫生组织，2004 年：14）。

86. 另一方面，若能成功应对艾滋病毒/艾滋病，则可增强卫生系统。艾滋病毒/艾滋病需要通过不同的点持续地采取一系列干预措施。艾滋病大流行带来的挑战与处理卫

生方面的问题，如防治结核病与疟疾以及母婴保健所面临的挑战相同（卫生组织/艾滋病署，2005年）。

### 3. 监测与评估系统薄弱

87. 资金有限及缺乏人力和机构能力，造成监测与评估系统薄弱。在许多情况下，这还造成关键性方案和筹资决定所依据的资料有限。尤其令人关切的是缺乏以下领域的资料：性病治疗服务质量，工作场所关于艾滋病毒的政策，抗逆转录酶病毒疗法的覆盖面以及预防母婴感染的举措（艾滋病署，2003年）。

88. 为更有效地克服防治艾滋病毒/艾滋病工作中的差距，并衡量在落实《承诺宣言》方面所取得的成绩，需要建立较好的监测系统。到2003年底，亚洲及太平洋区域已建立作为本国控制艾滋病组织一部分的监测与评估机制的国家还不到一半。为此，艾滋病署为搞好监测与评估，一直在向更多的国家加大技术支持的力度（艾滋病署，2004年d）。

89. 2004年4月25日，在华盛顿特区举行的协调国际防治艾滋病资金磋商会上，捐助方与发展中国家都同意奉行“三个一”原则：一个防治艾滋病行动框架、一个国家级艾滋病问题协调机构和一个国家级监测与评估系统。这三大原则为切实有效地利用资源，为确保行动迅速，管理着眼成效提供了战略指导。

### 4. 羞辱与歧视

90. 有许多研究表明，羞辱与歧视影响到艾滋病毒感染者和艾滋病患者的生活并对预防、诊疗工作造成负面影响。例如，一项对四个国家的研究显示，在亚洲受调查的54%的艾滋病毒感染者和艾滋病患者报告说他们在卫生部门内部遭受过歧视（APN+2004）。

91. 使人们在接受艾滋病毒检查时怯步的一大因素是担心结果会受到歧视。害怕谈论艾滋病毒/艾滋病会妨碍使用安全套，使一个已感染艾滋病毒/患上艾滋病的产妇因担心被人识破而用自己乳汁的喂养婴儿（艾滋病署，2004年a）。聘前化验、因结果呈阳性因此受影响的人丢掉工作的现象在经社会区域仍很普遍。

92. 对妇女、少数民族、性少数群体和其他边缘化群体普遍歧视，抱有成见使他们更易受艾滋病毒/艾滋病的侵害。这些群体中有许多人往往被排斥在预防方案之外，而

当它们需要关心和支持时则遭歧视 ( 艾滋病署, 2004 年 a )。

93. 羞辱与歧视还可影响到政治承诺的程度。当领导们在推出那些似乎可能在政治上有争议和在社会上敏感、但却对遏制艾滋病流行产生最大影响的干预措施时手要硬。全世界的经验证明, 总理和总统挂帅指导全国防治艾滋病毒/艾滋病工作, 有助于确保将之作为全国的当务之急来落实。惟有这样做了才能遏制住艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

## 二、艾滋病毒/艾滋病与发展问题亚太领袖论坛<sup>1</sup>

### A. 论坛的问世

94. 为在本区域现已做出的努力的基础上加强领导遏制艾滋病的流行, 于 2001 年 10 月建立了亚太领袖论坛。尊敬的澳大利亚外交部长亚历山大·唐纳先生利用东盟峰会后于 2002 年 8 月 1 日在斯里巴加湾举行的部长级会议, 正式启动了该论坛。

#### 1. 最初几个步骤

95. 2002 年 6 月, 澳大利亚政府为亚太领袖论坛的建立提供了第一笔资金。论坛的协调与管理由当时的艾滋病署东南亚及太平洋国家间课题组负责。<sup>2</sup>亚太领袖论坛的原始创意有两大特点: 为由政府高官参加的共同学习讲习班提供便利; 通过本区域合作伙伴和有关活动协作开展培训, 交流信息。

96. 亚太领导论坛确立的主要对象为本区域政府中关键的决策者和那些受关键决策者影响的人, 尤其是除卫生之外各部门的人。亚太开展的首批活动面向总理/总统办公厅的高级政策顾问、政府中的女高官及财政与计划、教育、交通运输、民政、执法和社会福利部/局的高层公务员。

97. 2002 年下半年, 在进行公开招标之后, 选由澳大利亚联合管理组负责承办 2003 年 4 月 1 日-2004 年 4 月 1 日论坛的工作。该组由 Burnet 研究所牵头, 它包括澳大利亚国际卫生研究所、澳大利亚艾滋病防治组织联合会、La Trobe 大学和新南威尔士大学。

---

<sup>1</sup> 第 2 节的资料取自亚太领导论坛监测与评估文件以及与亚太领导论坛顾问的个人信函来往 ( 2005 年 1 月, 曼谷 )。

<sup>2</sup> 到了 2005 年 3 月 15 日, 艾滋病毒东南亚及太平洋国家间课题组已更名为艾滋病署区域支助组 ( UNAIDS RST )。



## 2. 亚太领袖论坛工作重点的扩大

98. 2004 年年初，艾滋病署执行主任发起对亚太领袖论坛开展一次内部审评（亚太/艾滋病署，2004 年 a）。审评调整了论坛的工作重点，使其也包括动员媒体、工商界、宗教实体和妇女各界领袖参与。

99. 2003-2004 年优先受扶持的国家包括：孟加拉国、柬埔寨、斐济、印度尼西亚、巴布亚新几内亚、尼泊尔、斯里兰卡、越南。还着手在中国和印度分别物色两个关键性省份/邦（亚太领袖论坛/艾滋病署，2004 年）。亚太按要求为优先受扶持的国家提供资金。本区域那些未受论坛优先扶持的国家可通过艾滋病署国家协调员，要求论坛提供技术支持。工作重点调整之后，各政府在亚洲及太平洋第二届部长级会议上重申对论坛的支持。

## 3. 亚太领袖论坛的宗旨、目标与活动

100. 2004 年 3 月制订并最后确定了一项战略框架，作为论坛调整重点工作。这一框架明确了论坛宗旨、目标、预期成果以及相关指标。框架还包括着力进行监测与评估的内容。

101. 论坛的宗旨是支持政界和民间社会在国家、次区域和区域层面发挥和加强领导作用，采取行动减少艾滋病毒/艾滋病在亚洲及太平洋区域的蔓延范围及影响。

102. 论坛的战略目标是循序渐进地采取行动，在以下 11 个关键性政策领域制定有关艾滋病毒/艾滋病问题的政策：

- 有利于切实应对艾滋病流行的政策大环境
- 高层决策者对艾滋病毒/艾滋病问题以及支持性政策的认识
- 战略规划/多部门规划
- 让民间社会参与
- 让艾滋病毒感染者和艾滋病患者参与
- 让工商界参与
- 让媒体参与
- 扩大艾滋病毒/艾滋病预防方案
- 扩大与艾滋病毒/艾滋病相关的服务及照料

- 保护艾滋病毒感染者和艾滋病患者的人权
- 让军队和警察的参与。

103. 为实现这一战略目标，论坛的资源将服务大局，侧重于可能在动员/领导发挥作用方面促进变革或具有影响的任務身上，他们是论坛的五股力量：政治战略家、媒体主管、工商界、宗教领袖以及妇女领袖。证明政界和民间社会高层应在处理艾滋病毒、艾滋病问题上发挥领导作用的证据和论证工作将不断提出更新，使领导人了解情况，挺身发表自己的观点并采取必要的行动。

104. 在国家一级，将大力侧重于动员国家的领导，并有次区域和区域的做法予以配合和加强。另外，将通过物色并动员大力宣传艾滋病毒/艾滋病问题的“主将”来支持亚太领袖论坛的整体努力。

#### 4. 亚太领袖论坛的组织安排

105. 曼谷的艾滋病署亚太区支助组对协调与管理亚太领袖论坛负有主要责任。<sup>3</sup>论坛秘书处的组成人员是：一位亚太主管、三位论坛次区域协调员（分管南亚、东南亚和太平洋区域）以及一位支持落实论坛活动的方案助理。

106. 在国家一级，艾滋病署国家协调员在联合国艾滋病毒/艾滋病问题专题组和亚太领袖论坛咨询组的指导下，负责监督论坛工作计划的直接实施。

107. 论坛指导委员会由亚洲及太平洋区域的 11 位著名领导人组成。他们的作用是就战略方向提供指导并提出优先事项。他们中有三个国家的前领导人、民间社会和艾滋病毒感染者和艾滋病人组织公认的领导人、艾滋病署执行主任（当然成员）和在亚太负责艾滋病毒/艾滋病问题的秘书长特使。

108. 澳大利亚、日本、新西兰、联合王国和美利坚合众国政府以及欧盟提供了资助。截至 2004 年 12 月，捐助方的认捐款项总额为 4,398,830 美元，其中亚太领袖论坛已收到的捐款为 2,990,092 美元。此外，澳大利亚政府承诺在今后三年中再追加三百万澳元（亚太领袖论坛/艾滋病署，2005 年 a）。

---

<sup>3</sup> 亚太领袖论坛的所有活动都在与艾滋病署协调后并在其支持下展开。

## B. 国家一级的成就

### 1. 共同学习

109. 亚太领袖论坛的主要活动包括针对国家政府官员的共同学习讲习班。2003年，澳大利亚联合管理组分别在印度尼西亚巴厘岛（2003年8月25-29日）、巴布亚新几内亚的马当（2003年10月6-10日）和斯里兰卡的Hendala（2003年12月8-12日）组织了三期讲习班。讲习班学员是来自信息、教育、财政、内务、国家规划与发展、卫生以及外交部的43位政府高官。他们来自亚太经社会的15个国家，其中包括南亚5国、太平洋区域5国、东南亚4国再加中国。学员们对讲习班及其对本国应对艾滋病所具有的现实意义给予很高的评价。

110. 2004年年初对讲习班学员所做的跟踪调查表明，有许多学员通过与上级会商或召开规划会来进一步制订好在讲习班上起草的行动计划。而具体落实所定计划的部分内容，则在很大程度上取决于具体学员的个人动力。大多数学员在获得对行动计划的正式批准并通过现有机制予以实施方面遇到了众多障碍。

111. 那些取得重大进展的论坛讲习班学员中包括太平洋区域的学员。在参加过马当共同学习讲习班后，来自巴布亚新几内亚的学员组织了一个由巴布亚新几内亚总督任组长的领导咨询组。包括基里巴斯岛国外海员联盟主席在内的基里巴斯的学员制订了一套艾滋病毒/艾滋病问题的电台广播节目，高级助理秘书加入了基里巴斯艾滋病毒/艾滋病问题特别工作队。汤加学员、总理办公厅副主任成为国家艾滋病毒/艾滋病问题委员会的一位活跃的成员（亚太/艾滋病署，2004年c）。

112. 越南的学员在参加了亚太领袖论坛巴厘岛共同学习讲习班回国之后，起草了一份处理艾滋病毒/艾滋病领导问题的国家行动计划并建立了作为实施该计划机制的越南领袖论坛。

113. 孟加拉的学员在参加完Hendala共同学习讲习班回国后，一直积极参与解决艾滋病毒/艾滋病问题，其中包括努力将艾滋病毒/艾滋病问题纳入全国教育课程。

### 2. 动员领导参与

114. 领导不力是造成艾滋病在亚洲大陆迅速蔓延的一个主要原因。除了通过共同学习讲习班教育并动员政府高官和决策者之外，亚太领袖论坛还着重一系列领导部门的

合作伙伴与举措，主要是在那些列为重点的国家里建立直接联系。

115. 斯里兰卡的动员领导参与的活动催生了斯里兰卡亚太领袖论坛领导顾问组。组由德高望重的高层领导人组成，其中包括总统与总理的顾问。组长由斯里兰卡总统的妹妹担任，她是防治艾滋病联盟的赞助人（亚太领导联盟/艾滋病署，2004 年 a，2004 年 c）。

116. 太平洋区域积极推动领导参与的活动，取得了令人鼓舞的进展。2004 年初，亚太领袖论坛与瓦努阿图酋长大会负责人以及包括外交、青年与体育、卫生和妇女事务部部长在内的政府领导人进行了讨论。论坛还通过艾滋病署驻太平洋区域办事处在 2003 年 7 月与斐济酋长大会举行首次联席会议一直进行密切合作。

117. 2004 年，在亚太领袖论坛主持下，在密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛和帕劳与政府高官举行了会议。在密克罗尼西亚联邦、论坛会晤了其总统、国际外交使团成员以及社区的著名领袖，以推动领导参与防治艾滋病毒/艾滋病并采取行动。巴布亚新几内亚，社区发展部部长 Carol Kidu 女士被确定为亚太领袖论坛在该国的“主将”。

### C. 国家间成绩

118. 论坛的一个显著成绩是召集亚洲及太平洋区域的著名领袖参加论坛指导委员会。委员会各成员继续从高层在各自的影响范围内宣传有关艾滋病毒/艾滋病问题的主张，推进领导在亚太防治艾滋病毒/艾滋病工作中的作用。

119. 值得一提的是论坛与经社会协作，在曼谷结合主要活动共同组织了两期专门的共同学习讲习班。它们分别是经社会第五十九届会议（2003 年 9 月 1-3 日）的一项配套活动和与第十五届国际艾滋病大会领导方案共同为出席第二届亚太部长级会议的部长的高级顾问们举办的一个艾滋病毒/艾滋病讲习班。此外，亚太还为领导方案编写了三份背景文件。

120. 在努力与亚洲各国国会议员联系过程中，论坛与亚洲人口与发展国会议员论坛建立了协作关系。

121. 2004 年 11 月 20-21 日论坛在圣地亚哥举行的亚太经济合作组织经济领导人会议召开前和开会期间支持宣传活动的开展。论坛还与东盟秘书处密切合作。活动包括论坛支持将于 2005 年 12 月在吉隆坡举行的第十一届东盟首脑会议的筹备工作。

122. 2005 年，论坛已拨出资源，支持制订一份执行 2004 年 8 月 5-7 日在阿皮亚

举行的第三十五次太平洋岛屿论坛会议上由太平洋领导人核准的 2004-2008 年艾滋病/艾滋病问题太平洋区域战略和关键行动的计划 ( 亚太/艾滋病署, 2005 年 a )。

#### D. 编制新闻和宣传材料

123. 2004 年, 论坛编制了一系列以证据说话的教育和宣传材料, 推动并支持领导应对艾滋病毒/艾滋病的工作。亚太领袖论坛/艾滋病署为支持亚太领袖论坛共同学习讲习班联合制作了题为“ 艾滋病毒/艾滋病的挑战: 切实发挥领导作用所需的资源” 的工具包。

124. 亚太领导论坛/艾滋病署在第十五届国际艾滋病大会上联合推出了“ 现在就行动” 的宣传出版物。该出版物已在中国和越南翻译出版, 还有计划翻译成印度尼西亚文。在大会上启动的还有由艾滋病署和亚行联合与亚太领袖论坛合作拟订的一系列关键性研究, 充分宣讲领导人作用的知识基础和证据基础。

125. 亚太领袖论坛/艾滋病署在与亚太经社会共同组织的纪念 2004 年世界艾滋病日的会议上推出了题为“ Portraits of Commitment” 的出版物。这是一份次区域宣讲领导人作用的文件, 它描绘了全东南亚参与与处理艾滋病毒/艾滋病问题的社会各界领导人。

#### E. 迈出下一步

126. 亚太领袖论坛自问世以来, 在为亚洲及太平洋区域确立一份领导方案方面遇到重大挑战。在最高层物色并动员领导人一直是个大的挑战。在亚洲及太平洋区域, 没有统一的推动杰出的模式或方法。从许多方面讲, 论坛正进入一个特别要求有创新性和灵活性的全新领域。

127. 同时, 论坛也面临各种制约, 这限制了它动员领导人处理艾滋病问题的能力。论坛调整工作重点, 拖延了亚太领导人论坛方案的设计与实施。此外, 捐助方以定期付款的方式提供资金也使前瞻性方案规划变得困难。

128. 2005 年下半年, 亚太将投入全面运作。在包括一个监测与评估系统在内的战略框架的指导下, 在实现全额编制后, 论坛将能更好地应对它所面临的挑战与制约。

129. 通过 2004 年重新调整而确立的战略重点以及 10 个优先国家将保持不变 ( 亚

太/艾滋病署，2005年b)。2005年，在中国方面，论坛将聚焦广东省。<sup>4</sup>在印度，正在选一个重点邦。

130. 论坛将在若干优先国家及其它一些国家、尤其是太平洋国家取得的进展的基础上，努力争取全面贯彻执行国别工作计划。同时，将加大力度，在区域一级把领导人、尤其注重把媒体和宗教界领导人动员起来。

#### F. 亚太经社会的作用

131. 亚太经社会秘书处承诺支持亚洲及太平洋区域各政府争取实现《承诺宣言》的目标，有鉴于此，因而能发挥协作加强论坛方案中区域部分的重要作用。

132. 经社会秘书处为占世界人口60%以上的62个成员和准成员政府服务，因此，若加强论坛与秘书处的协作，可收到更大的效益。经社会秘书处的跨学科性质以及它与各政府经济及社会部门的联系，其中包括通过它所召开的政府间经济及社会发展论坛与培训讲习班进行的联系，这一切是论坛进行更充分探讨可用资源。论坛也可从更高的战略角度使亚太经社会执行秘书这位亚洲及太平洋区域的联合国最高官员介入由政府最高层和政界领导人推动的宣传倡导和政府方面的后续行动。

133. 亚太经社会可通过与各成员政府、民间社会、联合国系统内的兄弟机构以及其他像亚行这样的国际机构合作，推动并支持本区域努力增强各级领导的工作。作为其艾滋病病毒/艾滋病经常性防治工作的一部分，亚太经社会可继续推动营造这样一种环境，有利于领导们就与艾滋病病毒相关的敏感问题能畅所欲言并采取行动。要做到这些，就要推动创造性地开拓宣传渠道；在全区域介绍所吸取的教训和先进的群众教育方法，以提高公众觉悟并促进行为改变。

### 三、结论

134. 亚太经社会区域渐渐认识到艾滋病病毒/艾滋病带来的前所未有的威胁。

135. 成功遏制艾滋病流行的政府是这样一些政府：它们明确承认艾滋病病毒/艾滋病视危及发展成果，调拨充足的资源用于持续性的方案规划，首先将工作的重点放在最弱勢的群体；并根据艾滋病不断变化的格局调整对策。

---

<sup>4</sup> 《论坛顾问》，2005年1月27日的电子邮件通信。

136. 根据卫生组织“五年三百万”倡议中提出的具体目标，亚太经社会区域许多政府正在推广抗逆转录酶病毒疗法。公众认识和行为的变化是宣传运动及生活技能教育的重点领域。预防、治疗、关心和支持、以及为艾滋病毒感染者和艾滋病患者奉献爱心，作为连贯成套的工作，正日益成为方案制订的基础。

137. 艾滋病毒感染者和艾滋病患者日益被看作是抗击艾滋病毒/艾滋病的工作的重要角色，这是反对羞辱和歧视的重要一步。所有部门的领导人都越来越公开地表明立场，支持艾滋病毒/艾滋病的防治行动。关于艾滋病毒/艾滋病的神话和禁忌逐渐被打破，代之以对艾滋病毒感染者和艾滋病患者的权利与需要的理解和关心、以及更大的行动意愿所取代。

138. 尽管在实现《承诺宣言》目标方面已有了重大进展，但维护我们共同的未来这一机会之窗中仍存在许多挑战（亚太经社会，2003年）。亚太经社会区域各政府有待加大力度，为2005年实现《承诺宣言》的目标保持现有成绩，并取得更大成绩。而一旦出现自满，就会出现倒退使已有成果付诸东流。

139. 亚太经社会区域必须利用尚有的机遇行动起来，防止艾滋病蔓延到一般人群之中，这就会象非洲的悲剧那样大范围地破坏社会。社会各级强有力的领导极为重要。各部门领导人必须作出个人承诺，并采取行动抗击艾滋病毒/艾滋病。

140. 亚太领袖论坛是支持动员最高层领导的一项举措。鼓励亚太经社会成员和准成员主动与论坛积极建立伙伴关系。

141. 应对要及时，就必须采取综合而多部门的对策。亚太经社会区域的联盟对全球抗击艾滋病毒/艾滋病的大联盟很关键。亚太经社会区域各政府为履行集体拯救千百万人免于死亡的职责，应该加入这一区域联盟。

## 参考资料

Agence France-Presse (2005). “Chinese Premier Wen Jiabao spends Lunar New Year with AIDS victims” (<http://www.aegis.com/news/afp/2005/AF050221.html>, 15 February 2005).

ADB/UNAIDS (2004). *Asia Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis*, ADB/UNAIDS Study Series, July 2004.

APLF/UNAIDS (2004a). APLF fourth progress report: January-July 2004.

APLF/UNAIDS (2004b). APLF's Strategic Framework and Monitoring System, July 2004.

APLF/UNAIDS (2004c). Building leadership engagement in ASIA/Pacific: achievements and challenges 2003-2004.

APLF/UNAIDS (2005a). APLF fifth progress report: August-December 2004, draft.

APLF/UNAIDS (2005b). APLF in 2005, draft prepared for dissemination at the APLF Steering Group meeting, February 2005.

APMM 2 (Second Asia-Pacific Ministerial Meeting on HIV/AIDS) (2004). “Joint Ministerial Statement – The Second Asia-Pacific Ministerial Meeting on HIV/AIDS”, 11 July 2004, Bangkok (<http://www.mfa.go.th/internet/document/982.doc>, 15 February 2005).

APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS) (2004). *AIDS Discrimination in Asia* (<http://www.gnplus.net/regions/files/AIDS-asia.pdf>, 15 February 2004).

ESCAP (2003). *Economic and Social Progress in Jeopardy: HIV/AIDS in the Asian and Pacific Region* (United Nations publication, Sales No. E.03.II.F.24).

Human Rights Watch, China (2004). “Law bans HIV-related discrimination” (<http://hrw.org/english/docs/2004/08/31/china9280.htm>, 11 February 2005).

Khaleej Times (2005). “Bangladesh to teach students about HIV/AIDS for first time” ([http://www.khaleejtimes.com/Displayarticle.asp?section=subcontinent&xfile=data/subcontinent/2005/february/subcontinent\\_february247.xml](http://www.khaleejtimes.com/Displayarticle.asp?section=subcontinent&xfile=data/subcontinent/2005/february/subcontinent_february247.xml), 11 February 2005).

People's Daily Online (2004). “China to treat more AIDS patients with free ARV therapy in 2005” ([www.asean-disease-surveillance.net/ASNNews\\_Detail.asp?ID=2261](http://www.asean-disease-surveillance.net/ASNNews_Detail.asp?ID=2261), 22 February 2005).

Schwartlander and others (2001). “Resource needs for HIV/AIDS”. *Science* 292, 5526, pp. 2434-6, 29



June.

State Council AIDS Working Committee Office/United Nations Theme Group on HIV/AIDS in China (2004). "A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2004)" (<http://www.unchina.org/unaid/JAREng04.pdf>, 15 February 2005).

The Body (2003). "Indian Prime Minister calls for "undelayed response" to HIV/AIDS at Indian AIDS Convention" ([http://www.thebody.com/kaiser/2003/jul28\\_03/india\\_aids.html](http://www.thebody.com/kaiser/2003/jul28_03/india_aids.html), 22 February 2005).

UNAIDS (2003). Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003 (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004a). Report on the Global AIDS Epidemic (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004b). AIDS Epidemic Update: December 2004 (Geneva, UNAIDS).

UNAIDS (2004c). National Composite Policy Index Questionnaire, 2003, compiled for UNAIDS SEAPICT, December 2004.

UNAIDS (2004d). UNAIDS at Country Level: Progress Report (Geneva, 2004).

UNAIDS (2004e). Viet Nam (<http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/viet+nam.asp>, 23 February 2005).

UNAIDS (2004f). Cambodia (<http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/cambodia.asp>, 23 February 2004).

UNAIDS (2005). "National Conference on HIV/AIDS, Ho Chi Minh City, 31 December 2004: informal meeting summary".

United Nations (2001). "Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Global Crisis – Global Action" (<http://www.un.org/ga/aids/covergae/FinalDeclarationHIVAIDS.html>, 15 February 2005).

WHO (2003). "India: Report of the First 3 by 5 Mission" ([http://w3.who.org/en/Section10/Section18/Section353/Section1156\\_4531.htm](http://w3.who.org/en/Section10/Section18/Section353/Section1156_4531.htm), 22 February 2005).

WHO (2004). Investing in a Comprehensive Health Sector Response to HIV/AIDS: Scaling up Treatment and Accelerating Prevention (Geneva, WHO).

WHO/UNAIDS (2005). "3 by 5" Progress Report: December 2004 (Geneva, WHO).

.....