



## 第七十五届会议

## 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/艾滋病问题的各项政治  
宣言的执行情况

## 应对不平等现象，重新走上到 2030 年消除艾滋病的轨道

## 秘书长的报告

## 摘要

本报告是根据大会第 70/266 号决议提交，介绍了在履行《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 年消除艾滋病流行》中所作承诺方面取得的进展。一些地方和人口群体在防治艾滋病毒方面采取了密集行动并取得了进展，而另一些地方的不作为则使艾滋病毒流行扩大，死亡人数增加。在联合国大会制定到 2030 年消除艾滋病的宏伟全球目标 6 年后，这一势头正在丧失。2016 年在《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 年消除艾滋病流行》中达成的 2020 年全球具体目标未能实现。一些领域的成功与另一些领域的失败形成了鲜明的对比，这证实了艾滋病毒仍然是一种充满不平等现象的流行病。若要重回正轨，就必须采取紧急的变革行动，以减少和结束不平等现象，并增加国内和国际对艾滋病毒、卫生、社会保护、人道主义应对措施以及大流行病防备和控制系统的投资。鼓励会员国和所有利益攸关方采纳本报告中的建议，包括一整套 2025 年具体目标，以便在可持续发展目标行动十年期间为消除艾滋病和实现可持续发展目标重新注入活力。



## 一. 引言

1. 20 年前，联合国大会首次召开艾滋病病毒/艾滋病问题特别会议，应对这一造成大规模死亡与破坏、使社区和卫生系统不堪重负的大流行病。艾滋病是前所未有的全球性挑战，全球团结一致采取防艾抗艾的行动。通过联合国的创新联合办法，所有国家和受影响最严重社区能够参与决策和提供服务。高收入国家可获得的救生药物和卫生技术开始惠及受病毒影响最严重的低收入和中等收入国家的民众。

2. 艾滋病相关死亡人数在 2004 年达到顶峰，此后下降了 60%。自 2001 年以来，每年艾滋病病毒新发感染人数减少三分之一以上，其中艾滋病病毒向儿童的垂直传播减少了 68%。因恐惧、种族主义、同性恋恐惧症和否认主义导致的污名化与歧视性行为已逐步被科学、同情和基于权利的办法所取代。

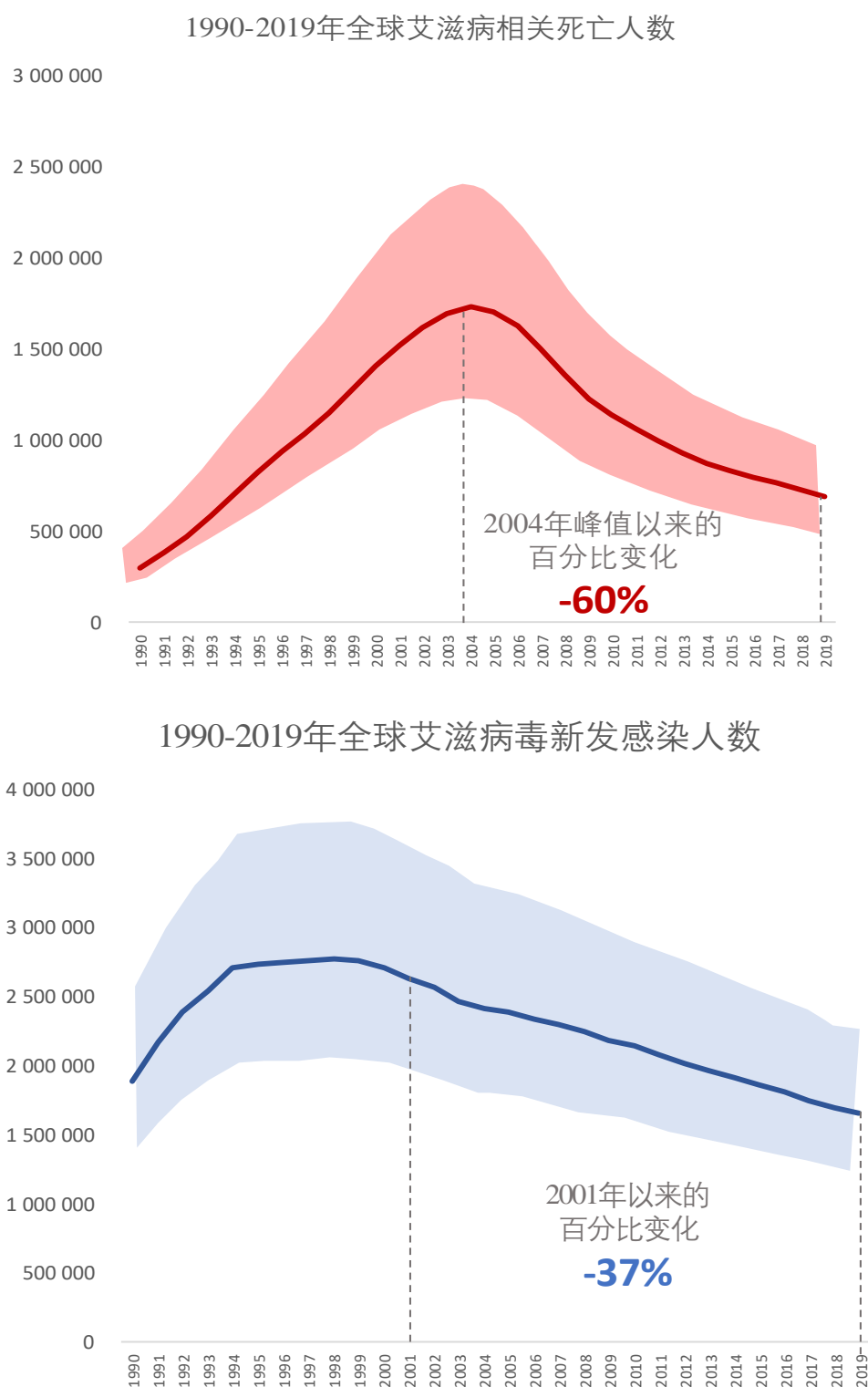
3. 这些进展显示，当国际社会齐心协力应对卫生、发展和安全领域的全球性威胁时，联合国 75 年前赖以成立的理想如何变成了现实。全球防治艾滋病病毒行动已纳入《2030 年可持续发展议程》，反映出健康和福祉不仅需要卫生服务，还需要教育、可持续生计、人权、性别平等、社区参与和多样化的伙伴关系。联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)利用联合国系统 11 个共同赞助方的经验和贡献，在运用这一办法方面树立了典范。艾滋病署成立 25 年后，继续根据《2030 年议程》和联合国发展系统的改革完善其独特模式。

4. 但这项工作远未结束。一些地方和人群为防治艾滋病病毒采取了密集行动并取得了进展，而另一些地方的不作为则使艾滋病病毒疫情扩大，死亡人数增加。忽视重点人群<sup>1</sup> 需求的问题尤其令人关切。这些人继续因性别认同、性取向、生计、各类依赖性或仅仅因感染了艾滋病病毒而被边缘化和被定罪。性别不平等和性别暴力使妇女和青春期女童特别容易感染艾滋病病毒，在高负担的环境中尤其如此。与成人相比，儿童艾滋病病毒感染者接受治疗的可能性要小得多，而且由于儿科药物疗效不理想，其得到的健康结果更差。2019 冠状病毒病(COVID-19)大流行显著增加了艾滋病病毒防治工作、卫生系统和需要服务人群面临的压力。6 年前，联合国大会确定了到 2030 年消除艾滋病这一宏伟的全球目标，<sup>2</sup> 如今这个势头正在减弱。2016 年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的政治宣言：快速加紧防治艾滋病病毒，到 2030 年消除艾滋病流行》所定 2020 年全球目标未能实现。

<sup>1</sup> 艾滋病病毒重点人群或高危人群是更有可能接触或传播艾滋病病毒的人群，他们的参与对成功防治艾滋病病毒至关重要。在所有国家，重点人群包括艾滋病病毒感染者。在大多数情况下，男男性行为者、变性人、注射毒品者和性工作者及其客户比其他群体更有可能接触艾滋病病毒。

<sup>2</sup> “消除艾滋病”和“到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁”目标的定义是，与 2010 年的基线相比，到 2030 年每年艾滋病病毒感染和艾滋病相关死亡人数减少 90%。

图一  
2001 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的联合国大会特别会议以来取得的进展



资料来源：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)。

5. 一些领域的成功和另一些领域的失败形成了鲜明的对比，证实艾滋病毒仍然是一个不平等的大流行病。全球艾滋病界和艾滋病署从不平等这个视角出发，制定了一项大胆的新战略，其中的新目标既宏伟，又精细，首先针对的是落在最后面的人群。<sup>3</sup> 2021年6月8日至10日即将举行的艾滋病毒/艾滋病问题大会高级别会议提供了一个重要机会，可助力推进这一战略，其中包括宏伟的2025年全球新目标。要实现这些目标，就必须采取紧急的变革行动，减少和结束不平等，并增加对艾滋病毒、卫生、社会保障、人道主义对策以及大流行病防控系统的国内和国际投资。

6. COVID-19大流行颠覆了全球经济和人们的日常生活，也使全球艾滋病防治到达紧要关头。即使是最先进的卫生系统，COVID-19也令其不堪重负，加剧了性别不平等和性别暴力，威胁到一代青年的教育，并扰乱了艾滋病毒预防、诊断和治疗的启动。与此同时，COVID-19大流行凸显了艾滋病毒防治工作的灵活性，以及艾滋病毒防治投资为卫生和发展领域带来的诸多溢出效益。艾滋病毒防治工作所开创的社区主导提供服务方式正在帮助克服COVID-19大流行所造成的巨大障碍。

7. 有些人可能会说，在这些困难时期，世界无力消除艾滋病。正是因为这种短视的做法，世界才如此易受COVID-19的影响。各国再也承受不起在大流行病防范和应对方面投资不足的后果。艾滋病毒防治工作的证据和经验教训表明，投资太少、太晚只会导致需要服务人群增加数百万、风险和不确定性提高、未来费用增加。

8. 鼓励会员国和所有利益攸关方采纳本报告所载建议，包括2025年全套目标，以便在可持续发展目标行动十年期间为推动消除艾滋病和实现可持续发展目标重新注入活力。

## 二. 五年“快速防治”的成功经验和教训

9. 5年前，大会承诺加快艾滋病毒防治工作，为此做出大胆承诺并制定2020年宏伟目标(见第70/266号决议，附件)。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年消除艾滋病流行》确立了一项议程，按照《2030年议程》的要求，推动世界在15年内消除艾滋病这一公共卫生威胁。

10. 不同区域、经济和流行病背景下的数十个国家已经或正在实现其中的许多承诺，其共同之处是坚持艾滋病防治工作中的政治领导、强有力的社区参与、基于权利的多部门办法以及始终用科学证据指导一致行动。

11. 扩大获得艾滋病毒防治服务的机会继续产生卫生和发展效益，诊断、治疗和服务提供技术方面的创新则提高了艾滋病毒防治服务的影响、效力和效率。艾滋病毒防治投资与措施还改善了卫生系统的运作和韧性。

12. 从2010年到2019年，艾滋病相关死亡人数下降了39%，至少26个国家有望到2030年实现艾滋病相关死亡率下降90%的目标，其中包括东部和南部非洲的9个国家。然而，2019年艾滋病相关死亡人数达到690 000这一惊人数字，远高于到2020年使死亡人数降至500 000以下的目标。

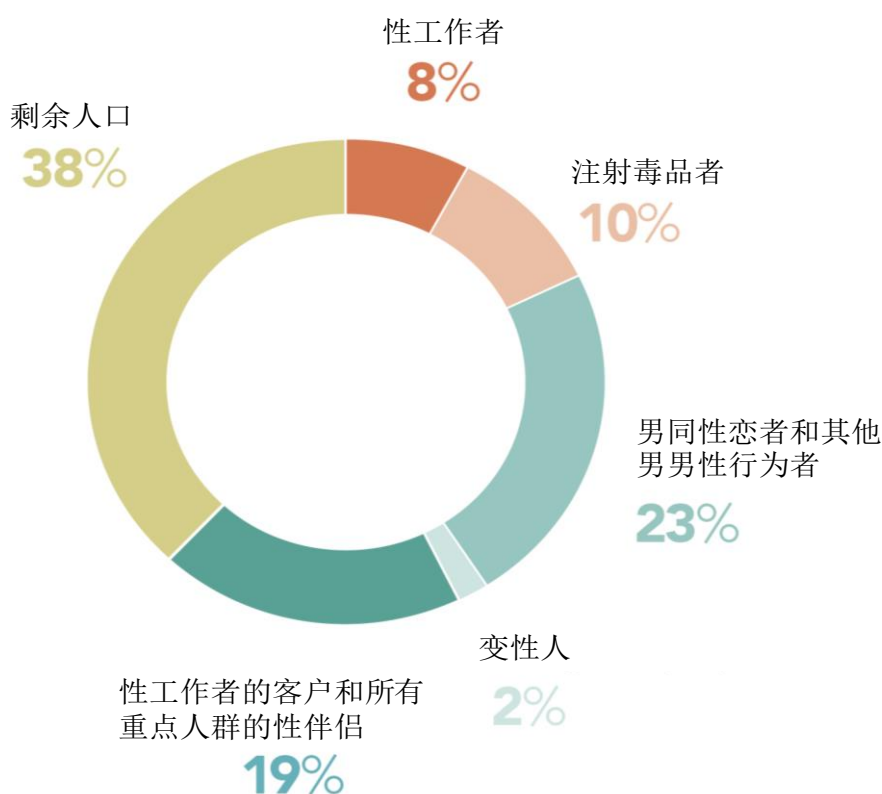
<sup>3</sup> 《2021-2026年全球艾滋病战略——“终结不平等，终结艾滋病”》，艾滋病署方案协调委员会于2021年3月24日至25日批准。

13. 自 2010 年以来，艾滋病毒新发感染人数减少了 23%。23 个国家有望实现到 2030 年减少 90% 的目标。然而，2019 年的感染人数达 170 万，比 2020 年全球新发感染人数低于 500 000 人的目标高出 3 倍多。2019 年新感染艾滋病毒的青年妇女达 280 000 名，比 2020 年低于 100 000 的目标高出近 3 倍。2019 年新感染艾滋病毒的儿童(0-14 岁)估计达 150 000 人，而 2020 年的目标是低于 20 000 人。

14. 重点人群继续被落在后面。2010 年至 2019 年期间，男同性恋者和其他男男性行为者感染艾滋病毒的人数增加了 25%，性工作者、注射毒品者和变性人的年度感染人数几乎没有变化。重点人群及其性伴侣占 2019 年全球所有新发感染人数的 62%。

图二

2019 年全球按人口分列的艾滋病毒新发感染者分布情况



资料来源：艾滋病署。

#### 艾滋病毒防治服务提供方面的进展

15. 三个“90%”<sup>4</sup> 的目标要求到 2020 年让绝大多数艾滋病毒感染者获得艾滋病毒检测和治疗服务。实现这些目标的结果是，至少 73% 的艾滋病毒感染者的病毒载量得到抑制，从而使他们保持健康并防止病毒进一步传播。截至 2019 年底，

<sup>4</sup> 具体目标呼吁 90% 的艾滋病毒感染者知道自己的艾滋病毒情况，90% 知道自己艾滋病毒阳性情况的感染者将获得治疗，以及 90% 接受治疗者体内病毒载量得到抑制。

三个区域的 14 个国家达到 73% 的病毒抑制率，其中斯威士兰和瑞士显著超过三个“95%”的目标。

16. 在全球范围内，截至 2019 年底，81% 的艾滋病病毒感染者知道自己的艾滋病病毒状况，超过三分之二的人正在接受抗逆转录病毒治疗，59% 的人体内的病毒得到抑制。到 2020 年 6 月，估计有 2 600 万艾滋病病毒感染者获得治疗，这一数字自 2010 年以来增加了两倍多，但仍远未达到 2020 年 3 000 万的目标。

17. 2010 年至 2019 年期间，儿童艾滋病病毒新发感染人数减少了一半以上，能取得这一进展的主要原因是为感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女提供了更多的抗逆转录病毒疗法。然而，近年来消除艾滋病病毒垂直传播的努力有所减缓。儿童艾滋病病毒感染者的治疗覆盖率(2019 年为 53%)远远低于成人的覆盖率(68%)，即全球范围内未能为 840 000 名儿童提供维持生命的治疗和护理。一半以上是婴儿时期未被诊断的大龄儿童。

18. 自 2016 年以来，15 个优先国家的 1 500 多万名男子和男童自愿接受了包皮环切手术，而 2020 年的目标是 2 500 万名青年男子。通过在艾滋病病毒预防工具箱中纳入暴露前预防用药，北美、欧洲和澳大利亚一些城市感染艾滋病毒的男同性恋者和其他男男性行为者人数大幅减少。据报道，上一年至少接受过一次暴露前预防用药的人数大幅增加，从 2016 年的不到 2 000 人增至 2019 年的 590 000 多人。

19. 然而，艾滋病病毒综合预防工作的进展仍然过于缓慢。2019 年，综合预防主要支柱的覆盖率远远低于全球目标。青年对艾滋病毒的全面了解仍然明显低于到 2020 年达到 90% 的目标，撒哈拉以南非洲一些国家的青年男女对安全套的使用有所下降。数十个国家的重点人群无法获得艾滋病病毒预防服务。暴露前预防用药的覆盖率仅在几个国家扩大，全球覆盖率仍远低于到 2020 年 300 万人接受暴露前预防用药的目标。除少数几个国家外，大多数国家都不具备或不充分具备针对吸毒者的综合减害措施。

20. 在流行病高度集中于重点人群的情况下，许多艾滋病病毒防治措施效果不佳，因为这些人遭受污名化、社会边缘化和犯罪化的比例过高，阻碍了他们获得服务的能力。

21. 植根于有害性别规范的性别不平等现象会纵容性别暴力现象，并限制妇女和女童的决策力，使得妇女和女童难以拒绝不想要的性行为、协商更安全的性行为、降低艾滋病病毒风险以及获得艾滋病病毒及性健康和生殖健康服务的能力。

22. 贫困和粮食不安全与妇女风险行为增加以及艾滋病病毒感染者过高受到健康、经济和社会影响相关联。在收入较低的艾滋病病毒感染者中，粮食不安全以及难以支付交通费和与保健有关的其他费用导致治疗启动较晚、治疗依从率较低和艾滋病相关死亡率较高。

#### 资源不足

23. 2020 年的服务覆盖目标未能实现，部分原因是长期投资不足。2019 年，低收入和中等收入国家可用于艾滋病防治的资金为 198 亿美元(2016 年定值美元)，

比会员国同意到 2020 年每年调集 260 亿美元少了近 30%。自 2010 年以来，低收入和中等收入国家在艾滋病毒防治方面的国内投资增长了 50%，在 2017 年达到峰值，随后两年下降了 2%(按实际价值计算，经通货膨胀调整)。2010 年至 2019 年期间，捐助方对这些国家的支持仅增加了 7%，其中增加部分大多为美国通过其总统防治艾滋病紧急救援计划提供的双边捐款。

#### 不再孤立地对待艾滋病问题

24. 由于扩大了抗逆转录病毒疗法使用范围并更综合地提供艾滋病毒和结核病防治服务，全球艾滋病毒感染者因结核病死亡的人数在 2010 年至 2019 年期间已减少 63%，接近 2020 年 75% 的具体目标。虽然近年来在艾滋病毒感染者中的结核病预防治疗有了相当大的规模，但结核病仍然是艾滋病毒感染者的主要死亡原因。2019 年，在新加入抗逆转录病毒治疗的艾滋病毒感染者中，有一半人没有接受结核病的预防治疗，还有许多已经在接受艾滋病毒治疗的人也没有接受这种治疗。

25. 据报告，所有重点人群都有丙型肝炎合并感染艾滋病毒的情况，注射毒品人群尤其如此。直接抗病毒药物彻底改变了丙型肝炎的治疗和治愈情况。随着诊断和治疗服务价格的大幅下降，艾滋病毒感染者等人群在加速使用这些服务。

26. 宫颈癌是全球妇女癌症死亡的第四大原因，妇女艾滋病毒感染者患宫颈癌的几率大约是艾滋病毒阴性同龄人的 6 倍。这种风险与人乳头状瘤病毒有关，这种病毒感染很常见，但可以预防。要消除宫颈癌，包括在妇女和女童艾滋病毒感染者中消除宫颈癌，具有成本效益的方法是提高女童人乳头状瘤病毒疫苗接种率，同时大幅增加宫颈癌筛查和治疗。然而，在迄今已接种人乳头状瘤病毒疫苗的 1.18 亿妇女中，只有 140 万(1%)是在低收入和中等收入国家。

#### COVID-19 的影响

27. COVID-19 大流行暴露了公共卫生投资不足、严重的经济和社会不平等持续存在以及许多关键全球性系统和办法具有脆弱性等问题。卫生系统已不堪重负，COVID-19 相关限制措施对低收入家庭、妇女与女童、艾滋病毒感染者和重点人群的影响特别大。

28. COVID-19 大流行扰乱了艾滋病毒防治服务和商品供应链，许多国家报告称，2020 年和 2021 年初，新的艾滋病毒诊断和治疗启动数有所下降。模型显示，由于 COVID-19 大流行对艾滋病毒防治工作的影响，全球可能额外增加 123 000 至 293 000 例艾滋病毒感染病例，以及 69 000 至 148 000 例艾滋病相关死亡病例。

29. 同时，COVID-19 大流行凸显了艾滋病毒防治工作的灵活性，以及艾滋病毒防治投资如何改善卫生系统。利用艾滋病毒防治资源培训卫生保健工作者以及加强临床、实验室和疾病监测基础设施，加强了大流行病的整体防范和抵御能力。为应对 COVID-19 大流行，迅速调动了艾滋病毒防治专家、系统和资源。截至 2021 年初，全球基金已为低收入和中等收入国家应对 COVID-19 疫情提供了近 10 亿

美元的财政资源。艾滋病署的共同赞助机构正在利用其经验和资源，支持各国政府和民间社会向弱势民众提供个体防护装备和生计援助，并解决与 COVID-19 大流行造成的行动限制和禁闭有关的人权问题。通过艾滋病毒相关政策和提供服务方面的创新举措，特别是受影响社区的积极参与，继续在面临巨大障碍情况下支持艾滋病毒防治工作和更广泛的保健服务提供工作。

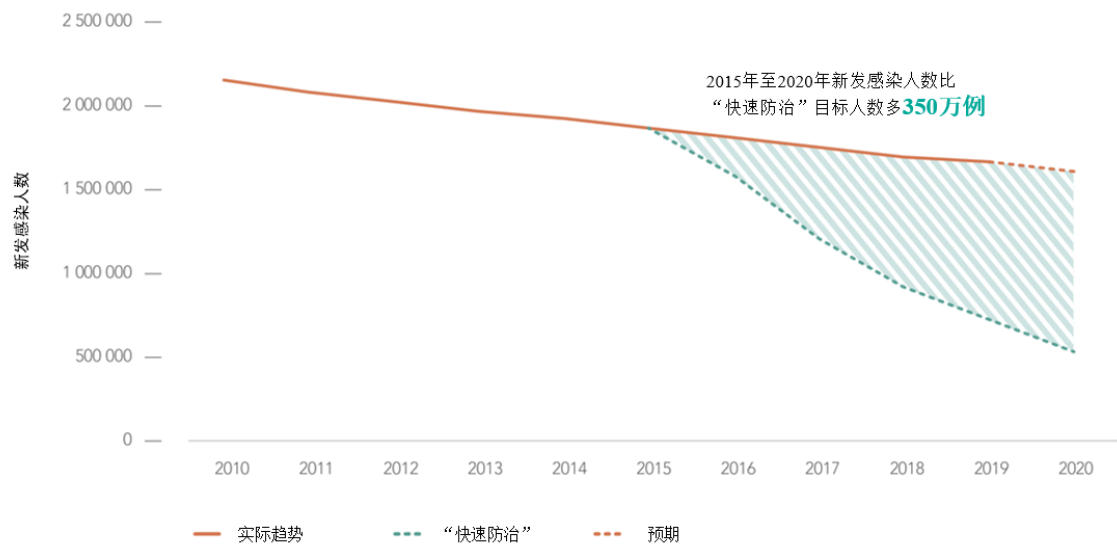
### 未实现目标导致人类付出代价

30. 由于对社会和结构性问题的重视不够以及对全面预防艾滋病毒的投资不足，总体进展远远没有达到全球承诺。被落在后面的是那些过多地遭受性别不平等、艾滋病毒相关污名化、社会边缘化和犯罪化影响的人群。因此，2020 年的全球目标无一实现，而低收入和中等收入国家艾滋病毒防治工作的资金缺口正在扩大。

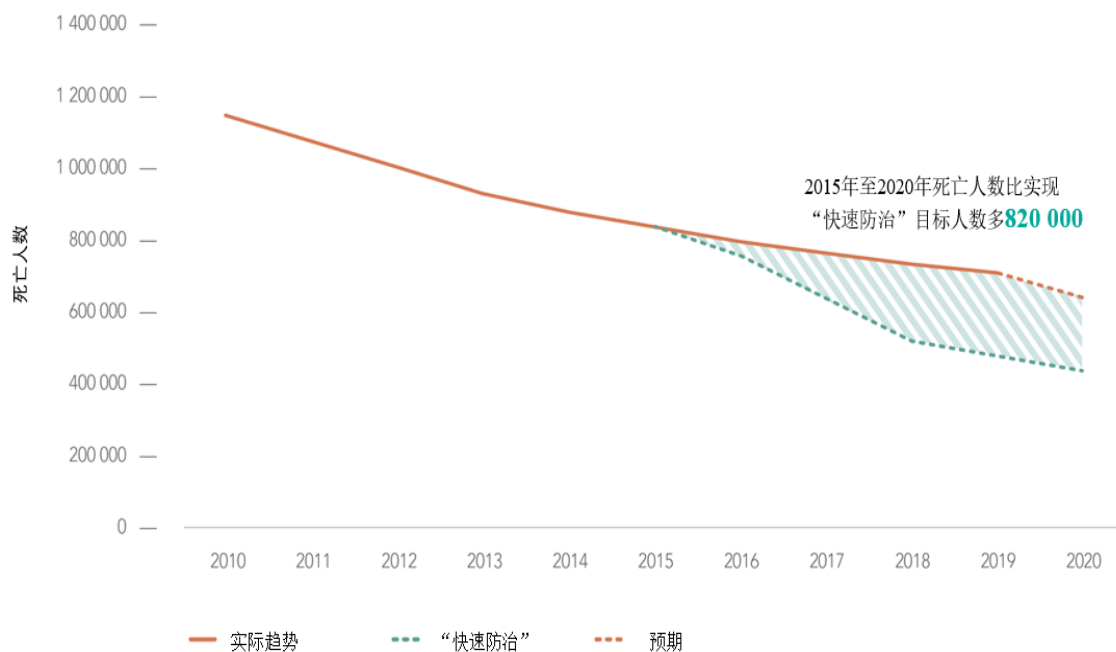
31. 未实现目标导致人类付出惨重代价：由于世界没有实现 2020 年目标，自 2016 年以来，又有 350 万人感染艾滋病毒，820 000 人死于艾滋病相关原因(见图三)。现在，又有数百万艾滋病毒感染者需要终身接受抗逆转录病毒治疗，这增加了今后艾滋病毒防治工作的成本，使脆弱的卫生系统更加不堪重负，并进一步加重了人们生活、社区和国家的负担。

图三

全球艾滋病毒新发感染人数和艾滋病相关死亡人数，实际趋势与 2020 年目标如果实现可取得的趋势相比







资料来源：2020 年 Avenir Health 利用艾滋病署的流行病学估计数进行特别分析(见 <https://aidsinfo.unaids.org/>)。

### 三. 2025 年目标：我们需要为之努力

32. 当务之急是打破日益代价高昂且不可持续的循环，即不能只在防治艾滋病毒方面取得一些进展，但最终不足以消除这一大流行病。亟需修正前进的方向。

33. 艾滋病署两年来与广泛的伙伴合作，确定需要采取哪些措施使艾滋病毒的防治工作重新走上正轨。通过这些合作制定了 2025 年一整套宏伟目标(见图四)，突出各亚群的不同需求。2021 年 3 月，艾滋病署方案协调委员会通过了这些目标，将其作为《全球艾滋病战略》的一部分。

图四

## 2025 年艾滋病防治具体目标

影响目标	将每年新发感染人数降低到 370 000 人以下	
	将每年新增艾滋病相关死亡人数降低到 250 000 人以下	
<b>获得艾滋病防治服务和解决方案</b>	<b>打破障碍</b>	<b>充分配置资源，持续实施有效、综合的艾滋病防治措施</b>
95% 面临艾滋病毒风险的人群可获得和使用适当、优先、以人为本、有效的综合预防方案。	30% 的检测和治療服务由社区主导的组织提供 <sup>a</sup>	到 2025 年，将全球艾滋病毒防治投资增加到每年 290 亿美元。
95% 育龄妇女的艾滋病毒、性健康和生殖健康服务需求得到满足。	80% 为重点人群和妇女提供的艾滋病毒预防方案服务由社区、重点人群和妇女主导的组织提供。	45% 的艾滋病毒/艾滋病感染者、面临艾滋病毒/艾滋病风险者和受艾滋病毒/艾滋病影响者可以获得一项或多项社会保障福利。
95% 感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女的病毒载量得到抑制。	60% 支持实现社会推进手段的方案由社区主导的组织实施。	人道主义环境中 95% 面临艾滋病毒风险的人群可使用适当、优先、以人为本、有效的综合预防方案。
95% 接触艾滋病毒的儿童在两个月大之前接受检测，并在停止母乳喂养后再次接受检测。	因具有惩罚性法律和政策环境而拒绝或限制获得服务的国家低于 10%。	人道主义环境中 90% 的人有机会获得结核病、丙型肝炎和艾滋病毒综合服务，还可以获得性别暴力(包括亲密伴侣暴力)解决方案，其中包括艾滋病毒接触后预防、紧急避孕和心理急救。
到 2023 年，75% 的儿童艾滋病毒感染者的病毒载量得到抑制(中期目标)	遭受污名化与歧视的艾滋病毒感染者和重点人群低于 10%。	95% 的艾滋病毒感染者、面临艾滋病毒风险者和受艾滋病毒影响者能够更好地抵御突发卫生事件和 COVID-19 等大流行病的影响。
三个“95%”的检测和治療目标在儿童艾滋病毒感染者等所有亚群、年龄组和地理环境中实现。	受到基于性别不平等和各种形式性别暴力的妇女、女童、艾滋病毒感染者和重点人群低于 10%。	
90% 的艾滋病毒感染者接受结核病预防治疗。		
90% 的艾滋病毒感染者和面临艾滋病毒风险者可获得与防治其他传染病、非传染性疾、性健康与性别暴力、精神健康、毒品和药物滥用有关的以人为本和针对具体情况的综合服务，以及自身整体健康和福祉所需的其他服务。		

资料来源：《2021-2026 年全球艾滋病战略——“终结不平等，终结艾滋病”》。艾滋病署，2021 年 3 月。

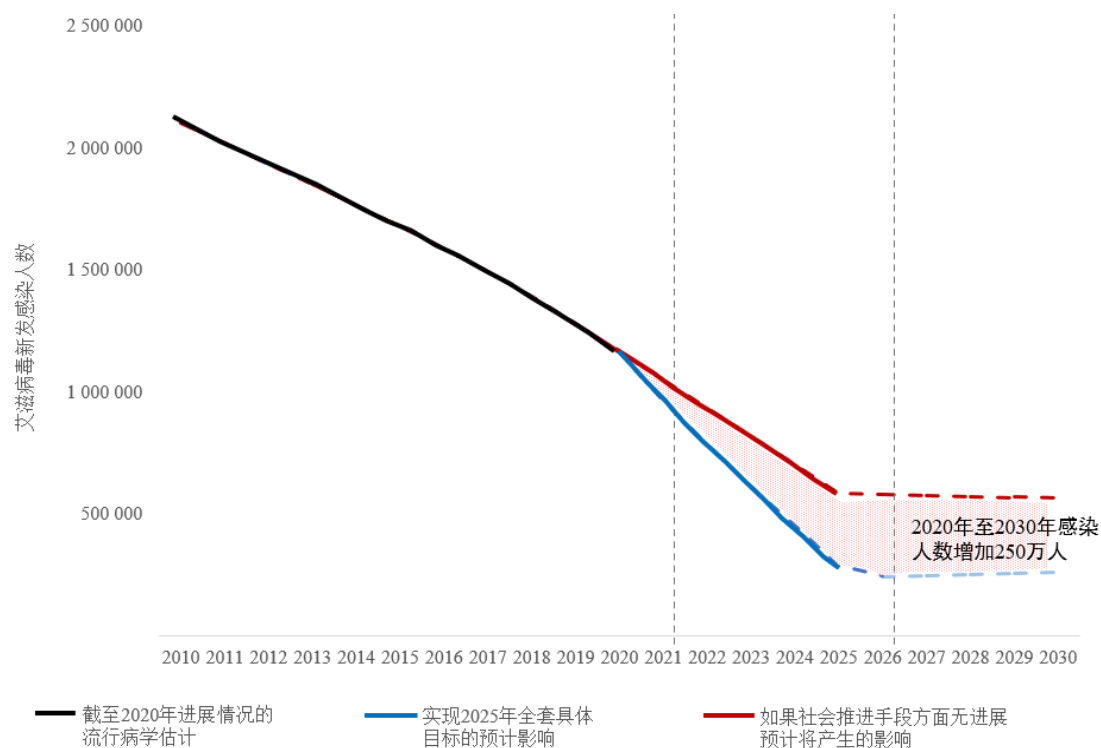
<sup>a</sup> 重点是加强获得艾滋病毒检测的机会、与治療挂钩、依从性和保持治療的支持、普及治療知识以及提供差异化服务的组成部分，例如分发抗逆转录病毒药物。

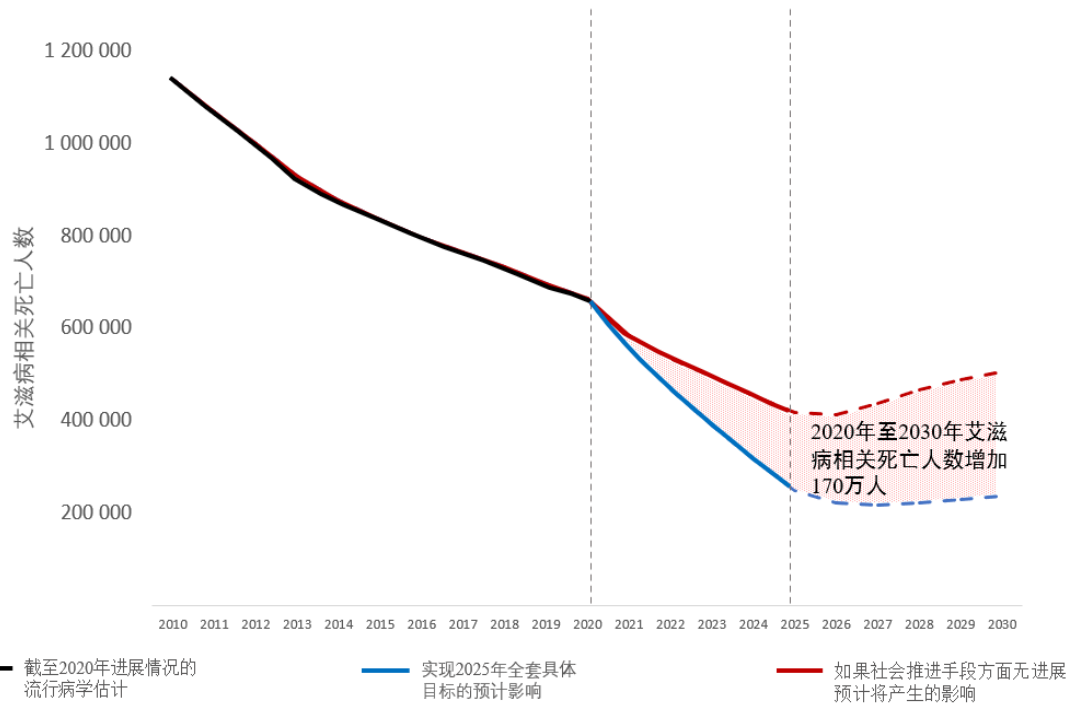
34. 整套具体目标精心设计、浑然一体，其中单个具体目标相辅相成。各国不能只挑选某些具体目标。实现社会推进手段的具体目标是实现其他具体目标的基础。关于污名化与歧视、重点人群犯罪化和性别不平等的负面影响的模型显示，这些障碍如果不消除，将破坏实现艾滋病毒防治服务具体目标的努力，导致 2020 年至 2030 年期间艾滋病相关死亡人数将增加 170 万，同期艾滋病毒新发感染者将增加 250 万。

35. 如果所有国家和社区在所有地理区域和所有人口中实现全部具体目标，到 2025 年，每年艾滋病毒新发感染人数将减少到 370 000 人以下，每年死于艾滋病相关疾病的人数将减少到 250 000 人以下(图五)，使全球艾滋病防治工作步入到 2030 年消除艾滋病的轨道上来。

图五

到 2020 年艾滋病毒感染和艾滋病相关死亡估计数，以及 2021-2030 年在有无社会推进手段情况下实现 2025 年具体目标进展情况的模型预测





资料来源：艾滋病署和 Avenir Health。

#### 四. 利用不平等视角加快进展

36. 不平等是 2020 年全球目标未能实现的关键原因。这些不平等存在于性别、年龄、族裔、性取向、收入水平以及艾滋病毒状况和移民身份等多种人口统计特征中，一种形式的不平等会加剧其他形式的不平等。它们往往被编入法律和政策，表现为歧视性做法、获得卫生保健和其他服务的机会不平等、暴力和较差的艾滋病毒防治结果。

37. 通过结束不平等，为艾滋病毒感染者、社区和国家取得变革性成果。增强青春期女童和青年妇女的权能并解决性别暴力问题是一项循证的艾滋病毒预防战略。通过改革惩罚性法律和提高权利素养赋予艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响者权能，使其能够主张自己的权利并从艾滋病毒防治服务中受益。通过社会保障措施支持艾滋病毒防治服务的提供、支持扩大健康结果并让孩子们继续上学。通过对艾滋病毒防治服务基础设施进行投资，建立更强大的卫生系统，使其更能抵御 COVID-19 大流行等卫生危机。

38. 过去五年成功推进艾滋病毒快速防治工作的国家、城市和社区取得的经验教训是艾滋病署《2021-2026 年全球艾滋病毒战略》的核心内容。

##### 重振艾滋病毒综合预防工作

39. 稀缺的艾滋病毒资源往往被浪费在无据可依、缺乏重点、影响甚微或没有影响的艾滋病毒预防措施上。艾滋病毒综合防治服务必须优先考虑针对性强、影响力大的艾滋病毒预防措施。

40. 在高负担环境下预防艾滋病毒需要满足青春期女童和青年妇女的多层次需求，在撒哈拉以南非洲，她们感染艾滋病毒的风险是男性同龄人的 2.6 倍。在提供艾滋病毒预防服务的同时，还必须努力确保性健康和生殖健康及权利、提供包括全面性教育在内的优质中等教育、应对性别暴力和消极的社会文化性别规范并增强妇女和女童权能。面临重大感染风险的妇女必须能够便捷获得新注射剂和阴道环等暴露前预防用药。

41. 重点人群及其性伴侣需要获得多种艾滋病毒预防办法，以满足其不断变化的需求。安全套对艾滋病毒、性传播感染和意外怀孕的三重预防是所有其他预防办法无可比拟的。然而，当重点人群及其性伴侣无法协商一致坚持使用安全套时，暴露前预防用药是另一个重要的艾滋病毒预防办法。

42. 来自多个国家的证据证实，应在充分尊重男女同性恋、双性恋、变性人、间性者和性别奇异者权利的环境下，为变性人、男同性恋者和其他男男性行为者提供安全套、暴露前预防用药和病毒抑制等艾滋病毒综合预防服务。

43. 科学文献充分证实，针头和注射器分发、类阿片药物替代疗法和过大剂量治疗等综合减害措施对公众健康有积极影响。综合减害服务可大幅减少吸毒者中的艾滋病毒新发感染人数，并增强吸毒者对艾滋病毒治疗方案的依从性，法律和政策环境避免对吸毒进行惩罚及定罪并采取公共卫生办法应对药物依赖性问题对提供这些服务至关重要。

44. 在艾滋病毒高发地区，男性自愿医疗包皮环切手术降低了男异性恋者通过性传播感染艾滋病毒的可能性，极大地促进人口层面的艾滋病毒预防工作。

45. 艾滋病毒检测和治疗仍然是综合预防的关键组成部分。艾滋病毒感染者如果接受有效的艾滋病毒治疗且其病毒载量已检测不到，则不能通过性行为传播艾滋病毒(称为 U=U)，这一事实彻底改变了艾滋病毒感染者的生活，使他们摆脱了与感染艾滋病毒相关的羞辱。

#### 艾滋病毒检测和治疗的差异化办法

46. 艾滋病毒感染者在艾滋病毒状况、抗逆转录病毒疗法覆盖面和病毒载量抑制方面存在知识差距，这限制了综合预防办法的有效性，减缓了艾滋病相关发病率和死亡率的下降速度。这些差距在儿童、青年、成年男子和重点人群中尤为明显。要缩小这些差距，则需要满足每个亚群的不同需求，并确保服务可获得、可接受、可负担和高质量。

47. 应根据当地的流行病情况和艾滋病毒感染高危人群的需求，有针对性地制定艾滋病毒检测差异化战略，包括社区主导的检测、指数检测和自我检测。应在诊断后立即向所有艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗。简化程序、任务转换、权力下放和同侪服务等差异化护理模式以人为本，促进更有效地分配资源，为得不到充分服务的亚群提供服务并提高护理和生活质量。

48. 差异化护理的一个重要组成部分是为临床稳定的艾滋病毒感染者配发多月的抗逆转录病毒药物，减少门诊次数，为患者和卫生系统节省无数时间。COVID-19

大流行危机突显了分发 3 至 6 个月药物的有效性，并加速了治疗方案对这一模式的采用。

49. 病毒载量检测是检测治疗不依从性或治疗失败的重要工具。护理点病毒载量检测平台可以快速提供结果，改善对病毒治疗失败的管理，在为农村和其他难以接触到的人群提供社区外联服务情况下尤其如此。

50. 成人和儿童的新型抗逆转录病毒药物(如含有多洛替格列韦的定量制剂)减少了副作用，增加了对病毒载量的抑制，并加强了防耐药性保护。新的长效疗法很有前景，需要使其更加负担得起，并尽快在所有国家推广。

#### 消除艾滋病毒垂直传播和消除儿童艾滋病

51. 在多重因素作用下，最近在实现消除艾滋病毒、病毒性肝炎和梅毒垂直传播目标方面进展缓慢。在产前护理普及率低的国家，许多妇女无法获得艾滋病毒以及性健康和生殖健康服务。在艾滋病毒负担重、孕妇和哺乳妇女艾滋病毒治疗覆盖率高的国家，在诊断孕晚期和哺乳期间感染艾滋病毒的妇女以及让妇女在整个孕期和哺乳期间接受治疗方面出现挑战。有害的性别规范等社会和结构性因素损害了妇女获得服务的机会。

52. 事实证明，男性参与、指导和其他社会支助以及服务一体化和差异化等多种战略，可有效提高感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女的治疗覆盖率和依从性。护理点早期婴儿诊断平台以及家庭和住户测试办法等创新的工具和战略，对于持续将所有儿童艾滋病毒感染者与治疗联系起来至关重要。

53. 近年来儿童的治疗情况有所改善，但世卫组织推荐的治疗方案仍然只是有限提供。需要开展更多工作，以制定和推广优化的儿科治疗方案，并满足接受艾滋病毒治疗儿童不断变化的需求，确保他们在从青春期到成年期的过程中获得持续护理。

#### 走在前列的群体

54. 感染艾滋病毒、面临艾滋病毒风险和受艾滋病毒影响的群体是艾滋病毒防治工作的中坚力量。由艾滋病毒感染者、妇女、重点人群、青年和其他受影响群体主导的举措确定并弥补了主要的不平等和服务差距；倡导其所服务人群的权利；极大地扩大了针对艾滋病毒采取有效行动的证据基础；支持规划、协调和执行国家防治措施和捐助方案；扩大卫生服务的覆盖范围和规模，提高服务质量。面对 COVID-19 大流行，各群体挺身而出，向脆弱和边缘化群体提供信息和个体防护装备，并继续提供关键的艾滋病毒防治服务。各群体还在加强初级卫生保健努力中发挥重要的衔接作用。

55. 有效的艾滋病毒防治措施为群体主导的防治工作提供足够的资源和支持。实施“加强艾滋病毒/艾滋病感染者的参与”原则，<sup>5</sup> 确保艾滋病毒感染者有效、有意义地参与影响其生活的决策。群体组织及其网络需要可持续的资金和技术支持，

<sup>5</sup> “加强艾滋病毒/艾滋病感染者的参与”这项原则旨在实现艾滋病毒感染者的权利和责任，包括他们参与影响其生活的决策过程的权利。

以发挥其关键作用。政府以社会契约的形式与民间社会结成伙伴关系并向民间社会采购服务，这已成为向边缘化人口提供服务的潜在有力办法，不过这种办法尚未得到充分利用。

#### **打破障碍，实现艾滋病毒防治结果**

56. “采取行动消除一切形式艾滋病毒相关污名化与歧视全球伙伴关系”正在与广泛的合作伙伴合作，以促进人权和免受歧视在消除艾滋病这一公共卫生威胁方面的核心作用。

57. 有证据证实，完成中等教育有助于保护女童免受艾滋病毒感染影响，同时产生更广泛的社会和经济效益。可综合采取卫生保健干预、让女童继续上学、社会保障和社区赋权活动等多部门办法，应对那些助长性别不平等、增加青春期女童和青年妇女面临的艾滋病毒风险的多重驱动因素。

58. 废除惩罚性法律和政策(包括那些将性工作、性别认同、性取向、吸毒、自愿同性关系以及接触、不披露和传播艾滋病毒定为犯罪的法律和政策)，有助于提供艾滋病毒防治服务，并降低艾滋病毒风险。对同性性关系的严厉刑事处罚与没有这种处罚的环境相比，感染艾滋病毒的风险高出 4.7 倍。在撒哈拉以南非洲的 10 个国家，关于性工作的压制性法律与艾滋病毒感染率的上升有关。有大量证据表明，将吸毒定为犯罪与艾滋病毒传播风险增加相关。

59. 事实证明，废除要求得到配偶或父母许可才能获得性健康和生殖健康以及艾滋病毒预防、检测和治疗服务的同意法，可以改善寻求健康的行为。同样，应取消阻止学校进行适龄全面性教育的法律和政策，使青年有能力保护自己，避免艾滋病毒、性传播感染、意外怀孕以及性别暴力和性暴力。

60. 可有效消除艾滋病毒相关污名化与歧视的努力包括：利用艾滋病毒感染者羞辱指数开展社区主导的研究和宣传，以及解决卫生和教育部门、工作场所、住房和其他环境中的污名化与歧视问题。事实表明，对卫生保健工作者进行宣传培训可以减少卫生保健环境中艾滋病毒相关歧视态度和做法。需要审查和改革执法做法，以确保这些做法支持而不是阻碍艾滋病毒的防治工作，包括取消歧视性、任意性或暴力的做法和强制检测、治疗或拘留，并取消与艾滋病毒相关的旅行限制和强制检测。法律教育和法律援助可帮助艾滋病毒感染者主张自己的权利，并在其权利受到侵犯时获得法律补救。

#### **提供充分资源，有效开展艾滋病毒防治工作**

61. 过去几十年，为防治艾滋病毒筹集的资金在数十个国家挽救了数百万人的生命、加强了卫生系统并改善了社会经济发展。庞大的社区卫生工作人员队伍得以建立、卫生信息和实验室系统得以强化、采购和供应链管理系统得以加强以及社区卫生系统得以重振等都是艾滋病毒防治工作做出的独特贡献，当前这些方面也在应对 COVID-19 大流行方面发挥着重要作用。

62. 然而，近年来对艾滋病毒的投资远远低于到 2030 年消除艾滋病大流行所需的水平。需要增加大量国内资源和捐助者资源，才能使艾滋病毒防治工作步入正

轨。要实现这些目标，就必须到 2025 年将低收入和中等收入国家的年度艾滋病防治投资增至高达 290 亿美元。

63. 资源应集中用于高效益、高效率的干预措施，以期惠及最需要帮助的人群并弥补目前的服务差距。例如，迅速扩大循证预防方案，特别是针对重点人群和其他艾滋病毒感染高危人群扩大这些方案，需要将艾滋病毒初级预防支出从 2019 年的 53 亿美元增加到 2025 年的 95 亿美元。

64. 按照三个“95%”的目标，到 2025 年接受治疗的艾滋病毒感染者人数拟增加 35%，如果能够提高效率，例如通过降低抗逆转录病毒药物的价格和提供服务的费用，则与治疗相关的资源需求将仅增加 17%。

65. 到 2025 年，改善社会有利环境的年度资金必须达到 31 亿美元，其中包括大幅增加投资用于：法律知识普及和艾滋病毒相关法律服务、旨在减少艾滋病毒相关污名化与歧视的方案以及促进性别平等方案。

66. 逐步将艾滋病毒相关服务纳入全民卫生保健筹资和社会支出，对于建立可持续和公平的筹资解决方案至关重要，债务减免可以为艾滋病毒防治工作创造更多的财政空间。需要更多地收集和使用按性别和年龄分列的细分数据和关于跟踪重点人群、妇女和女童以及未充分获得防治服务人群供资情况的数据，以最大限度地提高资源和政策决定的影响力、透明度、问责和效率，同时需要进一步利用数据分析和技术进步来支持提高干预措施的效率、范围、公平和效力的努力。

67. 到 2025 年，实现这些资源方面的目标并有效利用资源还将遏制低收入和中等收入国家艾滋病毒资源需求逐年增长的趋势。

#### **将艾滋病毒防治纳入卫生和社会保障系统**

68. 加速实现全民健康覆盖有助于卫生系统为所有人实现尽可能高的健康和福祉标准。据估计，低收入和中等收入国家由于卫生系统运作不理想每年造成约 860 万人死亡(包括约 300 000 艾滋病毒感染者)。

69. 为了以便捷、尊重、高效的方式提供以人为本、全面和协调的服务，实现服务一体化是关键办法。艾滋病毒感染者和面临艾滋病毒风险者需要将艾滋病毒防治服务与他们保持健康所需的各种服务之间建立联系，包括其他传染病和非传染性疾病预防、精神健康状况、减害措施、酗酒和药瘾、性健康和生殖健康以及性别暴力方面的服务,并包括社会保障和教育等关键支助服务。将艾滋病毒防治服务纳入全民卫生保健福利一揽子计划有利于一体化服务。

70. 通过扩大基于权利的社区接触者追踪机制，扩大获得结核病筛查、诊断、治疗和预防最新技术的机会，并为结核病确诊患者接受艾滋病毒检测和治疗创造最佳条件，可以进一步减少艾滋病毒感染者中的结核病病例和死亡人数。

71. 需要在产前和产后服务以及其他环境中扩大艾滋病毒、梅毒、病毒性肝炎、性传播感染和其他感染的综合防治服务。需要提高人乳头状瘤病毒疫苗的接种率，



并大幅扩大癌症筛查和治疗的规模，以解决妇女艾滋病病毒感染者中宫颈癌发病率高的问题。

72. 纵向疾病方案的数据记录和报告系统需要更一致地纳入卫生数据系统，并与社会福利和保障等其他部门相挂钩。

#### **加强卫生安全以及应对大流行病和其他紧急情况的能力**

73. COVID-19 大流行暴露了一个严重不平等世界的薄弱之处，在这个世界里，妇女和重点人群遭受丧失生计、驱逐与虐待之苦，此外还暴露了在公共卫生和大流行病防范方面投资不足的危险。

74. COVID-19 大流行还表明，必须利用艾滋病毒防治措施为今后的大流行病做准备，推动迅速采用艾滋病毒相关重要创新，包括健全的卫生信息系统、自我检测技术、多月配药以及利用虚拟平台提供支持、咨询和信息传播服务。

75. 防治艾滋病毒和 COVID-19 的最成功经验表明，如果卫生系统健全、适应性强、以人为本而且得到政府的坚定支持和社区的参与，则更能抵御大流行病的巨大挑战。鉴于 COVID-19 的影响深远而持久，亟需做出努力，使艾滋病毒防治乃至更广泛的传染病防治工作迅速恢复，并更好地为未来挑战做好准备，例如为 COVID-19 或其他新型大流行病再次出现和卫生紧急情况做好准备。

76. 需要进一步加强流行病监测和卫生信息系统，包括建立实时数据收集和决策能力，以便更迅速地应对疫情暴发。

77. 在人道主义环境中，卫生系统特别缺乏资源，导致基本卫生服务不足。难民、境内流离失所者、移民和其他流动人口等受危机影响的人口经常在获得艾滋病毒防治服务方面遇到障碍，包括受到过境国或目的地的法律限制。艾滋病毒感染者和其他重点人群最容易受到紧急情况的社会经济影响。

78. 要应对这些挑战，就需要根据具体情况制定国家应急计划，不论居住地或法律地位，向所有受人道主义紧急情况影响人群提供艾滋病毒防治最低标准一揽子服务。

#### **联合国消除艾滋病的联合办法**

79. 凭借联合国的独特作用以及 11 个联合国共同赞助实体与艾滋病署秘书处的广泛专门知识，联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)成为世界朝着到 2030 年消除艾滋病目标迈进的关键伙伴。

80. 自 25 年前成立以来，艾滋病署一直促进防治艾滋病工作的政治领导和全球团结，调集国内资源和捐助资源并指导其使用，支持国家艾滋病毒防治方案，加强政府、民间社会、学术界和私营部门之间的伙伴关系，促进和支持艾滋病毒感染者和其他受影响群体在艾滋病毒防治工作中发挥关键作用，并跟踪全球目标和承诺的进展情况。

81. 艾滋病署继续利用其任务授权、集体能力、技能和资源，从战略上支持所有国家和社区制定和实现新的、宏伟的全球目标和承诺。例如，由艾滋病署、联合国教育、科学及文化组织、联合国人口基金、联合国儿童基金会以及联合国促进

性别平等和增强妇女权能署(妇女署)共同牵头实施的“教育+”倡议，正在倡导撒哈拉以南非洲女童的受教育权，将其作为艾滋病毒预防工作的切入点，以及解决造成长期不平等现象的社会和结构性因素的战略。

82. 联合方案模式突出表明，必须采用多部门、多学科办法，实施包容性治理，在国家一级确定投资的优先次序，并强调通过更加一致和综合的办法为人们取得成果。将艾滋病毒感染者和主要受影响人群的民间社会成员代表纳入艾滋病署方案协调委员会，丰富了会员国与受影响人群之间的对话，并为如何加强联合国治理系统的包容和问责提供了一个模式。

## 五. 建议

83. 为了推进可持续发展目标行动十年，使世界走上到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁的轨道，并加快实现可持续发展目标，鼓励会员国和所有利益攸关方紧急落实以下建议。

### 建议 1

84. 敦促会员国减少和结束阻碍消除艾滋病工作取得进展的严重和交叉的不平等现象，办法是：

(a) 承诺实现 2025 年整套目标，到 2025 年解决不平等问题，将每年艾滋病毒新发感染人数降低到 370 000 人以下，将每年艾滋病相关死亡人数降低到 250 000 人以下；

(b) 建立流行病、行为与方案监测和评价系统，为帮助目前被抛在后面的人口提供所需的详尽数据；

(c) 建立政策和方案框架，在卫生保健、教育、工作场所、住房、法律和司法系统、人道主义紧急情况、社区和家庭环境中保护艾滋病毒感染者、面临艾滋病毒风险者和毕生受艾滋病毒影响者的权利；

(d) 根据现有最佳科学证据和技术知识，优先资助和开展推广行之有效的创新解决方案的行动，以及研发更有效的艾滋病毒预防和治疗方法，包括艾滋病毒疫苗和艾滋病毒功能性治疗方法。

### 建议 2

85. 敦促会员国优先开展艾滋病毒预防工作，确保到 2025 年 95% 的面临艾滋病毒风险者可获得和使用适当、优先、以人为本、有效的综合预防方案，办法是：

(a) 加强国家领导和资源分配，促进开展行之有效的艾滋病毒综合预防方案，包括推广和分发安全套、暴露前预防用药、男性自愿医疗包皮环切手术、减害措施、有利的法律和政策环境以及全面性教育；

(b) 满足重点人群预防艾滋病毒的不同需求，包括满足性工作者、男同性恋者和其他男男性行为者、注射毒品者、变性人、监狱和其他封闭环境中人群和所有艾滋病毒感染者的需求；

(c) 提供一体化服务，预防青春期女童和妇女感染艾滋病毒和意外怀孕，包括增强经济权能，保护和促进她们的性健康和生殖健康及权利，并采取干预措施，改变不平等的性别规范；

(d) 加强教育部门作为预防、检测和治疗艾滋病毒以及消除污名化与歧视切入点的作用，同时发挥教育部门的作用，解决造成长期不平等和增加艾滋病毒风险的社会和结构性因素；

(e) 在校内外提供优质适龄、促进性别平等的全面性教育，解决青少年面临的各种现实问题；

(f) 取消性健康和生殖健康服务以及艾滋病毒预防、检测和治疗服务的父母和配偶同意要求。

### 建议 3

86. 敦促会员国缩小限制艾滋病毒防治工作影响的艾滋病毒检测、治疗和病毒抑制方面的差距，到 2025 年在儿童艾滋病毒感染者等所有亚群、年龄组和地理环境中实现三个“95%”的检测和治疗目标，办法是：

(a) 制定差异化艾滋病毒检测战略、利用艾滋病毒自我检测等多种有效的艾滋病毒检测技术和办法，并迅速使新确诊患者接受治疗；

(b) 使用差异化服务提供模式进行检测和治疗，包括社区主导和基于社区的服务，通过就地为最需要帮助的人提供治疗服务，克服诸如 COVID-19 大流行带来的挑战；

(c) 实现公平可靠地获得负担得起的优质药物、保健商品和技术，方法是加快相关开发和市场准入，降低成本，加强地方开发、制造和销售能力，包括为此根据人权框架协调贸易规则与公共卫生目标，以及鼓励区域市场的发展；

(d) 扩大获得结核病预防、筛查、诊断和治疗最新技术的机会，确保到 2025 年 90% 的艾滋病毒感染者接受结核病预防治疗。

### 建议 4

87. 敦促会员国消除艾滋病毒的垂直传播和消除儿童艾滋病，办法是：

(a) 确定并解决预防孕妇和哺乳期妇女感染艾滋病毒、诊断和治疗感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女以及防止艾滋病毒垂直传播给儿童的连续服务方面的差距；

(b) 确保到 2025 年 95% 的孕妇接受艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎检测，在艾滋病毒负担高的环境中 95% 的孕妇和哺乳期妇女在妊娠晚期和产后重新接受检测，所有感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女接受终身抗逆转录病毒治疗，95% 的孕妇在分娩前实现病毒抑制；

(c) 到 2025 年，对 95% 接触艾滋病毒的儿童在两个月大之前和停止母乳喂养后进行检测，并确保向儿童艾滋病毒感染者提供最适合其需要的治疗方案和配方；

(d) 发现未确诊的大龄儿童并为所有青少年艾滋病毒感染者提供行之有效的持续治疗、护理和社会保障，以在其长大度过青年期和进入成年期间改善健康结果。

#### 建议 5

88. 敦促会员国把性别平等和所有妇女和女童的人权放在减轻艾滋病毒风险和影响工作的首位，办法是：

(a) 实现女童和青年妇女的受教育权，通过技能培训和就业机会增强妇女的经济权能，扩大对女童和青年妇女的社会保障干预措施，让男子和男童更加努力地面对不平等的社会文化性别规范，消除有害的男子气概；

(b) 提供有针对性的服务，防止性别暴力和性暴力，包括采取干预措施，解决妇女艾滋病毒感染者、土著妇女、残疾妇女、变性妇女、性工作者、移民妇女和其他边缘化人口所面临的多重和交叉形式的歧视和暴力问题；

(c) 确保到 2025 年 95% 育龄妇女的艾滋病毒、性健康和生殖健康服务需求得到满足；

(d) 到 2025 年，将遭受基于性别的不平等和性别暴力的妇女、女童、艾滋病毒感染者和重点人群的人数减少到不超过 10%。

#### 建议 6

89. 敦促会员国落实加强艾滋病毒/艾滋病感染者的参与原则，增强艾滋病毒感染者、妇女、青少年和重点人群等群体的权能，使其能在艾滋病毒防治中发挥关键作用，办法是：

(a) 确保将其全球、区域、国家和国家以下各级网络纳入决策，并向其提供足够的技术和资金支持；

(b) 修订、通过和执行法律及政策，使能够通过社会契约和其他公共筹资机制等形式，为以人为本、社区主导的艾滋病毒防治服务提供可持续的资金；

(c) 支持社区主导的监测和研究工作，确保利用社区生成的数据来制定有针对性的防治措施，以保障艾滋病毒感染者和其他重点人群的权利并满足其需求；

(d) 大幅提高社区、重点人群和妇女主导组织提供艾滋病毒防治服务的比例，包括确保到 2025 年 30% 的检测和治疗服务由社区主导组织提供。

#### 建议 7

90. 敦促会员国尊重、保护和实现艾滋病毒感染者、面临艾滋病毒风险者和受艾滋病毒影响者的人权，并确保到 2025 年，遭受污名化与歧视的艾滋病毒感染者和重点人群低于 10%，办法是：

(a) 废除阻碍有效防治艾滋病毒的惩罚性和歧视性法律、政策和做法，包括那些将性工作、性别认同、性取向、吸毒、自愿同性关系、接触、不披露和传播艾滋病毒定为犯罪以及规定实行艾滋病毒相关旅行限制和强制检测的法律、政策和做法，以确保到 2025 年，使因具有惩罚性法律和政策环境而拒绝或限制获得服务的国家低于 10%；

(b) 通过和执行立法、政策和做法，实现健康权、教育权、食物和营养支持权、住宅权、就业权和社会保障权，并防止利用刑法和一般法律歧视艾滋病毒感染者和重点人群；

(c) 到 2025 年，将对低收入和中等收入国家社会推进手段的投资扩大到 31 亿美元，并加快实施消除污名化与歧视的干预措施；

(d) 使艾滋病毒感染者或受艾滋病毒影响者和重点人群有机会诉诸法律，以确保追究与艾滋病毒有关的侵犯人权行为的责任，为此建立法律知识普及方案、增加这些人群获得法律支持和代表的机会，并扩大对卫生保健工作者和其他责任人的宣传。

#### 建议 8

91. 敦促会员国加强全球团结，缩小艾滋病毒防治资源缺口，到 2025 年将低收入和中等收入国家的年度艾滋病毒防治投资增加到 290 亿美元，办法是：

(a) 利用多种机制调集更多国内资源用于艾滋病毒防治投资，包括利用公私伙伴关系、债务取消和重组以及逐步将艾滋病毒防治筹资纳入卫生、社会保障、应急和大流行病防治的国内筹资系统；

(b) 通过加强南南合作、南北合作和三方合作以及全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金等双边和多边捐助方的新承诺补充国内资源，为剩余的资源需求提供资金，特别是为财政能力有限的国家提供艾滋病毒防治资金，并适当关注为重点人群和社区主导的防治服务提供资金。

#### 建议 9

92. 敦促会员国加快推进全民健康覆盖和强大的初级卫生保健系统，更好、更公平地摆脱 COVID-19 和人道主义危机，并加强全球卫生安全和未来防范大流行病的工作，办法是：

(a) 投资建设健全、坚韧、公平、公共资助的卫生系统和社会制度，到 2025 年，为 90% 的艾滋病毒感染者和面临艾滋病毒风险者提供以人为本和针对具体情况的一体化服务，用于防治艾滋病毒和其他传染病、非传染性疾病、性健康和性别暴力、精神健康、酗酒和药瘾，并为其提供整体健康和福祉所需的其他服务；

(b) 利用在卫生、教育、法律和司法、经济、金融、贸易、信息、社会保障和保健等不同部门以及发展、人道主义和建设和平行动开展艾滋病毒行动的经验、专门知识、基础设施和多部门协调做法；

(c) 推进社区系统在 COVID-19 大流行期间在向受影响社区提供基本卫生服务方面表现出的复原力和创新精神，包括多月配发抗逆转录病毒药物和其他救命药物、COVID-19 检测和其他卫生和社会服务；

(d) 通过集中采购机制、自愿许可、财政奖励和充分利用《与贸易有关的知识产权协定》的灵活性，增加基本药物和卫生技术的可获得性，并确保这些药物和技术在国家之间和国家内部公平分配。

#### 建议 10

93. 敦促会员国利用联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)25 年来的经验、专门知识和任务授权，确立多部门、多利益攸关方和基于权利的协作行动，以消除艾滋病，并将全民健康作为全球公益事业，办法是：

(a) 为艾滋病署联合方案提供充分资源，并支持其努力改进和加强其独特的业务模式，使其能够继续领导全球防治艾滋病的努力，并继续作为联合国改革的开拓者；

(b) 每年向艾滋病署报告国家艾滋病病毒流行病和防治工作的进展情况，利用强大的监测系统查明服务覆盖面和艾滋病病毒防治结果方面的不平等差距，以向大会、经济及社会理事会和可持续发展问题高级别政治论坛通报情况。

94. 展望未来，会员国应考虑，在 2023 年全民健康覆盖高级别会议等今后召开的相关高级别会议上，采取全面综合办法审查 2021 年所作承诺的进展情况，包括 2025 年商定全球具体目标的实现情况，并反映出到 2030 年消除艾滋病大流行病努力的多部门性质。