



全球卫生部门战略草案

艾滋病毒，2016-2021 年

秘书处的报告

1. 执行委员会在 2016 年 1 月第 138 届会议上注意到本报告的前一版本。该版本提供了战略草案概要以及战略草案的世卫组织各正式语言版全文的网络链接¹。执委会建议第六十九届世界卫生大会审议这项战略草案，并建议由秘书处起草一份可供通过的决议。本文件所附的经更新的战略（见附件）进一步充实了内容，其中包括：确定“重点人群”术语的定义；根据国家具体情况予以应对；强调全面预防艾滋病毒的重要性；简化抗逆转录病毒治疗方案和提供差异化医护服务；酌情利用《与贸易有关的知识产权协定》在维护公众健康方面的灵活性；以及报告安排²。
2. 2011 年 5 月第六十四届世界卫生大会批准了 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略³，申明了 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒战略的愿景和战略方向，并申明全球战略旨在指导全球卫生部门应对艾滋病毒/艾滋病，其中提出了在国家和全球层面的行动建议及世卫组织将作出的贡献。WHA64.14 号决议要求总干事监督和评价 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略的实施进展，并在与其它联合国机构的报告相一致的情况下，通过执行委员会向第六十五届、六十七届和六十九届世界卫生大会报告进展情况。
3. 2014 年 5 月第六十七届世界卫生大会审查了此项战略的实施进展情况⁴。会员国呼吁根据 2015 年后发展议程制定一项新战略，并要求世卫组织继续将艾滋病毒作为一项重点⁵。

¹ 文件 EB138/29。

² 经更新的战略草案反映了会员国在执行委员会第 138 届会议上发表的进一步意见，见执行委员会第 138 届会议第九次会议摘要记录（文件 EB138/2016/REC/2）。具体而言，修订了战略草案 3.4、4.0、4.2.2、4.2.4、4.3.1、4.3.3、5.5 和 5.3.3 等节的内容。

³ WHA64.14 号决议和文件 WHA64/2011/REC/1 的附件 4。

⁴ 文件 A67/40 进展报告 A。

⁵ 见第六十七届世界卫生大会甲委员会第十二次会议摘要记录，第 9 节（文件 WHA67/2013/REC/3）。

4. 2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略在实现千年发展目标下全球艾滋病毒具体目标方面发挥了重要作用。该项战略与 2011-2015 年联合国艾滋病规划署多部门战略¹密切协调，并遵循了 2011 年联合国大会通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言》²。2015 年末，1500 多万人在进行抗逆转录病毒治疗。据估计，自 2000 年以来，总共避免了 780 万例艾滋病毒相关死亡和 3000 万例艾滋病毒新发感染。

5. 2014 年 9 月，秘书处启动了 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案的起草工作，并开始分别起草全球卫生部门病毒性肝炎战略和性传播感染战略³。

6. 2015 年 9 月，联合国大会通过了 2030 年可持续发展议程⁴，其中批准了可持续发展目标，与本专题尤其相关的是具体目标 3.3：“到 2030 年，阻止艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病”。

7. 秘书处制定的经更新的 2016-2021 年艾滋病毒战略草案（见本报告附件）的目标是，到 2030 年终结艾滋病流行这一公共卫生威胁，让不同年龄段的所有人都过上健康的生活，促进他们的福祉。此外，它与 2030 年可持续发展议程保持一致，重点是通过承诺实现全民健康覆盖，提供资金保障和确保卫生公平。

8. 战略草案为世卫组织和会员国在全球、区域和国家层面上的共同行动提供了一个框架。它基于现有的良好做法以及关于卫生部门与艾滋病毒相关的方针和干预措施有效性的可得证据。

9. 制定战略草案的广泛磋商过程涉及所有主要合作伙伴，包括会员国、联合国系统各组织及其它多边机构、捐助方和发展机构及行动、民间社会、非政府组织、科学技术机构和网络以及私立部门。召开了多次利益攸关方协商会，100 多个会员国参与了从 2015 年 4 月至 7 月在世卫组织各区域召开的协商会。为进一步开展磋商并确保最广泛参与，秘书处在 2015 年 4 月至 6 月高调举行了为期六周的在线公开磋商。在第六十八届世界卫生大会期间举行了关于这三项战略（病毒性肝炎、艾滋病毒和性传播感染）的正式技术介绍会。

¹ “实现‘三个无’：2011-2015 年联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署战略”，见 http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101221_JC2034E_UNAIDS-Strategy_en.pdf（2016 年 3 月 31 日访问）。

² 联合国大会第 65/277 号决议，“关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消除艾滋病毒和艾滋病”，见 http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf（2016 年 3 月 31 日访问）。

³ 肝炎战略草案见文件 A69/32 的附件；性传播感染战略草案见文件 A69/33 的附件。

⁴ 联合国大会 A/RES/70/1 号决议，“变革我们的世界：2030 年可持续发展议程”，见：http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E（2016 年 3 月 31 日访问）。

10. 如上所述，2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案编写工作是与同一时期其他两份卫生部门战略一道开展的。全民健康覆盖框架为这三份战略草案提供了一个共同架构。秘书处、尤其是在大量参与艾滋病毒相关活动的领域内开展工作的人员以及各区域办事处和一些国家办事处就艾滋病毒战略草案提供了大量意见。世卫组织民间社会艾滋病毒参考小组和世卫组织艾滋病毒科学技术咨询委员会对此项工作作出了贡献。开展了广泛的磋商工作¹。

11. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案阐明了世卫组织为实现国际商定的防治艾滋病毒以及发展目标和具体目标作出的各项承诺。艾滋病毒战略草案反映了 2016-2021 年联合国艾滋病规划署多部门战略所载的各项目标、具体目标和重点以及 2030 年可持续发展议程所确定的卫生相关目标和具体目标。

12. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案确认，迄今开展的多部门应对工作取得了重大进展。值得注意的是，战略草案还强调有必要迅速采取应对措施，以防艾滋病毒新发感染病例数和艾滋病毒相关死亡人数出现反弹。按目前的速度开展工作不足以终止这一不断变化的流行病。艾滋病毒新发感染病例数将增加，更多人将需要艾滋病毒治疗和护理。预防、护理和治疗费用将继续增加。到 2014 年底，全世界艾滋病毒感染者人数估计已达 3690 万人（3430 万人至 4140 万人之间）。

13. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案与 2016–2021 年联合国艾滋病规划署战略²紧密相连。这两项战略是平行制定的，在几个区域进行了联合磋商。本项战略草案确认，需要在多个部门开展有效的艾滋病毒应对工作，并阐述了卫生部门可以对多部门应对行动和联合国艾滋病规划署多部门战略作出的具体贡献。它支持并强化了联合国艾滋病规划署各联合发起组织之间商定的工作分工³。

卫生大会的行动

14. 请卫生大会通过 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案。

¹ 欲进一步了解磋商程序以及与编写本战略草案有关的各种文件和摘要报告，见 <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/en/>（2016 年 3 月 30 日访问）。

² “2016-2021 年联合国艾滋病规划署战略：迅速终结艾滋病”，可自 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf 获取（2015 年 12 月 1 日访问）。

³ 在联合国艾滋病规划署各共同发起机构中，世卫组织负责卫生部门应对艾滋病毒的工作（包括负责艾滋病毒治疗和护理以及艾滋病毒/结核病合并感染），与儿基会分担预防艾滋病毒母婴传播的责任，并与其它共同发起机构合作，支持在其它所有重点领域采取行动。

附件

2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案

引言和背景

1. 国际社会决心在 2030 年之前终结艾滋病疫情这一公共卫生威胁，这是 2015 年 9 月在联合国大会上通过的《2030 年可持续发展议程》中的宏伟目标¹。面向 2020 年的中期目标已制定。战略草案介绍了卫生部门为实现这些目标需付诸的努力，概述了各国和世界卫生组织（世卫组织）分别应承担的工作。如果得以实施，各国和世卫组织的这些快速通道行动将加快和增强艾滋病毒应对措施，使“终结艾滋病”成为现实。

2. 战略草案的基础是自 1986 年世界卫生组织启动“艾滋病特别规划”²以来，全球艾滋病毒应对措施在公共卫生方面所取得的非凡成就。它延续了《千年发展目标》所产生的动力和关于普遍获取途径的承诺³。近来，《2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略》⁴激发了全球和国家行动，这些行动有助于遏制和扭转艾滋病疫情。在此期间，艾滋病毒治疗的覆盖面迅速扩大。截至 2015 年底，有超过 1500 万名艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗；新发艾滋病毒感染和死亡率下降了；很多国家在消除母婴传播；艾滋病毒应对措施已嵌入更广泛的卫生和发展计划。不过，还没有到可以自满的时候。自 2011 年以来发生了很大变化，有新的机遇可以探索，也有很多新的挑战需要克服。终结艾滋病疫情需要在未来五年迅速加快应对措施，采取持续行动，直至 2030 年及以后。这一切只有通过重申政治承诺、更多资源以及技术和规划的创新才能实现。

3. 战略草案认为卫生部门的艾滋病毒应对措施对实现全民健康覆盖目标至关重要——这是《可持续发展目标》中的关键健康目标之一。战略草案提倡以人为本的方针，建立在人权和卫生公平性的原则之上，将有助于根本性地降低新发艾滋病毒感染和相关死亡率，改善艾滋病毒感染者的健康和福祉。它将努力引导至加快和关注艾滋病毒防治，使

¹ 联合国大会 70/1 号决议，《变革我们的世界：2030 年可持续发展议程》，见 http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E（2016 年 3 月 15 日访问）。

² 世界卫生组织于 1987 年 3 月发布了《艾滋病特别计划：战略和结构预测需求》，可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62299/1/WHO_SPA_GEN_87.1.pdf 获取（2016 年 3 月 15 日访问）。此外，全球艾滋病规划处（1987-1995 年）发布了《最终报告（侧重于 1994-1995 两年）》，可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65955/1/WHO_ASD_97.1.pdf 获取（2016 年 3 月 15 日访问）。

³ 联合国大会 65/277 号决议，《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言》，http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf（2016 年 3 月 15 日访问）。

⁴ 《2011-2015 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略》可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44606/1/9789241501651_eng.pdf 获取（2016 年 3 月 15 日访问）。

人们能知晓自身的艾滋病毒状况，为一切艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗和全面长期医护，并挑战无处不在的与艾滋病毒相关的污名化和歧视。

4. 在应对措施的下一阶段，必须强调与其他卫生和发展问题的广泛的合作伙伴关系和密切联系。这项战略草案与后 2015 年卫生和发展议程及目标完全一致，指出了卫生部门为更广泛的跨部门应对措施需承担的工作，如联合国艾滋病规划署（UNAIDS）2016-2021 年战略中所述¹。它也符合其他相关的全球卫生战略和计划，包括涉及性传播感染、结核病、病毒性肝炎、性和生殖健康、妇幼卫生、血液安全、精神卫生、非传染性疾病和以人为本的综合卫生服务。它体现了许多国家的杰出工作，认为国家和社区是应对措施的核心。它将艾滋病毒和关键发展合作伙伴更广泛的卫生战略纳入考虑范围，比如，全球抗艾滋病、结核病和疟疾基金以及美国总统艾滋病紧急救援计划²。战略草案的全面实施将有助于实现其他可持续发展目标：预防和缓解贫困、减少不平等、促进性别平等、提高生产力，以及解决排斥、污名化和歧视。

5. 战略草案概述了全球卫生部门应对措施的愿景、目标和行动，包括五个战略方向：通过完善的战略信息和良好治理，加强和关注国家艾滋病毒项目和计划；制定一套艾滋病毒基本服务和高影响力干预措施，贯穿艾滋病毒服务的连续过程；针对不同人群和地点，调整和提供艾滋病毒服务的连续过程，以获得最高质量和实现公平覆盖目标；实施各项系统，以全面资助艾滋病毒服务的连续过程，将需要服务的人群面临财务困境的风险降至最低；支持创新，以推动快速进展（见图 1）。

在 2016 年 5 月由第六十九届世界卫生大会审核之前，本文为草案。未经世界卫生组织许可，不得以任何形式或采用任何手段摘取、引用、举证、复制、传播、分发、翻译或改编本文的部分或全部内容。

¹ 《联合国艾滋病规划署战略（2016-2021）》，见 http://www.UNAIDS.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PC37_15-18（2016 年 3 月 15 日访问）。

² 关于美国总统艾滋病紧急救援计划的更多信息，见 <http://www.pepfar.gov/about/strategy/>（2016 年 3 月 15 日访问）。

战略草案纲要

6. 战略草案包括五个主要组成部分：

- (1) **背景：**回顾艾滋病毒疫情和应对措施的现状，识别未来的机遇和挑战，提出向卫生部门艾滋病毒应对措施予以充分投资的理据；
- (2) **战略框架：**描述战略的三个组织框架（全民健康覆盖目标、艾滋病毒服务的连续过程以及公共卫生方针）；
- (3) **全球愿景、全球目标和具体目标：**介绍为推动应对措施而设置的面向 2020 年和 2030 年的一系列影响力和服务覆盖目标；
- (4) **优先行动建议：**建议各国和世界卫生组织根据**五个战略方向**应分别采取的快速通道行动；
- (5) **实施指引：**概述**战略实施**的关键要素，包括战略合作伙伴关系、监测和评估，以及成本分析。

1. 全球为何应快速加强艾滋病毒应对措施

7. 过去十五年对艾滋病毒应对措施的巨大投资正在获得回报。新发艾滋病毒感染和艾滋病毒相关死亡率在过去十年的大幅下降证明了对全球艾滋病毒疫情所投入的承诺、资源和创新。在 2014 年，新发艾滋病毒感染约为 200 万例（范围介于 190-220 万），比 1997 年高峰时下降了 41%¹。死于艾滋病毒相关原因的人数下降，2014 年死亡人数约为 120 万（范围介于 98-160 万），比 2004 年高峰时下降了 42%，大部分是由于获得抗逆转录病毒治疗的人数上升²。

¹ 本战略草案所用的数据大多来自国家、世界卫生组织和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划定期报告系统，例如全球艾滋病应对报告系统。

² 2000-2015 年全球卫生部门应对艾滋病毒：重点在非洲采取新颖措施。见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf（2016 年 3 月 15 日访问）。

1.1 挑战

8. 尽管在应对措施方面取得了重大进展，但是，艾滋病毒疫情仍继续对各地构成严重的公共卫生威胁。巨大的挑战给成就蒙上了阴影。

9. **不够多且不够快：**目前的服务覆盖范围尚不足够，拓展速度也很慢，难以实现全球目标。有效的艾滋病毒干预措施和服务仍未取得全部效果。在全球 3700 万名艾滋病毒感染者中，有 1700 万人在 2014 年年末仍不知晓自身的艾滋病毒状况，2200 万名无法获得抗逆转录病毒治疗¹。

10. **主要的不平等继续存在和人群被遗忘：**全球艾滋病毒应对措施的成功分布是不均衡、不平等的。虽然艾滋病毒发病率从整体上看有所下降，但在部分国家和地区却在上升。在撒哈拉以南非洲，未成年少女和年轻女性的感染率是同年齡少男和男性的两倍。进展并没有充分或迅速地惠及大部分艾滋病毒感染风险最高的人群。此外，在获得治疗和护理方面，也存在相当大的悬殊。在许多国家，少男和男性都被遗忘了。侵犯人权以及广泛存在的性别暴力、污名化和歧视仍在阻碍获取卫生服务，尤其是儿童、青少年、年轻女性和重点人群²。

¹ 2000-2015 年全球卫生部门应对艾滋病毒：重点在非洲采取新颖措施。见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf (2016 年 3 月 15 日访问)。

² 本艾滋病毒战略草案沿用了联合国艾滋病规划署 2016-2021 年战略中使用的“重点人群”定义，见 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18 (2016 年 3 月 15 日访问)：“重点人群或高危人群指的是可能会接触或传播艾滋病毒的人群，这些人群的参与对于成功开展艾滋病毒应对工作极为重要。在所有国家中，重点人群均包括艾滋病毒感染者。在多数情况下，男男性行为者、变性者、注射毒品者、性工作者及其顾客[以及囚犯]接触艾滋病毒的风险高于其他人群。但每个国家应当界定受艾滋病毒流行问题影响最严重的特定人群，有关对策应当以流行病学和社会情况为基础。”

图 1. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案纲要



11. 中等收入国家需要特别关注：全世界约 70% 的艾滋病毒感染者位于中等收入国家，全球的成功也取决于在这些国家的努力是加速还是停滞。随着捐助者的优先重点的变化，扩大公平和可持续的卫生筹资体系对中等收入国家而言尤其重要。同时，低收入国家将继续依赖外部发展援助，以确保基本的艾滋病毒服务能获得充足的资金。

12. 脆弱社区和流动人群：全世界正面临越来越复杂的挑战。冲突、自然灾害、经济危机和气候变化可触发人道主义紧急状况，破坏当地的卫生体系，社区流离失所，迫使更多人群迁徙流动，被中断或无法获得卫生服务。

13. 干预措施和服务的针对性不足：国家艾滋病毒应对措施往往无法将干预措施集中于最需要的人群和地点，导致其更加无效和影响力下降。

14. 确保和维持质量：迅速扩张艾滋病毒规划而不保证服务质量，则可能损害计划的有效性和浪费宝贵的资源，导致公共卫生产生负面结果，比如，艾滋病毒耐药性。随着需求和使用的增加，保证预防、诊断和治疗用品的质量至关重要。

15. 合并感染和其他合并症的负担增加：艾滋病死亡率因更多人接受抗逆转录病毒治疗而下降，然后，对治疗的投资却由于合并感染关联的发病率和死亡率上升而遭到质疑，比如，乙型肝炎、丙型肝炎及癌症、心血管疾病、糖尿病和其他非传染性疾病以及精神卫生疾患和物质使用障碍等合并症。尽管抗逆转录病毒治疗的规模在扩大，艾滋病毒与结核病合并感染的预防和控制得到了改善，但是，结核病仍然是感染艾滋病毒的成人和儿童住院治疗的主要原因和艾滋病毒相关死亡的主要原因。

16. 只是更多地做同样的事情是不够的：全球疫情已经发展到一个节点，即，稳态响应（即，将覆盖面维持在当前水平或逐步扩大）将很快面临艾滋病毒新发感染和艾滋病毒相关死亡的反弹。以当前的速度迈进是不足以终结这一不断演变的疫情的。艾滋病毒新发感染将增加，会有更多人需要艾滋病毒治疗和护理，预防、护理和治疗的成本将继续上升。截至 2014 年底，全世界艾滋病毒感染者的数量已经达到约 3690 万（范围介于 3430-4140 万）。

17. 全世界面临的一个窘境是，“一切照旧”，则艾滋病毒应对措施将失去动力和退步。战略草案中提出的行动将避免这样的结果。行动将加速开发和实施全面、高影响力的艾滋病毒预防和治疗干预措施，使用尊重权利、以人为本的方法，为艾滋病毒规划识别具有可持续性的资金来源，确保艾滋病毒应对措施逐步融入更广泛的卫生计划和服务。

1.2 为飞跃做好准备

18. 有大量的机遇可以充分利用过去十五年所取得的进展，从而使应对措施进入终结艾滋病疫情的新轨道。随着应对措施向前推进，卫生部门必须展示出领导力。

1.2.1 快速通道行动的关键领域

19. 我们必须凭借艾滋病毒应对措施当前的势头，从广泛的国家计划的稳固基础和持续的政治承诺中受益。然而，需要的还不止于此。在六个领域中，新的承诺、资源和加大力度将是实现 2020 年和 2030 年目标所必不可少的。

20. **鼓励将预防措施与新工具相结合：**抗逆转录病毒药物（包括抗逆转录病毒治疗在内）对艾滋病毒的预防效果已获得公认。接触前预防性药物措施所具有的改变游戏规则潜力（即，利用抗逆转录病毒药物防止感染艾滋病毒）已经被确认。将抗逆转录病毒治疗与接触前预防性药物措施进行战略性的结合，作为艾滋病毒组合预防措施的一部分，能几乎消除艾滋病毒向艾滋病毒阴性的性伴侣和吸毒伴侣传播。

21. 男性自愿包皮环切术的预防作用也有很大的空间可加以利用。在指定的“优先”国家，创新举措使男性自愿包皮环切术的覆盖率接近了 80% 这一目标，能大量削减全球最严重的艾滋病毒疫情的新发感染。

22. 必须将男性和女性安全套连同润滑剂继续作为预防规划的支柱。不过，坚持使用安全套的好处尚未全部实现。安全套规划的创新可将艾滋病毒应对措施向前推进。研制有效的局部杀菌剂和艾滋病毒疫苗将成为日益强大的艾滋病毒预防干预措施的有力补充。

23. **确保所有艾滋病毒感染者了解自身状况：**新型的艾滋病毒检测手段（包括自我检测和社区检测在内）和有质量保证的新检测技术，能识别出更多的艾滋病毒感染者，使其接受早期治疗和护理，最大限度地发挥艾滋病毒预防措施的潜力和治疗的效果。艾滋病毒检测服务的战略重点对于覆盖高风险人群和早期诊断至关重要。

24. **扩大对所有艾滋病毒感染者的优质治疗：**填补治疗缺口，从 1500 万人扩大至所有艾滋病毒感染者，这必须作为优先事项，以大量削减新发感染和死亡数量。但是，启动针对一切艾滋病毒感染者的抗逆转录病毒治疗需要各个国家和合作伙伴付出前所未有的努力。必须特别关注的是，要解决治疗方面存在的最大不平等，即，覆盖那些被遗忘的人群，比如，婴儿、儿童、青少年、男性和重点人群。药物和服务的质量必须得到保证。如何达到最高的治疗依从性和护理保持率将是彻底发挥治疗潜力的关键。

25. 通过以人为本的全面护理，使人群保持健康和活力：数以百万计的艾滋病毒感染者（包括那些终生接受抗逆转录病毒治疗的人）的广泛的卫生需求必须得到满足。将艾滋病毒服务与结核病、病毒性肝炎及其他重大卫生问题的服务相结合，能大幅度降低发病率和死亡率。加强这样的结合（包括与非传染性疾病的结合）可确保综合、全面、以人为本的护理，增强规划的整体影响力。在结核病与艾滋病毒合并感染负担最重的国家，艾滋病毒与结核病联合规划进一步加强了整合，使更多人接受了能挽救生命的干预措施，并最大限度提高了资源的使用效率。将长期医护模式运用于艾滋病毒治疗和护理，为解决更广泛的卫生需求提供了机遇，尤其是非传染性疾病以及精神卫生疾患和物质使用障碍。姑息治疗仍然是卫生部门综合应对措施的重要组成部分，有助于保证人群在克服疼痛和其他症状时保持尊严和舒适。

26. 覆盖和保护最脆弱和风险最高的人群：艾滋病毒应对措施不能长期忽略那些受影响最严重和被遗忘的人群。有效的艾滋病毒预防措施和赋权干预措施必须覆盖少女和年轻女性，在很多国家，她们一直是最脆弱和受影响最严重的人，尤其是在疫情严重的撒哈拉以南非洲。为加强基于社区的服务，需要大规模的新增和重点投资，用于向青少年提供适当的干预措施；有效地解决性别暴力，包括处理酗酒导致的性别暴力问题；降低少女和年轻女性的脆弱性；使男性得到治疗；覆盖重点人群（尤其是男男性行为者、注射毒品者、性工作者、变性者和囚犯）；为毒品使用者拓展减害规划；为流动人口和无家可归的人群提供服务。为了撤销和修订将人群边缘化和污名化、助推高风险行为、阻碍获取有效服务的途径、延续上述不公平和不平等的法律和政策，还需要做更多工作。

27. 降低成本和提高效率：在资源受限和发展重点相互竞争的情况下，要在 2020 年之前将艾滋病毒服务扩大至前所未有的规模，只能通过降低关键药物和其他产品的价格，提高服务效率，更合理地分配资源，以节约大量资金。

1.2.2 可预见的巨大效益

28. 采取及时、快速的全球应对措施，实现战略草案中设定的具体目标，将有效地终结疫情这一全球公共卫生威胁（见图 2 和图 3）。联合国艾滋病规划署所建立的模式说明，将高影响力的预防措施方案与加强人权保护承诺相结合，使检测和治疗工作加快，则可将¹：

¹ 了解快速通道：加速行动，争取到 2030 年消除艾滋病流行问题。见 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf（2016 年 3 月 15 日访问）。

- 成人艾滋病毒新发感染从 2010 年的 210 万例下降至 2020 年的 50 万例；
- 在 2015-2030 年避免 2800 万例艾滋病毒感染；
- 在 2030 年之前避免 600 万例儿童感染；
- 在 2015-2030 年间避免 2100 万例艾滋病相关死亡；
- 为艾滋病毒治疗节省 240 亿美元的额外成本；
- 使各国对艾滋病毒的投资获得十五倍的回报。

29. 对艾滋病毒应对措施的进一步投资有可能对《可持续发展目标》中的其他健康目标（“目标 3”）产生重大影响，比如，与妇幼卫生、结核病、病毒性肝炎、非传染性疾病和精神卫生、物质使用障碍、性与生殖健康、全民健康覆盖等有关的目标。

图 2：艾滋病毒新发感染下降预测

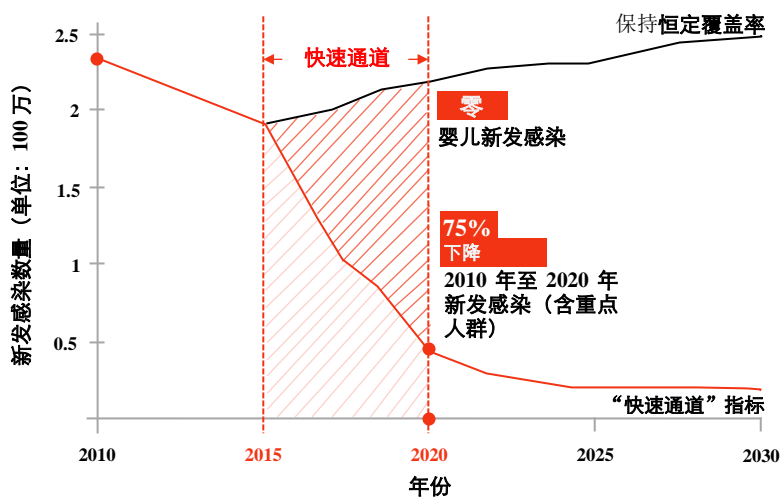
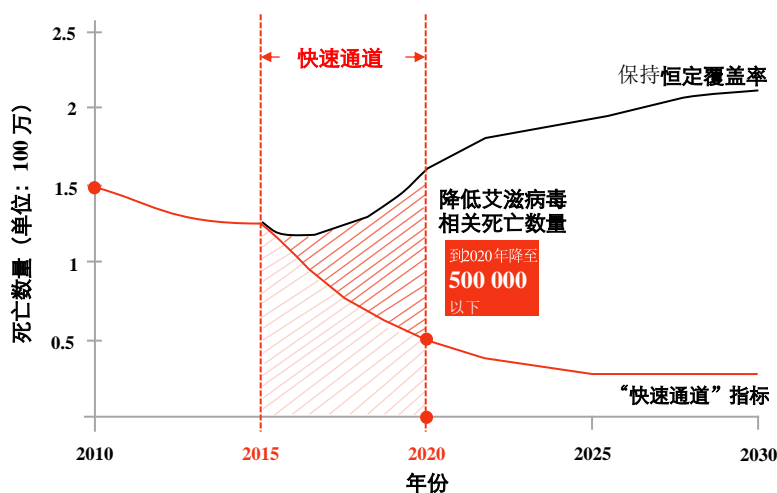


图 3: 艾滋病毒相关死亡下降预测



来源: 联合国艾滋病规划署, 2016-2021 年战略, 见 http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf (2016年3月15日访问)。

1.2.3 建立投资理据

30. 实现快速通道指标所必需的工具大部分都已在握, 迫在眉睫的是若干潜在的重大升级和创新。要令其充分发挥作用, 则需要迅速扩大对艾滋病毒应对措施的投资, 并将资源集中至最有效的服务和干预措施, 以及艾滋病毒传播最甚和负担最重的人群与地域。从所有来源为中低收入国家的艾滋病毒规划动员的资源从2012年增加了2.5亿美元, 在2013年达到191亿美元, 预计在2015年可再增加至210.07亿美元。这一上升趋势主要是由于国内投资增加, 在2014年约占到总额的57%。尽管如此, 对艾滋病毒的投资必须在2020年增加至319亿美元, 在2030年增加至293亿美元(如果对疫情实现长期控制)。

31. 在设计和实施高覆盖率、高质量和全面的艾滋病毒服务方面, 许多国家积累了大量经验和专业技术, 对艾滋病毒的脆弱性、发生率、发病率和死亡率, 以及艾滋病毒感染者的生活质量产生了重大影响。各国都有大量机会使其艾滋病毒应对措施产生飞跃, 向其他国家学习能迅速调整和实施最有效的政策、服务和干预措施。

32. 由于可得到的资源有限, 各国需要仔细规划, 设定宏伟而现实的本国具体目标, 并建立强大的投资理据。投资理据应为充分分配国内资源和促进动员外部资源提供正当的理由, 并帮助识别可予支持的全球合作伙伴。投资理据应

- 根据国情，制定和提供必需干预措施和服务的预算；
- 主张最具成本效益的干预措施；
- 确定最受影响的人群和地点以及应重点提供的资源；
- 制定最有效和公平的服务提供模式；
- 概述在卫生体系各层面之间最合理的资源分配；
- 识别潜在和可靠的资金来源。

33. 在战略草案所涵盖的六年中，需要重新聚焦的行动和创新，以增加影响力和重申投资承诺。

34. 战略草案为上述投资建立了理据，识别出国别规划和世界卫生组织的行动应侧重的五个战略方向，并概述了能产生最大影响力的重点干预措施和创新。

2. 战略框架

35. 艾滋病毒战略草案是三项系列战略草案之一，另外两项是 2016-2020 年卫生部门终结病毒性肝炎疫情战略草案和终结性传播感染战略草案。上述战略草案采用了共同的结构，立足于三个组织框架：全民健康覆盖目标、卫生服务的连续过程、公共卫生方针。三项战略草案都是为了帮助实现《可持续发展目标》中的健康目标（“目标 3”）。艾滋病毒战略草案阐述了卫生部门的艾滋病毒应对措施如何有助于实现“终结艾滋病”、全民健康覆盖和其他重要的卫生与发展目标。它与其他相关卫生战略保持一致，比如，《消除结核病战略》¹、联合国艾滋病规划署战略（上文曾提及），以及其他艾滋病毒战略（关键合作伙伴的战略、部门和跨部门战略）。

2.1 由《可持续发展目标》制定方向

36. 《可持续发展目标》为 2016-2030 年制定了一份宏伟、深远的发展议程。健康是这份后 2015 年议程中的一个主要目标，体现了它对减少贫困和促进发展所发挥的核心作用。与健康相关的可持续发展目标（目标 3）是针对于发展而言至关重要的一系列卫生

¹ 《消除结核病战略》，见 <http://www.who.int/tb/strategy/en/>（2016 年 3 月 15 日访问）。

方面的挑战，尤其是关于传染性疾病的**目标 3.3**，其中就包含了终结艾滋病疫情¹。为终结艾滋病所付出的努力也会对其他健康目标产生影响，比如，降低孕产妇死亡率（**目标 3.1**）、防止新生儿和五岁以下儿童死亡（**目标 3.2**）、降低非传染性疾病死亡率和促进精神健康（**目标 3.4**）、预防和治疗物质使用障碍（**目标 3.5**）、性和生殖健康（**目标 3.7**）、实现全民健康覆盖（**目标 3.8**）、获取经济的药物和疫苗（**目标 3.b**）、为健康筹资和卫生人力资源（**目标 3.c**）。除对**目标 3**的影响力之外，终结艾滋病疫情还将有助于消除贫困（**目标 1**）、结束饥饿（**目标 2**）、实现两性平等及为妇女和女孩赋权（**目标 5**）、减少服务和产品获取途径的不平等（**目标 10**）、促进倡导无歧视的包容性社会（**目标 16**）、为实施筹资和能力建设（**目标 17**）。

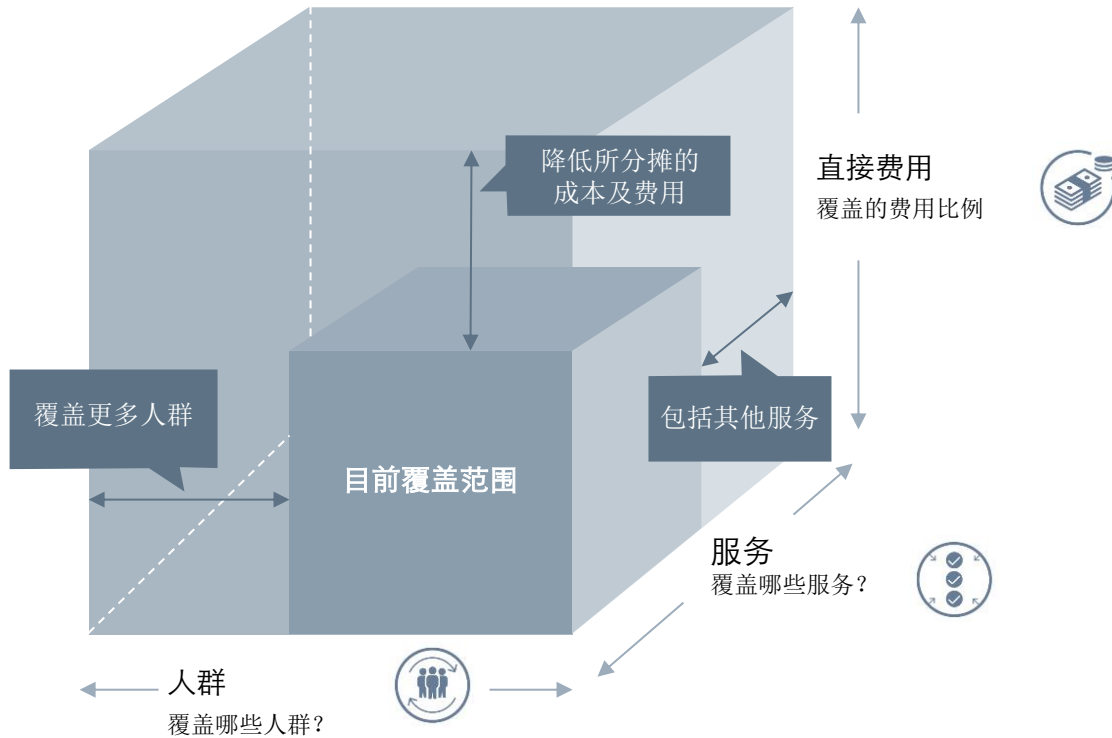
2.2 以全民健康覆盖目标为总体框架

37. 在全球，因自付医疗费用导致每年 1.5 亿人经历财务灾难和 1 亿人遭受贫困。《可持续发展目标》着眼于确保财务安全和健康公平性的重要性，全民健康覆盖目标则为解决这些问题制定了框架。当民众都能得到所需要的卫生服务时，就能实现全民健康覆盖目标（见图 4），而这些服务的质量足以使情况改观，使人群不会陷入财务困境。全民健康覆盖主要由三个相互关联的目标构成：扩大基本健康服务的范围、提升基本健康服务的质量、增加基本健康服务的可得性（覆盖所需要的服务）；提高服务的公平性和相对于需求而言最佳的采用率（覆盖需要服务的人群）；降低成本和为需要服务的人群提供财务保护（覆盖服务的成本）。

38. 随着资源的增加、效率和能力的提升，所提供的服务范围得以扩大，质量有所改善，能覆盖更多人群，并且降低需要者的直接成本，逐步实现全民健康覆盖目标。

¹ 联合国大会 70/1 号决议：《改变我们的世界：2030 年可持续发展议程》，见 http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E（2016 年 3 月 15 日访问）。

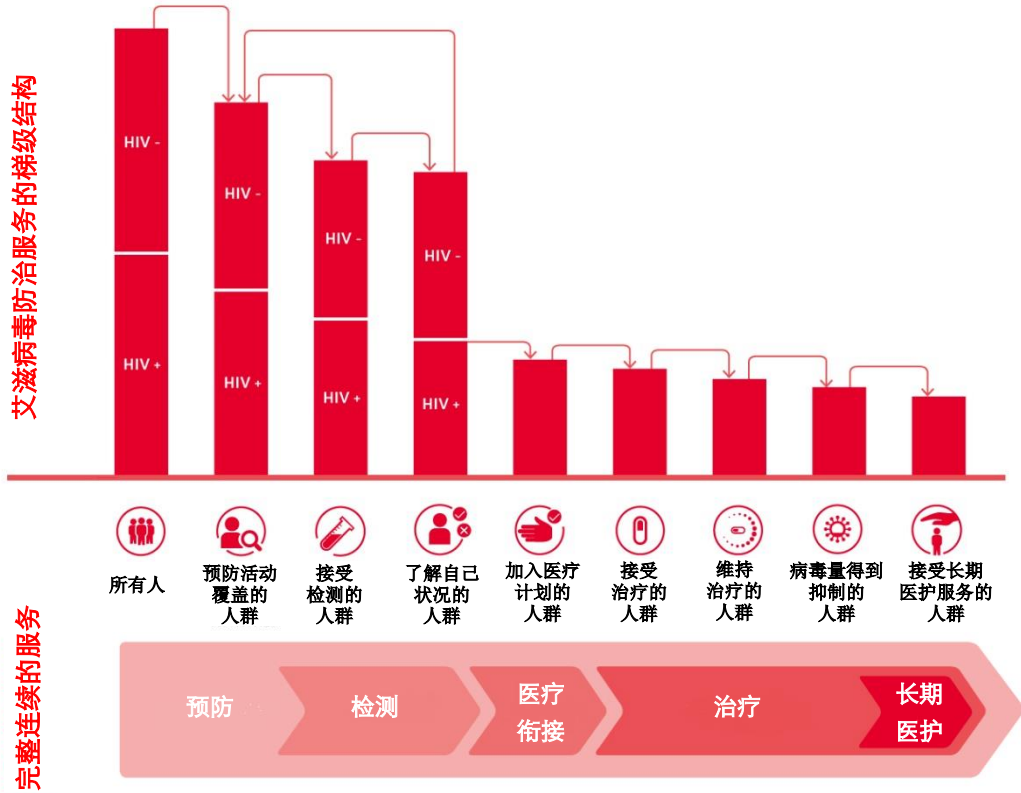
图 4：全民健康覆盖的三个方面



2.3 将艾滋病毒服务的连续过程作为组织框架

39. 全民健康覆盖目标为战略草案树立了总体框架，艾滋病毒服务的连续过程或连串过程则为实施制定了组织框架。各国应在整个服务的连续过程中实施具有高影响力、以证据为基础的干预措施，用以降低艾滋病毒脆弱性和风险、预防、诊断、治疗和长期医护（见图 5），将重点放在艾滋病毒传播最甚和负担最重的人群和地域。应根据不同的人群、设施和疫情种类，调整和监测服务的连续过程，并确保结核病和病毒性肝炎等常见合并症问题也得到良好的解决。战略草案制定了连续过程中所包含的基本服务和干预措施，并为保证和提高服务与规划的质量提供了建议。在人群按照艾滋病毒服务的连续过程逐步接受服务时，会出现流失，“漏出造成了维持率连串减少现象”（见图 5）。其目的是使个人尽早进入服务的连续过程，保留在护理过程中，最大限度地减少连串过程中的漏出。

图 5：完整连续的艾滋病毒服务和维持率梯级结构



2.4 公共卫生方针

40. 战略草案植根于一项公共卫生方针，即，关注于预防疾病、促进健康和延长人口寿命。它旨在确保民众能最广泛地获得高质量的服务，以经过简化和标准化的干预措施和服务为基础，但即使在资源有限的设施中也易于进行规模化。公共卫生方针的目的是实现健康的公平性和促进性别平等，使社区参与其中，将公共和私营部门的力量用于应对措施；在必要时，通过法律、监管和政策改革，在各项政策中倡导健康原则；致力于加强艾滋病毒相关服务与其他服务的整合和关联，增加影响力和提高效率。

41. 这项战略草案是基于曾帮助许多国家加强卫生体系从而提供更优质服务的艾滋病毒应对措施。这些应对措施开创了筹资模式和战略，以降低产品价格和个人及社区的财务风险。艾滋病毒应对措施催化了科学和技术上的突破，证明了在充满挑战的环境中迅速扩大临床和公共卫生计划是可行的。通过分散和关联的服务、任务转移和更强大的跨部门合作，推动了卫生服务提供模式的转变。在增强的体系中，对提供长期医护和提高终生治疗的依从性与保持率的好处也很明显，改进的监测和评估、采购和分配系统也是

如此。重要的是，它们利用了使社区参与设计、实施和监测艾滋病毒规划的优势，凸显了它们在加强治理和问责方面的作用。

3. 愿景、目标和具体目标

42. 战略草案阐述了全球愿景、全球目标和一系列全球指标，均与联合国艾滋病规划署跨部门战略和《可持续发展目标》中的愿景、目标和指标一致。

3.1 愿景

43. 愿景：全世界无艾滋病毒新发感染，无艾滋病毒相关死亡，艾滋病毒感染者不受歧视，能够健康长寿。

3.2 目标

44. 目标：到 2030 年终结艾滋病流行这一公共卫生威胁，让不同年龄段的所有人都过上健康的生活，促进他们的福祉。

3.3 2020 年全球具体目标

45. 全球具体目标：如果国家迅速采取行动并有足够决心实现 2020 年宏伟目标，就可以往终结艾滋病流行问题的方向迈出一大步。这些目标适用于每个人：儿童、青少年和成人；富人和穷人；女性和男性；以及所有重点人群。跟踪艾滋病毒新发感染是用于衡量到 2030 年终结艾滋病流行这一公共卫生威胁的总目标实现情况的主要进展指标。

艾滋病毒相关死亡：

- 全球艾滋病毒相关死亡人数降至 50 万人以下；
- 艾滋病毒感染者死于结核病人数减少 75%；
- 按照所确定的降低所有慢性乙肝和丙肝感染者死亡率目标，将艾滋病毒合并感染者死于乙肝和丙肝人数减少 10%。

检测和治疗：

- 确保 90% 的艾滋病毒感染者知道自己已感染艾滋病毒；
- 确保已确诊的 90% 艾滋病毒感染者接受抗逆转录病毒治疗；
- 确保抑制正接受治疗的 90% 艾滋病毒感染者的病毒载量。

预防：

- 艾滋病毒新发感染病例数降至 50 万例以下；
- 无婴儿新发感染病例。

歧视：

- 没有关于艾滋病毒的歧视性法律、条例和政策，在所有环境中、特别是卫生设施中艾滋病毒感染者不受歧视；
- 90% 的艾滋病毒感染者和重点人群报告没有在卫生部门受到歧视。

资金可持续性：

- 低收入和中等收入国家艾滋病应对投资总额达到 300 亿美元以上，其中国内公共投资水平在现有基础上持续增加；
- 确保所有国家将综合艾滋病毒基本服务纳入本国卫生供资安排。

创新：

- 加大用于治疗 and 预防的艾滋病毒相关疫苗和药物的研发力度；
- 90% 的国家提供包括艾滋病毒、结核病、乙肝和丙肝、生殖健康和性传播感染等综合卫生服务。

3.4 2020 年国家具体目标

46. 国家最好应参照全球目标和具体目标，尽快制定本国 2020 年和 2020 年之后的宏伟目标和具体目标。国家的目标和具体目标应考虑到本国国情、本国艾滋病毒流行的性质和动态、受影响人群、卫生保健系统和社区系统的结构和能力以及可以调动的资源。具体目标应具可行性，应基于艾滋病毒情况、趋势和对策的最佳可得数据，并应对照一整套可衡量的标准指标予以监测。具体目标应当适用于每个人。

4. 战略方向与重点行动

47. 为实现 2020 年和 2030 年的具体目标，需要在五个领域（即“战略方向”）采取行动。在每一战略方向下，各国、世界卫生组织和合作伙伴需采取特定的行动。战略草案概述了国家和世界卫生组织应采取的优先行动。建议采取的行动意在指导国家作出努力，根据本国的管辖权和法规，选择和实施最符合本国情况和最适于处理本国艾滋病毒流行问题的行动。目的是最大限度地提高艾滋病毒与其他卫生领域的协同效应，使卫生部门的应对措施与其他全球健康和发展战略、计划和目标保持一致。

48. 以下是为国家和世界卫生组织的优先行动提供指引的五个战略方向：

战略方向 1： 促进重点行动的信息（了解本国疫情和应对措施）。

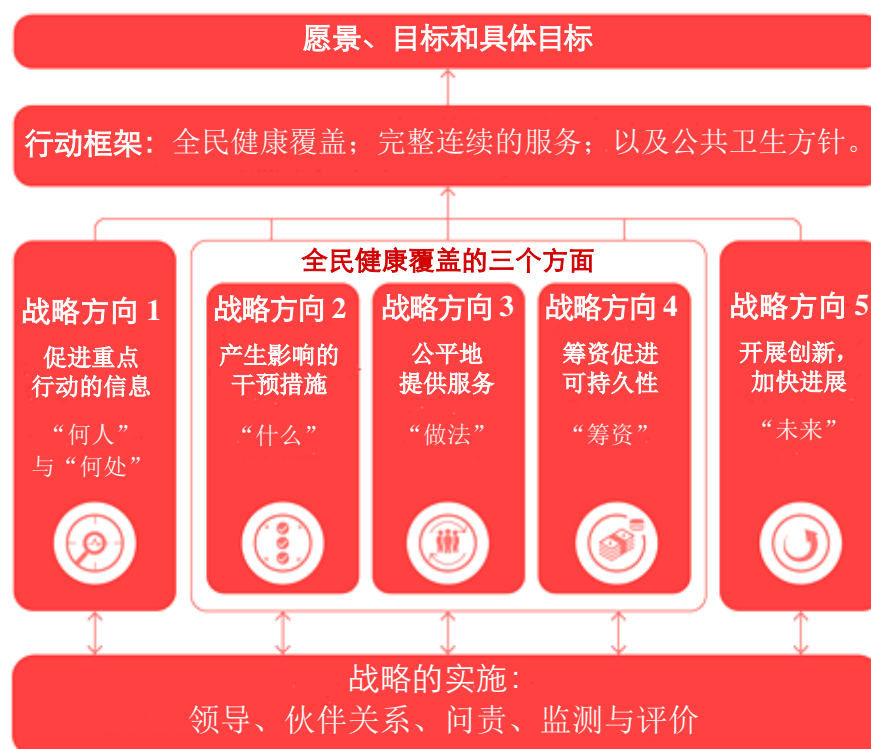
战略方向 2： 产生影响的干预措施（覆盖所需服务范围）。

战略方向 3： 公平地提供服务（覆盖需要服务的人群）。

战略方向 4： 筹资促进可持续性（覆盖服务成本）。

战略方向 5： 开展创新，加快进展（展望未来）。

图 6. 2016-2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略草案的五个战略方向



49. 每一战略方向针对一组特定的问题：

- **战略方向 1：现状。** 重点关注对艾滋病毒疫情和应对措施的了解，作为宣传、政治承诺、国家规划、资源动员和分配、实施和改进规划的基础。
- **战略方向 2：应提供的服务。** 针对全民健康覆盖目标的第一个维度，描述在艾滋病毒服务的连续过程中需提供的一组具有高影响力的基本干预措施，目的是达到国家和全球指标，应考虑纳入国家卫生福利方案。
- **战略方向 3：提供服务的方式。** 针对全民健康覆盖目标的第二个维度，识别为不同人群和在不同地点提供艾滋病毒服务的连续过程的最佳方法和途径，以实现公平，最大限度地发挥影响力和确保质量。
- **战略方向 4：覆盖所提供服务的成本。** 针对全民健康覆盖目标的第三个维度，识别为艾滋病毒应对措施筹措资金的可持续和创新模式、降低成本的方法和财务保护体系，使民众能在不陷入财务困境的情况下获得所需服务。

- **战略方向 5：改变应对措施轨道。** 识别在知识和技术方面存在主要缺口的领域，即，需要创新以改变艾滋病毒应对措施的轨道，从而加快行动速度，实现 2020 年和 2030 年的具体目标。

4.1 战略方向 1：促进重点行动的信息

了解本国的艾滋病毒疫情和应对措施，以实施量身定制的应对措施

50. 全球艾滋病毒应对措施经过三十年已趋成熟，获得了前所未有的资金投入、公共卫生和技术创新支持。尽管如此，重大的服务缺口仍然存在，获取途径存在不公平，资源约束也越来越紧迫。应对措施在下一阶段的成功将取决于基于各国国情和高质量数据的更高效、有针对性和持久的行动。

51. 高质量的“粒度”数据（即，在卫生医疗系统的不同层面，按性别、年龄和其他人口特征分类）能使艾滋病毒服务更精准和高效，可部署或进行调整，以覆盖更多有需求的人群。社区和利益相关者更多地参与数据收集和分析能提高信息的质量和使用效率。在采集和使用数据时，执行严格的道德标准至关重要，以免危及个人与社区的隐私和安全。由于资源有限，各国应利用这些数据建立有力的投资理据，以争取公平分配国内资源和动员外部资源。

4.1.1 了解疫情和应对措施——用于决策的数据

52. 强大、灵活的战略信息系统是宣传、国家战略规划和确保资源最佳和最公平使用的基石。艾滋病毒信息系统必须融入更广泛的国家卫生信息系统。

了解疫情和应对措施——对象和地点

53. 艾滋病毒信息系统必须能够：识别艾滋病毒新发感染的地点和人群；确定艾滋病毒的主要传播模式和风险行为；预测风险人群和受影响人群的规模；监测艾滋病毒疫情所导致的卫生方面的后果，包括常见的艾滋病毒合并感染和其他合并症；确定会增加人群脆弱性的社会、法律和经济状况。

54. 在受影响最大的地区——撒哈拉以南非洲——未成年少女和年轻女性继续承受着最沉重的艾滋病毒负担，年轻女性的艾滋病毒发生率和患病率是年轻男性的两倍以上。在所有地区（包括负担沉重的设施）受到艾滋病毒极大影响的人群是：男男性行为者、注射毒品者、性工作者、变性者和囚犯。他们也是较难获得关键的艾滋病毒服务的人。

在很多设施中，部分人群之所以被遗漏在常规的艾滋病毒监控体系之外，往往是因为他们难以获得卫生服务。这其中包括了青少年、男性和流动人口。在国内和国与国之间的迁徙和人口流动会显著影响当地艾滋病毒疫情的动态，凸显出将流动人口纳入国家艾滋病毒战略、计划、努力和活动的重要性。

监控和了解应对措施

55. 监控和了解本国和全球的艾滋病毒应对措施能使相关战略投资更明智，最大限度地提高其有效性、响应能力和成本效益。需要高质量的数据计量艾滋病毒服务的连续过程的获取途径、采用率、所覆盖人群、质量和可接受度，以确保对缺口和不足的识别，继而确保能采取补救措施。为衡量卫生部门在艾滋病毒服务的连续过程中的应对措施，世界卫生组织的指南建议各国考虑在适当的情况下采用 50 项国家指标（其中 10 项是用于全球监控）（见图 7）。

图 7：用于监测在完整连续的艾滋病毒服务过程中艾滋病毒应对工作和采用艾滋病毒医护梯级结构的关键指标



国家快速通道行动

- **建立综合战略信息系统**，提供优质、及时的数据，使用标准化指标和方法，接受世界卫生组织和联合国艾滋病规划署指南的指引。
- **提高数据“粒度”**，按年龄、性别、人口和地点分解至地区、社区和设施，更好地了解地方疫情，评估艾滋病毒服务连续过程的绩效，指导更有针对性的投资和服务。
- **将艾滋病毒战略信息系统连接和融入更广泛的卫生信息系统**，为综合战略信息平台识别机遇。

世界卫生组织快速通道行动

- **发挥全球领导作用**，与联合国艾滋病规划署合作，针对艾滋病毒监测和卫生部门应对措施监控。
- **设定标准和更新指导原则与运作工具**，用于数据采集、分析和汇报，包括《世界卫生组织和联合国艾滋病规划署第二代艾滋病毒监测指南》和《世界卫生组织综合战略信息指南》。
- **为各国提供技术支持**，以适应和实施世界卫生组织和联合国艾滋病规划署的战略信息指南和工具，用于加强国家、地区和设施的数据系统；为重点国家的卫生服务连串过程分析提供支持，指导质量的提升。
- **发布年度报告**，汇报卫生部门的艾滋病毒应对措施和 2020 年、2030 年艾滋病毒具体目标的进展。

4.1.2 治理、国家战略规划和问责

56. 国家艾滋病毒治理结构（比如，国家艾滋病毒规划、艾滋病毒委员会和国家协调机制）对倡导高效应对措施、国家战略规划和资源分配、促进政策连贯性、协调利益相关者的角色和行动、使艾滋病毒应对措施与更广泛的卫生规划保持一致、确保具备有利环境具有重要作用。国家政府的领导力对实现连贯性和协调性至关重要，但在适当的时候，也应认可分散决策的意义。

57. 国家艾滋病毒战略信息系统生成的数据是国家艾滋病毒战略和实施计划以及与艾滋病毒有关的其他努力和活动的信息基础。战略应设定与全球指标和为此必须采取的行动相一致的国家具体目标。战略应指出为促成和增强艾滋病毒应对措施而必需的关键政策、法律和结构性措施。

58. 在艾滋病毒卫生战略与其他相关战略之间应建立清晰的关联，后者包括部门艾滋病毒战略、其他相关的针对特定疾病和特定风险因素的战略（比如，关于结核病、性及生殖健康），以及更广泛的国家健康和发展战略。

国家快速通道行动

- **评估和对国家艾滋病毒治理结构进行必要的改革**，促进艾滋病毒服务与更广泛的国家卫生规划的关联和整合，协调相关部门的艾滋病毒应对措施，以确保艾滋病毒不再被“隔离”。
- **设定 2020 年和 2030 年的国家具体目标和里程碑**，基础是为终结艾滋病这一公共卫生威胁所设定的全球具体目标。
- **评估和更新国家艾滋病毒战略**，反映出国家艾滋病毒新指标和优先重点，制定经过成本核算的实施计划，使其具有可操作性。
- **加强规划问责**，定期报告国家艾滋病毒规划的实施、筹资、绩效和影响力，包括 2020 年和 2030 年具体目标的进展。

世界卫生组织快速通道行动

- **制定和更新指导原则**，针对国家艾滋病毒战略规划、优先顺序和成本分析，重点关注 2020 年和 2030 年具体目标的进展。
- **为各国提供技术支持**，以执行常规艾滋病毒规划和评估影响力，便于监测国家和全球艾滋病毒具体目标的进展，改善在国家的实施情况。

4.2 战略方向 2：产生影响的干预措施

民众应获得所需要的一切艾滋病毒服务

59. 为实现 2020 年预防、检测和治疗指标，必须建立强大的卫生体系，能使民众参与和保留在艾滋病毒预防和护理的全过程中。它必须确保民众能获得有效的艾滋病毒预防服务；获得检测、诊断并知晓艾滋病毒诊断结果；转介至相应的艾滋病毒预防服务或接受护理；尽早开始抗逆转录病毒治疗（如果确诊为艾滋病毒阳性）；坚持有效的治疗以实现持续的病毒抑制；转至其他抗逆转录病毒药物疗法（如果治疗失败）；能获得长期医护和姑息治疗，包括防止和控制重大合并感染及其他合并症。

4.2.1 制定艾滋病毒基本福利方案

60. 各国应根据疫情变化、新知识和创新，评估艾滋病毒基本服务方案，规定一套基本的艾滋病毒干预措施、服务、药物和产品，并将其纳入国家卫生福利方案。福利方案应全部或部分出自公共资金，从而最大限度降低自付费用，确保所有需要者都能获得服务，并且涵盖整个艾滋病毒服务的连续过程。筛选基本干预措施和服务时，应采用透明的流程，使关键利益相关者参与其中，并考量下列标准：有效性、成本、成本效益、可接受度、可行性、相关性、需求和道德。应对方案进行定期评估，确保所选择的干预措施能反映出国内疫情和国情的变化、技术和提供服务方式的进步，以及关于影响力或伤害的证据。组合干预措施须经过特别的考虑，明确部分干预措施只有与其他干预措施结合使用才能发挥效力或实现最大影响力。

61. 世界卫生组织的指南为筛选和使用艾滋病毒服务连续过程中的干预措施提供了建议，总结了关于各种干预措施和服务的有效性的证据，并为如何在不同环境中运用这些干预措施提供了指引。

4.2.2 减少艾滋病毒相关的脆弱性以及艾滋病的传播和感染

62. 为在 2020 年年底之前将艾滋病毒新发感染较 2010 年降低 75%，需要大幅降低脆弱性和减少高风险行为，并通过新的途径，向需要者提供有效的预防干预措施和新型预防技术。

63. 由于与艾滋病毒接触频繁和/或无法避免风险或使用有效的艾滋病毒预防措施，部分人群特别容易感染艾滋病毒。如上文所述，导致某些地点和人群的艾滋病毒脆弱性增加的因素包括性别不平等、基于性别的暴力和性暴力、污名化和歧视，尤其是对撒哈拉以南非洲的少女和年轻女性而言。其他人群的脆弱性可能与其生活条件有关，比如，生活在偏远矿区或被羁押的男性，或是无法获得服务的流动人口和流离失所的人群。

64. 为使综合循证预防框架发挥最佳效用，应从战略角度采取行为学、生物医学和结构性综合方法，包括针对艾滋病毒阴性者采取基本预防措施，注重与艾滋病毒感染者合作，将其作为预防领域中重要的合作伙伴，积极重视维护健康和尊严并开展预防工作。艾滋病毒预防措施的格局因新技术和方法的引入而显著、迅速地变化，最引人注目的是利用抗逆转录病毒药物预防艾滋病毒的传播和获取。艾滋病毒组合预防措施将继续依靠长期和高效的干预，比如，男性和女性安全套，提倡改变行为，为毒品使用者降低伤害，以及卫生医疗设施中的通用预防措施。然而，即便上述干预措施获得广泛接受和形成规模，全世界仍然无法达到 2020 年的具体目标。战略性地使用抗逆转录病毒药物，推广男性

自愿包皮环切术以预防艾滋病毒，有可能改变艾滋病毒应对措施的过程。为实现预防措施指标，艾滋病毒预防规划需要有针对性的组合方法，利用高影响力的干预措施，降低脆弱性和防止性传播、注射毒品传播、卫生医疗设施传播和母婴传播。

65. 应将下列高影响力的干预措施纳入艾滋病毒综合预防规划：

66. **男性和女性安全套及润滑剂：**尽管其有效性并在预防艾滋病毒以及其他性传播感染方面发挥的关键作用，但这类干预措施的可接受度和采用率仍然不高。要发挥这一重要干预措施的潜力，可降低女性安全套的成本，恢复安全套营销方式的活力，以及通过多元服务和销售渠道扩大销量。

67. **为注射毒品者减少伤害：**《世界卫生组织针对重点人群的艾滋病毒预防、诊断、治疗和护理的综合指南》^{1,2}为减少伤害制定了全面的干预措施方案。无菌针头与注射器计划、阿片类药物使用者阿片类药物替代疗法，以及能降低风险的交流都是广泛减害方案中具有高影响力的干预措施。针头与注射器规划大幅、经济地减少了艾滋病毒在注射毒品者之间的传播。阿片类药物替代疗法有效减少了使阿片类药物依赖者面临艾滋病毒感染风险的注射行为。为了对公共卫生产生影响，应提高这些服务的覆盖率。对阿片类药物替代疗法无效的可卡因和安非他命类兴奋剂使用者，以及性传播风险较高的非注射毒品使用者，必须给予特殊关注。

68. **基于抗逆转录病毒药物的预防措施：**抗逆转录病毒药物在预防艾滋病毒的传播和获取方面具有巨大潜力，包括实行接触前预防性药物措施和接触后预防性药物措施、预防母婴传播，以及通过抗逆转录病毒治疗实现病毒抑制。对艾滋病毒感染风险高的个人，应考虑将接触前预防性药物措施作为附加的、有力的艾滋病毒预防工具；对大量接触艾滋病毒的人群，则应为其提供接触后预防性药物措施。《世界卫生组织关于使用抗逆转录病毒治疗和预防艾滋病毒感染的综合指南》³为将接触前预防性药物措施、接触后预防性药物措施和抗逆转录病毒治疗用于预防艾滋病毒提供了指引。各国应制定适当的风险评估标准，开发服务提供模式，并根据国情，将抗逆转录病毒药物与其他预防方法进行最具有战略意义的组合。应特别重视在开始采取接触前预防性药物措施之前检测艾滋

¹ 《针对重点人群的艾滋病毒预防、诊断、治疗和护理的综合指南》，见 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>（2016年3月15日访问）。

² 世卫组织预防、诊断、治疗和护理注射吸毒者艾滋病毒综合方案包括以下措施：针头和注射器规划；阿片类药物替代疗法以及其他药物依赖治疗；艾滋病毒检测和咨询；抗逆转录病毒治疗；预防和治疗性传播感染；向注射毒品者及其性伴侣提供安全套规划；向注射吸毒者及其性伴侣提供有关信息和教育并与其交流；接种病毒性肝炎疫苗，诊断和治疗病毒性肝炎；预防、诊断和治疗结核病；预防和管理吸毒过量问题。

³ 《关于使用抗逆转录病毒治疗和预防艾滋病毒感染的综合指南》，见 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>（2016年3月18日访问）。

病毒，以便尽量降低发生艾滋病毒药物耐药性的风险。如果提供接触前预防服务，也应该针对此项服务进行艾滋病毒药物耐药性监测。

69. 防止婴儿感染艾滋病毒：2014 年，在大约 150 万名感染了艾滋病毒的孕妇中，只有 62% 通过“B+疗法”接受抗逆转录病毒治疗。尽管消除母婴传播是可行的，但艾滋病毒传播率仍然很高——在许多国家已超过 10%。自 2011 年以来，《关于在 2015 年之前消除儿童艾滋病毒新发感染及维持母亲生命的全球计划》¹ 已加快了消除目标的进度。同样，各国也在越来越积极地消除婴儿先天梅毒感染。虽然已有成效，但要实现 2020 年的两个消除目标还需要各国加强力度。消除战略的关键要素是为所有感染艾滋病毒的孕期和哺乳期妇女终生提供抗逆转录病毒治疗、婴儿早期诊断，以及婴儿预防性药物措施和治疗。

70. 男性自愿包皮环切术：据估计，在撒哈拉以南非洲艾滋病毒患病率高的国家，为 80% 的尚未实行包皮环切术的 15-49 岁男性实行包皮环切术可在 2025 年之前预防 330 万例艾滋病毒感染，能节约 165 亿美元。为了达到这一覆盖率，应通过创新途径，加速扩大规模，比如，使用安全的男性包皮环切术设备，使手术能由中级医务工作者操作，开展有针对性的活动，以增加包皮环切率低和艾滋病毒接触率高的人群对包皮环切术的需求。

71. 注射和血液安全：尽管缺乏可靠数据，但不安全的医疗注射和输血有可能是造成大量艾滋病毒新发感染的原因。安全的医学注射和血液供应，加上通用预防措施，是运转良好的卫生体系的核心。世界卫生组织在 2015 年发布的注射安全政策对这一问题给予了更多关注，并促进向使用带安全设计的注射治疗和疫苗接种设备（能防止重复使用和锐器伤）过渡。

72. 能改变行为的干预措施：行为干预措施能提供信息和技能，用于支持基本预防措施和降低风险，处理那些助长风险行为的因素，促进采取低风险行为，防止艾滋病毒传播，提高有效预防服务的采用率。当能改变行为的讯息和交流方式具有明确的目标，针对的是特定人群和设施，并能导致预防产品（比如，安全套和无菌注射设备）的使用者增加，就能产生预期的影响力。因其脆弱性和部分社区的艾滋病毒发生率极高，撒哈拉以南非洲的未成年少女和年轻女性将需要特别的关注。

¹ 《关于消除儿童艾滋病毒新发感染及维持母亲生命的全球计划》，见 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf（2016 年 3 月 22 日访问）。

73. **防止和控制基于性别的暴力与性暴力：**人们已经普遍认识到，女性尤其容易遭受性别和性暴力；然而，少男、男性和变性者也很脆弱。应采用结构性的干预措施（比如，针对性别不平等和反社会行为，有害使用酒精以及其他重大风险因素）防止暴力。为遭受上述暴力的人群提供护理（包括强暴后护理和提供接触后预防性药物措施），卫生部门也具有重要作用。

国家快速通道行动

- **重点采用高影响力的预防干预措施**，包括男性和女性安全套规划、注射和血液安全，以及能改变行为的交流。
- **最大限度发挥抗逆转录病毒药物的预防功效**，提高抗逆转录病毒治疗对所有艾滋病毒感染者的覆盖率，将接触前预防性药物措施和接触后预防性药物措施与其他预防干预措施进行战略性的结合。
- **消除婴儿感染艾滋病毒和先天梅毒**，设定国家具体目标，为孕期和哺乳期女性提供终生抗逆转录病毒治疗，提高婴儿早期诊断率，为所有艾滋病毒确诊婴儿提供及时的抗逆转录病毒治疗。
- **实施减害干预措施综合方案并将其规模化**，专门针对和适当应对本地毒品使用模式和本国具体情况。应酌情采取高影响力的干预措施，包括提供无菌注射设备、阿片类药物替代疗法、能降低风险的信息和毒品依赖治疗为重点。
- **优先采用针对青少年、少女和年轻女性以及男性性伴侣的艾滋病毒组合预防措施**，尤其是在撒哈拉以南非洲的高负担环境中，采用干预措施降低脆弱性和减少高风险行为，包括基于性别的暴力与性暴力以及在酗酒和吸毒之后从事的高风险的性行为。

世界卫生组织快速通道行动

- **倡导和支持拓展新型预防技术及方法**，以组合预防措施为前提，包括实施抗逆转录病毒药物早期治疗、接触前预防性药物措施和接触后预防性药物措施，并在重点国家实行男性自愿包皮环切术。
- **提供关于艾滋病毒组合预防措施的指引**，迅速将新型的、基于证据的卫生部门干预措施纳入针对各种疫情背景的艾滋病毒预防规划，尤其关注男女青少年、女性和重点人群（包括年轻重点人群）。
- **支持旨在消除儿童感染艾滋病毒的新增承诺、资源和行动**，与联合国儿童基金会（UNICEF）合作，确认在各国消除艾滋病毒和梅毒母婴传染。
- **强化各国对世界卫生组织关于现有预防干预措施的标准和政策的执行**，包括优质的男性和女性安全套及润滑剂规划、注射和血液安全。

4.2.3 提高艾滋病毒检测率

74. 为实现在 2020 年之前有 90% 的艾滋病毒感染者知晓其艾滋病毒状况，应更广泛地使用有效、新型的艾滋病毒检测手段、战略和技术，同时，应确保检测质量和合乎道德的检测操作。检测服务应针对艾滋病毒风险最高和传播最甚的人群、设施和地点。检测应当是自愿、保密的，并配备相应的信息和咨询。

75. 艾滋病毒检测是使艾滋病毒感染者知晓自身艾滋病毒状况和转介至艾滋病毒预防、治疗和护理服务的第一步。晚期诊断会破坏为确保治疗的长期有效性而付出的努力，并降低预防措施的潜在效果。据估计，全球约半数艾滋病毒感染者目前尚未知晓其艾滋病毒状况。艾滋病毒检测同时也为筛查其他感染和健康状况提供了机会，比如，性传播感染、结核病和病毒性肝炎，也许能极大帮助减少合并症和降低死亡率。对女性艾滋病毒感染者诞下的婴儿进行早期艾滋病毒诊断是确保即时启动能挽救生命的抗逆转录病毒治疗的关键，而在 2013 年，有此风险的婴儿只有不到 50% 进行了检测。

76. 如何选择最适当的艾滋病毒检测手段与战略组合，取决于艾滋病毒疫情的动态、受影响人群和当地卫生体系。新型、具有针对性的手段为迅速提高检测服务覆盖率、质量和效果提供了机遇，例如，为所有处于基本护理和临床设施的重点人群提供常规检测，包括结核病服务、夫妻检测、社区检测、自我检测和使用非专业检测者，以及可在护理点使用的检测技术。如果资源有限，则应在保证公平的前提下，使检测服务集中在成效最大的部分。为提高检测覆盖率，应特别注重对诊断和检测服务质量的保证，以最大限度降低艾滋病毒状况被误诊的风险。关于艾滋病毒检测方法和战略的综合指南可见世界卫生组织《艾滋病毒检测服务综合指南》。

国家快速通道行动

- **将检测方式和服务多样化**，将提供者发起的检测和基于社区的检测相结合，促进服务的分散化，利用艾滋病毒检测服务检测其他感染和健康状况。
- **检测服务所侧重的人群和设施**是艾滋病毒负担最重的，同时应保证公平。
- **重点拓展婴儿早期诊断技术的覆盖范围。**
- **确保艾滋病毒检测服务符合道德与质量标准。**

世界卫生组织快速通道行动

- **定期更新关于艾滋病毒检测和常见合并感染的综合指导原则**，快速整合关于新检测方法、战略和诊断的指导原则。
- 针对误诊和误分类数据，**支持各国对检测实施质量保证规划**。
- **为拓展儿科艾滋病毒检测提供支持**，为各国提供最新的指导原则和技术支持，包括在低患病率环境中的婴儿早期诊断和检测。

4.2.4 扩大抗逆转录病毒治疗，控制合并症和提供长期医护

77. 为实现在 2020 年之前有 90% 的艾滋病毒感染者获得抗逆转录病毒治疗，需要加快扩大抗逆转录病毒治疗的规模和提高护理保持率。要使 90% 的抗逆转录病毒治疗者实现病毒抑制，就必须大幅提高治疗依从性，采用稳健、耐受度高的抗逆转录病毒治疗方案以及有效的艾滋病毒耐药性监测和毒性监测系统，最大限度地降低治疗失败率。世卫组织抗逆转录病毒药物使用指南提供了实现 90% 覆盖率的路径，有助于简化治疗启动规程，建议在确诊后应立即向艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗。国家应制定本国治疗计划，提供抗逆转录病毒治疗服务扩展路线图，通过差异化服务，确保迅速和公平获得治疗，尤其是确保与艾滋病毒有关的病重者获得治疗。

78. 让 1500 万人获得治疗这一全球指标已于 2015 年年初完成，但这只代表了约 40% 的艾滋病毒感染者，而所有的人都应有机会得到治疗。在儿童艾滋病毒感染者中，情况尤其恶劣——只有 32% 在 2014 年获得抗逆转录病毒治疗。同样，重点人群也往往极难获得抗逆转录病毒治疗。此外，由于更多无症状的人在使用抗逆转录病毒治疗，因此，用以评估治疗功效和防止艾滋病毒产生耐药性的病毒量检测具有重要意义。对人群的艾滋病毒耐药性的监测是监控治疗方案质量和选择疗法的关键。在大部分中低收入国家，获得第二和第三线抗逆转录病毒药物疗法的途径仍然非常有限，凸显出防止第一线治疗失败的重要性。

79. 随着抗逆转录病毒治疗的覆盖范围扩大，艾滋病毒感染者也面临着其他一系列卫生问题，包括与艾滋病毒感染和艾滋病毒治疗相关的、与艾滋病毒无关的合并感染和合并症，以及老龄化，这一切都需要全面的护理和控制。

80. **扩大抗逆转录病毒治疗的覆盖范围**：安全、简单、经济和耐受度高的第一线抗逆转录病毒药物疗法采用一天一粒的固定剂量组合，能迅速、可持续地扩大成人抗逆转录病毒

治疗的规模。对疗效和毒性的证据进行持续评估，定期更新世界卫生组织关于抗逆转录病毒治疗综合指南，能让新的科学证据、新药、新技术以及各国在扩大治疗规模方面的经验成为国家治疗指南和规程的信息基础。缺乏婴儿早期诊断、固定剂量的抗逆转录病毒治疗方案和可口的抗逆转录病毒药物制剂，使儿科治疗的规模化面临特别的障碍。为最大限度地发挥治疗效果，成人和儿童都应尽早开始抗逆转录病毒治疗，这也凸显出对早期诊断和将艾滋病毒检测结果呈阳性的人群尽快医疗衔接的必要性。

81. 防止和控制艾滋病毒与结核病合并感染：对结核病与艾滋病毒实行高效的共同控制，已经使 2004-2014 年间与艾滋病毒相关的结核病的死亡率下降了三分之一。但是，结核病仍然是艾滋病毒感染者发病率的主要原因，并导致约三分之一的艾滋病毒相关死亡。与艾滋病毒相关的结核病案例有半数以上未被发现，阻碍了人群获得能挽救生命的抗逆转录病毒治疗。为进一步降低结核病相关发病率和死亡率，需要加强实施和采用关键干预措施，包括在艾滋病毒感染者中进行系统性的结核病筛查、异烟肼预防性治疗，以及对所有确诊或推定结核病患者进行艾滋病毒检测、及时启动抗逆转录病毒治疗，以及复方新诺明预防性药物措施。

82. 防止和控制艾滋病毒与病毒性肝炎合并感染：在许多国家，慢性乙型和丙型肝炎感染日益成为艾滋病毒感染者发病率和死亡率的原因。艾滋病毒与丙型肝炎病毒合并感染的比例在注射毒品者中最高，所有区域皆是如此。艾滋病毒对乙型和丙型肝炎病毒感染具有深远影响，导致慢性肝炎感染率上升，加快纤维化进程，增加肝硬化和肝癌的风险，并造成更高的肝脏相关死亡率。应对艾滋病毒与病毒性肝炎感染进行综合控制，根据世界卫生组织关于艾滋病毒、乙型和丙型肝炎病毒治疗的指南，对艾滋病毒感染和病毒性肝炎感染实施早期诊断和治疗。

83. 解决其他艾滋病毒合并感染：艾滋病毒感染者的其他合并感染（伺机性或非伺机性）的患病率和影响因国别和人群而不同，需要采取量身定制的应对措施。如果不能解决这些问题，则可能危及通过扩大抗逆转录病毒治疗取得的成果。对预防、早期发现和治疗常见的合并感染应给予特别的关注，比如，念珠菌、隐球菌、人乳头状瘤病毒和其他性传播感染、疟疾和肺囊虫肺炎。

84. 预防和管理艾滋病毒耐药性：随着全世界将艾滋病毒药物更广泛、更早地用于治疗 and 预防艾滋病毒，防止和控制艾滋病毒产生耐药性将至关重要。解决艾滋病毒耐药性对实现病毒抑制、解决治疗失败和防止被迫转向更昂贵和毒性更高的第二及第三线抗逆转录病毒药物疗法具有重要意义。应将艾滋病毒耐药性监测和对早期预警指标的监控（包括针对抗生素抗药性的监控）纳入国家艾滋病毒治疗服务、质量提升计划和更广泛的卫生信息系统。

85. **为艾滋病毒感染者提供以人为本的长期医护：**简单而有效的护理干预措施能改善艾滋病毒感染者的整体健康和福祉，包括充足的营养、安全的用水和卫生设施、姑息疗法等。由于艾滋病毒感染或与治疗的副作用和老龄化有关，艾滋病毒感染者罹患一系列非传染性疾病的风险日益增加，比如，心血管疾病、糖尿病、慢性肺部疾病和各种癌症。常见的精神卫生合并症包括抑郁、焦虑、痴呆和其他认知障碍。长期艾滋病毒护理服务应涵盖护理连续过程的干预措施，比如，筛查、监测和控制艾滋病毒感染者最常见的健康风险和合并症。女性艾滋病毒感染者面临的日益沉重的负担是与人乳头瘤病毒感染有关的子宫癌，应予以特别的关注，尤其是要提供有效的人乳头瘤病毒疫苗、筛查和治疗。有效的疼痛控制、姑息疗法和临终护理也是应当纳入艾滋病毒服务的必要干预措施。

国家快速通道行动

- **定期评估和更新国家艾滋病毒治疗和护理指南**和规程，包括关于防止和控制常见合并症的指导原则。
- **制定和更新治疗计划**，以确保治疗的连续性、差异化护理和及时从旧疗法向新疗法及方式过渡。
- **实施战略，最大限度降低艾滋病毒耐药性**，将数据作为国家抗逆转录病毒药物政策和指引的信息基础。
- **提供全面和长期医护服务**，提供世界卫生组织针对基本护理的重要非传染性疾病预防措施方案¹，提供社区和家庭护理，确保人群可获取阿片类药物以控制疼痛和实施临终护理。

世界卫生组织快速通道行动

- **评估和发布艾滋病毒感染的主要原因、趋势、发病率和死亡率报告**，按地域、人口和性别分类。
- **提供最新的综合指南**，针对利用抗逆转录病毒治疗和预防艾滋病毒以及常见合并症的防止和控制，引导迅速和可持续地将治疗规模扩大至所有艾滋病毒感染者，为针对处于艾滋病毒感染和疾病的不同阶段的人群实施差异化护理提供指引。
- **协助各国制定和实施国家艾滋病毒治疗指南、计划和规程**，以世界卫生组织的全球指南为基础。
- **提供艾滋病毒耐药性监测、预防和控制指南**，定期发布关于全球艾滋病毒耐药性产生率和趋势的报告。

¹ 《针对在资源短缺的设施中提供基本护理的重要非传染性疾病预防措施方案》，见 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/pen2010/en/（2016年3月22日访问）。

4.3 战略方向 3：公平地提供服务

所有人群均应获得所需要的服务且服务有质量保证并能产生影响。

86. 为实现 2020 年艾滋病毒具体目标，必须具备稳健、灵活的卫生体系，体系中应包括强大的卫生信息系统、高效的服务提供模式、充足和训练有素的员工队伍、获取基本医疗产品和技术的可靠途径、充足的卫生筹资来源、强有力的领导和治理。存在于适当的社会、法律、政策和体制环境中，能鼓励、帮助人们获得和使用服务，免于污名化和歧视，这时的艾滋病毒干预措施才是最有效的。因此，干预措施需要的是一个有利的环境，即，促进卫生公平和人权，并具有支撑良好的卫生和社区体系。

87. 艾滋病毒是公共卫生的一个领域，在脆弱性和风险、服务获取途径、健康和社会成果方面存在重大的不公平。各国应在关注艾滋病毒应对措施以实现最大影响与确保无人被遗忘（尤其是儿童和青少年、女性、重点人群和生活在偏远地区的人群）之间达成平衡。应将重点放在覆盖最需要的人群和地点、解决主要的不平等。

4.3.1 让艾滋病毒服务的连续过程适应不同的人群和地点

88. 艾滋病毒干预措施和艾滋病毒服务的连续过程须适应不同的人群和地点，以覆盖受影响最甚者，确保不出现遗漏。世界卫生组织的指南和与合作伙伴开发的实施工具制定了为不同人群和设施提供艾滋病毒干预措施和服务的基本方案，包括针对青少年、女性、毒品使用者、性工作者、男男性行为者、变性者和囚犯的特定方案。

89. **分散化：**卫生体系的各个层面对提供艾滋病毒及相关服务具有不同的作用。战略性地将服务分散、整合和关联，可增加获取途径和覆盖范围，提高可接受度和质量。分散服务能加强社区的参与，改善服务获取途径和求医行为，提高护理保持率。

90. **差异化护理：**国家指南的演变方向是，不管艾滋病毒感染者的临床和免疫状态如何，应向所有艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，但这势必为艾滋病毒服务带来挑战，接受治疗的患者将越来越多，患者需求也将日益多样化。差异化护理指的是，根据患者的艾滋病毒疾病阶段、治疗的稳定性及其具体的护理需求，向接受抗逆转录病毒治疗的患者提供不同的配套护理服务。例如，正在接受治疗的情况稳定的患者可能被转至社区护理，这样，负担过重的临床护理设施就可以重点处理抗逆转录病毒治疗效果不稳定或艾滋病毒疾病已进入晚期或患有重大合并症的困难患者。

91. 以人为本的综合护理：艾滋病毒感染者和受影响社区要面临一系列卫生风险和问题；因此，艾滋病毒及相关服务应识别和提供相应的干预措施，以应对经常发生的状况。鉴于抗逆转录病毒治疗的功效和艾滋病毒感染者的老龄化，艾滋病毒服务必须不断发展，以提供包括非传染性疾病控制在内的全面长期医护。将艾滋病毒服务与其他相关卫生领域（比如，性传播感染、性与生殖健康、物质使用障碍、肝炎、结核病、血液安全、非传染性疾病和性别暴力）的服务更好地整合、关联和协调，可降低成本、提高效率和取得更佳效果。适当的整合和关联模式应取决于国情和卫生体系，并且建立在可操作性研究的基础上。在交叉领域应进行联合规划，比如，卫生信息系统、监测和评估、实验室和诊断服务、人力资源规划和能力建设、采购和供应链管理、资源动员。

92. 将艾滋病毒服务与结核病服务相联：艾滋病毒服务与结核病服务和规划的战略性和整合提供了一种良好的整合模式。世界卫生组织关于国家结核病与艾滋病毒协同规划指南确定了十二项用以整合结核病和艾滋病毒服务的规划。采用的指标来自世界卫生组织发布的《结核病/艾滋病毒协同规划监测和评估指南》（2015年版）¹，有助于各国识别和减少护理连串过程内的薄弱环节。引入电子报告和基于网络的系统，并在其中使用独一无二的患者识别码，可提高互操作性和对患者予以跟进。

93. 社区参与和基于社区的服务：社区——尤其是艾滋病毒感染者——的参与对提供有效的艾滋病毒和更广泛的卫生服务至关重要，特别是在受到污名化、歧视和边缘化影响的设施和人群。社区在各层次上的参与为宣传力度、政策连贯性和规划协调提供了支撑，增强了问责机制，能解决艾滋病毒应对措施获取途径、采用率、绩效和成果等问题。社区组织和网络在以下方面能发挥关键作用：为政府服务未覆盖的人群提供服务，生成国家艾滋病毒信息系统无法提供的战略信息，促进和保护人权。通过充分培训和督导，开发社区的能力，有助于提升社区服务和规划的质量。国家艾滋病毒规划应促进为社区组织提供可预测的资金和为所提供服务的支付足够的报酬。

94. 解决特殊设施的需求：在一些特殊设施，艾滋病毒脆弱性和风险很高，而获取基本艾滋病毒服务的途径严重受限，比如，监狱、羁押中心、难民营和受到人道主义关切的设施。在这些设施中，为个人提供的服务应等同于在更广泛的社区可以获得的服务。流动人口和无家可归的人群尤其具有挑战，比如，受冲突、自然灾害和经济移民影响的人群。这些群体远离自己的社区、支持网络和常规的卫生服务，后果就是他们的预防、治疗和护理过程可能被中断。例如，由于缺少必要的文件，或由于服务费用高而缺乏健康保险等财务保护，他们可能无法获得或使用本地艾滋病毒及其他卫生服务。

¹ 《结核病/艾滋病毒协同规划监测和评估指南》（2015年版），见 <http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/>（2016年3月22日访问）。

95. **确保干预措施和服务的质量**：在为提高覆盖率而迅速拓展时，既不应牺牲服务质量，也不可助长在获取服务和卫生成果方面的不公平。各国应监控艾滋病毒服务的连续过程的完整性，确定是否需要加以改进。服务应有所组织，最大限度地减少“遗漏”、提高保持率和依从性。主要挑战包括：有效预防干预措施的可接受度和采用率；针对艾滋病毒检测和咨询，以实现最大收益；确保检测质量，以最大限度减少误诊；尽早将确诊人群转介至相应的预防和治疗服务；确保治疗的依从性和持续性；提供长期医护，以防止和控制合并症（包括结核病和病毒性肝炎）；监测治疗结果（包括抗逆转录病毒药物毒性和病毒抑制），以确保及时转换至第二和第三线治疗，并且防止艾滋病毒产生耐药性。

96. 持续监测和改进艾滋病毒服务（包括符合国家和国际规范与标准的检测和实验室服务），使其更易于接受并且适应患者的需求和偏好，就能优化护理质量。用于监控服务质量的指标和机制应解决等候名单、设施等待时间、访问频率、卫生医疗人员的能力和督导等问题。艾滋病毒干预措施的质量最终应由其提升民众健康和福祉的能力来衡量。

国家快速通道行动

- **设定国家规范和标准**，针对艾滋病毒服务的连续过程，基于国际指南和其他标准，并对实施情况进行监控。
- **制定和实施量身定制的艾滋病毒干预措施方案**，针对特定人群和地点，确保服务对受影响最严重的人群而言相关、可接受、可获得。
- **提供差异化护理**，向处于艾滋病毒不同疾病阶段和有不同治疗需求的人提供量身定做的干预方案。
- **调整服务提供模式，以加强与其他卫生领域的整合和关联并实现公平**，尤其关注对青少年、年轻女性、男性和重点人群的覆盖。
- **使社区有效参与并进行能力建设**，确保法律和监管框架有利于加强与社区群体和公立及私营部门的协作和合作伙伴关系。
- **将艾滋病毒纳入国家应急计划**，确保基本艾滋病毒服务在紧急情况下和受到人道主义关切的设施中能继续，尤其应防止治疗中断。根据机构间常设委员会艾滋病毒/艾滋病应急工作小组的《关于紧急状态下艾滋病毒/艾滋病干预措施的指南》¹，对必要的应急和卫生服务员工进行培训。
- **在封闭设施中提供公平的服务**，包括执行由世界卫生组织和联合国毒品与犯罪办公室制定的关于囚犯和监狱设施的艾滋病毒干预措施综合规划。

¹ 《关于紧急状态下艾滋病毒/艾滋病干预措施的指南》，见 http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/iasc_guidelines.pdf（2016年3月22日访问）。

世界卫生组织快速通道行动

- **提供关于针对特定人群和特定设施的基本艾滋病毒规划、差异化护理和服务提供模式的最新指南**，比如，针对青少年、流动人群、处于人道主义设施的人群（世界卫生组织与联合国难民署（UNHCR）合作）、囚犯（世界卫生组织与联合国毒品与犯罪办公室合作）和重点人群。
- **为调整其艾滋病毒服务的连续过程提供支持**，以对各国情形的分析为基础，尤其关注提高治疗依从性和护理保持率。
- **为各国提供技术支持**，支持其实施世界卫生组织《结核病/艾滋病毒协作活动政策》¹以及《结核病/艾滋病毒协作活动监测和评估指引》²。
- **提供关于社区服务和社区参与的指导原则**，使民间团体参与制定和执行世界卫生组织的政策和指导原则。
- **为各国和合作伙伴提供技术援助**，以对接受人道主义关切的设施和脆弱社区及时进行健康需求评估。

4.3.2 加强卫生人力资源

97. 为实现 2020 年和 2030 年的艾滋病毒具体目标，需要拓展艾滋病毒服务，这将对卫生人力资源构成前所未有的需求，需要各种医疗卫生工作者在艾滋病毒服务的连续过程中发挥不同的作用。为实现更宏大的指标，需要采用新的服务提供模式，这需要加强卫生人力资源，对卫生工作者的作用和任务以及在不同服务中的部署进行评估。除提供常规的艾滋病毒服务以外，还会越来越多地需要卫生工作者能胜任为特定人群包括为重点人群提供服务 and 为艾滋病毒感染者提供长期医护。全面的国家卫生人力资源计划应解决整个卫生体系的需求，包括在艾滋病毒服务的连续过程中所产生的需求。

98. 在更广泛的人力资源改革中，任务转移被越来越多地用于提高服务的可获得性、效率和质量。这种方法使艾滋病毒检测、治疗和其他服务能在资源受限的设施中迅速规模化，并将对卫生医疗体系能力的提升发挥日益重要的作用。在实行任务转移和任务分担时，指导和监督等支持机制必须到位，以确保服务的质量。同伴支持工作者能提供有价值的服务，有助于社区与卫生服务的关联，因此，应获得定期的培训、指导、监督和适当的工作酬劳。

¹ 世界卫生组织《结核病/艾滋病毒协作活动政策：关于国家规划及其他利益相关方的指南》，见 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1（2016 年 3 月 22 日访问）。

² 《结核病/艾滋病毒协同方案监测和评估指引》，见 http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/2015_guide_monitoring_evaluation_collaborative_TB-艾滋病毒_activities_en.pdf（2016 年 3 月 22 日访问）。

99. 由于在卫生医疗设施中存在艾滋病毒传播风险，卫生工作者应得到全面的职业健康和安全计划的保护，促进通用预防和提供预防产品（比如，安全套）、大量接触艾滋病毒后的接触后预防性药物措施、艾滋病毒保密检测，并为感染艾滋病毒的卫生工作者提供治疗和护理。

国家快速通道行动

- **制定、定期更新国家艾滋病毒卫生人力资源计划并监控其执行情况**，将其作为更广泛的卫生人力资源计划的一部分，并与国家卫生计划和重点保持一致。
- **培养卫生人力资源的能力**，界定在提供艾滋病毒综合服务时各种岗位应具备的核心能力，提供相关培训，引进适当的鉴定和认证流程。
- **为任务转移找到机遇**，以拓展卫生人力资源的能力，运用（包括针对社区卫生工作者的）适当的培训体系和监管框架。
- **提高卫生工作者的保持率**，利用适当的激励机制，尤其要确保所有卫生工作者（包括社区卫生和非专业工作者）收到足额的工资。

世界卫生组织快速通道行动

- **提倡对卫生工作者进行培训**，侧重于如何进行以人为本的护理，以解决存在于卫生部门的歧视（包括对重点人群的歧视）。
- **提供关于任务转移的指导原则**，针对艾滋病毒服务的连续过程，比如，关于使用非专业提供者提供特定服务的指导原则，包括艾滋病毒检测、接触前预防性药物措施支持和抗逆转录病毒治疗，以及预防和控制常见合并症。

4.3.3 保证优质、经济的药物、诊断工具和产品供应

100. 迅速扩大艾滋病毒预防、诊断和治疗干预措施的覆盖范围，取决于经济、优质的艾滋病毒药物、诊断工具和其他产品的可得性和安全供应。基本艾滋病毒产品质量低下和断供，比如，安全套、注射设备、男性包皮环切术设备、诊断工具、药物或其他产品，将妨碍规划拓展、风险预防，并导致治疗失败（包括艾滋病毒产生耐药性）。

101. 应准确预测国家和全球对所有艾滋病毒产品的需求，以便制造商有备和有满足预计需求，并确保持续供应。应考虑本地制造能力，因其有可能降低价格、保证供应和促进本国的自主权。国家艾滋病毒和更广泛的卫生计划和预算应解决采购和供应链管理需求。应将药物、诊断工具和其他产品作为国家艾滋病毒规划的成本的主要组成部分。

选择质量达标的正确产品是以合理的价格实现最佳成果的关键。世界卫生组织为各国提供了一系列有利于筛选流程的指引，比如，关于将抗逆转录病毒药物用于艾滋病毒治疗和预防的指南、世界卫生组织基本药物清单、检测战略，以及世界卫生组织合格产品清单。

102. 为确保长期安全供应，艾滋病毒产品采购和供应管理应被纳入更广泛的国家采购和供应管理体系。对价格合理的艾滋病毒治疗的需求导致了艾滋病毒药物的全面降价策略，这样的策略也可用于其他药物、诊断工具和卫生产品。策略包括促进仿制药竞争，例如酌情通过自愿许可列明由药品专利池机制等谈妥的药物获得条件和条款，根据公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划，酌情利用《与贸易有关的知识产权协定》中关于灵活性的条款维护公众健康，包括强制许可和备案专利异议、差别定价和与制造商直接议价，以及本地制造。世界卫生组织维护艾滋病毒药物和诊断工具价格数据库，与药品专利池组织¹合作，后者维护专利状态数据库，以帮助各国获得这些产品的最佳价格。

103. 还有很多机会可节省艾滋病毒药物、诊断工具和产品的采购费，并提高供应管理效率，比如，采用交错提供，批量采购保质期短的产品，提前采购和改进预测准确度，以避免因产品过期导致的浪费。

国家快速通道行动

- **加强国家艾滋病毒采购和供应管理的结构和流程**，确保将其纳入更广泛的国家采购和供应管理体系。
- **确保采购质量有保证的艾滋病毒药物、诊断工具、安全套、男性包皮环切术设备及其他艾滋病毒相关产品**，包括利用世界卫生组织的资格预审。
- **规划和实施艾滋病毒药物和产品购置战略**，以降低艾滋病毒药物、诊断工具和其他产品的价格，包括利用《与贸易有关的知识产权协定》中关于灵活性的条款维护公众健康。
- **维护和拓展通过世界卫生组织预审的仿制药的可获得性**，拓展许可协议和加速在国家一级的注册。

¹ 药品专利池是公共卫生领域的一项自愿许可机制，见 <http://www.medicinespatentpool.org/>（2016年3月22日访问）。

世界卫生组织快速通道行动

- **预测需求**、艾滋病毒和重大合并症的药物、诊断工具及其他产品的获取途径和采用率，并利用相关信息鼓励生产商具备充足的制造能力，包括酌情鼓励低收入和中等收入国家的生产商具备充足的制造能力。
- **推广世界卫生组织的资格预审规划**，以便重点药物和产品能获得快速通道注册，并维护和拓展有质量保证的药物和诊断工具的可获得性。
- **为艾滋病毒产品的筛选提供指导原则**，针对国家计划、捐助者和实施机构，生成和发布关于艾滋病毒药物、诊断工具和其他产品的价格及制造商的信息。
- **为各国提供技术支持**，以预测对基本艾滋病毒产品的需求，将其纳入国家采购和供应链管理计划，并为与制造商议价制定战略。
- **为监管机构提供支持**，针对上市前评估、新型艾滋病毒药物和诊断工具的注册、上市后监测。
- **向国家提供技术支持**，制定全面降价策略，确保获得基本的艾滋病毒药品、诊断工具和商品。

4.3.4 创建和维护有利环境

104. 有效的艾滋病毒应对措施需要支持性的社会、法律和政策环境鼓励并使民众能获得和使用服务。为覆盖不同设施中的各种人群，需要强大和具有良好支撑的卫生与社区体系，以及一个促进卫生公平、性别平等和人权的有利环境。

105. **政策、法律和规定**：卫生部门的主要责任之一是确保政策、法律和规定（包括其他部门的在内）有利于卫生并且支持国家的艾滋病毒应对措施。如果执行得当，能消除性别不平等和保护、促进人权的法律和政策就可以降低艾滋病毒感染的脆弱性和风险，拓宽卫生服务的获取途径，并提高其覆盖率、质量和有效性——尤其是为重点人群。

106. 尽管如此，有一系列障碍仍继续令某些人群无法获得和使用有效的干预措施和服务，比如，针对青少年的许可年龄法，对流动人口和无家可归者缺乏社会保护，以及将部分人群和行为入罪（例如，使用毒品、性工作和男男性行为）。艾滋病毒规划所具有的重要作用，是监督其他部门的政策、法律和规定，确定其可能对艾滋病毒和更广泛的卫生应对措施产生的影响，在存在障碍之处，倡导进行相应的评估和改革，以确保结果于卫生有利。

国家快速通道行动

- **改革政策、法律和规定**，若其阻碍平等获得艾滋病毒相关服务，特别是对重点人群和其他脆弱群体的阻碍。
- **终结会加剧污名化和歧视的政策与做法**（特别是在卫生医疗设施中），尤其是针对艾滋病毒感染者和重点人群的政策与做法。
- **创建制度和社区环境**，使民众能安全地获得艾滋病毒服务而无需担心歧视，使社区参与规划和提供服务，以提高覆盖率、质量和有效性。
- **解决性别不平等**，将基于证据的干预措施纳入国家艾滋病毒规划和战略。

世界卫生组织快速通道行动

- **倡导利用公共卫生证据**，形成有利于卫生且以医疗道德、人权和公共卫生原则为基础的法律和规划。
- **制定和推广世界卫生组织的相关政策和指南**，明确针对性别不平等、基于性别的暴力、污名化和歧视、人权、重点人群和公共卫生领域替代定罪措施。
- **制定、更新和实施相关指导原则和实施工具**，防止和控制基于性别的暴力，并消除不同人群（包括儿童、青少年和重点人群）在获得基本艾滋病毒服务时所面临的结构性障碍。

4.4 战略方向 4：筹资促进可持续性

所有人群均应获得所需要的服务且无须陷入财务困境

107. 为实施快速通道行动，从而能在 2030 年前终结艾滋病疫情，需要全球新增大量投资——从 2015 年的 217 亿美元增加至 2020 年的 320 亿美元。通过大量前期投资，艾滋病毒干预措施和服务的连续过程可迅速实现规模化。

108. 为可持续的艾滋病毒应对措施筹措资金，需要在三个领域采取行动：

增加收入，以支付艾滋病毒干预措施和服务的费用，重点是改善国内收税（包括一般收入和强制医疗保险费），辅之以外部来源（比如，捐助者赠款和私人收入）；

财务风险保障和资金统筹，包括建立公平的机制，将卫生体系的资金集中，确保充分覆盖艾滋病毒服务的连续过程，降低服务所面临的资金障碍，并提供财务风险保障；

提高效率，在将卫生体系的资源用于扩大艾滋病毒服务的有效覆盖范围时，降低艾滋病毒药物、诊断工具和其他产品的成本，减少相关子系统与其他计划以及更广泛的卫生体系的重复，比如，战略信息、人力资源、采购和供应管理。应有系统地使用成本研究以及规划和财务数据协助确定规划重点。

109. 国家卫生筹资体系应解决艾滋病毒及其他国家重点卫生需求，避免零散的资金渠道，并致力于实现卫生公平。

4.4.1 通过创新型筹资和新型筹资办法增加投资

110. 现有的国际和国内资金承诺尚不足以实现战略草案所设定的 2020 年和 2030 年的具体目标。仍需要新的资金来源，用于可持续地扩大艾滋病毒相关干预措施和服务的规模，以及填补因捐助者的重点转移而导致的资金缺口。艾滋病毒应对措施激励了全球和国家层面的卫生体系筹资创新，比如，对机票、移动电话征税和所得税。为获得可持续应对措施必需的资源，还需要进一步的创新。

111. 增加艾滋病毒筹资应作为增加全面卫生投资的更广泛努力的一部分，以确保所有重点卫生服务能面向全民健康覆盖目标实现规模化。公共和国内筹资是必要和可持续的卫生服务的核心，包括艾滋病毒相关服务在内。联合国艾滋病规划署设定了 2020 年的艾滋病毒规划国内筹资目标，比如，规划中的国内筹资比例在低收入国家达到 12%，在中等偏下收入国家达到 45%，在中等偏上收入国家达到 95%。增加公共卫生支出可通过筹集更多税收（提高政府的财政能力）或将政府资金的更大份额分配给卫生（提高卫生在公共预算中的优先地位）。卫生部门应积极参与财政部在预算、公共财务管理体系和财政空间考虑方面的问题。应利用艾滋病毒投资理据，倡导和协商将公共资源公平地分配给艾滋病毒。

112. 在大部分低收入和中等偏下收入国家，艾滋病毒服务和干预措施将继续依赖外部和私营部门的资金，直到 2020 年及以后。来自上述来源的收入流必须完全符合嵌入国家卫生计划的国家艾滋病毒重点、规划和计划。收入流的稳定性和可预测性对最大限度降低服务中断风险至关重要。

4.4.2 解决获得和提供财务风险保护时所面临的资金障碍

113. 卫生筹资体系能最大限度减少所有基本卫生服务的自付费用，增加服务的获取途径和防止贫困化。为尽量降低巨额卫生开支，自付费用应限制在卫生支出总额的 15%-20%。

114. 艾滋病毒服务的连续过程中的艾滋病毒基本干预措施应纳入国家卫生福利方案，并且免费提供。此外，提供辅助安排（比如，分散化服务或提供交通代金券），尽量降低服务使用者的间接成本，也能提高服务采用率和影响力。对使用者收费将导致艾滋病毒治疗获取途径产生不公平，破坏服务的使用，降低治疗依从性，增加治疗失败的风险，并对家庭形成不必要的财务负担。

115. 为艾滋病毒感染者及其他受影响人群提供财务风险保护和所需服务的获取途径，要依靠更广泛和强大、公平的国家卫生筹资体系。用于卫生的公共筹资体系，主要依靠从一般税收和/或工资税收（用于强制性医疗保险）筹集的收入，是最公平和有效的系统。这种预付费机制应建立在支付能力的基础上，将收入广泛集中，以便能惠及所有需要者（包括无法向系统缴费的人群）。

4.4.3 降低价格和成本，提高效率

116. 资金方面的压力使各国必须选择最有效的艾滋病毒干预措施和方式，针对最能产生影响力的人群和设施，降低药物及其他卫生产品的价格，并且提高服务效率。能证明“物有所值”和提高效率的规划更有利于争取公平分配资源和获得外部资金支持。有各种机会可以提高效率和降低成本：

117. **良好的**项目管理能促进来自国家预算或外部来源的资源有效地流动和分配至相关服务，并用于相关服务。比如，更好地协调捐助资金，与国家计划和更广泛的卫生体系保持一致，将资源集中，根据绩效筹集资金，加强在各层面和所有利益相关方（包括实施者和出资者）的问责。

118. **改进对价格合理的药物、诊断工具及其他卫生产品的筛选、采购和供应**，能降低服务成本和杜绝浪费。具体方法如“战略方向 3”所述。

119. **更有效和高质量的服务提供**能产生大量结余并提高卫生成效。“战略方向 3”考量了可改进服务提供模式的机遇，比如，将服务整合、关联、分散化，实施任务转移，使用非专业卫生提供者以及增强社区体系。确保服务质量对提高效率至关重要，优质的服务将为所花费每一美元带来更大的卫生收益。例如，良好的治疗依从性和护理保持率能

最大限度地降低治疗失败率，减少住院治疗和降低转介至更昂贵的第二、三线治疗的必要性。艾滋病毒干预措施和服务与其他卫生计划和整个卫生体系的协调，能减少效率低下的情况，从而将预计成果最大化。

国家快速通道行动

- **建立强大的艾滋病毒投资理据**，以倡导对国内资源的充足分配和动员外部资金支持。
- **预测国家艾滋病毒资源需求**，并制定必要的计划，使艾滋病毒服务对外部资金的需求向公共和国内资金过渡，尤其注意保护最依赖于外部资金的基本服务，以避免服务中断。
- **减少资金障碍**，包括逐步淘汰为艾滋病毒及其他卫生服务直接和自付费用。
- **提供普遍的卫生财务风险保护**，覆盖所有人群，识别实现保护目的的最佳方式（包括公共强制性卫生筹资体系）。
- **监测卫生支出和成本及艾滋病毒服务的成本效益**，通过国家监测和评估体系进行，以识别降低成本和产生结余的机遇。
- **加强与其他卫生计划的协调**，包括识别机遇，整合相关卫生体系（比如，战略信息、人力资源、采购和供应管理）。

世界卫生组织快速通道行动

- **预测和定期评估资源需求**（与联合国艾滋病规划署合作），实现 2020 年和 2030 年的具体目标。
- **倡导对艾滋病毒应对措施的全额资助**，促进为持续的国家资助建立政治承诺，促进战略筹资合作伙伴关系，比如，与全球抗艾滋病、结核病和疟疾基金、美国总统艾滋病紧急救援计划、比尔和梅林达盖茨基金会等。
- **支持各国建立国家艾滋病毒投资理据和财务过渡计划**，从外部资金来源向国内艾滋病毒筹资过渡。
- **为评估和监测卫生服务成本提供指导原则和工具**以及成本效益工具，支持各国采用世界卫生组织《卫生核算国家平台》¹。
- **倡导各国**将艾滋病毒基本干预措施和服务纳入国家卫生福利方案，消除获得艾滋病毒服务和产品时所面临的资金障碍。

¹ 关于世界卫生组织的卫生核算国家平台的更多信息，见 http://www.who.int/health-accounts/platform_approach/en/（2016 年 3 月 22 日访问）。

4.5 战略方向 5：开展创新，加快进展

改变应对措施的轨道以实现宏伟目标

120. 研究和创新能提供工具和知识，改变艾滋病毒应对措施的轨道，提高效率和质量，实现公平和将影响力最大化。如果各国仅仅依靠现有的艾滋病毒知识、技术和服务提供方式，则不可能实现 2020 年和 2030 年的艾滋病毒具体目标。

121. 开发新技术和途径需要创新，更有效地利用现有工具、使其适应各种人群、设施或用途也需要创新。在一个地区开发和制定的干预措施可能需要“重新设计”才能在其他地方发挥功效。比如，在南部非洲高患病率环境下开发的“任务转移”对东欧或亚洲而言就是一种新方法，需要进行调整。为阿片类药物使用者制定的“减少伤害”方案也需要采用创新的方式，才能使其对可卡因使用者更有意义。知识的快速传播有助于各国艾滋病毒应对措施产生“飞跃”，借鉴他人的经验，迅速识别和调整最有前途的干预措施和方式。对可操作性的研究能为艾滋病毒服务的改善提供指引，从而最大限度地利用投资。

122. 世界卫生组织为四个主要领域的艾滋病毒研究提供支持，分别是：建设卫生研究体系的能力、召集重点设施周边的合作伙伴进行研究、制定良好研发操作的规范和标准、促进将证据转化成价格合理的卫生技术和以证据为基础的政策。虽然在研究和产品开发方面的直接作用很有限，但世界卫生组织可与研究和开发合作伙伴、生产商密切合作，以确保各国能获得和负担新的艾滋病毒基本技术。

123. 由于合作伙伴对创新具有重要作用，战略方向指出了需要各国、世界卫生组织及其他合作伙伴共同努力的关键创新领域。实现 2030 年的具体目标将跨越十五年的时间，因此，必须考虑短期、中期和长期的研究重点。战略草案重点关注的是短期和中期的重点。

4.5.1 优化艾滋病毒预防措施

124. 近来在预防技术方面取得的创新极大增强了艾滋病毒预防措施组合，比如，使用逆转录病毒药物预防艾滋病毒的传播和感染、拓展男性包皮环切术以防止感染艾滋病毒。更广泛地运用这些机遇和进一步创新（部分已经在筹备中）将增加相关影响力。

125. 为充分发挥接触前预防艾滋病毒感染措施的潜力，需要改进配方、提供系统和服务提供模式，包括外用和长效针剂配方。对男性和女性安全套设计、男性包皮环切术设备的创新应致力于提高可接受度和采用率。为寻找功能性治愈艾滋病毒感染者而进行的艾滋病毒疫苗研究和努力将继续作为艾滋病毒研究议程中的关键组成部分。应利用新型的信通技术，使用基于网络的手机应用程序，通过电子卫生保健服务提供有效的预防干预措施。

4.5.2 优化艾滋病毒检测和诊断

126. 新型和经过改善的诊断技术、检测方法可使艾滋病毒得到更早期和准确的诊断，并加强对患者的监测。在这方面也有一些创新的机遇。艾滋病毒自我检测领域的新发展可大幅拓展艾滋病毒检测，但仍需要确保质量，与确证试验和更广泛的艾滋病毒服务进行充分的关联。简单、经济和可靠的护理点艾滋病毒诊断——包括婴儿早期诊断、患者监测（尤其是病毒量评估）——使艾滋病毒监测和患者监测在社区和偏远地区也能完成。为艾滋病毒及合并感染（比如，结核病、病毒性肝炎和梅毒）开发的多价或集成诊断平台将提高服务效率和改善患者护理。

4.5.3 优化艾滋病毒药物和治疗机制

127. 尽管在抗逆转录病毒药物和机制的安全性、功效和可接受度方面取得了重大进展，但仍然有一些领域需要创新和改进。在开发简单、高效的第一线抗逆转录病毒治疗机制和配方方面也取得了很大的进步，但还需要进行创新，以开发简便、稳健的固定剂量第二、三线疗法。关于抗逆转录病毒药物最佳剂量的研究应为有效疗法提供信息基础，最大限度地降低毒性和药物相互作用，并降低成本。为开发适宜的抗逆转录病毒药物配方和统一疗法，需要进行大量创新，比如，针对婴儿和儿童的简单、可口的配方，针对青少年的给药方案（以提高可接受度和依从性），以及长期口服和注射制剂（以提高依从性和改善病毒抑制）。同时，还需要开发更有效的药物和疗法，以防止和控制重大合并感染和其他合并症。

4.5.4 优化服务提供模式

128. 抗逆转录病毒治疗迅速实现规模化，大部分要归功于对艾滋病毒治疗和护理采取了公共卫生方针——提倡使用简化、标准化的机制、方案和办法，有效利用各个层面的卫生服务和使社区充分参与。同样，艾滋病毒预防措施的成功也大部分归功于卫生服务创新和加强社区体系，从而使有效的干预措施能覆盖最脆弱和风险最高的人群。

129. 由于艾滋病毒规划已趋成熟，因此，必须进行调整，以应对新的挑战，扩大覆盖范围和影响力，增强公平性。应达到一种审慎的平衡，为特定设施和人群量身定制服务，同时，保持一定程度的简单化和标准化，以利于扩大规模、提高效率和进行可持续的拓展。从抗逆转录病毒治疗规模化得出的经验凸显出考虑艾滋病毒治疗及护理差异化的必要，以应对艾滋病毒感染者的不同治疗需求（取决于其年龄、艾滋病毒疾病阶段、对治疗的反应、合并症和其他健康状况的存在，以及当地环境）。

130. 需要特别关注的是对创新型服务的开发，以覆盖人群，使其参与和保留在护理环节中，并提供特定的干预措施方案。目前迫切需要创新型组合预防方案，以解决未成年少女和年轻女性的高发生率（尤其是在撒哈拉以南非洲），使更多男性参与预防措施和治疗服务。青少年艾滋病毒感染者的治疗依从性弱、护理保持率低、死亡率上升，需要给予重点关注。未成年少男和年长男性的自愿包皮环切术覆盖率低，也需要解决。

5. 战略实施：合作伙伴关系、问责、监测和评估、成本分析

131. 战略的有效实施依赖于所有利益相关方在卫生部门艾滋病毒应对措施中采取协调一致的行动。成功需要强大的合作伙伴关系，以确保政策和规划的一致性。在卫生部门内部，需要建立和加强不同疾病计划和交叉计划之间的关联。

5.1 与合作伙伴协作

132. 世界卫生组织对召集不同界别、部门和组织支持协调一致的卫生部门艾滋病毒应对措施具有重要作用。除与各会员国的卫生部门合作之外，世界卫生组织秘书处还与其他关键合作伙伴密切合作，包括：

133. **多边和双边捐助者和开发机构、基金和基金会：**世界卫生组织已与一系列主要的艾滋病毒捐助机构建立了艾滋病毒联合工作计划和其他协作安排，比如，全球抗艾滋病、结核病和疟疾基金、联合国国际药品采购机制（UNITAID）、美国总统艾滋病紧急救援计划。

134. **民间团体：**世界卫生组织成立了艾滋病毒民间团体顾问小组（Civil Society Reference Group on HIV），汇集了来自各种艾滋病毒相关民间团体和网络的代表。顾问小组为世界卫生组织的艾滋病毒政策和工作方案提供建议，促进世界卫生组织政策和指导原则的传播与执行。在世界卫生组织的所有技术工作小组中都有民间团体的代表，包括制定世界卫生组织的政策、指南和工具。多个民间社会组织与世界卫生组织建立了官方关系，从而能作为观察员，参加世界卫生组织各理事机构会议（包括世界卫生大会）。

135. **联合国艾滋病规划署及联合国伙伴机构：**作为联合国艾滋病规划署的共同发起方，世界卫生组织依靠更广泛的联合国体系，提供全面的跨部门艾滋病毒应对措施。联合国艾滋病规划署的其他十个共同发起方连同联合国艾滋病规划署秘书处，按照联合国艾滋病规划署的“分工”（在联合国艾滋病规划署的大家庭内划分各个关键责任区），助力卫生部门的艾滋病毒应对措施。

136. **技术合作伙伴：**世界卫生组织成立了艾滋病毒战略和技术咨询委员会，由来自国家艾滋病毒规划、实施组织、研究机构和民间团体的技术专家组成，为总干事就本组织的艾滋病毒政策和工作计划提供建议。在世界卫生组织负责制定本组织政策和指导原则的工作小组中，技术合作伙伴具有重要作用。

5.2 全球和国家问责

137. 有效的艾滋病毒应对措施需要一系列合作伙伴和利益相关方，因此，运转良好、透明、具有强大民间团体参与的问责机制至关重要。其中的重要组成部分是培养强有力的领导力和治理能力，涉及：所有相关的利益相关方充分参与；设定清晰、能适当体现可持续发展目标（包括本战略草案的各项目标和具体目标）及其他全球承诺的国家指标；采用适当的干预措施可获得性、覆盖率、质量和影响力指标以跟踪进展；建立透明、包容性的评估和汇报流程。目前已具备部分工具，可用衡量进展（包括创建有利环境）。为了加强问责，必须对国家和全球层面的进展进行持续监测和定期汇报。

5.3 监测、评估和报告

138. 将运用现有机制，在四个层面监测战略实施情况：

- 监测和报告全球目标和具体目标的进展；
- 监测和评估区域和国家层面的应对措施；
- 将世界卫生组织的框架运用于成果管理；
- 运用联合国艾滋病规划署的问责框架。

5.3.1 监测和报告全球目标和具体目标的进展

139. 在全球层面，定期审查将评估各种承诺和具体目标的进展，其基础是利用现有监测和评估机制和程序获得的各国数据（比如全球艾滋病防治进度报告），并在必要时以其他数据作为补充。世界卫生组织确定了十个**核心全球**指标，按艾滋病毒服务连续过程的顺序排列，用于监测和报告卫生部门艾滋病毒应对措施的进展（见图 7）。

140. 应定期评估战略草案所设定指标在全球和区域层面取得的进展，并将标杆（国家之间和国家内部的比较）用于评估指标的实现绩效。战略设计具有充分的灵活性，以纳入更多优先事项或填补卫生部门艾滋病毒应对措施中可以识别的缺口。为此，世界卫生组织将继续与合作伙伴合作，根据世界卫生组织《卫生部门艾滋病毒综合战略信息指南》¹，在编制全球和区域报告的过程中，为各国统一化和标准化地采集核心指标提供支持。关于定期汇报数据的建议已经提出。

141. 世界卫生组织将对与利益相关方协商的战略实施监测和问责框架，并将监测和分享关于其艾滋病毒指南采用率的数据，以及关于战略实施进展的数据，以突出障碍和推广最佳做法。

5.3.2 监测和评估国家层面的应对措施

142. 对卫生部门艾滋病毒应对措施的实施进展进行评估时，应采用可获得性、覆盖率、成果和影响力等指标，并考虑关于实施情况监测的其他相关建议。世界卫生组织《综合战略信息指南》推荐了五十个标准化核心**国家指标**，可用于各国监测和报告本国艾滋病毒规划和国家艾滋病毒整体应对措施。应跟踪和报告在与艾滋病毒相关的可持续发展目标方面所取得的进展。

143. 用于监测卫生体系改善的指标衍生自世界卫生组织统筹的国家卫生战略监测和评估通用平台，也提供用于衡量实施进展的工具，比如，为增强艾滋病毒应对措施而采取的政策、法律和结构性措施。

¹ 《卫生部门艾滋病毒综合战略信息指南》，见 <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>（2016年3月22日访问）。

5.3.3 世界卫生组织成果管理框架

144. 世界卫生组织《2014-2019年第十二个工作总规划》¹为本组织的工作制定了高层面战略愿景，并概述了六个领域的工作。与艾滋病毒相关的大部分工作都归入了关于传染病的第一类别。但是，其他重要的艾滋病毒相关工作被归入了其他类别，特别是关于非传染性疾病的第二类别（包括物质使用、精神健康和长期医护）、关于生命全程促进健康的第三类别（包括孕产妇、青少年和儿童健康、性和生殖健康），以及第四类别（包括药物和诊断工具获取途径、提供综合服务、战略信息和人力资源）。在第一类别中，艾滋病毒和病毒性肝炎具有单独的领域，并为此制定了两年期工作计划和一组商定的成果和预算。

145. 本战略草案涵盖三个双年度（2016-2017年、2018-2019年、2020-2021年）。通过审查在每个双年度结束时提交的进展报告，监测工作计划的实施情况。将进行双年度中期审查，以协助开展实施工作。

5.3.4 联合国艾滋病规划署问责框架

146. 世界卫生组织的艾滋病毒工作体现在联合国艾滋病规划署统一预算、成果和问责框架的预算和工作计划中²，因此，需要为2016-2021年制定一个单独的框架，以促进十一个共同发起方和联合国艾滋病规划署秘书处的联合规划和预算。详细的工作计划和预算按照双年度制定，本战略涵盖的阶段是从2016-2017年开始。每一个共同发起方都负责实施与其组织任务和联合国艾滋病规划署技术支持分工相关的一组工作。联合国艾滋病规划署统一预算、成果和问责框架伴有绩效监测框架，为衡量预算和工作计划的实施进度设定了指标。年度进度报告须提交至联合国艾滋病规划署规划协调委员会。

5.4 战略实施成本

147. 2016-2021年全球卫生部门艾滋病毒战略草案指出了卫生部门为达成在2030年之前“终结艾滋病”目标应承担的工作。在联合国艾滋病规划署2016-2021年战略的成本分析的基础上，本战略的实施成本分析已完成，其中使用了关于战略中所包括的干预措施的特定指标和单位成本。

¹ 《2014-2019年第十二个工作总规划：不仅仅是没有疾病》，见 http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/en/（2016年3月22日访问）。

² 第三十七届联合国艾滋病规划署规划协调委员会会议（于2015年10月26-28日在日内瓦举行）公布该框架并将其定名为2016-2021年联合国艾滋病规划署统一预算、成果和问责框架，见 http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20151103_UNAIDS_UBRAF_PCB37_15-19_EN.pdf（2016年3月22日访问）。

148. 用于成本分析的数据来自联合国人口司的人口预测数据、国家家庭调查（人口与卫生调查和艾滋病指标调查¹、联合国艾滋病规划署关于各国艾滋病毒负担的预测数据、全球艾滋病应对措施进展报告²系统中的国别报告，按照世界卫生组织的六个区域，计算了在 120 个中低收入国家的成本。

149. 单位成本是基于对成本分析的评估，并经过来自多个国家的专家的审核。专家小组就抗逆转录病毒治疗的未来成本进行了预测，假定抗逆转录病毒药物的价格继续下降，实验室成本（因检测机制简化）和服务提供成本亦降低——因部分病人转至社区护理。未来覆盖率的指标来自 2016-2021 年联合国艾滋病规划署战略。

150. 战略草案的总成本预计将从 2016 年约 200 亿美元增加至 2020 年近 220 亿美元，之后，在 2021 年下降至约 210 亿美元（见图 8）。抗逆转录病毒治疗所使用的资源占比最高，约为总量的 47%；规划促成者次之，占 13%；再次是艾滋病毒检测服务，占 9%；安全套规划占 8%。

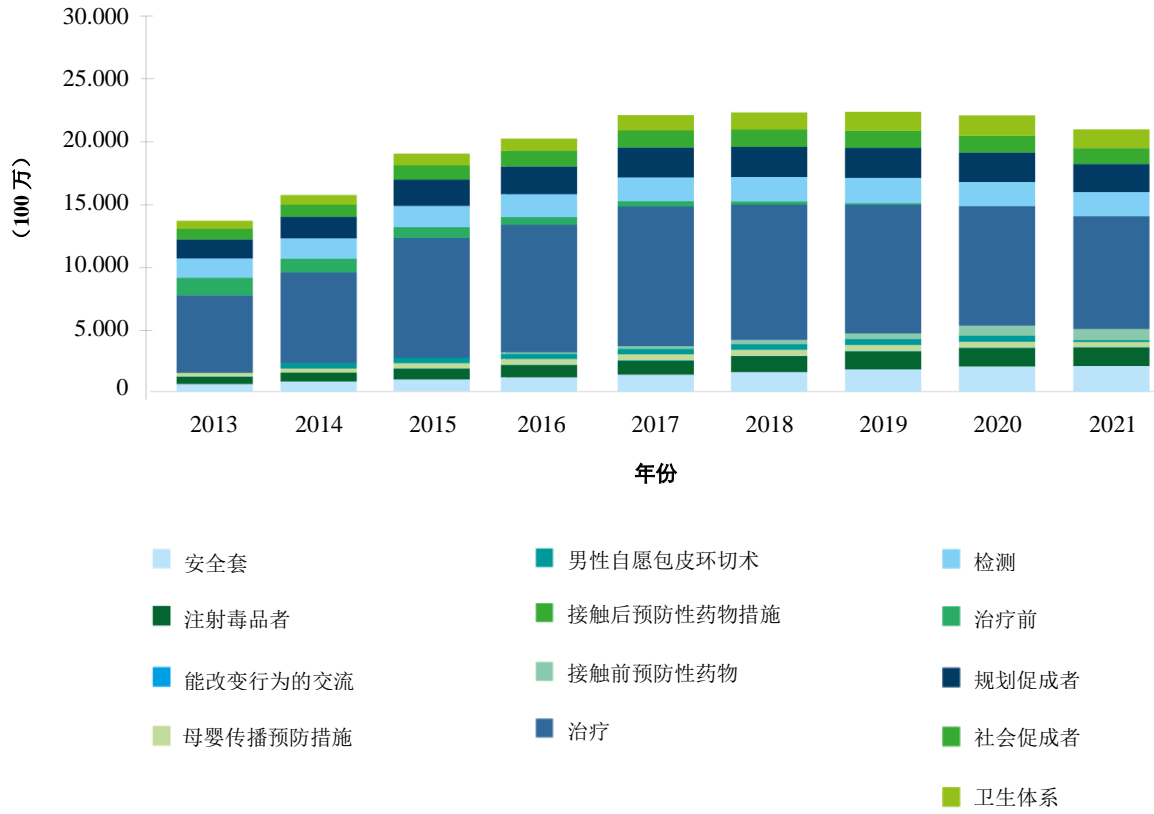
151. 有四个国家将使用三分之一以上的资源（按负担排序），分别是：南非、尼日利亚、巴西和中国。非洲区域占低收入和中等收入国家所需资源总额一半以上（55%）³。需求第二大的区域是美洲区域，占 16%，其次是西太平洋区域（占 13%）和东南亚区域（占 8%）。欧洲区域占 5%，东地中海区域占 4%。低收入国家需要约四分之一的资源，中等偏下收入国家需要约四分之一的资源，中等偏上收入国家需要近二分之一的资源。

¹ DHS 计划，见 <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm>（2016 年 3 月 22 日访问）。

² 《全球艾滋病应对措施进展报告》，见 <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting>（2016 年 3 月 22 日访问）。

³ “区域”是指世界卫生组织的六个区域，数据覆盖 120 个低收入和中等收入国家。

图 8：成本（按干预措施和年份）（单位：美元）



= = =