



第八十届会议

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

团结起来消除艾滋病

秘书长的报告*

摘要

根据大会第 75/284 号决议通过的《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，走上到 2030 年消除艾滋病的轨道》的要求，同时把握《2026-2031 年全球艾滋病防治新战略：团结起来消除艾滋病》及 2026 年政治宣言带来的机遇，本报告回顾在实现 2021 年《政治宣言》所载承诺方面取得的进展，概述世界到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁目标的战略方向。

全球艾滋病毒应对工作正处于紧要关头。取得的进展是真实、可衡量的，但艾滋病毒应对工作正日益受到多重危机叠加的冲击，这些危机包括外部融资减少、受艾滋病毒影响最严重的国家债务负担沉重、人道主义危机日益增多以及人权倒退。与此同时，各国再次展现出领导力、可持续性的提升以及重大创新，包括长效艾滋病毒预防和治疗手段，为加速取得进展提供了新机遇。

不平等助长了艾滋病毒在全球的泛滥，2021 年《政治宣言》推动采取行动解决这一不平等。2024 年，全球 4 080 万艾滋病毒感染者中，有超过 3 160 万人正在接受挽救生命的抗逆转录病毒治疗，使艾滋病相关死亡人数降至 1990 年代初以来的最低水平。撒哈拉以南非洲取得了显著进展，彰显了国家领导、多边伙伴关系以及多部门协调干预的力量。

* 出于编写文件部门无法控制的技术原因，本报告在截止日期之后提交会议事务处进行处理。



但艾滋病还未被消灭。我们还远未实现 2021 年《政治宣言》中设定的 2025 年目标。截至 2024 年底，920 万人无法获得艾滋病毒治疗；63 万人死于艾滋病相关疾病(死亡人数是 2025 年目标的两倍)；130 万人感染了艾滋病毒(是 2025 年目标的 3.5 倍)。^a 到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁的途径确实存在且依然可行，但这一途径要求艾滋病毒应对工作适应新形势，直面阻碍服务可及性的结构性不平等，填补资金缺口，以可持续方式加快扩大艾滋病毒防治服务。

2025 年 12 月，联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)方案协调委员会会议通过了《2026-2031 年全球艾滋病防治战略》。该战略通过多利益攸关方的广泛参与制定，指导各国实现 2030 年目标。这是一项面向世界的战略，在国家自主、服务以人为本以及群体领导的基础上，为满足艾滋病毒感染者、易感染者或受影响者的需求提供了一个框架和多项行动。2026 年艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议为国际社会携手再次承诺消除艾滋病这一公共卫生威胁提供了一个契机。没有任何一个群体或国家能够独自消除艾滋病：我们必须团结一致。

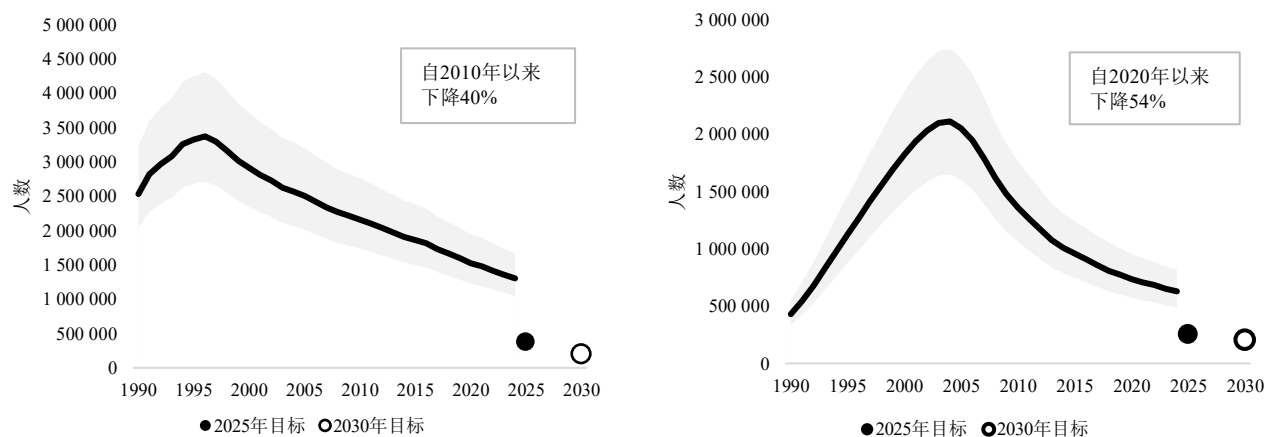
^a 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，“艾滋病、危机与变革之力：2025 年全球艾滋病形势最新情况” (2025 年，日内瓦)。

一. 引言

1. 联合国设定的全球目标是到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁，这一目标已在全球范围内取得显著进展。¹ 该目标的定义是：以 2010 年为基准，将新发艾滋病毒感染人数和艾滋病相关死亡人数减少 90%。² 截至 2024 年底，世界比过去二十年中的任何时候都更接近实现这一目标，4 080 万[3 700 万-4 560 万]艾滋病毒感染者中，³ 有 3 160 万(占 77%)正在接受救命的治疗。⁴ 在 2010 至 2024 年间，艾滋病毒预防、检测、治疗和护理服务以及应对使人们面临更高艾滋病毒感染风险的社会隔离墙措施，使新发感染减少了 40%，艾滋病相关死亡人数减少了 54%(见图一)。⁵

图一

1990-2024 年全球新发艾滋病毒感染人数及艾滋病相关死亡人数，以及 2025 年和 2030 年的目标



资料来源：2025 年艾滋病署流行病学估计数(<https://aidsinfo.unaids.org/>)。

2. 经过数十年的持续努力以及前所未有的多边和多部门团结协作，每年新感染艾滋病毒和死于艾滋病相关原因的人数已降至 30 多年来的最低水平。各国的成功案例不断增多，各国政府在应对艾滋病毒方面正在承担更大的责任。自 2000 年以来，在责任共担的推动下，中低收入国家用于艾滋病毒防治的资源总额从 51 亿美元增至 2024 年的 187 亿美元，国内资金增长了一倍多，国际资金则为疾病负担沉重的国家提供了重要支持(见图二)。

¹ 艾滋病署，“艾滋病、危机与变革之力：2025 年全球艾滋病形势最新情况”（2025 年，日内瓦）。

² 艾滋病署，《快车道：到 2030 年消除艾滋病疫情》（2014 年，日内瓦）。

³ 为每个估计数计算不确定性区间。这些区间界定了真实数值所在的范围。区间越窄，说明估计数越精确；而区间越宽，则说明该估计数的不确定性越大。

⁴ 除非另有说明，否则本报告中引用的所有数据均可在 <https://aidsinfo.unaids.org/> 上查到，包括“服务延续”标签下的月度服务提供数据。

⁵ 2025 年底的估计数将于 2026 年 6 月初公布。

3. 然而，由于优先事项冲突以及外国援助减少，导致应对艾滋病毒方面的政治承诺已发生转变。据预测，到 2025 年，来自几个主要捐助方的国际卫生援助将比 2023 年减少高达 40%。⁶ 用于艾滋病毒预防和群体主导组织的资源尤其面临风险。与此同时，各地区和不同人群在艾滋病毒预防与治疗服务方面取得的进展并不均衡。2024 年，东部和南部非洲的艾滋病毒感染者治疗覆盖率为 84%，而中东和北非地区为 48%。在东部和南部非洲，少女和年轻女性(15 至 24 岁)感染艾滋病毒的风险是同年龄组男性的 3 至 4 倍。这同时也导致了人权状况的倒退，影响到重点人群，其中包括性工作者、男同性恋者及其他男男性行为者、注射毒品者、跨性别者、监狱及其他封闭环境中的在押人员，以及所有艾滋病毒感染者。例如，将同性关系定为犯罪行为的国家数量持续增加，2025 年又有 4 个国家新增了此类法律。⁷

4. 各群体和民间社会组织已团结起来，相互扶持，共同应对艾滋病毒。许多国家政府已加强领导，采取行动，提高其艾滋病毒应对工作的可持续性，增加用于卫生和艾滋病毒防治工作的国内资金投入。例如，已有 26 个国家报告计划增加国内预算。⁸ 这使得一些国家能够维持甚至增加接受艾滋病毒治疗的人数。

5. 艾滋病署受各国委托，与各国及合作伙伴合作，以五年为周期制定有据可依的全球艾滋病毒防治目标，并提供全球监测与问责框架。2011 年，在大会艾滋病毒/艾滋病问题高级别会议上，世界制定了到 2015 年使 1 500 万艾滋病毒感染者接受治疗的目标，⁹ 并于 2015 年实现了这一目标。¹⁰ 艾滋病毒防治目标成功实现的一个良好例证是大会在 2021 年高级别会议上制定的、计划到 2025 年实现的全球艾滋病毒“95-95-95”检测与治疗目标：¹¹ 即 95%的艾滋病毒感染者知晓自身感染状况，95%知晓自身艾滋病毒抗体检测阳性的人正在接受抗逆转录病毒治疗，以及 95%正在接受抗逆转录病毒治疗的人病毒载量得到抑制。各国、各群体、捐助方和利益相关方广泛采纳了“95-95-95”目标。东部和南部非洲 7 个国家¹² 艾滋病毒感染情况严重，这些国家尽管未必在所有高危亚群体或所有年龄段都实现了全部三项“95”目标，但 2024 年已基本实现全部三项“95”目标。自 2010 年以来，一些国家¹³ 已接近实现到 2030 年将艾滋病毒新发感染人数减少 90%这一预防目标。¹⁴

⁶ Pascal Zurn 及他人，“Official development assistance for health: an expected 40% reduction”，P4H Network，2025 年 4 月 23 日。

⁷ 艾滋病署，“2025 年全球艾滋病形势最新情况”。

⁸ 艾滋病署，“2025 年世界艾滋病日报告：克服干扰——转变艾滋病应对工作”（2025 年，日内瓦）。

⁹ 见大会第 65/277 号决议。

¹⁰ 艾滋病署，“2015 年 15%：一项已经实现的全球目标”，2015 年。

¹¹ 见大会第 75/284 号决议。

¹² 博茨瓦纳、斯威士兰、莱索托、纳米比亚、卢旺达、赞比亚、津巴布韦。

¹³ 莱索托、马拉维、尼泊尔、卢旺达、津巴布韦。

¹⁴ 艾滋病署，“2025 年全球艾滋病形势最新情况”。

6. 全球艾滋病病毒应对工作的一个关键优势在于五年期全球艾滋病战略，其中包括由各国核准、群体主导、得到联合国支持、凝聚各合作伙伴、致力于实现共同目标、以成果为导向的问责框架。自 2001 年《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》发布以来，这些框架将全球目标与根据当地实际情况被纳入国家战略计划的各项战略相衔接。

7. 大会在以下方面发挥了核心作用：激发政治承诺、商定有时限的目标、为问责和年度报告提供平台、每五年对目标进行审议并制定新目标。

8. 通过多边行动，特别是艾滋病署的多边行动，支持各国制定国家战略计划，生成、分析和利用数据来追踪结果、发现不足，并在需要时加快行动步伐。群体和民间社会在这一问责周期一直发挥关键作用，通过督促各国政府和机构对其所做出的承诺负责，推动取得进展。艾滋病署每年都会从 150 多个国家收集有关各国感染情况及应对措施的数据，并以透明的方式公开这些数据，支持所有国家、群体、捐助方和利益相关方对艾滋病应对工作进行监测、规划及指导投资。

9. 本报告建议，即将召开的高级别会议应在 2025 年目标的基础上，通过新的 2030 年艾滋病病毒防治目标，推动全球消除艾滋病这一公共卫生威胁，而且重要的是，确保应对工作在 2030 年后能持续开展。制定 2030 年目标(见图六)时考虑到了各国需要持续开展艾滋病病毒应对工作的需求。这些目标旨在确保艾滋病病毒感染者能够长寿、健康，同时推动各国以可持续方式开展艾滋病病毒应对工作。

二. 现在的情况如何？ 艾滋病病毒应对工作转型

10. 据估计，2024 年，全球约有 130 万[100 万-170 万]人感染了艾滋病病毒，比 2010 年减少了 40%。撒哈拉以南非洲的新感染人数降幅更大，达到 56%，该地区占 2024 年全球艾滋病病毒感染者总数的一半。各国已将每年通过母婴传播感染艾滋病病毒的儿童数量降至 12 万[8.2 万-17 万]，较 2010 年下降 62%，创下自 1980 年代以来的最低水平。总体而言，2010 至 2024 年期间，预防艾滋病病毒母婴传播方案避免了近 380 万名儿童感染艾滋病病毒。

11. 2024 年在实现“95-95-95”检测和治疗目标方面取得显著进展。全球范围内，估计约 87%[69->98%]的艾滋病病毒感染者知晓自己的感染状况；在知晓自身感染状况的人群中，89%[71->98%]正在接受抗逆转录病毒治疗；而在接受抗逆转录病毒治疗的人群中，94%[75->98%]的病毒载量已得到抑制。2024 年，全球约 4 080 万[3 700 万-4 560 万]艾滋病病毒感染者中，约四分之三正在接受抗逆转录病毒治疗(77%[62%-90%])，其中 73%[66%-82%]的病毒载量已得到抑制，这是一项巨大的公共卫生成就。超过 60%的艾滋病病毒感染者居住在撒哈拉以南非洲。提供抗逆转录病毒疗法以及其他医疗进步使撒哈拉以南非洲的预期寿命从 2010 年的 56.5 岁回升至 2024 年的 62.3 岁。¹⁵

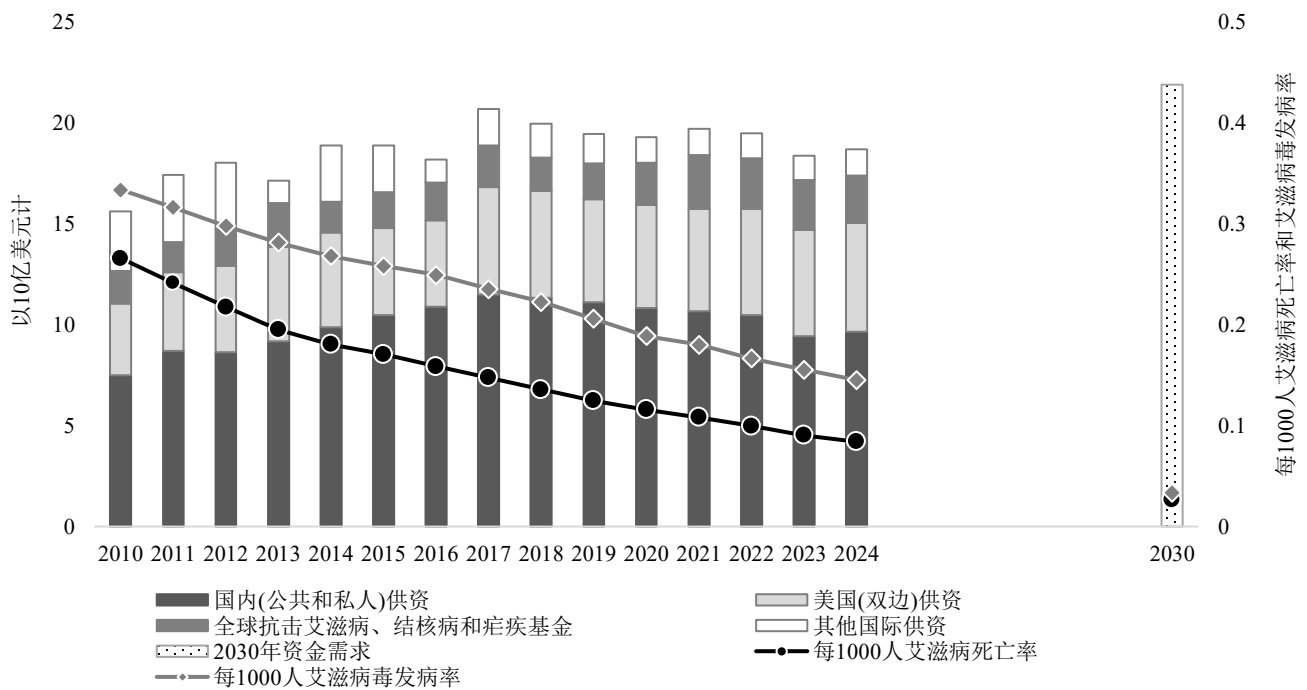
¹⁵ 联合国人口司，数据网站。可查阅 <https://population.un.org/dataportal/>。

12. 2024 年全球与艾滋病相关死亡人数为 63 万[49 万-82 万]，这一数字仍然高得令人无法接受，但比 2010 年下降了 54%，取得这一成就得益于大规模提供艾滋病毒检测和治疗服务。艾滋病相关儿童死亡人数从 2010 年的 24 万[16 万-34 万] 降至 2024 年的 7.5 万[5 万-11 万]。

13. 取得这一进展得益于筹资环境的改善。尽管资金仍未达到消除艾滋病所需的水平，但国际捐助方和受艾滋病毒影响国家已展现出全球承诺。2010 至 2024 年间，国内艾滋病毒防治资金增加了 28%，国际资金增加了 12%(见图二)。

图二

2010-2024 年中低收入国家艾滋病毒防治资源的分配情况，以及艾滋病毒发病率和艾滋病相关死亡率趋势



资料来源：艾滋病署 2025 年财政和流行病学估计。

在应对艾滋病毒方面取得的进展令人瞩目，但进展并不均衡

14. 尽管取得了这一进展，但防治艾滋病毒成果在各区域和各人群中的分布并不均衡。2024 年，所有地区的艾滋病毒检测和治疗覆盖率以及艾滋病毒感染者的病毒抑制率均有所提高，但在东欧和中亚、中东和北非以及亚洲和太平洋地区的某些国家，这些指标仍明显落后。

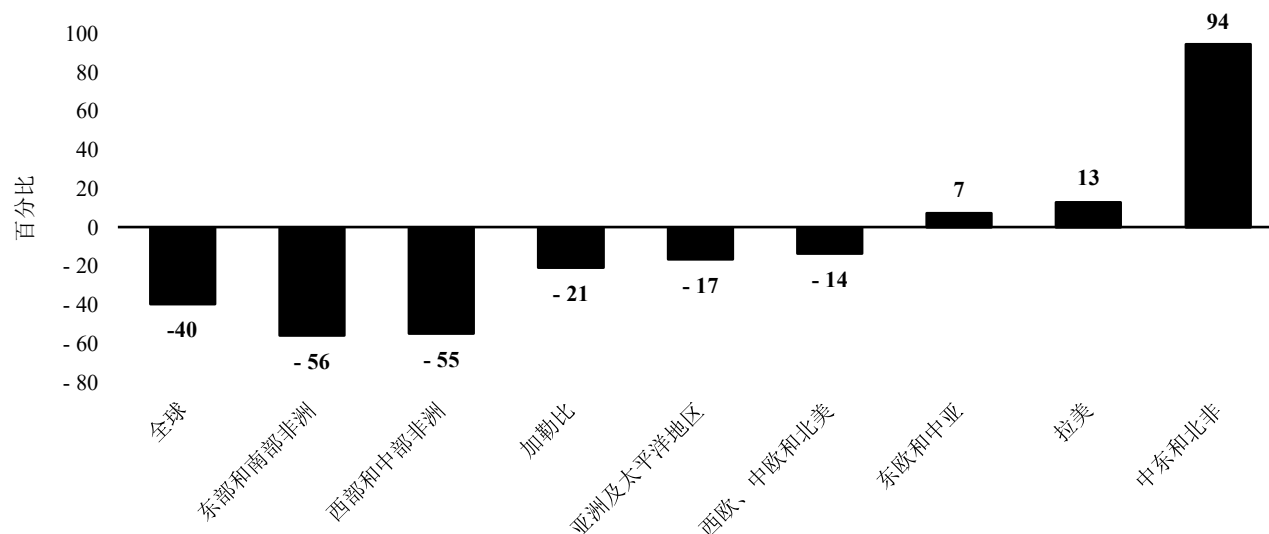
15. 2024 年，全球 920 万需要但未获得艾滋病毒治疗的人群中，有一半居住在撒哈拉以南非洲。在未得到满足的全部需求中，还有四分之一居住在亚洲及太平洋地区。2024 年，在大约 140 万[110 万-180 万]感染艾滋病毒的儿童中，有超过 62 万未接受抗逆转录病毒治疗。尽管儿童仅占有所有艾滋病毒感染者的 3%，但

2024 年全球艾滋病相关死亡病例中，约 12%为儿童。在许多国家，感染艾滋病毒的男性、重点人群以及难民和移民等弱势群体接受治疗的可能性更小。¹⁶

16. 2010 至 2024 年间，撒哈拉以南非洲地区的新发艾滋病毒感染人数下降了 56%，加勒比地区下降了 21%，亚洲及太平洋地区下降了 17%；但中东和北非地区上升了 94%，拉丁美洲上升了 13%，东欧和中亚地区上升了 7%(见图三)。

图三

2010 至 2024 年全球及各区域年度新发艾滋病毒感染人数的百分比变化



资料来源：2025 年艾滋病署流行病学估计数(<https://aidsinfo.unaids.org/>)。

17. 由于艾滋病毒防治方案以及卫生和群体系统中存在服务缺口和不足，造成 2024 年估计将有 12 万[8.2 万-17 万]名儿童(0-14 岁)感染艾滋病毒，其中绝大多数(83%)居住在撒哈拉以南非洲。为改善母亲和儿童的健康状况，需要扩大产前保健的覆盖面，将艾滋病毒检测与治疗纳入产前保健。

18. 2024 年，每周有 4 000 名少女和年轻女性(15 至 24 岁)感染艾滋病毒，其中撒哈拉以南非洲地区每周就有 3 300 人。出现这种结果是因为结构性不平等加剧了妇女和女童感染艾滋病毒的风险、限制了她们保护自身健康的能力。¹⁷

19. 艾滋病毒预防工作已严重滞后，本可预防的感染仍在不断发生。各项艾滋病毒防治方案未能覆盖重点人群以及他们的性伴侣，据估计，在撒哈拉以南非洲以外地区，新发艾滋病感染人数中约 74%来自这些群体；而在撒哈拉以南非洲地区，这一比例约为 26%。¹⁸ 在全球范围内，重点人群及其伴侣中艾滋病毒

¹⁶ 艾滋病署，“2025 年全球艾滋病形势最新情况”。

¹⁷ Sanyukta Mathur 及他人，“HIV vulnerability among adolescent girls and young women: a multi-country latent class analysis approach”，International Journal of Public Health, vol. 65, No. 4(2020 年 5 月)。

¹⁸ 艾滋病署，2025 年世界艾滋病日报告。

新发感染的比例从 2010 年的 44% 上升至 2024 年的 49%。¹⁹ 此前向重点人群以及妇女和女童提供的预防服务严重依赖外部援助，但大部分此类支持已于 2025 年初中断。²⁰

20. 许多阻碍艾滋病防治工作取得进展的障碍和不平等现象依然存在。污名化、歧视、惩罚性法律、性别不平等以及暴力行为仍在限制人们远离艾滋病毒的能力，或者限制艾滋病毒感染者过上安全、健康、有尊严的生活。²¹ 2021 年《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言》为 2025 年设定的“10-10-10”社会赋能目标旨在消除这些障碍。但这些目标尚无法实现。在许多国家，政治意愿有限制约了针对重点人群和其他弱势群体所提供的多部门、综合性艾滋病毒相关服务及保护措施的规模和覆盖范围。²²

成果仍不稳固，需要加以保护

21. 迄今取得的进展需要加以保护。在撒哈拉以南非洲以外地区，抗逆转录病毒治疗方案主要由国内资金支持。在西部和中部非洲，捐助方提供了 90% 的治疗相关资金(其中 53% 来自全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金)；而在东部和南部非洲，2024 年国际援助占资金总额的 38%。²³ 这些地区的此类方案尤其容易受到捐助方削减资金的影响。²⁴

22 2024 年，外部资金在撒哈拉以南非洲地区艾滋病毒预防工作中占比近 80%，在加勒比地区为 66%，在中东和北非地区则为 60%，这些地区的艾滋病毒预防工作尤其面临风险。²⁵ 随着资金格局继续发生变化，我们必须确保所有艾滋病毒感染者、易感染者或受影响者都能获得他们所需的艾滋病毒防治服务，获得安全空间、同伴支持小组、法律普及方案和治疗网络。

23. 40 多年来，群体主导的组织和民间团体，包括宗教社群，在全球范围内影响并推动了艾滋病毒防治方案。事实证明，群体主导的组织，尤其是那些牵头提供同伴支持服务的组织，在多种环境和多个国家中，能够提高检测参与率、改善抗逆转录病毒治疗的依从性、加强患者留存率、抑制更多的病毒载量，降

¹⁹ 同上。

²⁰ 艾滋病署，“美国削减供资对东部和南部非洲艾滋病毒方案的影响：3 月 15 日至 4 月 1 日”，2025 年 3 月 31 日。

²¹ Carla M. Doyle 及他人，“The impact of HIV stigma and discrimination on HIV testing, antiretroviral treatment, and viral suppression in Africa: a pooled analysis of population-based surveys”, *The Lancet HIV*, vol. 13, No. 4(2026 年 4 月)。

²² 艾滋病署，“2025 年全球艾滋病形势最新情况”。

²³ 对 2019-2024 年艾滋病署支持的国家艾滋病支出评估的全球监测(见 <https://aidsinfo.unaids.org/>)。

²⁴ Judith Sherman 和 Hein Marais，“The future is on the line: the cost of inaction on HIV for children”, UNAIDS and United Nations Children’s Fund, 2025 年 11 月 26 日。

²⁵ Doyle 及他人，“The impact of HIV stigma”。

低母婴传播风险。²⁶ 由于许多国家长期存在群体主导的应对措施资金不足以及公民社会空间不断萎缩的问题，2021 年《政治宣言》中关于群体服务交付的“30-80-60”目标的进展难以衡量，进展缓慢、成效不足。²⁷ 近期资金流向的变化导致许多群体主导的组织缩减或停止了其艾滋病毒防治工作，凸显出为保护那些已被证实能够挽救生命的群体主导应对措施，加快采取可持续性措施的紧迫性。

各国、各群体和区域机构正挺身而出发挥带头作用

24. 随着国际资源的减少，各国已开始转向自力更生，艾滋病毒应对工作正变得更可持续且由国家所有。这些转型涉及在加强卫生、社会及财务制度的同时，加速将应对措施纳入这些制度，同时吸纳群体领导力量，加强国内财政收入的筹集，以及加大对卫生和艾滋病毒防治工作的投资。

25. 在多个国家，随着外部资金支持发生变化，强大的国家领导能力正在日益壮大，以维持甚至增加用于艾滋病毒应对工作的国内资金。截至2025年(含2025年)向艾滋病署报告数据的国家，例如布隆迪、埃塞俄比亚、莫桑比克和乌克兰，²⁸ 其新接受抗逆转录病毒治疗的人数相对稳定，甚至有所增加。尽管财政空间受到相当大的限制，但许多中低收入国家仍在2025年迅速采取行动，以维持艾滋病毒防治服务并加强国家应对工作。尽管国内投资的这些增加无法完全弥补国际援助的减少，但也帮助缓解了资金削减带来的部分影响。

26. 2024 年，艾滋病署与合作伙伴开始与各国共同制定一种新方法，以可持续地规划艾滋病毒应对工作。这一方法体现在各国艾滋病毒应对工作可持续性路线图的制定中，依赖整合了群体领导力、性别平等与人权的包容型、参与式、国家驱动、国家所有的各项进程。³⁰ 多个国家在艾滋病署及合作伙伴的支持下，为消除艾滋病这一公共卫生威胁，增加国内融资，在今后多年保住在艾滋病毒防治方面取得的成果，制定了清晰、可操作的路线图。

27. 世界各地的艾滋病毒感染者、易感染者及受影响者已团结起来，相互支持，保护艾滋病毒应对工作取得的进展。NEPHAK 是肯尼亚一个由艾滋病毒感染者和易感染者组成的一个全国性网络，该组织正在积极倡导将艾滋病毒防治工作纳入常规医疗服务，将艾滋病毒治疗纳入国家医疗保险计划的覆盖范围。²⁹ 在越南，由重点人群主导的灯塔组织针对暴露前预防试点了分级共付费模式，以缓解捐助

²⁶ George Ayala 及他人，“Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review”，PLoS One (2021 年)。

²⁷ Civicus, “Global findings 2025”, Civicus Monitor database。可查阅 https://monitor.civicus.org/globalfindings_2025/。

²⁸ 各国通过全球艾滋病监测平台提交的月度数据。

²⁹ 见 personal communication, FR Anam, Global Network of People Living with HIV, 27 October 2025, in UNAIDS, *World AIDS Day Report 2025*。

方削减资金带来的影响，为受服务缩减影响的群体成员提供了经济支持。³⁰ 女性艾滋病毒感染者国际共同体东非分部通过其“斗志昂扬、智慧过人、能力增强、坚韧不拔、无所畏惧、追求卓越”行动，已将年轻女性推到了各自群体和国家艾滋病毒预防宣传工作的最前沿。

28. 2025 年全年，区域领导机构，特别是非洲联盟，通过《非洲联盟 2030 年及以后的路线图：持续开展艾滋病应对工作，加强体系建设，保障卫生安全，促进非洲发展》，加大了行动力度。该路线图承诺确保为艾滋病毒防治及其他卫生方案提供多样化且可持续的资金；³¹ 新设立的非洲流行病基金旨在支持各国为未来的卫生突发事件做好准备并做出应对；³² 此外，加纳总统约翰·德拉马尼·马哈马召集非洲各国领导人启动了“阿克拉重启”计划，呼吁建立区域卫生与发展治理及融资新模式。³³

继续为消除艾滋病所做努力提供国际支持至关重要

29. 尽管许多国家正在推进对其艾滋病毒应对工作的更大所有权和资金支持，但持续的国际支持对于实现稳健公平的过渡仍然至关重要，对低收入国家以及对于保持并进一步加强群体主导的应对工作而言更是如此。

30. 2025 年下半年，全球艾滋病毒防治方案的两个主要国际资助方，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金与美利坚合众国政府，均出现积极进展，为在追求自力更生和主权基础上在抗击艾滋病毒问题上加快取得进展提供了契机。持续的双边合作，尤其是通过《美国优先全球卫生战略》以及在全球艾滋病毒应对方面做出的重大新承诺，³⁴ 加上多边层面的坚定承诺(体现在向全球基金第八次充资认捐 126.4 亿美元)，³⁵ 为各国投资于高影响力的艾滋病毒防治方案、从而惠及最需要服务的人提供了重要动力。

利用创新扩大影响，提升效率

31. 通过及时的艾滋病毒诊断、衔接治疗以及严格的治疗依从性，最大限度地抑制艾滋病毒载量，是应对工作的基石，不仅能改善艾滋病毒感染者的健康状况，而且在病毒载量得到抑制后，还能消除病毒传播的风险。病毒载量检测不到的人将艾滋病毒传染给性伴侣的风险为零，而病毒载量得到抑制的人，其传

³⁰ 见 personal communication, T Doan, Lighthouse, Viet Nam, 27 October 2025, in UNAIDS, *World AIDS Day Report 2025*。

³¹ 非洲联盟，非洲联盟(非盟)2030 年及以后的路线图：持续开展艾滋病应对工作，确保系统强化，保障卫生安全，促进非洲发展(2025 年，亚的斯亚贝巴)。

³² 非洲疾病预防控制中心，“新时代非洲卫生筹资”，2025 年 4 月。

³³ Sara Jerving, “The ‘Accra reset’: time’s up for the legacy aid system”, Devex, 2025 年 10 月 1 日。

³⁴ 美利坚合众国国务院，《美国优先全球卫生战略》，2025 年 9 月。

³⁵ 全球基金，“全球基金董事会欢迎第八轮充资结果，美国认捐 126.4 亿美元，支持战略调整，推动各国走向自力更生”，2026 年 2 月 18 日。

染风险也接近于零。^{36, 37} 采取适当的预防措施，也能防止将病毒传染给婴儿。

“U=U”（病毒载量检测不到即不具传染性）这一理念在整个艾滋病应对工作中至关重要且具有现实意义。

32. 有效利用艾滋病预防与治疗相结合的手段，对于减少新发艾滋病毒感染人数和加快工作进展至关重要。创新有望让有限的资源发挥更大作用，最大限度地提升艾滋病防治投入对公共卫生的影响。艾滋病署委托开展的数学建模研究着重指出，进一步扩大方案规模并维持极高的服务覆盖水平至关重要。³⁸ 但这一建模同时也指出，尽管艾滋病治疗至关重要，但仅靠治疗并不能消除艾滋病。在扩大艾滋病治疗规模的同时，必须同样坚定地致力于为所有有需要的人提供艾滋病预防服务。

33. 近年来，长效注射型暴露前预防用药方案的研发作为每日口服暴露前预防用药的补充，为艾滋病预防工作带来了新的紧迫感，重振了伙伴关系。艾滋病署制定了雄心勃勃的艾滋病预防目标，动员了多领域的合作伙伴；世界卫生组织则迅速更新了技术指南，其中包含关于来那卡帕韦的建议，以促进该预防方案的采用和可及性。³⁹ 2025年9月，美国政府宣布将支持全球基金所做努力，为艾滋病毒高负担国家多达200万人提供长效暴露前预防用药。⁴⁰ 盖茨基金会宣布与印度的海特罗实验室建立合作伙伴关系；⁴¹ 克林顿健康倡议组织和国际药品采购机制也与雷迪博士实验室建立了类似的合作伙伴关系，⁴² 旨在以每人每年40美元的成本生产长效暴露前预防的仿制药，目的是使各国卫生系统能够负担得起这一干预措施。公平获得药物，特别是以可负担的价格获得创新药物，至关重要。

34. 群体组织各种活动、进行宣传，并力争获得服务及享用最新科学成果，在艾滋病应对工作的前沿发挥关键作用。⁴³ 当长效暴露前预防用药等新技术研

³⁶ 当一个人的病毒载量低到聚合酶链反应检测无法测出时，即被视为“无法检测到”。病毒载量受到抑制的定义为病毒载量 $\leq 1\,000$ 拷贝/毫升。

³⁷ 世界卫生组织(世卫组织)，“抑制艾滋病毒在改善个人健康和减少传播方面的作用”，政策简报(2023年，日内瓦)

³⁸ 艾滋病署，2025年世界艾滋病日报告。

³⁹ 世卫组织，《关于来那卡帕韦用于艾滋病毒预防及长效注射用暴露前预防检测策略的指南》(2025年，日内瓦)。

⁴⁰ United States of America, Department of State, “PEPFAR commits to distributing breakthrough HIV drug lenacapavir demonstrating American excellence in science and American leadership in HIV prevention”, 2025年9月4日。

⁴¹ Gates Foundation, “Gates Foundation partners with Indian manufacturer to drive down cost of, accelerate access to groundbreaking HIV prevention tool”, 24 September 2025.

⁴² Unitaid, “Unitaid, CHAI, and Witts RHI enter into landmark agreement with Dr. Reddy’s to make HIV prevention tool lenacapavir affordable in LMICs”, 24 September 2025.

⁴³ Ayala 及他人, “Peer- and community-led responses to HIV”。

发出来后，群体主导的组织致力于收集需求，并以人们能够接受且方便获取的方式提供服务，⁴⁴ 确保这些服务能惠及最需要的人。

三. 到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁

35. 2025 年 12 月，艾滋病署方案协调委员会会议通过了《2026-2031 年全球艾滋病防治战略》。⁴⁵ 该战略为本报告中提出的建议奠定了基础。该战略审议了艾滋病毒、全球卫生及发展领域生态系统快速变化所带来的影响，为今后五年及更长时期的集体行动指明了方向。该战略的目标是，到 2030 年，4 000 万艾滋病毒感染者获得治疗，病毒载量得到抑制；2000 万人获得艾滋病毒预防服务，其中包括基于抗逆转录病毒药物的艾滋病毒预防方案；所有人都能不受歧视地获得艾滋病毒防治相关服务。

重新做出承诺，制定以国家为重点的目标

36. 提出了十六项最高目标，将全球应对措施划分为明确、可管理的各个部分，既简化了问责，又能应对不断变化的挑战(见图六)。⁴⁶ 部分目标沿用了 2021 年《政治宣言》中的内容，因为这些目标尚未在所有国家实现，且依然至关重要。这些目标的新重点在于可持续性与融合。

37. 预计实现这 16 项目标将在 2025 至 2030 年间避免 330 万新发艾滋病毒感染人数和 140 万艾滋病相关死亡人数，从而有效实现 2030 年消除艾滋病的目标，使新发艾滋病毒感染人数和艾滋病相关死亡人数较 2010 年减少 90%(见图四)。如果 2030 年后每年新发感染人数能再减少 5%，将确保各国和各群体的长期进展在 2030 年后得以持续。⁴⁷

38. 如果人们能够持续获得艾滋病毒治疗，过上健康生活并减少病毒进一步传播；如果他们能够获得其他有效的预防选项；如果污名化和歧视能够减少；如果能够消除那些阻碍人们获得服务的政策、法律和结构性障碍，这一目标就能实现。

⁴⁴ Wawira Nyagah 及他人，“How might we motivate uptake of the dual prevention pill? Findings from human-centered design research with potential end users, male partners, and healthcare providers”, *Frontiers in Reproductive Health* (2023).

⁴⁵ 艾滋病署，“2026-2031 年全球艾滋病防治战略：团结起来消除艾滋病”（2026 年，日内瓦）。

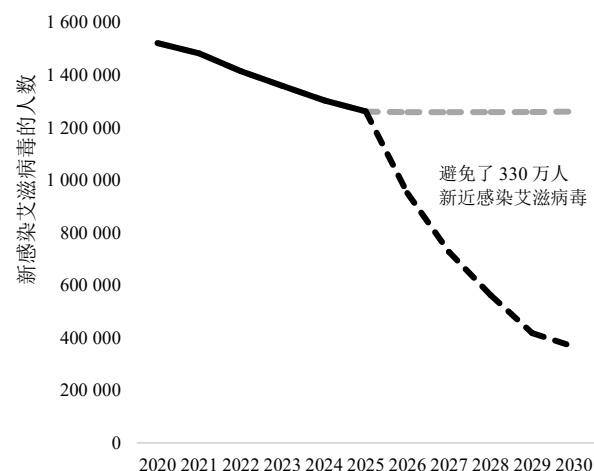
⁴⁶ 艾滋病署，“艾滋病毒防治工作 2030 年建议目标”（见 <https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv>UNAIDS）。

⁴⁷ 同上。

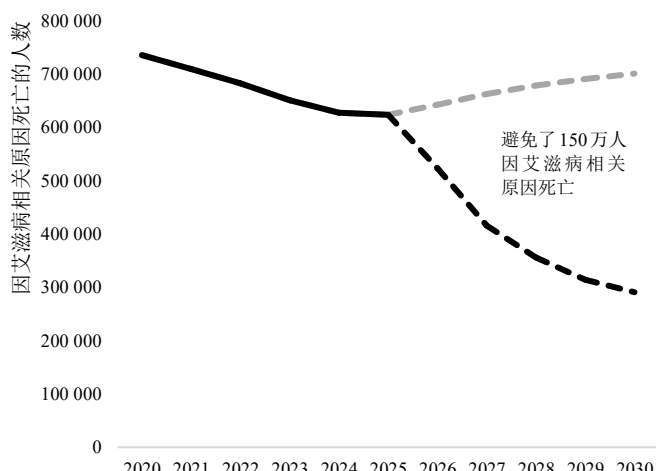
图四

实现 2030 年艾滋病防治目标后可避免的新发艾滋病病毒感染和艾滋病相关死亡人数，全球 2020-2024 年估计值与 2025-2030 年预测值

新感染艾滋病病毒的人数



因艾滋病相关原因死亡的人数



----- 实现 2030 年目标 - - - - - 2024 年持续覆盖率

资料来源：艾滋病署 2025 年流行病学估计数据，以及艾滋病建模联盟“Goals”模型的预测。

新的资源需求估计数

39. 艾滋病署的预测显示，要想到 2030 年实现《全球艾滋病战略》的各项目标，中低收入国家每年需要 219 亿美元的资源，约占全球卫生支出的 0.2%。这一数字低于此前估计的 293 亿美元，原因是近年来价格降低以及实现了其他节约。⁴⁸

40. 到 2030 年，艾滋病防治所需的大部分年度资源都将来自中高收入国家(46%)，其余部分则来自中低收入国家(34%)和低收入国家(20%)。⁴⁹ 2024 年，全球艾滋病防治资金总额为 187 亿美元，其中国内资金占 52%。根据差异化的国内融资目标，预计低收入国家将利用国内资源为其艾滋病应对工作提供约三分之一的资金，中低收入国家约三分之二，而中高收入国家则几乎全部依靠国内资源，这与各国的财政能力空间相一致。实现这些目标将使中低收入国家国内自给率在 2030 年前提升至总需求的大约三分之二。在一些国家，包括受冲突影响的国家，持续的国际支持仍将至关重要(见图五)。

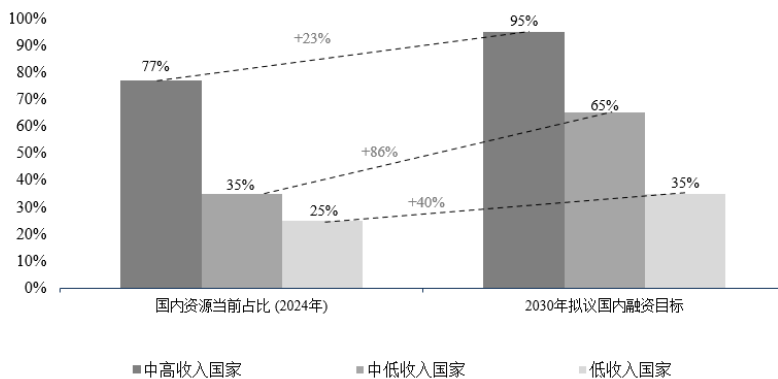
⁴⁸ John Stover 及他人，“The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets”，medRxiv。2025 年 7 月 2 日。

⁴⁹ 新的估计数不包括中高收入国家，世界银行已于 2024 年将这此国家重新归类为高收入国家。

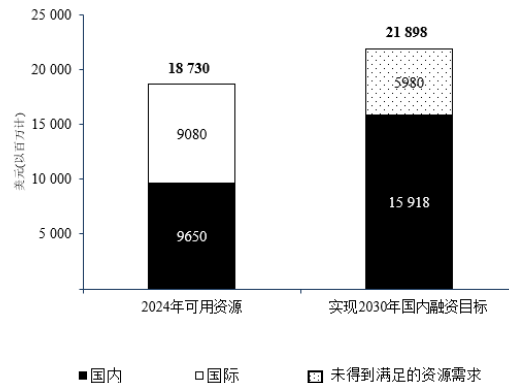
图五

2024 年中低收入国家预计可用的艾滋病毒防治资源、2030 年预计资源需求，以及国内艾滋病毒防治资金目标得以实现的情景

低收入、中低收入和中高收入国家国内资源的当前占比及 2030 年拟议国内融资目标



2024 年中低收入国家艾滋病毒防治资源的预计供应量及 2030 年的预计需求



资料来源：艾滋病署财务估计值，2025 年 7 月。

注：国内融资目标反映了到 2030 年不同收入群体国内资源的平均占比。在每个群体内部，尤其是中等偏下收入国家和低收入国家每个群体内部，各国在疾病负担和财政能力方面存在显著差异。这些目标旨在鼓励在国家层面加强国内自主权，从而推动各收入群体实现整体增长。

到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁的三大优先事项

41. 《2026-2031 年全球艾滋病防治战略》强调转向以人为本的方针，同时进一步明确明确了各国、群体和民间社会应在责任共担框架内主导国家艾滋病毒应对工作的预期。该战略通过此举巩固和加速了艾滋病毒应对工作中正在进行的转型，从侧重应急、外部供资模式，转向一种可持续、国家主导、以权利为基础、促进性别平等变革、植根于韧性系统的综合性方法。该战略强调长期国内融资；将艾滋病毒防治工作纳入全民健康覆盖、初级卫生保健及其他平台；使支持群体主导应对措施机制正规化。

42. 该战略确定了三大核心优先事项和八个成果领域，还制定了各国可监测的可量化目标(见图六)：

(a) 优先事项 1 强调国内领导力、多元化融资以及将艾滋病毒防治工作融入全民健康覆盖系统。这一优先事项需要财政创新、多部门协作、融入初级卫生保健系统，以及加强国家数据系统，包括建立在公平和隐私保护基础上的治理机制；

(b) 优先事项 2 侧重于提供综合性、差异化且以人为本的艾滋病毒防治服务，通过结合生物医学手段、结构性干预措施以及社会和行为变革，通过致力于实现药品及其他卫生产品的公平获取，确保艾滋病毒感染者、易感染者和受影响者能够获得艾滋病毒预防、检测、治疗和护理服务；

(c) 优先事项 3 倡导以权利为基础、注重性别平等的方法以及群体主导的治理模式。法律改革、为群体主导的组织提供资源支持以及保障措施是关键。

43. 三大优先事项整体上构成了一个经过成本核算、可衡量、有重点、旨在到 2030 年消除艾滋病，并确保未来继续开展多部门、包容性国家艾滋病毒应对工作的议程。到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁将是一项具有历史意义的公共卫生成就，三大优先事项为实现这一成就指明了一条雄心勃勃但也切实可行的道路。

巩固成果，建设持久的艾滋病毒应对机制

44. 实现可持续性需要稳健、前瞻性的规划和具有变革性的方法。各国需要建立卫生保健服务交付系统，为艾滋病毒感染者、易感染者和受影响者提供便捷、优质的服务，同时在经济压力下尽量减少自费支出。这需要支持各群体提供及时、充分的支持，消除获取服务方面的结构性障碍。

45. 实现可持续性需要对国家和地方能力进行战略性投资，包括采取灵活多样的融资安排，将公共收入、通过医疗保险计划或医疗税筹集的额外国内资金、持续的赠款及融资工具相结合，确保在各国加强自身公共系统并为实现自力更生做好准备的过程中，捐助方能够负责任地进行过渡。

46. 在全球范围内，艾滋病毒应对工作率先探索了综合性、以人为本的卫生服务模式。⁵⁰ 在 152 个有数据可查的国家中，约有四分之一已将艾滋病毒应对工作纳入更广泛的卫生战略。系统整合有望提高效率、实现成本节余、改善卫生系统的整体运行，包括在人道主义环境中的整体运行。在快速整合应对措施背景下，必须确保在提供综合服务时杜绝污名化和歧视，坚持以人为本的方针，保护人权和性别平等。⁵¹

⁵⁰ Caroline A. Bulstra 及他人，“Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis”，PLoS Medicine (2021)。

⁵¹ Global Network of People living with HIV, “People Living with HIV Stigma Index 2.0: global report 2023 – hear us out: community measuring HIV-related stigma and discrimination”, 2023。

图六 《2026-2031 年全球艾滋病战略》概要



携手共进：通过本地、区域及多边行动消除艾滋病

47. 单打独斗战胜不了艾滋病。必须将艾滋病毒应对工作融入更广泛的公共卫生和发展系统及议程。这种融入能够增强影响，提高效率和可持续性，确保艾滋病毒应对工作既能促进又能受益于那些以人为本、具有韧性的系统，从而全面满足艾滋病毒感染者、易感染者和受影响者的各项需求。

48. 在许多国家，卫生及其他关键服务由地方层面负责管理和提供，这使得群体、地方政府、服务提供方、慈善机构、宗教组织、私营部门及其他各方可以建立富有成效的合作关系。

49. 区域性实体，包括民间社会区域网络和群体主导的网络，发挥着至关重要的作用。它们具备得天独厚的优势，能够协调公共卫生战略、集合技术支持与采购工作、促进国家问责、调动共享资源、提升艾滋病毒防治相关产品的本地和区域生产能力、开展研究并传播信息。

50. 多边行动仍必不可少，有助于产生并维持政治承诺，协调各合作伙伴，包括国家、群体、民间社会、私营部门、地方政府、宗教组织、基金会、国际组织及其他利益攸关方，共同致力于实现共同的目标和具体目标，推动关于国际标准的规范性指导，加强成果问责。多边、多部门应对一直是艾滋病毒应对工作取得成功的显著标志之一，它将各行业和社会各界的合作伙伴与利益攸关方凝聚在一个共同目标之下，各方努力清晰明确、相辅相成。这确保了多边融资的持续性和协调性，也为不同机构和学科之间的合作提供了保障。

51. 联合国发挥召集能力，在支持各国将全球承诺转化为协调一致、由国家主导的行动方面发挥核心作用，并致力确保其对艾滋病毒应对工作的支持能够适应未来需要。在此背景下，秘书长提议于 2026 年启动艾滋病署的逐步退出程序，将该机构的能力和专长纳入联合国发展系统相关实体的主流，并将此作为联合国 80 周年倡议的一部分。最终目标将是确保向共同主办平稳过渡，保护本组织在艾滋病署目前履行的一切职能中支持《全球艾滋病防治战略》的能力。据此，艾滋病署方案协调委员会第五十七届会议决定设立一个工作组，负责进一步推动艾滋病署向联合国系统及其他方面的过渡和整合工作。该工作组的任务是，根据联合国 80 周年倡议，于 2026 年 6 月前提交一份中期报告，并于 2026 年 10 月前提交一份最终计划，随后将这些文件转交经济及社会理事会。⁵² 该工作组正在主要研究多项方案，确保领导与宣传、召集与协调、通过数据实现问责、目标与战略，以及群体领导与参与等关键职能的连续性，其中包括将艾滋病署秘书处的职能部分或全部转移至由一个由多边实体托管的枢纽。该工作组也正在考虑今后的资金筹措和治理安排，确保继续在全球层面统筹管理《全球艾滋病防治战略》，并建立一种由联合国授权的治理模式，维护民间社会和群体在决策中的作用。

⁵² 艾滋病署，“工作范围：关于艾滋病署进一步向联合国系统及更广泛领域过渡和融合的规划委员会工作组”，2026 年 2 月 24 日。

团结起来消除艾滋病

52. 团结起来，世界就有消除艾滋病的途径。要想成功消除艾滋病，就需要持续的政治承诺、以人为本的有效项目、有利的政策、有韧性的卫生和群体系统以及可持续的资金保障。艾滋病毒感染者、易感染者及受影响者的领导力和经验仍是推动取得进展的关键所在。到 2030 年消除艾滋病这一公共卫生威胁的清晰路径已然存在，只要我们团结一致，就一定能成功。

四. 建议

53. 敦促会员国采纳以下建议，推进《2026-2031 年全球艾滋病战略》三大优先事项及其最高目标，消除艾滋病这一公共卫生威胁，建立可持续、以人为本的应对机制。这些举措结合起来，旨在到 2030 年将艾滋病毒新发感染人数较 2010 年水平减少 90%，并在 2030 年后保持每年 5% 的降幅，同时将艾滋病相关死亡人数较 2010 年水平减少 90%。

建议 1

建立可持续、多部门、以权利为基础、各国所有的艾滋病毒应对机制

54. 敦促会员国：

(a) 确保为以人为本的艾滋病毒应对工作提供充足、可预测、可持续的资金，包括实现每年为中低收入国家筹集 219 亿美元用于艾滋病毒防治资金投入的目标，提高国内资金在艾滋病毒防治中的占比，按照全民健康覆盖的目标减少艾滋病毒防治方面的自付费用，确保费用不会成为获得艾滋病毒预防、治疗、护理和支持服务的障碍；

(b) 将艾滋病毒防治服务以及与艾滋病毒相关的卫生和社区系统融入初级卫生保健、更广泛的卫生系统以及关键的非卫生部门(包括劳动、教育、司法、性别平等及人道主义)，以实现以下目标：确保 95% 接受艾滋病毒预防或治疗服务的人同时获得性与生殖健康服务(包括性传播感染防治服务)；确保 95% 的艾滋病毒感染孕妇及其新生儿获得母婴保健服务，该服务应整合或衔接全面的艾滋病毒防治服务，包括有关艾滋病毒和乙型肝炎的预防以及梅毒的治疗服务；

(c) 投资建设国家所有的综合监测、信息和数据收集系统，动员多部门和群体共同参与，确保对艾滋病毒及其并发症进行有效预防、及时诊断、治疗和护理。这些措施应与高质量的资源追踪系统相衔接，这对在实现各项目标方面加快取得进展至关重要。

建议 2**提供以人为本的服务，确保最需要服务的人能够公平、有尊严地获得艾滋病毒防治服务****55. 敦促会员国：**

(a) 推广艾滋病毒综合预防，将生物医学、行为、结构性群体主导的干预工作结合起来，实现 90%有预防需求的人能够使用有效预防选项的目标，这些选项包括暴露前预防用药、暴露后预防、男用和女用安全套、清洁针具发放项目以及类阿片受体激动剂维持治疗；

(b) 为确保妇女、男子、青年人、儿童、重点人群、其他感染艾滋病毒风险较高的弱势群体(包括难民、移民和土著人民)能够公平获得可利用、可获取、可接受且高质量的艾滋病检测、治疗和护理服务，实现“95-95-95”目标，即：95%的艾滋病毒感染者了解自身感染状况，95%知晓自身感染状况的艾滋病毒抗体检测阳性者接受抗逆转录病毒治疗，95%接受抗逆转录病毒治疗者的病毒载量得到抑制；

(c) 消除与艾滋病毒有关的污名化与歧视，在艾滋病应对工作中维护人权和性别平等，包括为此加快法律和政策改革，消除阻碍艾滋病防治服务及应对措施可及性、可持续性和包容性的障碍，加大力度实现“10-10-10”目标：确保艾滋病毒感染者和重点人群中遭受污名和歧视的比例低于 10%；遭遇性别不平等和暴力的妇女、女童、艾滋病毒感染者以及重点人群低于 10%；不到 10%的国家存在拒绝或限制人们获得相关服务的惩罚性法律和政策环境；

(d) 为确保公平、及时地享有艾滋病毒检测、预防、治疗和护理方面的科学、医疗和技术创新，包括新型和长效技术，推动科学发展转化为对所有有需求者的切实利益，应促进建立平衡的法律框架，增强各国以公共卫生视角管理知识产权的能力。

建议 3**确保群体发挥领导作用****56. 敦促会员国：**

(a) 遵循加强艾滋病毒感染者/艾滋病患者参与的原则，并认识到他们对艾滋病毒应对工作的可持续性做出的必不可少的贡献，应确保艾滋病毒感染者、易感染者或受影响者群体继续在艾滋病毒应对工作中发挥引领作用，包括影响政策、交付服务、提供质量保证，并就各国政府做出的承诺推动问责；

(b) 加强群体领导作用，重新致力于实现“30-80-60”目标，使 30%的艾滋病毒检测以及与护理和治疗相关的支持服务由群体主导的组织提供，包括关键人群主导和妇女主导的组织，80%面向重点人群的以人为本的艾滋病毒预防方案由群体主导的组织实施，以及 60%支持实现社会促进因素的方案由群体主导的组织实施，包括重点人群主导和妇女主导的组织。

建议 4

通过联合国重申和申明多边领导力与问责，保持消除艾滋病这一公共卫生威胁的集体雄心与行动

57. 敦促会员国：

(a) 利用按年龄和性别分列的全球指标和强有力的监测系统，每年报告国家艾滋病毒感染情况和应对进展，并找出服务覆盖和艾滋病毒应对成果方面的差距。这些报告应继续向大会、经济及社会理事会以及可持续发展高级别政治论坛等机构提供信息，以便在不断变化的全球卫生与发展背景下，开展基于证据的审查，相互问责，并及时调整方向；

(b) 考虑于 2031 年召开一次艾滋病毒和艾滋病问题高级别会议，2026 年做出了承诺，致力于到 2030 年实现消除艾滋病这一公共卫生威胁并在未来保持这一成果的目标，2031 年会议审议 2026 年所作承诺取得的进展，使全球艾滋病毒应对工作能够实现安全、持久过渡，同时也在 2027 和 2030 年关于全球目标的大会峰会上评估阶段性进展。
