

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染 2022-2030 年全球卫生部门战略

目录

- 1. 在新的全球卫生时代消除流行病**
 - 1.1 进展不均衡的主要流行病
 - 1.2 向终结流行病的战略转变：采取以疾病为中心的联合行动
 - 1.3 制定战略
 - 1.4 战略制定过程
 - 1.5 如何浏览本文件
- 2. 愿景、总目标、战略方向和具体目标**
 - 2.1 愿景、总目标和战略方向
 - 2.2 具体目标和影响
 - 2.3 变革理论
- 3. 以人为本的共同应对方法**
 - 3.1 艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的关键具体目标
 - 3.2 战略方向 1：提供高质量、循证、以人为本的服务
 - 3.3 战略方向 2：优化系统、部门和伙伴关系以产生影响
 - 3.3 战略方向 3：生成并使用数据来推动行动决策
 - 3.4 战略方向 4：让获得权能的社区和民间社会参与进来
 - 3.5 战略方向 5：促进创新以产生影响

4. 艾滋病毒

4.1 艾滋病毒具体目标

- 4.2 战略方向 1: 提供高质量、循证、以人为本的服务
- 4.3 战略方向 2: 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响
- 4.4 战略方向 3: 生成并使用数据来推动行动决策
- 4.5 战略方向 4: 让获得权能的社区和民间社会参与进来
- 4.6 战略方向 5: 促进创新以产生影响

5. 病毒性肝炎

5.1 病毒性肝炎具体目标

- 5.2 战略方向 1: 提供高质量、循证、以人为本的服务
- 5.3 战略方向 2: 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响
- 5.4 战略方向 3: 生成并使用数据来推动行动决策
- 5.5 战略方向 4: 让获得权能的社区和民间社会参与进来
- 5.6 战略方向 5: 促进创新以产生影响

6. 性传播感染

6.1 性传播感染具体目标

- 6.2 战略方向 1: 提供高质量、循证、以人为本的服务
- 6.3 战略方向 2: 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响
- 6.4 战略方向 3: 生成并使用数据来推动行动决策
- 6.5 战略方向 4: 让获得权能的社区和民间社会参与进来
- 6.6 战略方向 5: 促进创新以产生影响

7. 实施、问责和监测

- 7.1 实施战略
- 7.2 伙伴关系的重要性
- 7.3 世卫组织的作用
- 7.4 问责、监测和报告
- 7.5 实施成本

附件

附件 1: 国家行动和世卫组织综合清单

附件 2: 衡量框架

1. 在新的全球卫生时代消除流行病

分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略为卫生部门实施具有战略重点性质的应对措施提供了指导，以实现到 2030 年消除艾滋病、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎和性传播感染的目标¹。在实施 2016-2021 年全球卫生部门战略^{2,3,4}取得的成就和吸取的经验教训的基础上，2022-2030 年战略考虑了近年来在流行病学、技术和背景方面出现的变化，促进了疾病领域的学习，并为利用创新和新知识有效应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染创造了机会。这些战略建议各国在今后八年里在世卫组织及合作伙伴的行动支持下，采取共同和针对具体疾病的行动。

每个国家都应确定受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响最大和风险最高的人群，并致力于采取与本地流行病学和卫生系统环境相适应的行动，同时要维护基本人权，并在获得卫生和循证实践方面注重公平。

2022-2030 年战略突出了卫生部门在消除这些流行病方面的关键作用，并认识到需要采取“将卫生问题纳入所有政策”的多部门方法来消除在加快取得进展方面面临的结构性和系统性障碍⁵。这些战略要求更准确地关注受每种疾病影响最大和风险最高的人群，并解决不平等问题。它们促进了在全民健康覆盖和初级卫生保健框架下的协同作用，并有助于实现《2030 年可持续发展议程》⁶的各项目标。

1.1 进展不均衡的主要流行病

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染每年共导致 230 万人死亡和 120 万例癌症⁷，并继续为全世界带来严重的公共卫生负担。每天有 100 多万人新感染性传播疾病，每年有

¹ 虽然认识到甲型和戊型病毒性肝炎（这两种感染都会引起急性病毒性肝炎）的重要性，但全球卫生部门战略主要关注慢性乙型和丙型病毒性肝炎。这两种感染可能导致肝硬化和肝细胞癌，占到所有病毒性肝炎死亡率的 96%。丁型肝炎合并感染或重复感染可能加速慢性肝病疾病的进展，但仅限于乙型肝炎患者。更多详情见第 5 章。

² 《2016–2021 年全球卫生部门艾滋病毒战略：终结艾滋病》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年

（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-chi.pdf?sequence=5&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问）。

³ 《2016–2021 年全球卫生部门病毒性肝炎战略：终结病毒性肝炎》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年

（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-chi.pdf?sequence=6&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁴ 《2016–2021 年全球卫生部门性传播感染战略：终结性传播感染》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年

（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-chi.pdf?sequence=6&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁵ 《2019-2023 年第十三个工作总规划》。日内瓦：世界卫生组织；2019 年

（https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279456/A71_R1-ch.pdf?sequence=1&isAllowed=y，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁶ 《变革我们的世界：2030 年可持续发展议程》。纽约：联合国；2015 年

（<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁷ 包括由乙型和丙型肝炎引起的肝细胞癌；由人乳头瘤病毒引起的宫颈癌，以及由病毒性肝炎和人乳头瘤病毒引起的其他类型的癌症。

450 万人感染艾滋病毒、乙型肝炎和丙型肝炎。尽管在这三个疾病领域都取得了进展，但全球应对工作仍然偏离轨道，2020 年的大多数全球卫生具体目标都未能实现（专栏 1.1）。现有工具和技术没有得到充分利用，很多人被落在后面，影响加速进展的结构性、系统性和财政障碍依然存在。此外，COVID-19 大流行也对取得进展起到了阻碍作用，需要加快行动以终结这些流行病。

专栏 1.1: 在 2016-2021 年期间取得的成就和存在的差距

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行和应对处于不同阶段⁸。

随着抗逆转录病毒疗法的大规模推广，全球**艾滋病毒**的流行情况发生了转变，全球艾滋病毒相关死亡人数降至 1994 年以来的最低水平。尽管如此，仍有 68 万人在 2020 年死于艾滋病毒相关原因，死亡率仍然高得令人无法接受，在降低死亡率方面的进展陷入停滞。此外，每年还有 150 多万人新感染艾滋病毒，在减少这一数字的全球具体目标方面也偏离了轨道。儿童和青少年在获得服务机会方面的进展落后于成人。在艾滋病毒方面，重点人群包括男男性行为者、注射毒品者、性工作者、变性人和囚犯。重点人群⁹及其伴侣占到全球艾滋病毒感染者的 65%，但这些人等在获得服务方面面临很多障碍，包括法律和政策障碍以及卫生部门内外的结构性和社会健康决定因素。

病毒性肝炎应对行动在 2016-2021 年实施期间获得了显著的势头。然而，资金承诺仍然不足以实现全球目标。由于婴儿疫苗接种和预防的支持，在降低乙型肝炎病毒发病率方面的 2020 年全球具体目标得以实现。自 2015 年以来，接受慢性丙型肝炎病毒感染治疗的人数增加了近 10 倍，并且降低了与丙型肝炎相关的死亡率。尽管如此，仍有近 80% 的乙型或丙型肝炎病毒感染者没有得到诊断，并且无法获得负担得起的治疗。由于慢性肝病和癌症，乙型和丙型肝炎每年继续导致 110 万人死亡。在许多低收入和中等收入国家，能够在出生时及时接种乙型肝炎疫苗的婴儿比例仍然很低。

性传播感染引起的多种流行病继续带来巨大的疾病负担，由于缺乏能见度、资金和实施支持，全球应对工作严重滞后。**四种可以治愈的性传播感染**——梅毒（梅毒螺旋体）、淋病（淋病奈瑟菌）、衣原体（沙眼衣原体）和滴虫病（阴道毛滴虫）——每天导致超过 100 万例感染。2020 年，全世界估计有 60.4 万名妇女被诊断出患有宫颈癌，其中大多数与感染高风险人乳头瘤病毒有关。人乳头瘤病毒也能导致男性患上肛门生殖器疣和某些类型的癌症。此外，还有超过 5 亿人患有生殖器单纯疱疹病毒感染。如果不进行治疗，性传播感染可能导致长期不可逆的潜在致命后果，包括慢性骨

⁸ 《2021 年艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染全球进展报告：2016-2021 年全球卫生部门战略问责制：行动与影响》。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341412>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁹ “每个国家应根据当地的流行病学背景定义该国流行病和应对工作的重点特定人群……注意全球流行病学证据表明，重点人群更有可能接触或传播艾滋病毒。”联合国大会第 75/284 号决议。《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，进入 2030 年之前消除艾滋病的轨道》。2021 年。（<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/30/PDF/N2114530.pdf?OpenElement>，2022 年 4 月 20 日访问）。

盆疼痛、癌症、宫外孕、不孕症、不良妊娠预后、新生儿死亡和先天性畸形。然而，在应对这些感染方面一直没有取得重大进展，许多感染仍然没有得到诊断和治疗。大多数其他性传播感染的发病率始终处于稳定状态，并且没有实现 2020 年的全球具体目标。

1.2 向终结流行病的战略转变：采取以疾病为中心的联合行动

迄今取得的成就表明，强有力的领导加上创新技术和实践、金融投资和社区参与可以减少疾病传播、改善治疗效果和拯救生命。在今后八年里，任何失去焦点的情况都将危及当前已经取得的成果，并有疾病卷土重来的风险。需要进行具有创新性的战略转变，以保护当前已经取得的进展，并让世界更加接近消除艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的目标。

认识到这些疾病领域之间存在的共性和差异，2022-2030 年全球卫生部门战略为在应对行动中采取以人为本的方式对共同方法和针对具体疾病的方法进行战略性结合提供了一个框架。

1.2.1 以人为本

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染有共同的传播方式和共同的干预措施。健康问题的社会和结构性决定因素也以类似的方式对这些疾病产生影响，例如面临较差社会经济条件或歧视的社区（包括重点人群受到的歧视）更容易受到感染，引起的健康结果也更差。以人作为基于权利的卫生系统应对行动的中心（围绕人的需求安排各种服务，而不是围绕疾病，推广以患者为中心的综合方法并与初级卫生保健服务联系起来）是消除这些流行病的关键（专栏 1.2）。2022–2030 年战略强调，不同人群拥有独特的卫生需求和情况，并主张采取量身定制的应对行动，以便认识到一个或多个群体的生活经历并采取相应的应对行动。这些战略还明确认识到各国的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染负担和分布情况各不相同，需要根据不同的流行病学和卫生系统背景对应对行动进行相应的调整。

专栏 1.2：以人为本的综合卫生服务

以人民和社区需求为中心的卫生系统运作效率更高，成本更低，能够提高人民的健康素养，增加患者参与，并能更好地防范和应对卫生危机。以人为本的卫生服务是初级卫生保健的一个重要特征，有助于扩大全民健康覆盖¹⁰。要想让卫生服务更加以人为本，就需要采取新的方式将各种服务提供要素融为一体，让人们能够在卫生部门

¹⁰ 《以人为本的综合卫生服务框架：秘书处的报告》。第六十九届世界卫生大会，2016年。日内瓦：世界卫生组织；2016年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-ch.pdf，2021年12月31日访问）。

内外不同护理级别和场所以协调一致的方式并根据其在生命全程中的需要获得完整连续的卫生服务。这包括建立转诊制度和网络以及为患者和社区参与自己的护理提供支持、机会和赋能，包括承认妇女等群体的无偿护理负担。

1.2.2 解决每个疾病领域特有的重点问题

尽管艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行相互关联，但它们带来的挑战各不相同。此外，对它们的应对行动也有不同的发展历史，并且处于不同的阶段。要想加快进展，必须解决每个疾病领域特有的重点问题（专栏 1.3）。

专栏 1.3: 到 2030 年消除流行病的具体疾病路线图

应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染需要采取专门的行动，以解决每个疾病领域存在的特殊问题和差距。

40 多年来，在社区大力参与的支持下，为筹集资源、扩大服务范围和解决不平等采取的全球行动有力地促进了全球应对**艾滋病毒**的行动。然而，各领域的进展并不均衡。许多艾滋病毒感染负担沉重的国家已经实现高水平的服务覆盖，但仍需要为重点人群做更多工作，包括审查和修订那些影响其采取循证干预措施和提供服务的有害立法和政策。还需要重新关注消除艾滋病毒垂直（母婴）传播和解决儿童护理需求的问题，并且需要更好地让男性参与应对行动。需要加大重视，以降低高得令人无法接受的艾滋病毒相关死亡率，包括解决结核病、隐球菌性脑膜炎、严重细菌感染和其他合并症。在今后八年里，作为一种公共卫生威胁消除艾滋病毒的最后一公里需要将感染艾滋病毒的人数从 2020 年的 150 万人减少到 2030 年的 33.5 万人，并避免每年超过 50 万人的死亡。近期在艾滋病毒治疗和技术方面取得的科学进步以及在服务提供方法方面的创新为实现这一目标提供了前所未有的机会。成功需要持续的承诺，需要采取灵活的方法来应对不断变化的流行病，也需要重振初级预防工作，提供差异化服务以满足特定人群和环境的不同需求，并且需要有效的疫情防范。它还需要继续对创新技术进行投资，包括找到新的治疗方案以及疫苗和治疗的可能性。

在 2016-2021 年战略实施期间，由于在公共卫生预防和治疗方面取得了巨大进步，全球应对**病毒性肝炎**的势头和政治承诺不断加强。尽管应对病毒性肝炎的所有关键干预措施都已证明具有很高的成本效益，但仍然需要显著增加财政投资，以实现消除疾病的目标。已有安全有效的乙型肝炎疫苗和能够预防乙型肝炎传播和有效治疗丙型肝炎的抗病毒药物，这为到 2030 年终结病毒性肝炎流行提供了极大的可能。一些病毒性肝炎负担沉重的国家已率先为应对这些疾病采取了行动；然而，大多数国家在诊断和治疗肝炎感染方面仍然存在巨大差距。为了在今后八年里实现这一全球战略的目标，必须将乙型和丙型病毒性肝炎的新增感染从 2020 年的约 300 万例减少到 2030 年

的 52 万例；乙型和丙型病毒性肝炎引起的死亡人数必须从 110 万人减少到 50 万人以下。这就需要在低收入和中等收入国家大规模推广预防、诊断和治疗服务，并在新生儿出生时普遍接种乙型肝炎疫苗以终结儿童感染。要想做到这一点，就需要将病毒性肝炎服务纳入全民健康覆盖一揽子计划，简化和分散服务供应，审查和修订那些影响采取循证干预措施和提供服务的有害立法和政策，并在提高公众和政治意识以及提供充足资金的支持下，加强与癌症和妇幼卫生保健等其他卫生领域的协调。

在经历多年的忽视和缺乏政治承诺和资金之后，对**性传播感染**的全球应对迫切需要注入新的活力和进行调整。这些感染继续被污名化，继续具有隐蔽性；每年有 3.74 亿人感染这些疾病，其中大多数人无法进行筛查、诊断和治疗。已经取得了一些成功，特别是已有 15 个国家到 2020 年消除了梅毒的垂直传播。作为国家免疫计划的一部分，也在推出人乳头瘤病毒疫苗，但覆盖率仍然很低。很多国家关于性传播感染的的数据有限，并且没有充分利用将性传播感染应对行动与艾滋病毒和其他传染病应对行动联系起来的机会。到 2030 年作为一个公共卫生问题消除性传播感染流行病需要大规模减少新增感染人数，同时要大力加强初级预防和增加性传播感染的筛查机会，提高对性传播感染的公共卫生影响的认识，确保提供充足的资金。要想实现这些宏伟的目标，还需要增加获得由公共、私营和非政府服务提供者提供高质量、以人为本的性传播感染病例管理机会，并采取初级卫生保健方法，加强与性健康和生殖健康、计划生育、青少年健康和艾滋病毒服务的协同，加强对性传播感染和抗微生物药物耐药性的监测，支持加快对卫生服务点和家庭诊断工具和新疫苗的研究，以及扩大包括与私营部门在内的伙伴关系。

1.2.3 采取共同方法，加强卫生和社区系统

通过在全民健康覆盖框架下共同应对疾病，有很多机会可以扩大针对具体疾病的应对行动的影响。这些战略强调需要采取协调一致的行动来加强卫生和社区系统，确保卫生和社区系统行为者之间的紧密联系，并扩大系统和部门内部以及相互之间的合作。卫生系统必须以协调一致的方式满足个人、家庭和社区在多个疾病领域的需求，必须在服务提供和治理、筹资和卫生信息等其他卫生系统领域发挥协同作用。必须为社区赋能和提供资源，以加强其在提供与卫生服务密切相关的以人为本的服务和促进问责制方面不可或缺的作用。尽管没有一刀切的方法来平衡针对具体疾病的因素和加强卫生系统，但这些战略为在这一愿景内制定国家应对行动提供了指导。

1.2.4 应对迅速变化的卫生和发展环境

在日益复杂的环境中，应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的措施也在不断发展和变化。COVID-19 大流行使应对资源发生转移，引起人们对卫生系统差距的关注，并暴露和加剧了一些让某些人群更容易受到疾病影响的差距和不平等，包括本来

在获取服务方面已经面临障碍的重点人群，从而使全球卫生格局发生变化。这使人们注意到将基于权利的公共卫生应对措施融为一体以减轻公共卫生和社交措施的影响的重要性，以及需要有强大和得到充分支持的卫生人力来维持服务的连续性。大流行证明了社区在危机期间在满足人们需求方面的重要作用，并突出了这种护理负担在社区中的不平等。它还促进了新疫苗和新技术的快速开发和部署等卫生和社区系统的创新，以及一些综合诊断系统和平台、卫生信息系统、数字卫生解决方案和自我护理方法的扩大使用。在 COVID-19 疫苗方面迅速取得进展为全球卫生界注入了新的活力，并为其他创新带来了新的希望；不过，它也暴露了在获取这些创新方面存在的严重不平等。COVID-19 大流行带来的很多重要教训将为今后应对各种传染病提供借鉴。此外，人口结构变化、日益增加的非传染性疾病负担、气候变化、人口流离失所和经济不安全等挑战也在影响全世界的卫生和发展环境。例如，卫生部门应在促进绿化卫生采购、服务供应和医疗废物处理等气候适应干预措施方面发挥作用。现在是一个前所未有的时刻，需要建立有韧性和有适应能力的卫生和社区系统¹¹，以促进卫生安全，维护人权，保护人们免受未来大流行和其他挑战的影响，并促进人类健康和福祉。

1.2.5 消除污名化、歧视和其他结构性障碍

如果不努力解决重点人群面临的污名化、歧视、不平等和刑事定罪问题，大面积推广实现 2030 年具体目标所需服务的目标将无法实现，因为这些问题加剧了感染风险，并阻碍了很多人获得基本服务。卫生部门应在解决卫生保健环境中的污名化、歧视和政策障碍方面发挥关键作用，包括通过收集关于污名化和歧视如何影响受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响最大的人群的数据。卫生部门也应在召集多部门伙伴关系以解决更广泛的健康问题决定因素方面发挥重要作用。卫生部门必须提高认识，按照世卫组织对消除卫生保健环境中的歧视行为的承诺，了解应对这些流行病和克服禁忌以及歧视或污名化行为的重要性¹²。

1.3 制定战略

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略将卫生部门应对这些流行病作为实现《2016-2030 年可持续发展议程》（或可持续发展目标）的关键，特别是消除艾滋病、结核病和疟疾的目标；到 2030 年实现全民健康覆盖和各年龄段所有人的健康生活方式和福祉。这些战略是以人权标准和原则为基础，包

¹¹ 《在 COVID-19 疫情期间及以后建设卫生系统复原力以实现全民健康覆盖和卫生安全：世卫组织立场文件》。世卫组织，2021 年。日内瓦：世界卫生组织；2021 年（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346515/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01-chi.pdf?sequence=9&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问）。

¹² 《联合国关于消除卫生保健环境中的歧视行为的联合声明》。日内瓦：世界卫生组织；2017 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259622>，2021 年 12 月 31 日访问）。

括所有人享有可达到的最高身心健康标准的权利¹³。它们有助于实现《联合国全民健康覆盖问题高级别会议政治宣言》¹⁴的愿景以及 2018 年《阿斯塔纳宣言》¹⁵中对初级卫生保健的再次承诺。

在世卫组织内部，这些战略直接有助于实现世卫组织《第十三个工作总规划》的各项目标，而该规划是以与全民健康覆盖、防范突发卫生事件和增进所有人的健康和福祉相关的“三个 10 亿”目标为指导¹⁶。它们也与其他全球卫生战略和计划中的相关承诺保持一致，包括联合国大会的 2021 年《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言》¹⁷、联合国大会联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查¹⁸、泛美卫生组织疾病消除框架¹⁹以及正在为制定消除多种疾病的全球框架开展的工作。它们是以艾滋病署《2021-2026 年全球艾滋病战略》²⁰的不平等视角为基础，目的是促进卫生部门的有效应对，并且与秘书长的人权行动呼吁保持一致，特别是基于人权的方法、不让任何人掉队以及所有可持续发展目标中性别平等和妇女赋能的关键原则，包括在第一个层面：权利是可持续发展的核心²¹，是全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金²²、国际药品采购机制²³和主要双边伙伴的优先事项。

这些战略反映了艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关卫生问题之间复杂的相互关系，也与涉及各种相关疾病和健康问题的其他全球卫生战略和计划相一致²⁴。

¹³ 《经济社会文化权利国际公约》。日内瓦：联合国人权事务高级专员办事处；1966 年

(<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁴ 《全民健康覆盖问题高级别会议政治宣言》。大会第 74/2 号决议（2019 年）。纽约：联合国；2019 年
(<https://daccess-ods.un.org/tmp/8215806.48422241.html>，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁵ 《阿斯塔纳宣言：全球初级卫生保健会议》。哈萨克斯坦阿斯塔纳，2018 年 10 月 25 至 26 日。日内瓦：世界卫生组织；2019 年 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-chi.pdf?sequence=10&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁶ 《2019-2023 年第十三个工作总规划》。日内瓦：世界卫生组织；2019 年
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273943/B142_3Add1Rev1-ch.pdf?sequence=1&isAllowed=y，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁷ 《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，进入 2030 年之前消除艾滋病的轨道》。纽约：联合国；2021 年 (<https://undocs.org/zh/A/RES/75/284>，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁸ 联合国大会。联合国系统发展方面业务活动四年度全面政策审查。纽约：联合国；2020 年
(<https://www.un.org/ecosoc/en/content/2020-qcpr>，2021 年 12 月 31 日访问)。

¹⁹ 《消除美洲传染病的综合可持续框架》。概念说明。华盛顿特区：泛美卫生组织；2019 年
(<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51106>，2021 年 12 月 31 日访问)。

²⁰ 《2021-2026 年全球艾滋病战略：终结不平等，终结艾滋病》。日内瓦：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署；2021 年 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>，2021 年 12 月 31 日访问)。

²¹ 安东尼奥·古特雷斯秘书长。《最高愿望：人权行动呼吁》。纽约：联合国；2020 年
(<https://www.un.org/en/content/action-for-human-rights/assets/pdf/Call%20to%20Action%20for%20Human%20Rights%20-%20Chinese.pdf>，2021 年 12 月 31 日访问)。

²² 《2023-2028 年全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金战略框架》。日内瓦：全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金；2021 年 (https://www.theglobalfund.org/media/11223/strategy_globalfund2023-2028_framework_en.pdf，2021 年 12 月 31 日访问)。

²³ 《2017-2021 年战略》。日内瓦：国际药品采购机制；2017 年 (<https://unitaid.org/about-us/strategy/#en>，2021 年 12 月 31 日访问)。

²⁴ 其中包括：《妇女、儿童和青少年健康全球战略（2016-2030）：儿童早期发育：总干事的报告》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274132/B142_19-ch.pdf?sequence=1&isAllowed=y，2021 年 12 月 31 日访问)；《人人享有健康生活和福祉全球行动计划：加强多边

1.4 战略制定过程

分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略草案是在世卫组织整个 2021 年期间领导的一个磋商进程中编写的，且磋商基本上通过虚拟方式举行。在对 2016-2021 年实施期结束时的进展和差距进行分析的基础上，这些战略征求了会员国、社区和其他利益攸关方的意见，以确定实现到 2030 年消灭流行病的目标所需的关键优先事项和战略转变。在上一个实施期获得的经验教训也为改进文件本身的格式和结构提供了参考，包括将各项战略合并成一份完整的文件，其中包含共同的内容和针对具体疾病的内容、减少和确定优先次序以及国家行动，并增加了变革理论和一个加强问责框架。在 2021 年 4 月至 7 月期间，通过在世卫组织所有区域进行的一系列虚拟磋商收集了意见。在进行这些磋商的同时，还在 2021 年 5 月至 8 月进行了一项对包括会员国在内的所有利益攸关方开放的在线调查，同时还举行了一系列利益攸关方简报会。在执行委员会第 148 届和第 150 届会议以及第七十四届和第七十五届世界卫生大会之前向会员国通报了情况，并充分考虑了在通报期间以及讨论相关议程项目期间提出的各项意见。世卫组织各区域委员会在 2021 年委员会届会周期审议了涵盖相关疾病领域的框架，或制定了旨在 2022 年反思全球战略的计划。例如，世卫组织非洲区域委员会在 2021 年 8 月通过了 2021-2030 年结核病、艾滋病毒、性传播感染和肝炎的多部门综合应对框架。该区域框架与拟议的全球卫生部门战略完全一致。

世卫组织在 2021 年 9 月召开了一次艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略技术咨询小组会议，对战略文件的第一次完整稿进行了审查。第一次完整稿也在 2021 年 10 月通过文件协作工具提交会员国审查，并请会员国在四周内提出评论意见。第二稿于 2021 年 12 月 20 日上传到网上，并在执行委员会第 150 届会议讨论期间被提到。

一些会员国在执行委员会第 150 届会议发言中支持这些战略草案，有几个会员国提议重新审议对第一份完整稿中某些术语的使用。在第七十五届世界卫生大会之前进行了进一步的非正式磋商，修订后的完整稿已于大会之前发给会员国。

组织之间的合作，加速国家在与卫生相关的可持续发展目标方面取得进展》。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330060>，2021 年 12 月 31 日访问）；《2013-2030 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>，2021 年 12 月 31 日访问）；《抗微生物药物耐药性全球行动计划》。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789245509769-chi.pdf?sequence=6&isAllowed=y>，2021 年 12 月 31 日访问）；《世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划草案：增进所有残疾人的健康》。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-ch.pdf，2021 年 12 月 31 日访问）；《世卫组织卫生、环境与气候变化全球战略：通过健康环境以可持续方式改善生活和福祉所需做出的改变》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331959>，2021 年 12 月 31 日访问）；《作为一个公共卫生问题加速消除宫颈癌的全球战略》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>，2021 年 12 月 31 日访问）。

1.5. 如何浏览本文件

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略在一份单独的文件中提交，其中包括共同内容和针对特定疾病的内容（图 1.1）。在本章之后，文件内容编排如下：

第 2 章介绍了全部三项战略的愿景、总目标、战略方向和主要影响目标。

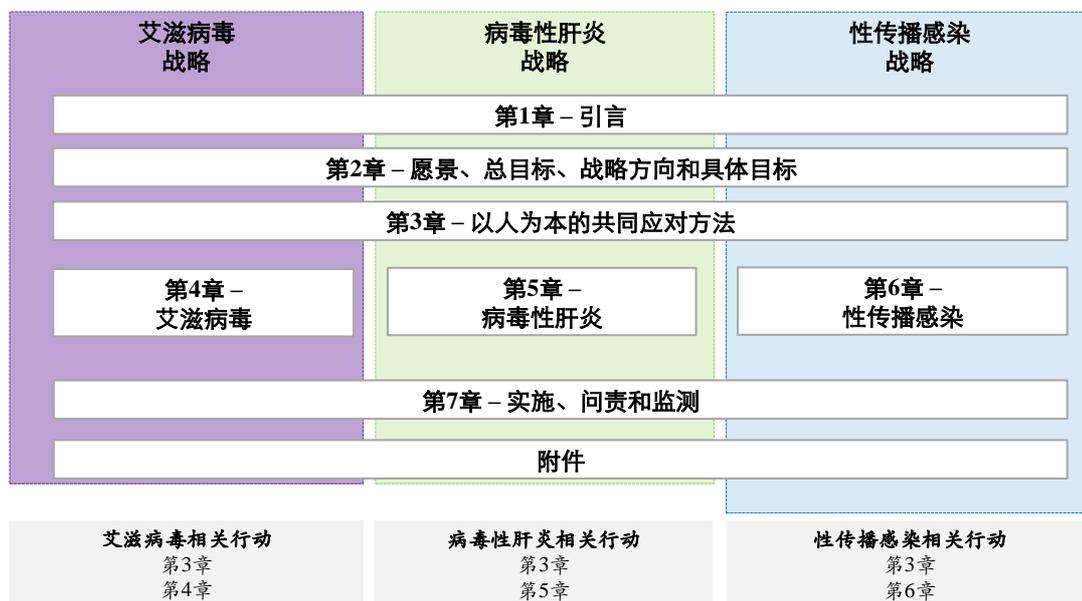
第 3 章确定了各国应在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染领域采取的共同国家行动，以实现在全民健康覆盖和初级卫生保健框架内规定的各项成果。

第 4、5 和 6 章分别确定了与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关的针对具体疾病的其他国家行动。针对特定疾病的每一章均应结合第 3 章一起阅读，第 3 章所述的行动应被视为各项疾病战略的基本要素。

第 7 章讨论了全部三个疾病领域的实施、问责制、监测和成本核算问题，并介绍了世卫组织将为支持这些战略采取的具体行动。

附件提供了所有行动的合并清单、衡量框架和一个词汇表。

图 1.1 分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略草案的结构



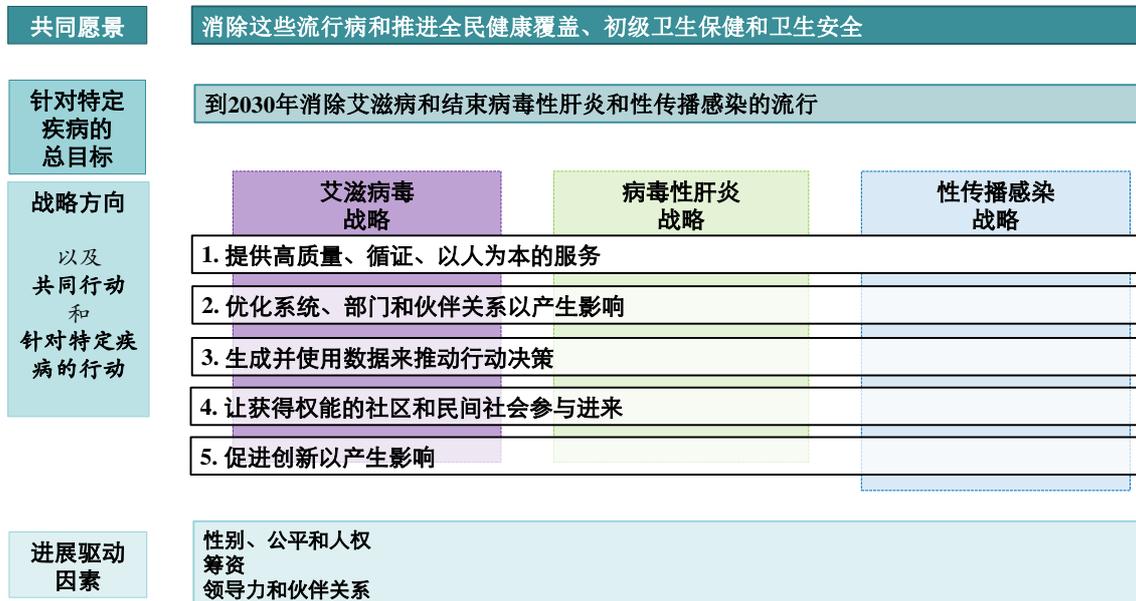
2. 愿景、总目标、战略方向和具体目标

本章介绍了各项战略的全球愿景、总目标和战略方向。它还介绍了主要的具体影响目标。

2.1 愿景、总目标和战略方向

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略有一个共同的愿景，那就是消除这些流行病，推进全民健康覆盖、初级卫生保健和卫生安全。五个战略方向为全部三项战略的相关行动提供了指导，并反映了在应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染方面的协同作用（图 2.1）。

图 2.1. 分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略草案的愿景、总目标和战略方向



愿景： 这些战略旨在实现一个共同愿景，即在一个所有人都能获得以人为本的高质量循证卫生服务并能过上健康和有所作为的生活的世界里，消除这些流行病和推进全民健康覆盖、初级卫生保健和卫生安全。

总目标： 这些战略是要在一些交汇领域采取联合行动，以期到 2030 年消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染，同时关注每种疾病的特殊性。这些总目标与《2030 年可持续发展议程》和世卫组织的《工作总规划》的目标保持一致。

战略方向： 五个战略方向为实施这些战略的国家行动提供了总体指导框架：

- **战略方向 1：提供高质量、循证、以人为本的服务。** 利用循证指导和服务提供方面的创新，加速获取和利用针对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的一系列高质量基本服务和其他相关卫生服务，以满足各种人群和环境中的人们的特殊需求，确保不让任何人掉队。
- **战略方向 2：优化系统、部门和伙伴关系以产生影响。** 采取注重系统的方法，促进与初级卫生保健、卫生治理、筹资、人力资源、商品和服务提供之间的协同作用，同时促进对健康问题的社会和结构性决定因素采取多部

门对策。与包括资助者、学术和研究机构、专业团体和私营部门实体在内的合作伙伴协调一致并开展合作，以实现最大影响。

- **战略方向 3：生成并使用数据来推动行动决策。** 收集、分析和使用证据和数据，并按性别、年龄和其他相关人口特征进行分类，以监测和评价进展情况，指导行动、创新和研发，并促进提高数据透明度和实行问责制。
- **战略方向 4：让获得权能的社区和民间社会参与进来。** 让社区和民间社会，包括关键和受影响人群参与进来，并支持他们增强自我能力，在宣传、服务提供和决策方面发挥关键作用，包括确保服务符合文化背景和社区需求，同时解决污名化和歧视问题，并消除社会和结构性障碍。
- **战略方向 5：促进创新以产生影响。** 与伙伴合作，协助制定和实施国家、区域和全球研究与创新议程，优先发展新技术、服务提供模式和卫生系统做法，克服主要障碍，以期在防治艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染方面取得进展。

进展驱动因素： 这些战略的成功实施取决于共同的进展驱动因素：

- **性别、公平和人权。** 如果不解决导致流行病和阻碍人们获得卫生服务以及积极改善自身健康状况的不平等现象，这些战略的愿景和总目标就无法实现。享有可达到的最高身心健康标准的权利适用于所有人和所有社区。然而，这项权利不应因包括基于年龄、性别、性取向和其他人口特征的歧视而受到损害。促进公平和性别平等以及尊重、保护和实现所有人的人权和尊严是在国家一级取得成功的关键有利因素，也是世卫组织在整个组织内逐步纳入和监测性别、公平和人权工作的核心，是其为弱势群体提供服务、不让任何人掉队的使命的一部分。
- **筹资。** 为了实现可持续应对，全球卫生部门的这些战略必须得到充足的资金支持，这也是为了增加卫生领域总体投资所作广泛努力的一部分。艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的应对工作面临不同的筹资挑战，国家筹资系统必须应对这些挑战。世卫组织支持各国实现可预测的持续供资，减少在卫生方面的灾难性支出，并能获得负担得起的卫生商品。
- **领导力和伙伴关系。** 有效实施需要强有力的政治和社区领导力和伙伴关系，包括通过“整个政府参与”和“整个社会参与”将健康融入所有政策的做法采取多部门行动。世卫组织在促进合作方面发挥了重要作用，包括与联合国其他实体、供资伙伴和私营部门的伙伴关系，并与其他联合国国家工作队成员和国家当局进行政策对话，以加强在制定共同国家分析、联

联合国发展合作框架和在国家支助计划提供双边支助方面的跨部门行动。对下一代领导人进行投资对长期成功至关重要。

2.2 具体目标和影响

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略寻求到 2030 年终结艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的流行。

在实现这一目标方面的进展情况要用一套共同的、针对具体疾病的 2025 和 2030 年全球具体目标和阶段性目标来衡量。图 2.2-图 2.5 说明了这些战略在降低艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的发病率和死亡率方面的预期影响。实现 2030 年具体目标将会产生巨大的公共卫生收益，包括从 2020 年基线到 2030 年这些战略结束时实现以下健康影响：

- 每年新增艾滋病毒和病毒性肝炎病例从 450 万人减少到 50 万人以下；
- 成人中四种可治愈的性传播感染的每年新增病例从 3.74 亿人减少到 1.5 亿人以下；
- 经过验证实现消除艾滋病毒、乙型肝炎或梅毒垂直（母婴）传播的国家数量从 15 个增加到 100 个；
- 每年死于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的人数从 230 万下降到 100 万以下；和
- 由艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染引起的每年新增癌症病例数量从 120 万人下降到 70 万人以下。

本文件的共同章节和针对特定疾病的章节（第 3 至第 6 章）介绍了一整套共同和针对特定疾病的指标、具体目标和阶段性目标。附件 2 介绍了合并衡量框架。

图 2.2. 2020-2030 年采取战略规定的新行动与不采取新行动的艾滋病毒发病率和死亡率比较



图 2.3. 2020-2030 年采取战略规定的新行动与不采取新行动的乙型肝炎发病率和死亡率趋势比较

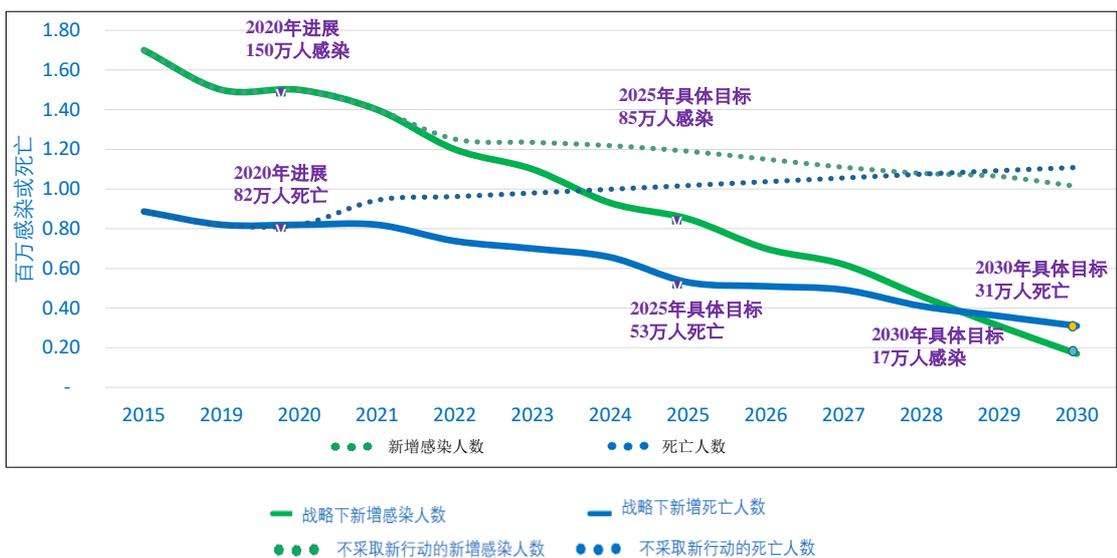


图 2.4. 2020-2030 年采取战略规定的新行动与不采取新行动的丙型肝炎发病率和死亡率趋势比较

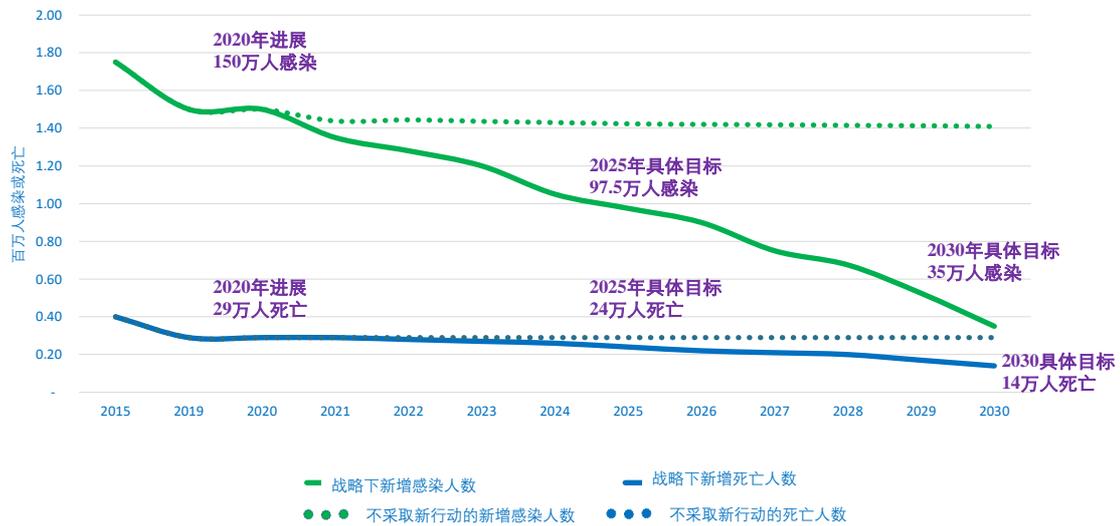
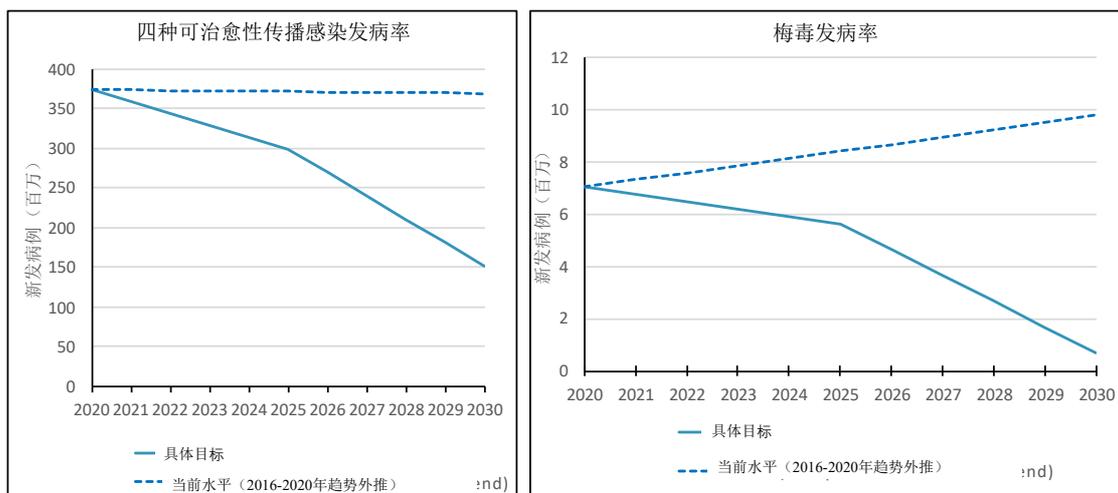


图 2.5. 2020-2030 年采取战略规定的新行动与不采取新行动的四四种可治愈性传播感染和梅毒的发病率比较



尽管不同区域和国家实现这一目标的速度会有所不同，但这些战略还是保持了到2030年消除这些流行病的最高雄心。全球具体目标为各国确定自己的具体目标提供了指南，国家具体目标应根据各国的国情进行相应调整。所有人口都需要在实现这些具体目标方面取得公平的进展，这些战略促进了按性别、年龄和其他相关人口特征进行的数据分类分析，以便跟踪不平等现象和确保受影响最大和风险最高的人群不会掉队。

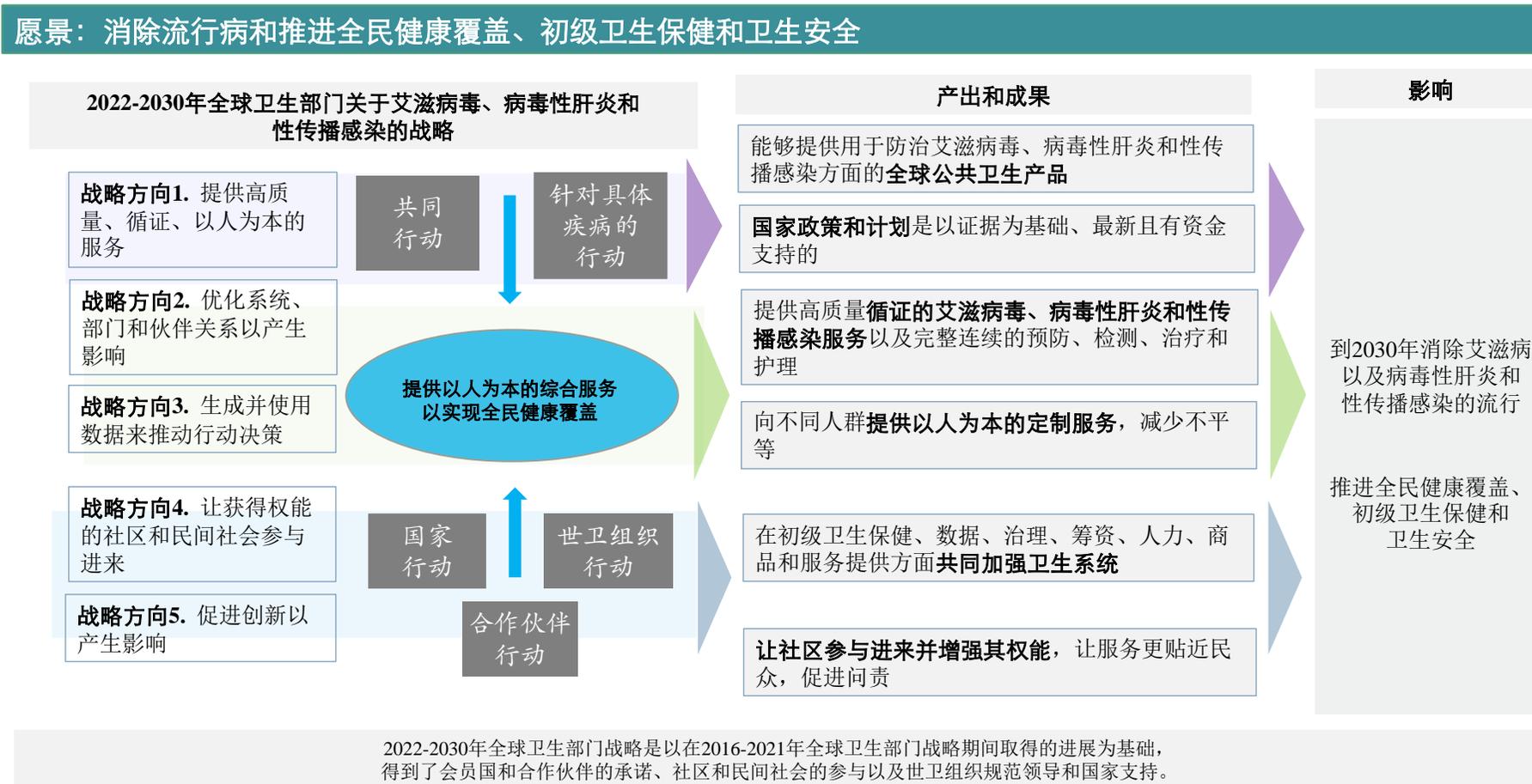
2.3 变革理论

这些战略的愿景、总目标、战略方向和行动共同形成了一种变革理论，展示了实施这些战略将会产生预期结果的途径（图 2.6）。通过在这些疾病领域内采取量身定制的共同和针对具体疾病的国家行动来实施这五个战略方向（专栏 2.1），并在所有工作中以人为本，国际社会就可以共同为消除这些流行病和推进全民健康覆盖和卫生安全做出贡献。

专栏 2.1：为每个区域和国家确定行动重点

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的全球卫生部门战略为指导各国和合作伙伴采取共同和针对具体疾病的行动以便努力实现消除这些流行病的目标提供了一个全面的全球框架。没有适用所有国家和区域的办法，应鼓励各区域和国家根据本地流行病学和卫生系统的具体情况选择、调整和确定这些行动的重点，同时维护基本人权，包括在卫生服务、产品、方法和干预措施的可得性、可及性、可接受性和质量方面坚持平等和不歧视的交叉原则。行动和服务提供模式的最佳选择应在全民健康覆盖框架内与更广泛的国家战略保持一致，并且应满足个人和地方社区的需求。

图 2.6. 变革理论



3. 以人为本的共同应对方法

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染拥有共同的传播方式和决定因素，很多受这些疾病影响的人群可能存在重叠现象（专栏 3.1）。围绕受影响人员的需求采取以人为本的方法可以加强卫生保健服务提供，推进全民健康覆盖，提高服务质量和可持续性，并最大限度地发挥现有卫生资源的影响。

本章介绍了在全民健康覆盖和初级卫生保健框架下针对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的共同干预措施和服务提供模式。还介绍了旨在应对与包容性治理、卫生信息、卫生筹资、商品、卫生人力需求和努力促进卫生安全等其他卫生系统职能有关的一些共同关切的国家行动。本章中的所有行动均应结合在第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）中介绍的针对具体疾病的国家行动一起考虑。共同实施这些行动对于确保这些战略取得成功至关重要。

卫生系统包括公共卫生部门以及私营部门卫生保健提供者、民间社会以及设计和提供卫生服务的社区组织等关键非国家行为者。能否获得有效的干预措施也取决于人们生活 and 获得这些服务所在的社会、文化、政治和法律环境。卫生部门关于整合多个疾病领域服务的决定应结合具体情况进行考虑，应了解国家流行病状况、卫生系统优先事项以及与服务提供者、个人和社区的协商情况。利益攸关方必须确保整合工作不会产生意想不到的负面结果，并确保在应对具体疾病方面取得的进展能够得以保持，特别是对受到影响最大和风险最高的人群而言。

专栏 3.1-艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的重点人群

在这些疾病领域，很多受到艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响最大和风险最高的人群存在重叠现象。此外，由于健康问题的社会 and 结构性决定因素，包括多种形式的歧视和他们所处的边缘化或排斥环境，这些人群中的很多人面临脆弱性或风险。各国艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对工作所面向的共同重点人群可能包括：

- 通过性传播而暴露的人包括：青年和青少年；男男性行为者；性工作者及其客户；变性人；监狱和封闭环境中的人；以及因吸毒或使用酒精而发生性行为的人；
- 通过不安全的血液供应和不安全的医疗注射和程序而暴露的人；
- 注射和使用毒品的人；
- 通过垂直（母婴）传播或幼儿感染而暴露的儿童；
- 孕妇和哺乳期妇女；
- 面临与性别不平等和暴力相关的风险以及因性别原因而面临更大生物风险的妇女和女童，包括少女和青年妇女；
- 青年人，包括关键群体的青年人；
- 所有年龄段的人，包括不太可能使用卫生服务的男性；
- 移民和流动人口以及受冲突和内乱影响的人；
- 土著人民；和
- 残疾人。

每个国家都应根据本地的实现情况确定境内受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响最大和风险最高的具体人群，并从交叉视角满足他们的需求，同时还要考虑到他们面临的重叠风险和脆弱性。鼓励各国根据本地流行病学和卫生系统的具体情况选择、调整 and 确定其拟议国家行动的重点，同时维护基本人权、公平获得卫生服务和循证实践。针对特定疾病的章节（第 4 至第 6 章）提供了每个疾病领域受影响最大 and 风险最高人群的进一步信息。

3.1 艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的关键具体目标

下表 3.1 列出了艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的共同和针对特定疾病的影响指标和具体目标。第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）分别介绍了其他针对具体疾病的其他指标和具体目标。

表 3.1 到 2030 年要实现的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响指标和具体目标^a

疾病领域	影响指标	2020 年基线 ^b	2025 年具体目标	2030 年具体目标
共同	降低发病率			
	- 每年新增艾滋病毒和病毒性肝炎病例数	450 万	<150 万	<50 万
	- 15-49 岁人口中每年新增梅毒、淋病、衣原体和滴虫病 ^c 病例数	3.74 亿	<3 亿	<1.5 亿 ^d
	健康生活——减少了死亡和癌症			
共同	- 每年因艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染而死亡的人数 ^e	230 万	<170 万	<100 万
	- 每年因艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染而新增的癌症病例数量	120 万	<90 万	<70 万
艾滋病毒	每年新增艾滋病毒感染人数	150 万	37 万	33.5 万
	每年每千名未感染者中新增艾滋病毒感染数量	0.19	0.05	0.025
	0-14 岁儿童每年新增艾滋病毒感染人数	15 万	2 万	1.5 万
	每年与艾滋病毒相关的死亡人数	68 万	25 万	<24 万
	艾滋病毒感染者中因结核病、乙型肝炎和丙型肝炎死亡的人数	21 万	11 万	5.5 万
病毒性肝炎	0-4 岁儿童乙型肝炎表面抗原流行率 ^f	0.94%	0.5%	0.1%
	每年新增乙型肝炎感染人数	150 万新增病例 每 10 万人 20 例	85 万新增病例 每 10 万人 11 例	17 万新增病例 每 10 万人 2 例
	每年新增丙型肝炎感染人数	157.5 万新增病例 每 10 万人 20 例	100 万新增病例 每 10 万人 13 例	35 万新增病例 每 10 万人 5 例
	注射吸毒者中每年新增丙型肝炎感染人数	每 100 人 8 例	每 100 人 3 例	每 100 人 2 例
	每年死于乙型肝炎的人数	82 万例死亡 每 10 万人 10 例	53 万例死亡 每 10 万人 7 例	31 万例死亡 每 10 万人 4 例
	每年死于丙型肝炎的人数	29 万例死亡 每 10 万人 5 例	24 万例死亡 每 10 万人 3 例	14 万例死亡 每 10 万人 2 例

疾病领域	影响指标	2020年基线 ^b	2025年具体目标	2030年具体目标
性传播感染	15-49岁人口中每年新增梅毒病例数	710万	570万	71万
	15-49岁人口中每年新增淋病病例数	8230万	6580万	823万
	每年每10万例活产中先天性梅毒病例数	425	<200	<50
	15岁前完全接种人乳头瘤病毒疫苗的女童百分比	14%	50%	90%

^a 拟议的影响指标和具体目标符合可持续发展目标的具体目标 3.3 以及指标 3.3.1 和 3.3.4。

^b 由于 2020 年报告的数据中存在与 2019 冠状病毒病(COVID-19)相关的服务中断，因此，一些具体目标以 2019 年数据为依据。所有数据将按年龄、性别以及适当针对相关疾病的关键和重点人群进行分类。

^c 可治愈的性传播感染。

^d 包括到 2030 年使梅毒和淋病的新增病例数减少 90% 以及衣原体和滴虫病的新增病例数减少 50% 的具体目标。

^e 将对死亡率数据进行进一步分类，以评估应对死亡驱动因素和原因的迫切需要。对于艾滋病毒，这些数据中包括隐球菌脑膜炎、结核病、严重细菌感染数据；对于病毒性肝炎，这些数据中包括其他癌症和有害使用酒精数据。

^f 请注意，本表中的具体目标是全球性具体目标，会员国在设定本国具体目标时应根据本国国情进行相应调整。例如，在一些国家，五岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率的具体目标可能低于 0.1% 或 0.2%，尽管全球总的具体目标是 0.1%。

3.2 战略方向 1：提供高质量、循证、以人为本的服务

本节介绍了在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染以及其他相关卫生领域内可以进行整合或可在多个疾病领域内进行复制以实现更有效的以人为本的应对的共同国家行动。各国在采取本节所述行动时应与第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）中战略方向 1 下所述针对具体疾病的国家行动结合起来考虑。

3.2.1. 艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的共同干预措施

行动 1：初级预防。在广泛促进性健康和生殖健康及福祉的背景下，继续对初级预防干预措施进行投资并扩大其实施规模，包括关于性健康和生殖健康以及艾滋病毒预防²⁵的全面教育和信息，注意世卫组织的技术指导²⁶，正确和坚持使用避孕套，解决在性行为中有害使用酒精和吸毒问题，并以重点和受影响人群为中心采取疫苗接种等循证和差异化预防战略。根据全球具体目标减少新增感染人数的关键干预措施包括：遵循科学准确的证据和国际技术标准并依照国家立法，与年轻人、父母、法定监护人、照料者、教育工作者和卫生保健提供者全面合作，增加普及符合文化背景的、科

²⁵ 联合国大会第 75/284 号决议。《关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：结束不平等现象，进入 2030 年之前消除艾滋病的轨道》。2021 年。（<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/30/PDF/N2114530.pdf?OpenElement>。2022 年 4 月 20 日访问）。

²⁶ 《国际性教育技术指导纲要：采用循证方式（修订版）》。联合国教育、科学及文化组织、联合国艾滋病规划署秘书处、联合国人口基金、联合国儿童基金会、联合国妇女署和世界卫生组织，2018 年。<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>，2022 年 3 月 25 日访问)

学准确、适宜年龄的全面教育，从而为少男少女和青年男女提供与其不断发展的能力相适应的性健康和生殖健康以及艾滋病毒预防的信息、沟通和降低风险的技巧，并发展相互尊重的关系，以使其能够保护自身免受艾滋病毒的危害；提供计划生育服务；通过创新设计，促进正确和坚持使用男女避孕套和润滑剂；促进获得人乳头瘤病毒和乙型肝炎等疫苗；这些都是根据全球具体目标减少新增感染人数的关键干预措施。艾滋病毒是一种主要的性传播感染，与其他性传播感染有着共同的行为、社会和结构性决定因素。尽管乙型和丙型病毒性肝炎的性传播在大多数肝炎流行病中的作用相对较小，但应特别注意男男性行为者等特定人群。迫切需要开展有针对性的公共宣传活动，以便让这些人群认识到疾病传播的风险，包括有害使用酒精和吸毒的作用。为了能够有效发挥作用，必须根据不同环境中受影响人口的具体需求进行相应调整。

行动 2：对注射毒品者采取减少伤害以及治疗的干预措施。根据国内情况、立法和司法责任，酌情实施一整套可以获得的减少伤害以及治疗服务，并作为针对注射吸毒者^{27,28}和使用兴奋剂者²⁹的艾滋病毒预防、治疗和护理采取的一整套干预措施的一部分。针对注射吸毒者的一揽子减少伤害基本服务包括通过针头和注射器规划提供无菌注射设备，为阿片类药物依赖者提供阿片类激动剂维持治疗，在社区分发阿片类药物拮抗剂药物以管理阿片类药物过量，以及进行有针对性的宣传和交流，以及对艾滋病毒、乙型和丙型肝炎病毒、性传播感染和相关感染进行检测、诊断和管理。针对使用或注射苯丙胺类兴奋剂等药物者的需求采取量身定制的干预措施，以解决一些重点人群中其他形式的性化药物使用问题也很重要，以及提供适当的治疗，包括在减少吸毒、促进戒断和预防复吸方面有效的循证社会心理干预措施。只有在更广泛的预防和治疗工作背景下推出减少伤害的干预措施，这些措施才会最有效，要想产生最大影响，需要将减少伤害干预措施与高覆盖水平结合起来。应将减少伤害作为针对吸毒者的全面预防、治疗和护理方法的一部分，其中包括不同形式的戒毒治疗，也包括针对寻求戒毒的人员。

行动 3：艾滋病毒、梅毒和乙肝病毒的垂直传播。通过采取综合方法来提供妇幼保健服务和促进性别平等和人权法，为妇女、儿童及其家庭提供全面和可获得的预防、检测、治疗和后续服务，推动消除艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎病毒的垂直传播

²⁷ WHA67.6 号决议，病毒性肝炎，世界卫生组织，2014 年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ch.pdf#page=25，2022 年 2 月 23 日访问）

²⁸ 《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南》。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署（2021 年修订版）

（https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf，2022 年 2 月 23 日访问）

WHA67.6 号决议，病毒性肝炎，世界卫生组织，2014 年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ch.pdf#page=25，2022 年 2 月 23 日访问）

²⁹ 《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南》。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署，2019（https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf，2022 年 2 月 23 日访问）

(母婴传播)。预防艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎病毒垂直传播所需各种干预措施具有一些共同特征，这使通过采取综合方法来消除儿童的新增感染变得非常可行。基本服务包括实行基于权利和对性别敏感的计划生育；在产前保健中进行艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎病毒检测；采取及时有效的干预措施为检测结果呈阳性的孕妇提供治疗和防止将感染传播给婴儿；为孕妇及其伴侣提供咨询；安全分娩；对暴露婴儿进行追踪，包括在出生时注射乙肝疫苗和完成三剂系列乙肝疫苗接种；最佳婴儿喂养；以及对母亲、儿童和家庭进行后续治疗和护理。所有育龄妇女能够在怀孕前或怀孕期间获得服务对于减少在怀孕期间的传播也至关重要。世卫组织可以采取标准化的程序和持续有针对性地关注艾滋病毒女性感染者的需求，以此来验证是否消除这些感染的垂直传播。

行动 4：儿童和青少年的预防、治疗和护理。预防儿童感染艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染，并在采取以家庭为中心的方法时，满足受影响儿童和青少年的较长期监测、治疗和护理需求。需要特别注意满足儿童在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染方面的预防、护理和治疗需求。约有一半感染艾滋病毒的儿童没有得到诊断，也没有开始接受抗逆转录病毒疗法，因此，必须紧急扩大获得有效抗逆转录病毒疗法的机会。全球已在控制乙型肝炎方面取得了实质性进展，可持续发展目标中到 2020 年将五岁以下儿童的乙型肝炎表面抗原流行率降至 1% 以下的具体目标已经实现。非常有效的乙型肝炎疫苗在婴儿中的覆盖率增加就证明了这一点。不过，尽管取得了这些进展，但推广在出生后 24 小时内接种乙型肝炎病毒疫苗和改善常规儿童疫苗接种对于实现 2030 年消除乙型肝炎病毒的目标至关重要。未接种疫苗的大龄儿童也可能有感染慢性乙型肝炎的风险，需要额外的预防和护理，儿童也可能有在家庭内横向感染甲型和乙型肝炎病毒的风险。必须采取以家庭为中心的方法来满足儿童的需求，支持他们的大脑健康和发育，并与更广泛的妇幼保健规划保持一致，包括采取以促进所有男孩、女孩和青年赋能、促进两性平等和形成相互尊重的两性关系为目的的干预措施。支持感染艾滋病毒的儿童健康地过渡到青少年和提供较长期护理同样至关重要，可采取的办法包括为青少年提供方便的卫生服务来进行定期监测和追踪以及对与寻求服务的同意年龄相关的政策障碍进行审查。

行动 5：感染预防和控制。预防正式和非正式卫生保健环境和其他服务环境中的疾病传播。卫生系统必须能够保证安全的医疗注射和血液供应，必须普遍遵循标准预防措施，特别是与手卫生、血液筛查、个人防护装备和废物管理相关的预防措施。结核病和 COVID-19 等疾病预防应考虑采取空气传播感染控制措施。应消除不必要的注射，并且应特别注意很多不必要的注射环境，包括多数由女性非正式卫生工作者进行的注射，她们可能需要有针对性的支持和培训。所有医疗注射都应使用安全设计的注射器。医疗设备必须严格按照既有规程进行消毒，卫生机构必须提供这些规程所需的

基础设施和设备。应当对血液制品进行全面筛查，消除潜在的不安全血液制品。在卫生机构之外，需要采取干预措施来预防不安全的注射，并预防在非正规卫生部门以及在提供纹身、穿孔和美容护理等服务过程中通过接触体液的方式进行传播。

行动 6：综合检测。对艾滋病毒、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、性传播感染、结核病和其他疾病进行综合检测。对多种疾病进行综合检测并与护理适当联系起来是提供以人为本的卫生服务的一个关键要素。在同一个时间段提供多项检测可以提高检测率，并使卫生系统能够在外展、基础设施和人力资源方面节省成本。综合检测规程必须能满足服务接受者的需求，必须可靠，必须是服务提供者能够提供的。一些综合检测模式可利用多种诊断工具来简化生物样本的收集和筛选。例如，可以使用相同的血液样本来检测梅毒和艾滋病毒。在卫生服务点进行针对艾滋病毒和丙型肝炎病毒以及针对艾滋病毒、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒的快速多种检测使它能够为这些疾病提供基于社区和自我管理的综合检测服务，并便于立即开始治疗。其他综合检测模式可能需要多个样本，但提供服务的方式有利于在同一次就诊中进行多项检测。综合检测服务还为审查个人疫苗接种状况提供了机会。除了使用综合诊断平台之外，使用共同的实验室系统和网络也可增强灵活性，并为实验室工作人员、样本运输和实验室信息系统提供共享支持。

行动 7：自愿伴侣通知和其他伴侣服务和社交网络方法。为被诊断患有艾滋病毒、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒和性传播感染的人员的性伴侣制定和实施基于人权和对性别敏感的自愿伴侣通知和其他服务策略。向性伴侣和注射吸毒伴侣（包括重点人群的伴侣）通报情况以及向他们提供检测、咨询和治疗的方法因具体情况不同而各异，应考虑到所有情况下的性别不平等和其他形式的污名化和歧视问题。为社交网络中的联系人提供检测也可能是增加获得艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务机会的一种有效途径。

行动 8：卫生保健环境中的污名化和歧视。消除卫生保健环境中的污名化和歧视，加强对无歧视卫生保健的问责。艾滋病毒、病毒性肝炎和/或性传播感染患者或受其影响者（包括重点人群，或因性别或其他因素被歧视者）所遭受的污名和歧视给这些疾病的应对工作带来不利影响。卫生部门有责任确保每个人都能在一个包容、非歧视和支持性环境中获得与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染有关的服务³⁰。卫生部门的主要干预措施包括对所有卫生保健人员进行定期培训，以增加他们对这些疾病的了解，消除误解和潜在恐惧，并提高对污名化和歧视后果的认识，包括延误对卫生服务的利用和产生卫生不平等；以及卫生保健工作者标准的制定和监测，以确保所有患者都能得到受到尊重、有尊严和有同情心的治疗。应该对卫生保健工作者开展教育，

³⁰ 《联合国关于结束医疗机构歧视的联合声明》。日内瓦：世界卫生组织；2017
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259622>, 2021年12月31日访问)

使其了解患者和自己的权利，了解如何敏感地向所有患者提供护理，特别是重点人群和受影响最大的人群。为了实现这一目标，也必须解决对卫生保健工作者的污名化和歧视问题，包括那些本身可能感染艾滋病毒、病毒性肝炎或性传播感染的卫生保健工作者。

3.2.2.旨在加强整合以及与其他卫生领域的联系的共同干预措施

行动 9：传染病和非传染性疾病。加强传染病和非传染性疾病服务的整合和联系。应采取协调一致、以人为本的方式来应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染人群的传染病和非传染性疾病。根据卫生系统的具体情况和受影响人群的需求，可以整合服务或建立联系，以便于提供综合护理。对艾滋病毒、病毒性肝炎感染和性传播感染的综合管理应包括根据指南对合并感染进行早诊断和早治疗。除了结核病（见下文行动 10），还应对艾滋病毒感染者进行病毒性肝炎、性传播感染以及隐球菌性脑膜炎和严重细菌感染等其他合并症筛查和治疗。应对寻求性传播感染服务的人进行艾滋病毒检测，并且应为那些可能进行艾滋病毒暴露前预防和自愿接受男性包皮环切手术的人员提供关于这些服务的教育和转诊服务。应倡导为那些同时感染艾滋病毒或性传播感染的人员接种乙型肝炎和人乳头瘤病毒疫苗。根据流行病学动态的不同，在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务方面需要关注的其他传染病可能包括 COVID-19 和疟疾。还需要加强与非传染性疾病服务的联系，例如病毒性肝炎引起巨大的肝癌和慢性肝病负担，鼓励加强病毒性肝炎和癌症规划之间的进一步协调和整合以及加强监测。与人乳头瘤病毒感染相关的艾滋病毒女性感染者患宫颈癌的负担越来越重，需要予以特别关注，特别是考虑到目前已经有可以用于有效预防宫颈癌的人乳头瘤病毒疫苗和筛查及治疗策略。艾滋病毒和病毒性肝炎感染者也需要对其他非传染性疾病的护理，包括心血管疾病、糖尿病、慢性肺病、高血压和其他可能在生命全程中发生的疾病。需要有可靠的数据和证据来指导就艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务如何应对传染病和非传染性疾病问题做出决策。通过采取对性别和文化敏感的、以人为本的综合方法，与初级卫生保健服务建立紧密的联系对于满足不同化的卫生需求十分重要。

行动 10：结核病。通过为艾滋病毒和病毒性肝炎感染者提供结核病预防和及时诊断及治疗，降低与结核病相关的发病率和死亡率。结核病是导致艾滋病毒感染者死亡的主要原因。为包括儿童在内的结核病患者提供及时的诊断和治疗以及为结核病高危人群提供结核病预防性治疗至关重要。此外，艾滋病毒和结核病经常发生在流行乙型肝炎的社区，丙型肝炎病毒风险增加的人群可能会发生艾滋病毒和结核病的合并感染，特别是注射吸毒者。狱中囚犯和注射吸毒者等丙型肝炎病毒感染风险增加的人群有感染结核病的风险，包括耐多药结核病。这为临床管理带来了特殊挑战，在临床中

需要保持额外警惕。丙型肝炎和结核病的共同管理需要考虑用于治疗各种疾病的药物的副作用和相互作用。抗结核治疗通常会加重慢性乙型肝炎患者的基础肝部疾病。政府、社区和合作伙伴共同承担责任并共同制定计划和提供综合的艾滋病毒、病毒性肝炎和结核病服务仍是一个工作重点，特别是在这些疾病负担高的国家。

行动 11: 性健康和生殖健康。加强规划联系和综合服务，以便让使用艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务的人能够根据国内的情况和法律方便地获得基于人权的性健康和生殖健康服务。作为性健康和生殖健康综合服务的一部分，提供艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染干预措施的重点行动包括建立规划联系；在有利于采取综合模式的环境中提供综合服务；利用数字卫生和自我护理干预措施方面的技术进步，帮助缺医少药的人群实现其享有健康的权利；加强多部门伙伴关系，进一步推动全民卫生保健；开展跨学科实施研究，支持在全国范围内推广艾滋病毒、病毒性肝炎、性传播感染以及其他性健康和生殖健康服务的循证服务提供模式。

行动 12: 精神卫生。通过与安全和非歧视性精神卫生、神经和药物使用服务建立适当的联系，确保受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响者的精神卫生需求得到满足。精神卫生与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染之间的关系是双向的。许多受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染严重影响的人群也有沉重的精神、神经和药物使用紊乱症负担，包括抑郁、焦虑、创伤后应激障碍以及酒精和药物依赖；精神疾病会对健康产生负面影响。对精神卫生问题的筛查和综合护理应与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的预防和护理服务结合起来，初级卫生保健系统应在适当时发挥联系机制的作用。

行动 13: 残疾。促进制定兼顾残疾问题的规划，确保残疾人能够获得艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务。艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的并发症和后遗症可能与高度残疾有关；由于身体和信息障碍的原因，或者由于社会规范和社会态度方面的原因，现有残疾人患艾滋病毒、病毒性肝炎或性传播感染的风险可能会增加。残疾人参与计划制定和决策对于确保艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务能够满足其需求至关重要。

行动 14: 性别暴力。预防和应对包括性暴力在内的性别暴力。这包括实施指导预防和应对暴力的政策；向幸存者提供综合卫生服务；预防性别暴力；收集证据和数据，包括通过卫生信息系统。已在世界卫生大会决议中得到认可的世卫组织卫生系统应对暴力特别是针对妇女和女童以及儿童的暴力行为全球行动计划对这四个行动支柱

做出了明确说明，并承认卫生部门在应对性别暴力方面发挥了关键作用^{31,32}。向幸存者提供综合卫生服务工作应以世卫组织针对性别暴力的临床和政策应对指南和工具为指引³³。性别暴力的根源是性别不平等，因此，预防和应对性别暴力需要采取循证干预措施，以促进性别平等。

这些循证干预措施的实施应遵循由世卫组织和联合国妇女署主导、并经其他 12 个联合国、双边和多边机构核准的《尊重妇女：面向决策者的防止暴力侵害妇女的行为框架》³⁴。少女和青年妇女尤其受到与暴力有关的伤害，证据显示感染艾滋病毒的妇女、性工作者和变性人也面临更高的暴力风险，包括来自卫生部门的不尊重和虐待。世卫组织呼吁采取政策和问责措施，防止对患者/客户的不尊重和虐待³⁵。卫生工作者，特别是占一线工作人员大多数的女性卫生工作者，也在工作场所遭受暴力和骚扰。世卫组织发布的《卫生工作者职业安全指导文件》论及了防止卫生工作者所面临的性骚扰问题³⁶。

行动 15：性别平等。通过将促进性别平等纳入所有行动以及通过专门关注来促进性别平等。 妇女需要采取有针对性的方法来满足其需求，包括除垂直（母婴）传播风险以外的需求。除了以对性别敏感的方式应对其眼前的实际需求之外，还需要制定旨在解决女性生殖器切割、童婚以及缺乏性和生殖决策自主权等产生感染风险的潜在性别不平等的策略。后者包括让男性伴侣参与进来，实施旨在促进性别平等关系的策略，消除包括重点人群在内的艾滋病毒、病毒性肝炎和/或性传播感染的感染者或受其影响者所遭受的污名化和歧视。需要促进妇女在卫生系统中的领导和决策，以此来应对女性卫生工作者面临的具体风险。在社区内提供的无偿照护服务需要得到正式认可和支持，这些服务主要由妇女提供。

³¹ 其是对妇女和女童以及儿童的暴力方面增强卫生系统在国家多部门应对行动中的作用全球行动计划》。WHA69.5 号决议（2016 年）。日内瓦：世界卫生组织；2016 年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-ch.pdf#page=25，2021 年 12 月 31 日访问）。

³² 《加强卫生系统在应对尤其针对妇女和女童以及针对儿童的暴力问题方面的作用》。WHA67.15 号决议（2014 年）。日内瓦：世界卫生组织；2014 年（https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ch.pdf#page=25，2021 年 12 月 31 日访问）。

³³ 《关爱遭受暴力的妇女：世卫组织卫生服务提供者和管理者培训课程》，修订版，世卫组织，2021 年 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349539>

³⁴ 世卫组织。尊重妇女：防止针对妇女的暴力。世卫组织。2019 年。（<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>）

³⁵ 防止和消除分娩过程中的不尊重和虐待。世卫组织声明。世卫组织。2015 年。http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1;

³⁶ 国际劳工组织和世界卫生组织，关爱那些关心的人——制定和实施卫生工作者职业健康和计划计划的指南。国际劳工组织和世卫组织，2022；https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_837585.pdf

3.3 战略方向 2：优化系统、部门和伙伴关系以产生影响

本节介绍了在全民健康覆盖和初级卫生保健框架下，与合作伙伴合作，共同加强卫生服务提供和优化其他卫生系统功能的共同方法。本节所述行动应与第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）中战略方向 2 下所述针对特定疾病的行动一起结合起来实施。

3.3.1 全民健康覆盖和初级卫生保健

行动 16：全民健康覆盖。作为全民健康覆盖的一部分，从战略高度利用卫生系统提供艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染基本服务，并在政策、规划和服务层面使针对具体疾病的工作与卫生系统的工作保持一致。全民健康覆盖意味着所有人都能在其需要的时间和地点获得其需要的卫生服务，而不会陷入经济困境。为了消灭这些流行病，需要将针对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的基本服务纳入国家重点卫生福利一揽子计划，并得到充足的资金支持。为推进全民健康覆盖采取协调一致的行动包括在政策和计划制定层面保持一致；在投入职能方面保持一致，包括在卫生筹资、卫生数据、卫生商品和卫生人力方面；采取综合方法实施共同的干预措施；社区赋能；以及解决健康问题的共同社会决定因素。

行动 17：初级卫生保健。在可行和适当的情况下，促进将艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务及其主要合并感染和合并症纳入初级卫生保健平台，包括通过分散和基于社区的服务提供，并促进共同加强这些平台，以便在实现全民健康覆盖方面取得可持续进展。初级卫生保健涵盖整个生命历程中所需并尽可能在人们日常环境中提供的疾病预防、健康促进、治疗、康复和姑息治疗全过程保健服务。这是全民健康覆盖的基础，对于促进卫生公平至关重要。初级卫生保健可以在可行和适当的情况下为解决多病共存问题提供平台，并且可以增强个人、家庭和社区优化自身健康的能力。成功地将艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务纳入初级卫生保健需要在加强初级卫生保健基础设施和卫生人力方面进行投资。初级卫生保健还认识到，人民和全体居民的健康和福祉是社会、经济、环境和商业因素相互作用的结果；卫生部门必须与其他部门密切合作，通过采取循证的多部门政策和行动，系统性解决影响健康问题的更广泛的决定因素。卫生部门也必须应对本部门内与这些决定因素相关的挑战，例如“绿化”卫生系统，以增加对可再生能源的使用和减少碳排放。

3.3.2 共同的服务提供模式

行动 18：提供差异化服务。以战略信息为指引，确定和优化利用艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务的差异化服务提供模式的机会，以了解不同环境中受益人口的不同需求和偏好，作为扩大获取以人为本的综合服务的一种手段。差异化方法是根

据受影响社区的不同需求和偏好来调整服务提供方式，可以提高服务利用率、提高服务质量和优化卫生系统资源的使用情况。最经常使用差异化服务方式的是通过任务分担、调整服务提供时间以及调整门诊和药品补充频率等方法提供艾滋病毒抗逆转录病毒治疗。在 COVID-19 大流行期间，很多国家进一步加快了对差异化模式的使用，以确保在采取居家措施、要求保持身体距离和供应中断的情况下持续提供基本服务。扩大使用这些方法可以为采取综合方式让人们更接近艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务提供长期机会。卫生服务提供者必须有能够提供差异化服务，包括利用基于技术和基于社区的方法，并且有能力提供没有污名化和歧视的高质量以人为本的服务。

行动 19：分散化。确定和优化在适当时分散提供艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务的机会，并使服务提供方式多样化，以便将较低行政级别和非专业人员纳入进来，并酌情简化规程，以扩大获得以人为本的综合服务的机会。通过采取与非专业人员分担任务、社区服务、远程医疗和其他扩大地域范围的方法，分散化和差异化服务提供为将服务扩展到专业或三级机构以外提供了机会。分散化还可能更需要更积极地与私营卫生保健部门进行接触。各国需要评估哪些应对措施需要集中或分散方法并会从中受益，以便提供初级卫生保健和实现全民健康覆盖目标。可以优化实验室服务，以期寻找机会，通过非专业卫生机构和初级卫生保健平台扩大专业或三级实验室的覆盖范围，从而扩大服务的地域覆盖面。在做出分散提供服务的决定时必须根据本地情况进行相应调整，必须得到政策和立法的支持，并且必须有相应的投资，以期加强初级卫生保健一级的基础设施，并向卫生保健人员和提供卫生保健服务的正式或非正式社区卫生工作者提供充分的支持和能力建设，以保持服务质量和使用者信心。

行动 20：特殊环境。在特殊环境中提供公平获得服务的机会，包括在监狱和其他封闭环境以及需要关注的人道主义环境中。在特定环境中，包括在监狱和其他封闭环境以及需要关注的人道主义环境中，获得基本卫生服务的机会可能会受到严重影响。流动人口和流离失所人口往往远离自己的社区，由于缺乏必要的文件、语言障碍或费用高昂，可能没有充分的机会获得本地服务。在突发事件和人道主义环境中，如果卫生服务供应中断，脆弱性可能会增加。卫生条件差的地方也可能会暴发甲型肝炎和戊型肝炎病毒疫情。《联合国囚犯待遇最低限度标准规则》（《纳尔逊·曼德拉规则》）³⁷要求监狱和拘留中心等其他封闭环境中的卫生保健服务应与更广泛的社区能够获得相同的卫生保健服务，如果人们在这些环境和更广泛的社区内部和相互之间流动，应确保这些服务的连续性。

³⁷ 《联合国囚犯待遇最低限度标准规则》（《纳尔逊·曼德拉规则》）。维也纳：毒品和犯罪问题办公室；2015年（https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf，2021年12月31日访问）。

行动 21：数字创新。利用数字技术日益增长的力量来提高卫生干预措施的覆盖面和质量。数字卫生技术可以加强有针对性的客户沟通，例如面向青年或因为担心污名化和歧视而可能不想当面相见的人员。虚拟摸底调查和在线调查等社会倾听方法有助于更好地了解目标人群的需求和偏好。患者可以通过使用可穿戴设备和移动应用程序进行个人健康监测，利用数字卫生技术提高自己的自主性和能动性。数字化卫生工作者支持工具可以提高患者管理和复查质量，电子卫生信息系统可以提高数据质量。数字卫生干预措施的设计和执​​行必须在国家卫生系统更广泛的数字卫生架构内进行。它们的部署必须确保保密和隐私相关风险等与其使用相关的风险和障碍得到充分解决。数字技术的使用不应取代面对面服务，也不应为可能无法利用数字技术的人造成不平等。

3.3.3 治理

行动 22：有效和包容性治理。加强国家治理体系和经过成本核算的战略计划，以指导国家在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对方面工作，并让社区切实参与进来，促进与更广泛的卫生治理体系和计划对接，使之符合国际人权原则和标准。国家卫生治理体系必须全面解决针对特定疾病的问题，并让艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的感染社区以及受其影响的社区切实参与进来。同样，如果有针对特定疾病的治理体系，也必须与更广泛的国家卫生和发展体系和计划进行对接并建立联系。有效的治理应具有包容性和参与性，能够促进卫生系统内具体代表性的领导，包括妇女和来自受影响社区的民众，并且能够在全政府和全社会参与的方法中促进跨部门和包括政府、各种民间社会组织、私营部门和社区在内的各利益攸关方之间的合作。

3.3.4 筹资

行动 23：筹资。通过国家卫生筹资系统解决艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对工作的筹资问题，避免资金分散；最大限度地有效利用资源；并最大限度地减少家庭发生灾难性卫生支出的机会。持续推动在三个疾病领域取得进展需要在卫生筹资系统实行战略转变，以实现三项关键目标：利用国内资源筹集充足的资金，并利用外部资源予以补充；建立公平的资金汇集机制，以保护金融风险；通过整合服务、降低成本和分散资金流以及提高效率的方式，优化资源使用；以及追求降价策略。必须确保艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务成为基本卫生福利一揽子计划的一部分，并且记录和解决基本服务和干预措施的资金缺口，这一点非常重要。资源分配应反映服务提供和卫生需求，包括全国范围内和特定环境中的重点和高风险人群的需求。必须支持各国增加国内预防筹资，包括用于资助受艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响最大和风险最高的人群的干预措施。应该让私营部门（特别是作为卫生服务提供

者)通过战略采购机制参与进来。卫生部门的筹资工作也必须考虑到用于支持卫生系统功能所需的信息技术基础设施日益增长的需求。

3.3.5 商品

行动 24: 基本卫生用品。通过加快开发、质量保证和国内注册;降低价格;加强本地开发、生产和分配能力;以及与更广泛的卫生商品计划和预算进行对接,确保能够公平和可靠地获得质量有保证和负担得起的**艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染药品、诊断工具和其他卫生产品**。长期安全供应可获得、负担得起和可接受的商品是采取公共卫生方法终结这三种流行病的一个关键要素。必须支持商品和技术的研发,并且应以公共卫生需求为导向。必须加强国家监管能力,以确保新产品的及时注册,确保市场上所有卫生产品的安全、质量和功效。按照以公共卫生为导向的条款和条件授予自愿许可,以进一步加强非专利药品竞争,并将其作为改善和加快获得当前艾滋病毒和病毒性肝炎治疗的一种关键机制,这样的降价策略也可用于扩大低收入和中等收入国家获得新产品的机会;通过利用与贸易有关的知识产权方面的灵活性,促进按照共同商定的条款自愿分享技术,解决知识产权相关壁垒;促进差异化定价;以及参与与制药企业的直接价格谈判和共享产品价格,以提高卫生产品的可负担性和可及性。必须加强物流管理信息系统,以确保为决策和问责提供及时和准确的商品需求和消费数据,并努力促进绿色采购和废物处理。

3.3.6 卫生人力

行动 25: 加强卫生人力。在加强整体卫生人力的同时,应对与**艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染有关的当前和未来的卫生人力需求**。到2030年终结艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的努力将对在很多环境中已经负担过重的卫生人力提出进一步的要求。人们越来越多地希望卫生工作者能够处理各种卫生问题,能够与不同的客户群体打交道。应该量化针对特定疾病的需求,并且应该在更广泛的决策中考虑卫生人力和机构人员配置问题。全面的国家卫生人力计划应优化利用包括社区卫生工作者在内的现有人力,并在整个服务过程中推进基于多学科的团队护理,以提供**艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务**,并由不同的卫生工作者骨干发挥不同的作用。卫生工作者的薪酬应与教育水平、完成的任务和更广泛的劳动力市场条件相一致。应该避免造成卫生工作者之间不平等或对其他服务提供领域产生负面影响的财政激励措施。应将针对特定疾病的职责所需的能力纳入主流,并纳入职前教育。人力政策应消除有害的性别规范,应跨越入职要求、教育、部署和管理战略。

卫生系统应对卫生工作者的能力建设、持续培训和支持性监督进行投资,包括在各级别对卫生机构和社区卫生工作者进行关于性健康和受**艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响的人群需求**的初步和研究生培训。卫生系统还必须通过提供必要的防护

装备和实施普遍预防措施的手段以及更广泛的工作场所安全和福利，确保为卫生工作者提供保护。需要制定战略，增加很多环境中护士和助产士的数量。应鼓励青年人从事卫生保健以及艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染领域的职业。正如本章在前面的行动 8 中所述，必须让卫生人力参与到旨在消除卫生保健环境中与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关的污名化和歧视的全面工作中。

3.3.7 健康问题的社会和结构性决定因素

行动 26：法律、监管和政策改革。 根据需要，通过审查和改革限制性法律和政策框架，营造一个有利的法律环境，以便能够公平获得卫生服务，特别是受影响最大和风险最高的人群，并营造能够让人们安全获得服务的机构和社区环境，包括在保健环境中。卫生部门有义务在卫生保健环境中促进建设一个安全和非歧视的环境，并促进在其他部门营造有利的环境，以降低人们的脆弱性，促进所有人获得卫生服务。应支持各国根据需要审查和修订那些影响到最脆弱人群的健康、安全和获得服务的限制性法律和政策框架，包括与艾滋病毒不披露、暴露和传播相关的法律、实施与艾滋病毒相关的旅行限制和强制检测的法律或将吸毒、性工作和同性关系定为刑事犯罪的相关法律等产生障碍或加剧污名化和歧视的歧视性法律和实践。还应审查与同意年龄相关的法律和政策，以便让青少年和青年人能够寻求艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的检测、预防和治疗服务。制定支持性立法以支持实施循证干预措施、促进和保护人权和性别平等、减少污名化和歧视以及支持为有需要的人提供法律援助也同样重要。通过营造有利的法律环境来改善健康的行动需要考虑国内背景、立法和司法责任。

行动 27：建立多部门伙伴关系，消除污名化、歧视和其他社会和结构性障碍。 建立、促进和协调多部门和社区伙伴关系，以消除阻碍有效应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的社会和结构性障碍。持续的污名化和歧视是阻碍有效应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的主要障碍。艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响最大的重点人群继续面临污名化、歧视和刑事定罪，这些都加剧了他们的风险，侵犯了他们获得所需服务的权利。在许多环境中，病毒性肝炎感染者面临社会排斥、医疗障碍或与工作场所相关的歧视。性传播感染继续为感染者带来耻辱，并且仍然是隐性的。其中很多障碍受到教育、营养、司法、劳动、社会保护、住房和环境等多个部门的政策和活动的影响。艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的综合应对措施必须包括跨部门合作，以确保在关键促进因素上采取积极行动，以期提高针对所有人的干预措施的可及性、可接受性、利用率和质量。这包括在区域一级，特别是在国家一级加强与具有专门技术知识的联合国实体开展合作，包括艾滋病署、联合国人权事务高级专员办事处和联合国毒品和犯罪问题办公室。个人和社区（包括代表重点人群和其他受益者的个人和社区）的有效参与和赋能在减少这些障碍方面发挥了关键作用。

3.3.8 卫生安全

行动 28：在大流行和其他突发卫生事件期间保护人民。保护在应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染方面已经取得的成果，并通过建设卫生和社区系统抵御能力，确保在发生大流行和其他新发卫生健康威胁期间基本卫生服务的连续性。COVID-19 大流行破坏了全世界对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染服务的获取，并且有可能停止或逆转在应对这些疾病方面已经取得的成果。与此同时，这次大流行也表明，卫生和社区系统在继续惠及有需要的人群方面拥有适应和发展的能力。例如，社区主导的行动促进了在实行居家措施以及服务和供应中断的艰难情况下继续为有需要的人口提供基本卫生服务的创新；数字技术为偏远人口提供了虚拟医疗的机会。必须坚持这些创新，以确保在大流行和新发卫生威胁期间持续提供基本服务，共同努力建设卫生和社区系统的抵御能力，加强与初级卫生保健的联系，确保获得预防和疫苗努力，并在大流行和突发卫生事件期间为最脆弱的人群提供社会保护。

行动 29：管理未来的疫情。利用在应对 COVID-19 疫情期间学到的经验教训，预防和管理未来的疫情。在 COVID-19 大流行期间，为区分、分散和简化危机时期基本卫生服务提供而采用的创新方法为加强更广泛的传染病应对工作提供了历史性机遇。随着各国进入消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染疾病的最后一公里，必须利用在应对 COVID-19 方面学到的经验教训，提高卫生和社区系统的防范程度和灵活性，以识别和管理艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染疾病的未来疫情以及其他新出现的卫生威胁。

3.4 战略方向 3：生成并使用数据来推动行动决策

本节介绍了加强卫生信息系统以加强数据可用性、使用和问责的共同方法。本节所述行动应与第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）中战略方向 3 下所述针对特定疾病的行动一起结合起来实施。

行动 30：数据的可用性、分析和使用。生成高质量的数据，并利用数据分析促进采取行动，包括在分散层面。准确、及时和精细的数据对于国家战略计划、资源分配、卫生服务提供、宣传和问责至关重要。共同努力加强战略信息系统，包括基于人口的负担估计和按性别、年龄和其他相关人口特征分列的相关数据，对于指导规划实施和提高质量十分重要。对加强数据收集、报告、分析和使用的能力建设进行投资十分重要，包括针对合并症的数据。数据必须为决策和规划改进提供参考，包括在国家以下各级，并得到国家、地区和机构各级充分分析能力的支持。定期报告规划实施、筹资、绩效和影响以及数据透明度情况对实行问责制非常重要。

行动 31: 以人为本的数据监测。扩大以人为本的监测，以支持以人为本的服务，并把个人置于卫生信息系统的中心，增加按性别、残疾、年龄和其他相关人口特征适当分类的数据粒度，并利用社区主导的监测信息予以补充。以人为本的监测有助于个人在各服务环节中获得服务，并且有助于提供能够满足人们需求的差异化服务，有助于长期坚持卫生保健，并改善规划成果。社区主导的监测（在这种监测中，社区直接参与收集、分析和使用信息，以监测和提高服务质量，解决瓶颈问题，对服务提供者和决策者进行问责，并增强个人、家庭和社区优化其健康的能力）可以成为卫生信息系统的一个重要组成部分。必须增强卫生工作者分析和使用数据的能力，以提高服务提供的质量。在收集和使用以人为本的数据方面严格实行各种标准是确保数据安全、保护个人和社区秘密、加强数据系统的互操作性以及确保数据收集工作不会造成伤害的关键。

行动 32: 卫生信息系统。将针对特定疾病或感染的相关信息系统与更广泛的卫生信息系统对接起来以加强全民健康覆盖和支持向数字信息系统过渡，并适当关注数据治理、安全和互操作性。采用在加强人口动态登记和常规服务监测系统方面进行共同投资等统一方法来加强信息系统、实施综合疾病监测、采取共同方法进行抗微生物药物耐药性监测以及开展相关联合调查为提高一致性和效率、提高所有疾病的数据质量以及改善整个卫生系统的患者追踪情况提供了机会。社区层面的数据应与临床数据管理平台整合或联系起来。随着越来越多的国家向电子卫生信息系统过渡，必须确保跨系统的数据保密和安全，制定共同的数据标准，促进不同规划领域和相关职能部门（如后勤管理和实验室系统）使用的数据平台之间的互操作性。加强公私伙伴关系也对扩大通过私营部门获取服务、确保统一的服务质量标准 and 促进按照安全和数据保护标准进行数据共享至关重要。

3.5 战略方向 4: 让获得权能的社区和民间社会参与进来

本节介绍了让社区、民间社会组织和受影响人口参与宣传、提供服务、决策和旨在加强服务提供和克服社会和结构性障碍的举措并为其增强能力提供支持的共同方法。本节所述行动应与第4章（艾滋病毒）、第5章（病毒性肝炎）和第6章（性传播感染）中战略方向4之下所述针对特定疾病的行动结合起来实施。

行动 33: 社区和民间社会领导。让社区和民间社会参与进来，并支持它们为宣传、提供服务、决策、监测和评价以及旨在消除社会和结构性障碍的举措做出更大贡献。社区和各种民间社会组织是对机构服务的一种重要补充，也是有效卫生保健的一个组成部分，特别是在那些在获得服务方面可能面临障碍的人群中，或者是在无法从卫生机构获得服务的情况下。社区和民间社会切实参与国家卫生计划制定进程和服务

提供让服务更贴近有需要的人群；提高服务的可接受性、利用率和保留率；使个人有更大的自主权和自我护理的可能性，促进公平。社区和民间社会组织为宣传工作提供支持，加强规划设计和交付，促进问责，包括通过社区主导的监测。要想有效发挥作用，社区组织和民间社会组织需要有可预测的资金支持，并且必须得到其他利益攸关方的认可且将其视为努力消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染疫情的工作中的关键伙伴。

行动 34：社区卫生工作者。为卫生人力中的社区成员提供充分的监管、培训、监督和支持。要想缩小在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对方面的主要差距，就需要扩大社区向传统诊所无法有效覆盖的人口提供服务和商品的能力。社区卫生人力在监管、培训和监督方面的需求必须与正规卫生人力的需求同等对待。需要加强社区卫生服务和正规卫生服务之间的联系。社区卫生工作者的工作必须获得适当的报酬。像所有卫生工作者一样，应该为他们提供防护装备，并且应该通过感染控制规程为其提供保护。

3.6 战略方向 5：促进创新以产生影响

本节介绍了用于促进和传播创新以加速影响的共同方法。本节所述行动应与第 4 章（艾滋病毒）、第 5 章（病毒性肝炎）和第 6 章（性传播感染）中战略方向 5 之下所述针对特定疾病的行动结合起来实施。

行动 35：创新伙伴关系。通过市场分析和加强研发伙伴关系，包括加强与私营部门和社区的接触，充分发挥创新潜力。为了实现各项全球具体目标，各国不仅需要利用新的知识、技术和服务提供方法，还需要更有效地利用现有工具，并需要根据不同的人口、环境和目的对其进行相应调整。世卫组织和各国与许多创新伙伴合作，共同推动和促进在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对以及更广泛的卫生领域的创新，以确保在高收入国家出现的创新产品、工具和方法能够以负担得起的价格进入低收入和中等收入国家，并减轻卫生系统的负担。这包括利用数字技术促进健康，为提高服务质量、增加患者的自我护理选择以及分析和使用数据带来新的机会。社区参与研究，包括社区主导的研究，对于确保拟议创新的相关性和鼓励未来采用这些创新非常重要。

4. 艾滋病毒

本章介绍了关于艾滋病毒的全球卫生部门战略。介绍了到 2030 年作为一种公共卫生威胁终结艾滋病所需要的主要战略和业务转变（专栏 4.1），并介绍了重点具体目标、干预措施和创新。艾滋病毒战略与《2021-2026 年全球艾滋病战略》、《终结结核病战略》（专栏 4.2）以及其他相关的全球战略完全一致。将在 2026 年对 2025 年共同具体目标进行中期审查，这将有助于今后与任何后续全球艾滋病战略保持一致。本章中所述国家行动应与第 3 章中确定的各国共同行动结合起来实施。

专栏 4.1: 到 2030 年作为一种公共卫生威胁终结艾滋病所需的主要战略和业务转变:

- 重新关注初级预防
- 应对艾滋病毒相关死亡的主要原因，包括结核病、隐球菌性脑膜炎和严重细菌感染
- 缩小儿童和青少年在获得服务方面的差距
- 确保艾滋病毒感染者持续参与艾滋病毒治疗和护理服务，满足慢性护理需求，以提高老年艾滋病毒感染者群体的生活质量
- 消除重点人群面临的障碍
- 采用差异化方法提供服务，以满足不同人群和环境的特定需求
- 利用创新，包括新的治疗方案、新的预防方法、疫苗和有效疗法，并提供研究支持，包括研究资源有限的环境的需求。

专栏 4.2: 将结核病和艾滋病毒应对工作结合起来

结核病是艾滋病毒感染者死亡的主要原因。虽然死亡人数在 2010 至 2019 年期间有所下降，但报告在 2019 年同时接受艾滋病毒和结核病治疗的艾滋病毒和结核病合并感染者人数估计不到一半³⁸。全球终结结核病战略³⁹优先重视开展合作活动，采取以人为本的综合护理方法，共同应对结核病和艾滋病毒，包括对艾滋病毒感染者的结核病症状进行系统性筛查、结核病预防治疗、对所有确诊或推定患有结核病的人进行艾滋病毒检测、及时开始结核病患者的抗逆转录病毒治

³⁸ 《2020 年全球结核病报告》。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336069>，2021 年 12 月 31 日访问）。

³⁹ 《终结结核病战略》。日内瓦：世界卫生组织；2015 年（<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331326>，2021 年 12 月 31 日访问）。

疗、世卫组织批准的化学预防以及对药物敏感和耐药结核病的治疗。联合计划、联合监测和联合筹资等规划合作的机会以及采取共同方法解决导致艾滋病毒和结核病的平等问题对于预防和管理艾滋病毒相关结核病也很重要。

4.1 艾滋病毒具体目标

下表 4.1 列出了要实现的艾滋病毒影响和规划覆盖指标、具体目标以及政策阶段性目标。

表 4.1. 到 2030 年要实现的艾滋病毒影响和覆盖指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标
影响	每年新增的艾滋病毒感染人数	150 万	37 万	33.5 万
	每年每 1000 名未感染人口中新增艾滋病毒感染人数（可持续发展目标 3.3.1）	0.19	0.05	0.025
	每年 0-14 岁儿童新增艾滋病毒感染人数	15 万	2 万	1.5 万
	每年死于艾滋病毒/相关原因的人数 ^b （包括按艾滋病毒隐球菌脑膜炎、结核病和严重细菌感染分列）	68 万	25 万	<24 万
	死于结核病、乙型肝炎和丙型肝炎的艾滋病毒感染者人数 ^c	21 万	11 万	5.5 万
	经证实已经消除艾滋病毒、乙型肝炎或梅毒垂直（母婴）传播的国家数目	15	50	100
覆盖	知道自己艾滋病毒状况的艾滋病毒感染者百分比 ^d	84%	95%	95%
	知道自己艾滋病毒呈阳性者正在接受抗逆转录病毒治疗的百分比 ^d	87%	95%	95%
	接受治疗且抑制病毒载量的艾滋病毒感染者的百分比 ^d	90%	95%	95%
	使用综合预防 and 规定服务包的艾滋病毒风险人群的百分比	8%	95%	95%
	最后一次与客户或非固定伴侣性交时使用避孕套/润滑剂的百分比		90%	90%

	为每个注射毒品者分配的针头或注射器数量（作为伤害减少综合规划的一部分）	200	200	300
	接受结核病预防性治疗的艾滋病毒感染者百分比	50%	95%	95%
	接受包括性传播感染和病毒性肝炎在内的综合卫生服务的艾滋病毒感染者和风险人群的百分比		95%	95%
阶段性目标	污名化和歧视-艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播疾病感染者以及遭受污名化和歧视的重点人群的百分比		不到 10%	不到 10%
	法律和政策-制定了惩罚性法律和政策的国家百分比	因人群而异 ^e	不到 10%	不到 10%
	性别平等-15-49 岁妇女和少女中近期（过去 12 个月）遭受亲密伴侣暴力行为的发生率 ^f	13%	11%	不到 10%
	整合-与其他综合卫生服务联系起来的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播疾病感染者的百分比		95%	95%
	晚期疾病-开始抗逆转录病毒治疗时 CD4 细胞计数少于 200/mm ³ 个（或处于第三或第四期）的人口百分比 ^g	30%	20%	10%
	差异化服务提供-已实施六个月药品补充的国家百分比	19 个国家	50%	80%
	创新-疫苗或疗法覆盖的其他疾病（艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染）的数量		1	2

^a 2020 年底的最新数据。一些具体目标使用 2019 年的数据，因为报告的 2020 年数据中存在与 COVID-19 相关的服务中断的情况。2025 年的具体目标预计不会受到 COVID-19 的影响。所有数据将按年龄（包括青少年）、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类

^b 死亡率数据将进一步分类，以评估是否迫切需要解决死亡驱动因素和原因，特别是到 2025 年将艾滋病毒隐球菌脑膜炎引起的死亡减少 50%，到 2030 年将结核病和严重细菌感染引起的死亡减少 90%

^c 数据将按原因分列和报告，包括降低死亡率所需的一系列结核病服务干预措施、对结核病症状的系统性筛查、结核病的快速诊断和预防性治疗以及耐药结核病的治疗

^d 在所有年龄、性别和重点人群中实现

^e 艾滋病毒传播 61%、变性人 24%、性工作者 87%、使用或持有毒品者 83%，同性性关系 36%

^f 可持续发展目标指标 5.2.1：有伴侣的 15 岁及以上的妇女和少女在最近的 12 个月内遭受现任或前任亲密伴侣的身体、性或心理暴力的比例，按暴力形式和年龄分列（<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=5&Target=>。2022 年 4 月 28 日访问）

^g 实现所有艾滋病毒感染者都应得到 CD4 检测结果，到 2025 年至少达到 90%，到 2030 年达到 95%
 艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的共有具体目标以**粗体**显示。

4.2 战略方向 1: 提供高质量、循证、以人为本的服务

本节介绍了各国在艾滋病毒预防、诊断、护理和治疗服务的各个环节应针对艾滋病毒采取的重点行动。本节所述行动应与第 3 章战略方向 1 之下所述相关共同行动结合起来实施，这些行动的实施必须根据受影响的不同人群的需求和不同流行病学背景进行相应调整（专栏 4.3）。

专栏 4.3: 艾滋病毒的重点人群

艾滋病毒感染者是艾滋病毒应对工作的核心，在所有环境中，他们都必须成为国家应对中的重点人群。一些生物、行为和结构性因素增加了某些人群感染艾滋病毒的风险和脆弱性，从而导致他们受到这种流行病的影响格外严重。全球证据表明，就艾滋病毒而言，与所有环境中的普通人群相比，五个重点人群（男男性行为者、注射毒品者、性工作者、变性人以及监狱和其他封闭环境中的人员）受到的影响更大。2020 年，重点人群及其性伴侣占到全球艾滋病毒感染者的 65%：在新增感染者中，93% 来自撒哈拉以南非洲以外的地区，39% 来自撒哈拉以南非洲。这些人群对艾滋病毒传播的动态至关重要，也是有效应对的重要伙伴。

妇女（包括孕妇和哺乳期妇女）、少女、儿童、青少年和青年（包括青年重点人群）在特定情况下也容易感染艾滋病毒。在某些环境中，男人和男孩不太可能使用卫生服务，健康状况也更差。其他重点人群可能包括残疾人、土著人民、移民和流动人口，以及在某些情况下需要关注的人道主义环境中的人员，包括受冲突和内乱影响的人民。

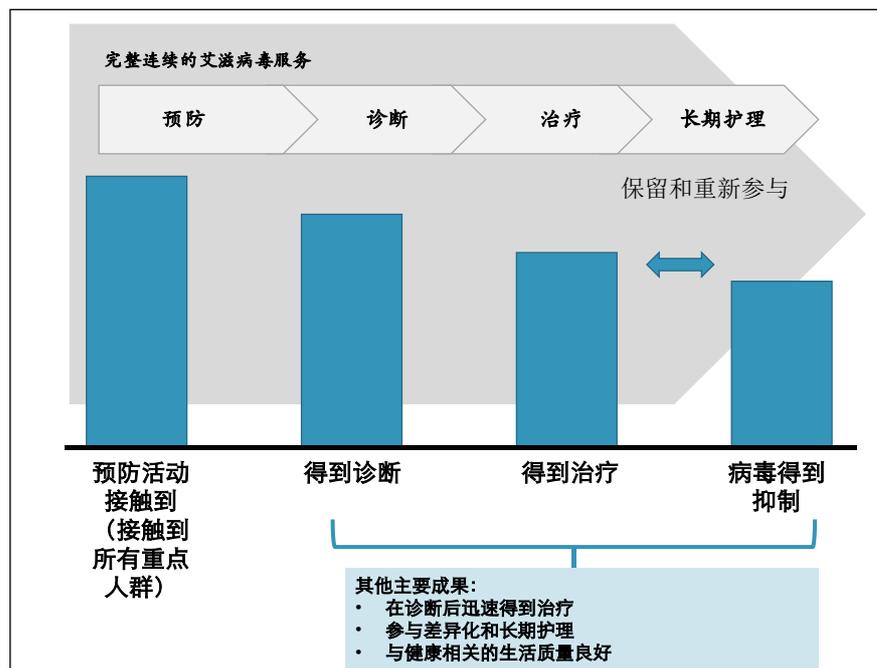
除了关注人口之外，将工作重点放在艾滋病毒负担可能较高或服务差距可能最大的地区也同样重要。例如，撒哈拉以南非洲的少女和青年妇女面临更大的脆弱性，采取综合方法来解决艾滋病毒、性传播感染以及性健康和生殖健康问题可能会让她们受益。对于可能难以接触到、具有隐性特点、得不到（他人或自己）承认或不愿意透露其身份的重点和边缘化人群，也需要采取有针对性的方法。在各国因为应对 COVID-19、气候相关危机和不安全等突发卫生事件而导致在获得服务方面面临挑战之际，与受影响最大和风险最高的人群进行有意义的接触从未像现在这样重要。

4.2.1. 艾滋病毒服务提供干预措施

行动 36: 完整连续的艾滋病毒服务。组织提供卫生服务，通过提供全面的预防服务，确保及早获得和参与护理、治疗的连续性、重新参与和监测服务链以改进规划，满足人们对完整连续的艾滋病毒服务的需求。完整连续的艾滋病毒服务为实施基本干预措施以便全面满足人们在艾滋病毒预防、检测、治疗和长期护理方面的需求提供了

一个组织框架。在获得艾滋病毒服务的整个过程中，每一步都可能会中断。卫生服务的组织必须让个人能够持续参与护理，包括在适当时通过社区服务提供点，以优化患者和人群的护理结果，包括在各种服务之间建立适当的联系，以确保在生命的各个阶段提供完整连续的护理服务。应该对保留链进行监测，以确定需要改进规划的领域（图 4.1）。

图 4.1. 艾滋病毒服务参与链



行动 37: 艾滋病毒一揽子干预措施。确定一套核心的与每个国家的具体情况相关且根据不同人群和环境的需求进行量身定制的循证干预措施。每个国家都需要根据数据、科学证据、良好做法和社区投入情况，为整个服务过程确定一套艾滋病毒基本干预措施，并且需要考虑到疾病负担、公平、有效性、成本、可接受性、可行性和影响。这套干预措施应与全民健康覆盖福利一揽子计划对接起来，并且应在可行和相关情况下与初级卫生保健挂钩。

行动 38: 艾滋病毒预防。确定和实施针对特定人群和地点的艾滋病毒预防干预措施的最佳组合。根据年龄、性别和情况，人们可能需要不同的艾滋病毒预防方案，而且个人风险和需求可能会在人的一生中发生变化。应在服务和提供方法方面为人们提供不同方案和选择，以满足个人的需求和偏好，包括使用数字技术等创新方法。应当利用数据来确定针对不同人群和地点的预防干预措施的最佳组合，并进行以人为本的监测，使服务适应个人和人群的需求。应考虑包括生物医学、行为和结构性干预措施在内的一揽子综合预防措施。

行动 39: 用于预防艾滋病毒的抗逆转录病毒药物。通过为所有艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒疗法，并将暴露前预防和暴露后预防与其他预防干预措施进行战略性结合，最大限度发挥抗逆转录病毒药物的预防作用。必须向所有艾滋病毒感染者提供抗逆转录病毒疗法，重点是使用世卫组织推荐的治疗方案、病毒载量监测和坚持治疗直到检测不到病毒载量，从而防止进一步的性传播。应作为一种额外的预防选择，向所有要求暴露前预防的人员提供暴露前预防或未感染艾滋病毒的人使用抗逆转录病毒药物，并向那些有很大风险感染艾滋病毒的人员提供这些药物。应向那些在没有采取暴露前预防措施的情况下有艾滋病毒显著暴露的人员提供暴露后预防。释放抗逆转录病毒药物的阴道环为不能或不想每天口服暴露前预防药物的妇女提供另一种预防选择。虽然 2022 年只有一种阴道环产品可供使用，但预计在 2022-2030 年战略实施期间会有其他可注射和可植入产品可供使用。

行动 40: 自愿进行男性包皮环切手术。最大限度发挥自愿男性包皮环切手术的艾滋病毒预防作用，将其作为改善青春期男孩和男人健康和福祉的综合服务的一部分。作为一种补充的艾滋病毒预防方案，应在自愿的情况下向 15 岁及以上青少年和成年男性提供安全的男性包皮环切手术，以降低在东部和南部非洲普遍流行的环境中通过异性性行为感染艾滋病毒的风险。

行动 41: 以人为本的艾滋病毒检测。通过与治疗和护理及时挂钩的分散和差异化服务提供方式，扩大以人为本的艾滋病毒检测。艾滋病毒检测是艾滋病毒预防和治疗的关键途径。艾滋病毒检测方法的最佳组合（包括通过临床环境、社区方法或自我检测）取决于流行病动态、人口需求和当地卫生系统。扩大检测覆盖面（包括指标检测）需要特别注意确保诊断和服务的质量，以尽量减少艾滋病毒的误诊风险。各国应确保艾滋病毒检测的同意年龄与治疗的同意年龄保持一致。婴儿和儿童艾滋病毒感染的诊断覆盖率仍然不足，儿童艾滋病毒感染者往往需要更有针对性的病例发现工作，并且需要与整个卫生系统结合起来，以便最大限度地发挥作用。

行动 42: 艾滋病毒治疗。采用差异化服务提供模式，提供以人为本的卫生保健、监测以及为开始、坚持和重新参与护理提供支持，所有艾滋病毒感染者迅速使用世卫组织推荐的治疗方案开始艾滋病毒治疗。应向所有艾滋病毒感染者提供在艾滋病毒诊断后 7 天内确定并快速开始的抗逆转录病毒治疗，无论是在世卫组织的哪个临床阶段，也不管 CD4 细胞计数是多少。与社区密切合作和对接受抗逆转录病毒疗法的人进行监测（包括在卫生服务点进行病毒载量检测）对于确保成功的治疗结果和实现艾滋病毒治疗的预防效果至关重要。必须为每个人坚持量身定制的治疗提供支持，以提高坚持护理率，同时采取干预措施，对放弃护理的人进行追踪，并支持他们重新参与护理。

行动 43: 艾滋病毒耐药性。通过协调一致的行动，预防、监测和应对艾滋病毒耐药性，其中包括支持持续研发、向耐药性屏障更高的艾滋病毒疗法过渡、确保不间断的药物供应以及加强监测和监督。由于耐药病毒株的出现，所有抗逆转录病毒药物（包括新型药物）都有部分或全部失效的风险。预防和应对艾滋病毒耐药性的战略包括支持向世卫组织推荐的耐药性屏障更高的一线首选治疗方案（包括整合酶抑制剂）过渡，进行病毒载量检测，监测艾滋病毒护理服务提供以及确保不间断的药物供应。这还需要关于艾滋病毒耐药性的高质量数据，包括使用新的工具监测艾滋病毒耐药性，扩大监测艾滋病毒耐药性的实验室能力，确保正在进行的研究和方法创新能够在最大限度地减少艾滋病毒耐药性方面发挥最大的公共卫生影响。

行动 44: 抗逆转录病毒药物毒性。监测抗逆转录病毒药物毒性和促进患者安全。艾滋病毒服务必须包括将监测抗逆转录病毒药物毒性的方法与促进患者安全的方法结合起来，包括监测妊娠期内使用的抗逆转录病毒药物的安全性以及对包括成人、青少年、孕妇和儿童在内的所有人群进行积极和常规的毒性监测。

行动 45: 艾滋病毒疾病晚期。为患有艾滋病毒疾病晚期的儿童、青少年和成人提供护理。很多艾滋病毒感染者在进入艾滋病毒疾病晚期后才接受护理，这与死亡、机会性感染以及其他艾滋病相关和非艾滋病相关合并症风险增加有关。除了结核病之外，艾滋病毒疾病晚期的护理方案还应包括筛查、诊断检查、治疗和/或预防，以解决艾滋病毒感染者发病和死亡的其他主要原因，如严重的细菌感染和其他机会性疾病，包括隐球菌性脑膜炎、组织胞浆菌病、弓形体病和肺孢子虫肺炎。卡波济氏肉瘤也仍是一种被忽视的艾滋病毒相关癌症，没有适当的治疗方案。每个接受艾滋病毒护理的人，包括初次接受治疗的人和先前在确诊后接受并中断治疗后重新接受护理的人，都必须进行艾滋病毒疾病晚期评估，并通过适当的干预措施满足他们的需求。所有 5 岁以下的儿童都被认为患有晚期疾病，因为他们的疾病进展和死亡的风险升高。

行动 46: 艾滋病毒感染者的长期护理和生活质量（对共同行动 9 予以补充）。解决儿童、青少年和成人艾滋病毒感染者的长期护理和生活质量需求。从长期来讲，艾滋病毒感染者会遇到一系列其他健康和福祉问题，包括与疾病的病理生理学相关的问题；治疗的副作用；与艾滋病毒不相关的合并感染和合并症；管理药物的相互作用，如艾滋病毒感染者和癫痫患者；精神卫生；以及衰老——所有这些都需全面的护理和管理。应对成人和儿童艾滋病毒感染者的生活质量进行监测，并在其一生中全面满足他们的健康和福祉需求。姑息治疗是对艾滋病毒感染者进行全面临床管理的一个重要组成部分，是要解决与艾滋病毒感染或其治疗相关的疼痛和其他身体症状以及其他与健康相关的痛苦。

行动 47: 消除垂直传播以及儿童和青少年的艾滋病毒预防、治疗和护理（对共同行动 3 和 4 予以补充）。消除艾滋病毒的垂直（母婴）传播，缩小在获得婴儿和儿童

艾滋病病毒检测和治疗服务方面的差距，并支持他们在青春期和成年期保持健康。消除艾滋病毒的垂直传播需要采取与性健康和生殖健康规划相结合的综合方法，以实现预防艾滋病毒和计划生育的目的；确保服务提供点之间能够在预防母婴传播和提供抗逆转录病毒疗法方面提供连续的治疗；并为感染艾滋病毒的婴儿提供全面的一揽子护理，包括婴儿检测和预防。确保缩小婴儿艾滋病毒感染者在治疗方面的差距同样至关重要，以便所有儿童艾滋病毒感染者都能在向青春期和成年期过渡的过程中获得及时的艾滋病毒检测、适当的治疗和对坚持治疗的支持以及适当的长期护理。还应对儿童和青少年的慢性合并症和残疾进行筛查，包括发育迟缓和神经认知障碍、精神卫生障碍和器官系统疾病，并接受养育护理，支持他们随着年龄的增长而成长。另外，也必须满足青少年艾滋病毒感染者的独特需求，具体办法是提供同伴推动的和对青少年友好的卫生服务，让他们参与自己的护理，并与心理社会和同伴支持干预措施挂钩。必须消除与获得检测和治疗服务的同意年龄有关的政策障碍。

4.2.2. 加强与其他卫生领域整合与联系的艾滋病毒干预措施

行动 48：艾滋病毒感染者和感染艾滋病毒风险升高者的传染病和非传染性疾病（对共同行动 9 予以补充）。通过提高生活质量和整体护理方法，加强艾滋病毒服务与相关传染病和非传染性疾病的联系与整合。 艾滋病毒和病毒性肝炎感染的综合管理应包括艾滋病毒感染和病毒性肝炎感染的早诊断和早治疗。艾滋病毒感染者和艾滋病毒感染风险升高者应接受性传播感染筛查和治疗。艾滋病毒感染者患包括心血管疾病、糖尿病、高血压、神经认知障碍、慢性肺病、骨质疏松症和各种癌症在内的各种非传染性疾病的风险也会增加。妇女艾滋病毒感染者因人乳头瘤病毒合并感染而患宫颈癌的负担日益增加，需要特别关注，特别是考虑到目前已经拥有有效的疫苗、筛查和治疗方法。

行动 49：艾滋病毒和结核病（对共同行动 10 予以补充）。通过对艾滋病毒和结核病感染者进行及时诊断和治疗，并在艾滋病毒和结核病应对方面通力合作的支持下，降低结核病相关发病率和死亡率。 结核病是艾滋病毒感染者死亡的主要原因。通过以人为本的综合护理来共同应对结核病和艾滋病毒的合作干预措施包括对艾滋病毒感染者的结核病症状进行系统性筛查、结核病预防性治疗（特别是短期治疗方案）、对所有确诊或推定患有结核病的人进行艾滋病毒检测、及时开始抗逆转录病毒治疗和世卫组织推荐的结核病合并感染者化学预防，以及对艾滋病毒感染者中对药物敏感和耐药的结核病进行治疗。成功实施合作干预措施需要在计划制定、监督和监测、筹资和其他卫生系统领域采取协调一致的方法，并需要采取共同的方法来解决导致艾滋病毒和结核病的不平等现象。

行动 50: 提供康复服务, 以应对与艾滋病毒相关的残疾 (对共同行动 13 予以补充)。 作为艾滋病毒综合服务的一部分, 提供康复服务, 以应对可能影响艾滋病毒感染者的障碍。艾滋病毒感染者可能会遇到一系列影响其日常身体功能的各种障碍, 包括在行动、认知、视力、听力、交流和营养方面遇到困难。随着艾滋病毒感染者年龄增长, 他们可能会过早地出现心血管疾病、神经系统疾病、骨骼和关节疾病。作为艾滋病毒综合服务的一部分, 必须提供康复和姑息治疗服务, 包括提供旨在改善和维持人们身体功能的辅助产品, 以满足艾滋病毒感染者不断变化的健康需求。应将康复服务纳入以人为本的艾滋病毒护理的临床指导和规程之中, 以便利用多学科团队及早识别康复需求、转诊和提供适当的干预措施。

4.3 战略方向 2: 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响

本节介绍了针对艾滋病毒的重点行动, 以加强卫生服务的提供和其他卫生系统职能, 包括开展多部门合作。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 2 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 51: 为艾滋病毒提供差异化服务 (对共同行动 18 予以补充)。 确定并优化使用差异化服务提供模式提供艾滋病毒服务的机会。接受抗逆转录病毒治疗或预防的所有人群都应受益于差异化服务提供模式并将其纳入卫生系统基础设施, 从而能够长期维持艾滋病毒服务。例如, 可以为他们提供更长时间的药物补充和频率更低的临床就诊, 或者可以在卫生机构之外开始和提供治疗, 包括由非专业提供者进行监测。可以使用团体模式和在社区场所补充药品。在许多情况下, 儿童、青少年、重点人群和孕妇仍在通过传统提供模式获得治疗, 应努力关注确保这些群体也能够从差异化服务提供模式中受益。这种模式也可用于扩大其他艾滋病毒干预措施的利用率和成果。卫生保健提供者必须具备提供差异化服务和高质量以人为本的服务的能力。

行动 52: 艾滋病毒基本卫生用品 (对共同行动 24 予以补充)。 确保公平可靠地获得质量有保证和负担得起的艾滋病毒药品、诊断工具和其他卫生产品。要想迅速扩大艾滋病毒检测、预防 and 治疗的覆盖面, 就需要有且能够安全供应可负担得起的高质量艾滋病毒预防产品 (如男用和女用避孕套、润滑剂、用于自愿进行男性包皮环切手术的商品以及用于减少伤害的针头和注射器等)、艾滋病毒检测、艾滋病毒药物和其他针对晚期艾滋病毒疾病的优化卫生产品。必须消除采购和供应世卫组织推荐的一线抗逆转录病毒疗法的障碍, 以确保每个人都能获得有效、耐受性良好和负担得起的抗逆转录病毒治疗。必须向所有人广泛提供艾滋病毒快速卫生服务点检测和艾滋病毒自我检测等新产品以及新的抗逆转录病毒药物。确保晚期艾滋病毒疾病患者和合并症患者

等特定人群获得卫生产品仍然是一个难题。还需要为开发和推广优化和负担得起的儿童治疗方案以及卫生服务点婴幼儿诊断平台做更多的工作。

4.4 战略方向 3：生成并使用数据来推动行动决策

本节介绍了为加强卫生信息系统以改善数据可用性、使用和问责而采取的针对艾滋病毒的行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 3 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 53：以人为本的艾滋病毒数据监测（对共同行动 30 和 31 予以补充）。扩大以人为本的艾滋病毒监测和病例监测，以支持以人为本的艾滋病毒服务。艾滋病毒信息系统应力求通过常规监测系统实现以人为本的监测，利用独特的标识符来追踪和报告个人在艾滋病毒预防、护理和治疗服务链中获得服务的情况和结果。它们应生成按地点（如按国家以下行政级别）、人口特征（如年龄、性别、是否有合并症和合并感染）和重点人群分列的精细数据，包括人口规模估计，以便采取有针对性的行动以及有效调动和分配资源。需要能够在卫生服务点获得以人为本的数据，以便每个人的卫生保健提供者能够针对特定个人及时做出决策。近期的感染监测能够在加强及早发现疫情以实现和维持疫情控制方面对规划有帮助。

行动 54：艾滋病毒卫生信息系统（对共同行动 32 予以补充）。将艾滋病毒卫生信息系统与更广泛的卫生信息系统整合起来。艾滋病毒信息系统应与其他卫生信息系统保持一致，包括机构和社区卫生信息系统，从而能够更广泛地与结核病、非传染性疾病和初级卫生保健等其他服务整合起来。需要有强有力的数据治理来实现系统之间的有效互操作性，并确保数据的安全、隐私和保密。

4.5 战略方向 4：让获得权能的社区和民间社会参与进来

本节介绍了为了让社区、民间社会组织和受影响人口能够参与宣传、服务提供、决策和旨在加强服务提供和消除社会和结构性障碍的举措而针对艾滋病毒的行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 4 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 55：社区和民间社会在防治艾滋病毒方面发挥领导作用（对共同行动 33 和 34 予以补充）。让艾滋病毒重点人群、包括感染艾滋病毒的妇女在内的人员和民间社会参与进来并支持他们自我赋能，以加强他们在宣传、服务提供、决策、监测和评价以及旨在消除社会和结构性障碍的举措方面的作用，从而扩大卫生服务的覆盖面、提高卫生服务的质量和有效性。社区的切实参与（包括感染艾滋病毒的妇女和五个艾滋病毒重点人群以及艾滋病毒感染者）对于提供有效的艾滋病毒服务至关重要。有针对性的社区干预措施能够更快地接触到未确诊的人群，更快地缩小在获得服务方面的差

距。真正获得赋能的社区也能动员和参与旨在消除社会和结构性障碍以免影响社区获得卫生服务的风险和脆弱性的集体行动。通过提供外展、预防和检测、分发药物以及为坚持护理和利用卫生系统提供更广泛的支持，包括同行和非专业提供者在内的社区工作者在艾滋病毒应对方面发挥了重要作用。社区组织还能产生可能无法通过国家艾滋病毒信息系统获得的战略信息，并能促进和保护人权。

4.6 战略方向 5：促进创新以产生影响

本节介绍了为促进和传播创新以加速产生影响而针对艾滋病毒采取的行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 5 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 56：新的艾滋病毒诊断技术和检测方法。继续改进诊断技术和检测方法，以便更早、更准确地诊断艾滋病毒以及加强患者监测。对很多人来说，艾滋病毒自我检测和快速检测是一种可接受的赋能方式，可以用于检测艾滋病毒感染情况和提高获得艾滋病毒检测的公平性。充分发挥艾滋病毒自我检测的作用需要保证自我检测工具的质量，需要与确诊检测和更广泛的艾滋病毒服务联系起来。进一步推广简单、负担得起和可靠的卫生服务点技术以及能够有助于进一步分散检测和监测的创新可以有助于让艾滋病毒检测和患者监测进入社区和偏远地区。用于艾滋病毒与结核病、病毒性肝炎和梅毒等合并症联合诊断的多功能或综合诊断平台将会提高服务效率，改善患者护理。同样，应鼓励采用对其他病原体具有广泛适用性的现代基因组方法。鉴于很多旨在支持本领域创新的举措正在展开，在世卫组织和合作伙伴的支持下，加强合作与研究可以缩短研发时间，以确保向儿童等人群提供这些创新并尽早在各国推广。

行动 57：抗逆转录病毒药物预防的新方案。通过加强与研发伙伴、社区和私营部门的合作，将有效的抗逆转录病毒药物艾滋病毒预防方案适当扩大到所有受影响的人群和风险群体。虽然多年来人们对治疗的预防好处有所了解，但使用这种技术的妇女控制方案一直有限。世卫组织在 2021 年附条件推荐了一种释放抗逆转录病毒药物的阴道环，作为一揽子综合服务的一部分，这为那些无法或不想口服暴露前预防药物的少女和妇女提供了一种额外的选择。对生物制剂（广泛中和抗体或 BNABs）、口服和注射长效制剂、皮下植入物和微型针贴以及最终的多用途预防工具的安全性和使用案例的研究正在进行中。这项研究应包括所有人群（包括孕妇和哺乳期妇女、青少年、儿童和合并感染者），并且应产后预防的使用案例进行。长效暴露前预防产品可以为不想服用或难以坚持口服暴露前预防药物的人提供选择，必须对使用同样的新技术和新型药物进行治疗和预防所面临的挑战和机遇进行研究。

行动 58：优化抗逆转录病毒药物的使用。为研究抗逆转录病毒药物的最佳剂量和配方以便最大限度减少药物毒性和药物相互作用以及降低药物成本提供支持。虽然在

研发简单有效的一线抗逆转录病毒治疗方案和配方方面已经取得了很大的进展，但在研发简单有效的固定剂量二线和三线治疗方案方面仍然需要创新。对新型抗逆转录病毒药物和非抗逆转录病毒药物最佳剂量和配方的研究应以提供有效的治疗方案信息为目的，同时要尽量降低药物毒性和药物相互作用，并降低药物成本。需要支持针对儿童最佳药物配方的研究，并为预防和管理主要合并感染和其他合并症开发更有效的药物和治疗方案。这一领域的创新一定会涉及正在进行融合的预防和治疗渠道的研究和政策问题，并且有可能对这两个渠道进行多种利用，以评估药物剂量、毒性、安全性、对儿童、孕妇和哺乳期妇女的使用结果、艾滋病毒耐药性监测和塑造市场。

行动 59: 艾滋病毒疫苗。推进艾滋病毒疫苗议程，鼓励对疫苗研发进行投资，加强对艾滋病毒疫苗开发工作的宣传，确保有可行的艾滋病毒疫苗，包括加强与研发伙伴、私营部门和社区的合作。艾滋病毒预防和治疗性疫苗研究以及从功能上治愈艾滋病毒感染者的工作将继续是艾滋病毒研究议程的一个关键组成部分，包括从成功用于研发 COVID-19 疫苗的信使 RNA 技术中汲取到的潜在教训。

行动 60: 艾滋病毒疗法。加强与以研发伙伴、社区和私营部门的合作，鼓励对艾滋病毒疗法研究进行投资，加强对艾滋病毒疗法研究工作的宣传，确保有可行的艾滋病毒疗法。在 COVID-19 疫情暴发之前，科学家们普遍认为有效的艾滋病毒疗法仍然需要几十年的时间，当然也超出了本战略的 2030 年截止期。COVID-19 大流行期间卫生用品研发速度的迅速提速（广泛中和抗体或 BNABs 的开发）重新提出了在较短时间内能够研发出什么产品的问题，特别是功能性药物或长期缓解药物。加强对艾滋病毒疗法议程的投资和宣传并确保关于早期潜在治疗方案的临床试验从一开始就将资源有限的环境纳入其中至关重要。

5. 病毒性肝炎

本章介绍了关于病毒性肝炎的全球卫生部门战略。虽然认识到甲型病毒性肝炎⁴⁰和戊型病毒性肝炎⁴¹的重要性，这两种肝炎都会导致急性病毒性肝炎，但本战略主要关注慢性乙型和丙型病毒性肝炎。这两种感染可能导致肝硬化和肝细胞癌，占到所有病毒性肝炎死亡率的96%。丁型肝炎合并感染或重复感染会加速慢性肝病的进展，但仅限于乙型肝炎患者。本章介绍了到2030年作为一种公共卫生威胁消除慢性乙型和丙型病毒性肝炎所需的主要战略和业务转变（专栏5.1）以及重点具体目标、干预措施和创新。本章中为各国提出的针对肝炎的具体行动应与第3章为各国提出的共同行动应结合起来实施。

专栏 5.1: 到 2030 年作为一种公共卫生威胁消除乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒所需的主要战略和业务转变:

- 促进提高对乙型和丙型病毒性肝炎预防、检测和治疗重要性的公众和政治认识
- 为乙型和丙型病毒性肝炎分配更多的财政资源，这可能包括通过将病毒性肝炎预防、检测和治疗纳入国家基本健康福利一揽子计划而带来的外部催化资金和国内资金
- 扩大新生儿普遍接种乙型肝炎疫苗的覆盖范围，改善孕妇检测服务，预防乙型肝炎的垂直传播（母婴传播）
- 确保对初级预防进行持续投资，包括提高医疗注射和程序的安全性，实施包括减少注射毒品者伤害以及其他循证措施在内的全面预防，以及婴儿和高风险人群接种乙型肝炎疫苗
- 大幅提高乙型肝炎和丙型肝炎检测的可及性，使慢性乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒感染者都能够获得检测，而他们当中分别有80%和90%以上的感染目前还没有被确诊
- 通过利用现有社区和卫生机构服务，大幅提高治疗的可及性
- 推广简化服务提供模式，包括将乙型和丙型肝炎检测和治疗分散到包括初级保健在内的较低级别卫生机构；与减少伤害和艾滋病毒服务等其他服务结合起来；以及由非专业人员和护士提供护理和治疗的任務分担
- 消除受影响最大和风险最高的人群面临的障碍

⁴⁰ 世卫组织关于甲型肝炎疫苗的立场文件：2012年6月-建议。疫苗。2013年；31:285–6。

⁴¹ 《对全球戊型肝炎病毒感染率和易感染性的系统性审查》。日内瓦：世界卫生组织；2010年

（https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70513/WHO_IVB_10.14_eng.pdf?sequence=1，2021年12月31日访问）。

- 加强社区和民间社会参与和创新伙伴关系
- 推进重点开发乙型肝炎病毒治疗策略和丙型肝炎预防疫苗的研究议程

5.1 病毒性肝炎具体目标

下表 5.1 列出了病毒性肝炎的影响和规划覆盖指标和具体目标以及政策阶段性目标。

表 5.1 到 2030 年要实现的病毒性肝炎的影响和覆盖指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标
影响	5 岁以下儿童乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 流行率 ^b	0.94%	0.5%	0.1%
	每年新增乙肝感染人数	150 万新增病例 每 10 万人 20 例	85 万新增病例 每 10 万人 11 例	17 万新增病例 每 10 万人 2 例
	每年新增丙型肝炎感染人数	157.5 万新增病例 每 10 万人 20 例	100 万新增病例 每 10 万人 13 例	35 万新增病例 每 10 万人 5 例
	每年注射吸毒者中新增丙型肝炎感染人数	每 100 人中 8 人	每 100 人中 3 人	每 100 人中 2 人
	每年死于乙型肝炎的人数	82 万死亡 每 10 万人中 10 人	53 万死亡 每 10 万人中 7 人	31 万死亡 每 10 万人中 4 人
	每年死于丙型肝炎的人数	29 万死亡 每 10 万人中 5 人	24 万死亡 每 10 万人中 3 人	14 万死亡 每 10 万人中 2 人
覆盖	乙型肝炎 — 乙型肝炎感染者得到诊断/治疗的百分比	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	丙型肝炎-丙型肝炎感染者得到诊断/治愈的百分比	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	新生儿及时接种肝炎疫苗和接受其他干预措施以预防乙型肝炎病毒垂直 (母婴) 传播的百分比 ^c	50%	70%	90%
	儿童乙肝疫苗接种率 (第三剂)	90%	90%	90%
	向每位注射吸毒者分配的针头和注射器数量 ^d	200	200	300
	血液安全 — 进行血液传播疾病筛查的血液单位的比例	95%	100%	100%

	安全注射 — 采取安全卫生保健注射的比例	95%	100%	100%
阶段性目标	计划 — 对肝炎消除计划进行了成本核算的国家数量	待定	30	50
	监测 — 每年报告疾病负担和服务链的国家数量	130	150	170
	丙型肝炎病毒药物获取 — 价格平均下降百分比（到 2025 年相当于仿制药价格）	20%	50%	60%
	乙型肝炎病毒药物获取 — 平均价格中平均下降百分比（到 2025 年与艾滋病毒药物价格保持一致）	20%	50%	60%
	消除垂直（母婴）传播 — 经验证实现消除艾滋病毒、乙型肝炎或梅毒垂直传播的国家数量	15	50	100
	消除 — 经验证实现消除丙型肝炎和/或乙型肝炎的国家数量	0	5	20
	整合 — 经过检测/丙型肝炎已经治愈的艾滋病毒感染者的比例	待定	60%/50%	90%/80%

^a 2020 年底的最新数据。一些具体目标使用 2019 年的数据，因为报告的 2020 年数据中存在与 COVID-19 相关的服务中断的情况。目前预计，COVID-19 不会影响到 2025 年的具体目标。所有数据将按年龄、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类。

^b 请注意，本表中的具体目标是全球性具体目标，各国在设定本国具体目标时应根据本国国情进行相应调整。例如，在一些国家，五岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率的具体目标可能低于 0.1% 或 0.2%，尽管全球总的具体目标应该是 0.1%。

^c 另外，还应评估接种第三剂乙肝疫苗的 12 个月以内婴儿的比例以及孕产妇检测和预防等预防垂直传播的其他指标。

^d 作为全面减少伤害战略的一部分，并且与国家重点保持一致。

5.2 战略方向 1：提供高质量、循证、以人为本的服务

本节介绍了各国在整个病毒性肝炎预防、诊断、护理和治疗服务过程中应针对病毒性肝炎采取的具体重点行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 1 之下所述相关共同行动结合起来实施，其实施必须根据不同受影响人群的需求和不同流行病学背景进行相应调整（专栏 5.2）。

专栏 5.2: 受慢性病毒性肝炎影响的人群

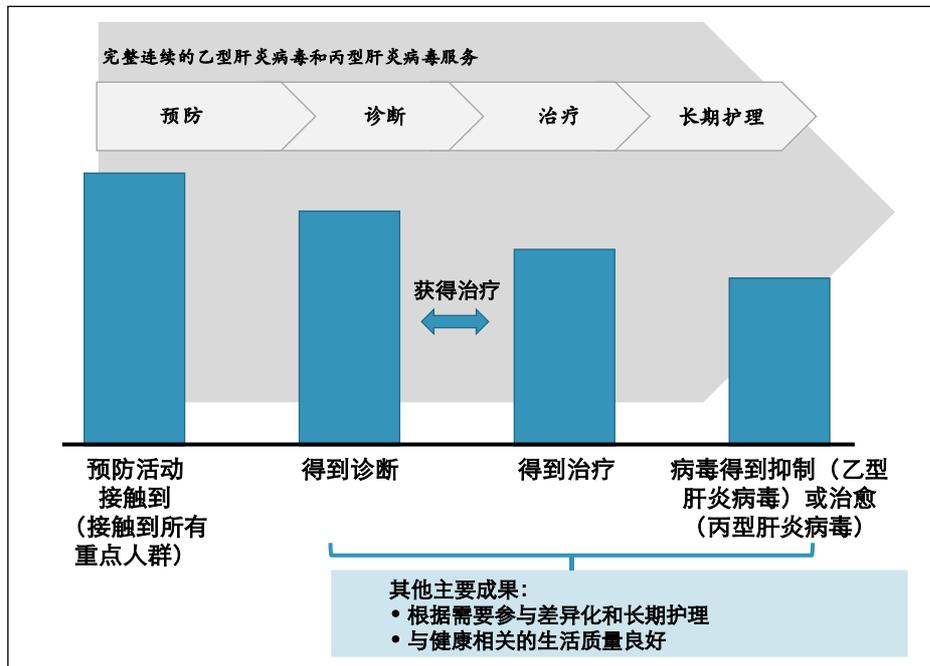
全世界受病毒性肝炎影响的人群差异很大。在很多区域，乙型和丙型病毒性肝炎流行不仅影响到普通人群，而且也影响到流行率较高或有过暴露史和/或感染高风险行为的人群中的一些其他高风险人群。这包括来自高度流行和中度流行国家的某些流动和移民人口、一些土著人口或那些有过暴露史或特别是有过丙型肝炎病毒感染高风险行为的人口，例如注射吸毒者、监狱和其他封闭环境中的人员、男男性行为者、性工作者、艾滋病毒感染者和患有慢性乙型肝炎或丙型肝炎感染的母亲的子女，特别是如果感染了艾滋病毒。

在很多国家，也需要重点关注的人群包括那些因为不安全的血液供应、不安全的医疗注射和其他卫生程序而面临暴露风险的人群。在乙型肝炎高度流行的环境中，乙型肝炎的垂直传播（母婴）是主要传播方式，还有未接种疫苗的幼儿感染。注射毒品的吸毒者是病毒性肝炎的高风险人群，尤其是丙肝病毒。在某些环境中，包括男男性行为者在内的一些人群也有可能通过性行为感染乙型肝炎病毒或丙型肝炎病毒。因冲突和人道主义紧急情况而流离失所的人可能特别容易感染甲型和戊型肝炎，因为他们的生活条件差，无法获得清洁的水和安全的食物。还必须特别关注肝部疾病晚期患者以及患有结核病、艾滋病毒、酒精和药物使用紊乱症以及可能导致发病率和死亡率增加的非传染性疾病等各种合并症的人员。

5.2.1. 病毒性肝炎服务提供干预措施

行动 61: 完整连续的病毒性肝炎服务。提供完整连续的全面病毒性肝炎预防、检测和治疗服务。完整连续的病毒性肝炎服务为实施全面满足人们需求的基本干预措施提供了一个组织框架。服务的提供方式应有助于及早地参与、最大限度地坚持护理和坚持治疗。应对坚持留在服务链中的人员进行监测，以确定需要进行规划改进的领域（图 5.1）。

图 5.1 乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒的服务参与链



行动 62: 病毒性肝炎一揽子干预措施。确定一套与每个国家的具体情况相关且根据不同人群和环境的需求进行量身定制的核心循证干预措施。每个国家都需要为整个服务过程中确定一套病毒性肝炎基本干预措施，并特别关注与乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒相关的不同卫生服务需求。干预措施的选择应考虑到数据、科学证据、良好做法和社区投入情况，并考虑到疾病负担、公平、有效性、成本、可接受性和可行性。这套干预措施应与全民健康覆盖福利一揽子计划对接起来，并在可行和相关情况下与初级卫生保健挂钩。

行动 63: 乙型和丙型肝炎病毒的垂直传播 (对共同行动 3 予以补充)。消除乙型肝炎病毒的垂直 (母婴) 传播需要一种全面的方法，除了对所有孕妇进行慢性乙型肝炎病毒感染常规筛查并向符合条件的孕妇提供抗病毒预防外，还包括新生儿和婴儿普遍接种乙型肝炎疫苗。有感染丙型肝炎病毒风险或生活在丙型肝炎流行环境中的孕妇也应接受丙型肝炎筛查，以便为母亲和婴儿提供适当的护理和后续服务。目前不建议在妊娠期间进行丙型肝炎治疗，但在流行地区或高风险人群中进行孕期筛查可以为发现病例并与护理和治疗联系起来提供机会。

行动 64: 病毒性肝炎疫苗 (对共同行动 3 予以补充)。作为旨在减少新增乙型肝炎感染的国家免疫规划的一部分，实施婴儿普遍接种乙型肝炎病毒疫苗规划。婴儿接种乙肝疫苗还可以预防丁型肝炎感染，增加婴儿疫苗接种将会减少慢性肝病和死亡的负担。也建议未接种疫苗的青少年和目标成年人群接种乙型肝炎病毒疫苗，包括乙型

肝炎患者的家庭接触者、卫生保健工作者和经常接受血液和血液制品的受体。已有用于预防急性甲型病毒性肝炎感染暴发的有效疫苗和一些基于国情的其他预防措施。需要收集关于在疫情中常规使用戊型肝炎疫苗的更全面的数据。

行动 65：病毒性肝炎检测。提高对乙型和丙型病毒性肝炎检测必要性的认识，采取以人为本的有效方法，扩大检测机会，并将接受检测的人与治疗 and 护理联系起来。病毒性肝炎的诊断不足仍然是作为一种公共卫生威胁消除病毒性肝炎的关键障碍。国家病毒性肝炎政策和指南应根据国内病毒性肝炎的流行病学情况来确定普通人群和高风险人群的检测策略，应根据不同环境中受影响人群的需求对服务进行适当调整。应大力开展公共宣传活动，向流行人群和高风险人群以及卫生保健工作者宣传检测的重要性。对于被诊断患有乙型肝炎病毒的人，向那些有需要的家庭接触者提供乙型肝炎检测和疫苗接种可以预防新的感染，并可加强对未识别感染的及时诊断。还需要提高慢性乙型肝炎感染者对丁型肝炎病毒合并感染或重复感染的认识，增加乙型肝炎病毒感染者的丁型肝炎检测，特别是在丁型肝炎病毒合并感染常见的环境中。应优先对丙型肝炎感染率高的人群（包括注射毒品者和男男性行为者）进行丙型肝炎检测，包括自我检测，并努力识别有持续高风险行为的人群中的再次感染。在很多国家，必须加强实验室能力，加强实验室系统，采取措施整合多种疾病方法的检测平台（包括分子平台），并确保能够可靠供应质量有保证的（获得世卫组织预认证的）诊断工具和及时报告检测结果。

行动 66：病毒性肝炎治疗。向所有符合治疗条件的成年人、青少年和儿童（特别是晚期患者）提供慢性乙型和丙型肝炎治疗，确保所有人群都能获得负担得起的最有效的治疗方案。针对乙型和丙型病毒性肝炎的有效抗病毒药物具有显著降低发病率和死亡率的潜力，包括对艾滋病毒感染者。尽管建议对所有成年人、青少年和 3 岁以上儿童的慢性丙型肝炎感染进行治疗，但根据现行长期治疗的资格标准，只有少数慢性乙型肝炎感染患者需要治疗。需要在开始治疗之前对慢性病毒性肝炎患者肝部疾病所处阶段进行评估，以确保对疫情进行适当的管理。需要对尚未接受治疗的慢性乙型肝炎患者进行持续监测，以确定何时开始乙型肝炎治疗可能是恰当的。用于治疗慢性丙型肝炎病毒的口服泛基因型直接作用抗病毒方案的治愈率超过 95%。核苷类似物的有效口服治疗可用于治疗慢性乙型肝炎病毒感染，尽管通常需要终身治疗。世卫组织慢性乙型和丙型病毒性肝炎感染治疗指南主张采取一种简化的公共卫生方法。

行动 67：病毒性肝炎感染者的长期护理。采用以人为本的方法，利用以综合方式解决合并症的服务提供模式，满足与病毒性肝炎相关的长期护理和生活质量需求。慢性病毒性肝炎感染者可能需要一系列针对健康和心理问题的护理。除了肝硬化和肝细胞癌之外，慢性肝炎感染者还可能出现感染的肝外表现，包括胰岛素耐药性和糖尿病。使用酒精、高血压和肥胖可能使慢性乙型和丙型肝炎病毒感染复杂化，并且可能

加快肝病的进展。建议对所有慢性病毒性肝炎感染者的酒精摄入量进行评估，然后提供行为干预以停止或减少酒精摄入量。

慢性乙型或丙型肝炎感染者也可能患有艾滋病毒等合并感染，或者慢性乙型肝炎感染者患有丁型肝炎病毒合并感染。大多数艾滋病毒感染者同时感染了乙型肝炎病毒，他们接受的抗逆转录病毒药物治疗方案对防治乙型肝炎感染也是有效的。丁型肝炎病毒与乙型肝炎病毒重复感染可导致严重的慢性肝炎，并加快肝部疾病的进展。加强丁型肝炎病毒检测的可及性非常重要，特别是在丁型肝炎病毒流行的国家，尽管治疗选择有限且十分昂贵。

乙型肝炎感染者（包括已经成功接受丙型肝炎治疗的严重肝纤维化患者）的另一个常见长期护理需求是对晚期肝部疾病进行管理，尤其是失代偿期肝硬化以及肝细胞癌的筛查和管理。在大多数低收入和中等收入环境中，包括内窥镜治疗、手术切除、化疗和肝移植在内的治疗选择有限，突出表明需要预防疾病恶化和提供高质量的姑息治疗和临终关怀。

行动 68：儿童和青少年病毒性肝炎的预防、治疗和护理（对共同行动 3 和 4 予以补充）。预防儿童中所有新增乙型和丙型病毒性肝炎感染，满足受影响儿童和青少年的较长期监测、治疗和护理需求。在很多环境中，特别是在世卫组织非洲区域，新生儿和婴儿接种乙型肝炎疫苗的覆盖率仍不理想。超过 470 万五岁以下儿童患有慢性乙型肝炎病毒感染，需要持续监测以便及早发现疾病进展。据估计，全球有 326 万儿童和青少年感染丙型肝炎病毒，国家检测和治疗规划及消除战略应满足他们的需求。世卫组织目前建议使用已经批准在成人中使用的直接作用抗病毒疗法对青少年和 3 岁以上儿童进行丙型肝炎治疗。这应包括为感染乙型和丙型肝炎病毒的儿童和青少年提供对青少年友好的服务，同时解决其社会心理支持和污名化管理问题。

5.2.2. 加强与其他卫生领域整合与联系的病毒性肝炎干预措施

行动 69：慢性乙型和丙型病毒性肝炎以及原发性肝癌（对共同行动 9 予以补充）。加强慢性病毒性肝炎和原发性肝癌防治工作的整合和联系。如果没有有效的治疗，估计有 20% 至 30% 的慢性乙型或丙型肝炎病毒感染者将发展成肝硬化，并有发展成肝癌的风险。肝癌仍是乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒肝脏相关死亡率的关键驱动因素，在患有慢性乙型和丙型病毒性肝炎感染并有疾病不断进展的风险人群中，迫切需要加强对原发性肝癌的常规筛查。病毒性肝炎服务也需要与癌症预防、控制和治疗工作联系起来。

5.3 战略方向 2：优化系统、部门和伙伴关系以产生影响

本节介绍了针对病毒性肝炎采取的旨在加强卫生服务提供和其他卫生系统功能的重点行动，包括多部门合作。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 2 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 70：分散化和差异化的病毒性肝炎服务（对共同行动 18 和 19 予以补充）。分散病毒性肝炎服务，提供差异化护理，为不同需求水平的人群提供适当的服务。传统上，乙型和丙型病毒性肝炎干预措施是通过医院三级服务和专家提供的。消除肝炎需要采用一种公共卫生方法，使用简化的服务提供规程，包括将检测和治疗分散到较低级别的卫生机构，包括初级保健、减少伤害场所或监狱，最好是在同一场所提供检测和治疗，以促进联系；将病毒性肝炎检测和治疗服务纳入现有初级卫生保健、艾滋病毒、减少伤害或监狱卫生；以及在某些环境中由包括初级卫生保健医生和护士在内的非专业人员在同事和导医支持下提供护理和治疗。差异化的服务提供方式促进了以人为本的卫生保健，并通过为具体需求提供有针对性的服务，优化了卫生系统资源的使用。例如，无症状患者或病情稳定的患者可由初级卫生保健和社区提供服务，而晚期肝病患者可能需要更密集的临床支持和额外的社会心理和精神卫生支持。

行动 71：病毒性肝炎筹资（对共同行动 23 予以补充）。实施旨在增加对病毒性肝炎进行投资的战略，包括利用国内和现有捐助资金以及加快提供新的催化和创新供资的机会。尽管乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒预防、检测和治疗的关键干预措施在大多数环境和人群中都是成本效益很高的干预措施，但病毒性肝炎的公共卫生应对资金一直严重不足。迄今为止，用于病毒性肝炎专项综合应对的外部发展援助非常少。除了通过整合服务、降低成本和提高效率来优化资源利用之外，还必须确保将病毒性肝炎服务纳入国家基本卫生福利一揽子计划，并且要得到充足的资金和协调一致的行动支持，以推进全民健康覆盖和初级卫生保健平台；并且必须确保实施降价策略。各国必须抓住机会，编写循证投资论证文件，以便将病毒性肝炎干预措施纳入基本卫生福利一揽子计划，还需要将增加肝炎投资的战略作为增加对卫生部门总体投资的更广泛努力的一部分，以便大规模推广所有重点卫生服务，实现全民健康覆盖。

行动 72：病毒性肝炎基本用品（对共同行动 24 予以补充）。确保公平可靠地获得质量有保证和负担得起的病毒性肝炎药物、诊断工具和其他卫生产品。在很多环境中，缺少用于乙型和丙型肝炎检测和临床管理的低成本诊断工具以及缺乏实验室能力导致检测水平低和临床结果差。尽管乙型和丙型肝炎快速诊断筛查检测的价格普遍不高，但所需的丙型肝炎病毒 RNA 和乙型肝炎病毒 DNA 分子检测的成本相对于治疗成本而言仍然相对较高，这对扩大乙型和丙型肝炎感染的诊断和治疗构成主要障碍。在很多国家，用于治疗乙型肝炎病毒的非专利药物制剂随处可得且价格低廉，尽管在一

些国家因注册障碍而无法使用。用直接作用的抗病毒药物治疗丙型肝炎病毒感染具有良好的耐受性和疗效。增加获得治疗机会的主要障碍包括国内资金有限和由于供应链加价、需求分散和订单量少而造成的成本高。需要实施综合战略，提高病毒性肝炎诊断工具和治疗的可负担性和可及性，包括解决仿制药竞争和增加市场透明度问题，促进产品及时注册，以及利用战略采购方案。

行动 73: 病毒性肝炎卫生人力 (对共同行动 25 予以补充)。 提高普通卫生工作人员在病毒性肝炎检测和治疗方面的能力。很多基本病毒性肝炎预防干预措施已被纳入更广泛的卫生服务，包括儿童疫苗接种规划、血液和注射安全规划、食品安全规划、水和环境卫生规划以及包括减少伤害在内针对吸毒者的卫生和治疗干预措施。检测和治疗正在被越来越多地纳入传染病的临床管理和非传染性疾病的慢性护理之中。在包括初级卫生保健在内的所有环境中，卫生工作者应了解病毒性肝炎的风险因素、预防和管理以及肝炎一揽子基本干预措施。他们应该有能力与患有慢性肝炎感染的成人和儿童以及高风险人群一起工作，并且应接受非污名化和非歧视行为方面的培训。鉴于病毒性肝炎有在正规和非正规卫生保健环境传播的风险，所有卫生工作者都应受到全面的职业健康和安全规划的保护，包括常规乙型肝炎疫苗接种规划，以防止乙型肝炎病毒或丙型肝炎病毒的高风险暴露。卫生系统需要对能力建设、持续培训、指导和监督进行投资，并支持包括初级卫生保健医生和护士在内的非专业人员提供丙型和乙型肝炎护理和治疗服务。

5.4 战略方向 3: 生成并使用数据来推动行动决策

本节介绍了以加强卫生信息系统为目的以便加强数据可用性、使用和问责而针对病毒性肝炎采取的具体行动。本节中所述的行动应与第 3 章中战略方向 3 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 74: 以人为本的病毒性肝炎数据监测 (对共同行动 30 和 31 予以补充)。 扩大以人为本的病毒性肝炎监测，以支持以人为本的病毒性肝炎服务。可以利用现有以人为本的预防、检测和治疗监测系统（包括艾滋病毒预防、检测和治疗监测系统）来监测整个服务链的肝炎服务。如果无法进行个人监测，例如在扩大病毒性肝炎应对的早期阶段，可以利用汇总数据对整个护理服务链进行评估。按地理位置或社会经济地位等进行分类数据分析对于提高服务质量和公平非常重要。

行动 75: 病毒性肝炎卫生信息系统 (对共同行动 32 予以补充)。 对卫生信息系统进行投资，加强病毒性肝炎信息系统，并将其与更广泛的卫生信息系统进行整合。病毒性肝炎信息系统非常复杂，因为它们需要收集新的或急性感染、慢性感染以及导致发病率和死亡率的后遗症等数据。由于感染乙型或丙型肝炎距离死亡的时间可能需要

20至30年，并且需要不同部分的卫生系统来收集数据，因此，应将病毒性肝炎信息系统整合起来，并实现数据三角分析。加强对晚期肝病和肝细胞癌的监测对于监测进展情况以及让世卫组织能够验证是否消除病毒性肝炎尤为重要。在努力消除艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎病毒三种疾病的垂直（母婴）传播以及加强与生命统计、癌症登记、免疫接种、性健康和生殖健康等其他系统的联系方面，也需要整合卫生信息系统，以验证是否作为一种公共卫生威胁消除了乙型和丙型肝炎病毒。

5.5 战略方向 4：让获得权能的社区和民间社会参与进来

本节介绍了为了让社区、民间社会组织和受影响人群能够参与宣传、服务提供、决策和旨在加强服务提供和消除社会和结构性障碍的举措而针对病毒性肝炎采取的具体行动。本节所述行动应与第3章战略方向4之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 76：社区和民间社会在防治病毒性肝炎方面发挥领导作用（对共同行动 33 予以补充）。通过宣传、决策、研究、服务提供以及监测和评价，动员并支持病毒性肝炎患者和社区在消除病毒性肝炎工作中发挥核心作用。病毒性肝炎患者、社区和民间社会的切实参与有助于提高对乙型和丙型肝炎的认识以及对病毒性肝炎的公平应对，是有效应对病毒性肝炎患者和高风险人群面临的污名化、歧视、社会边缘化和性别暴力的关键。与乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒相关的污名化和歧视以不同形式出现，必须作为不同的问题加以解决。其中一些障碍可以通过调整现有服务提供模式以满足受影响人口需求的方式来克服。其他障碍可能需要审查和修订某些限制获得卫生服务的法律、法规和政策。基于肝炎诊断对人们的歧视会限制他们的就业机会，妨碍他们获得卫生服务和提高生活质量的能力。通常在获得病毒性肝炎服务方面遇到法律和政策障碍的人群包括青少年和青年、来自肝炎高负担国家的移民和重点人群。

5.6 战略方向 5：促进创新以产生影响

本节介绍了为促进和传播创新以加快产生影响而针对病毒性肝炎采取的具体行动。本节所述行动应与第3章中战略方向5之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 77：新型病毒性肝炎诊断技术和检测方法。继续改进诊断技术和检测方法，以简化、及时和准确诊断慢性乙型肝炎和丙型肝炎病毒，加强患者监测。乙型和丙型病毒性肝炎感染的诊断不足仍是实现消除目标的主要障碍。需要进一步开发和推广简单、负担得起和可靠的卫生服务点技术，以确认是否感染病毒血症丙型肝炎病毒，并评价乙型肝炎病毒血症是否需要监测或治疗。丙型肝炎病毒核心抗原快速诊断检测工具的可用性是另一种潜在的解决方案，将有助于获得治疗机会和促进服务分散化。很多研究倡议也在进行中，以开发多功能或综合诊断平台以及用于艾滋病毒、病毒性肝

炎、性传播感染和结核病综合诊断的卫生服务点解决方案。在世卫组织和合作伙伴的支持下，加强合作可以加快确保这些创新能够尽早在各国实现的时间表。世卫组织在2021年建议对丙型肝炎病毒进行自我检测，对于很多受影响人口获得检测而言，这是一种可以接受的赋能手段。需要进行额外的研究和产品开发，以评价丙型肝炎病毒自我检测在不同人群中的作用，并为乙型肝炎病毒开发类似的自我检测方案。最后，需要为评估肝损伤开发负担得起和可靠的卫生服务点检测方法。

行动 78：针对乙型和丙型肝炎病毒的优化抗病毒药物。支持研究针对乙型和丙型肝炎病毒的抗病毒药物的最佳剂量和配方。开发乙型和丙型肝炎病毒长效疗法为进一步简化护理途径、增加坚持护理以及改善治疗结果提供了可能。还需要为儿童提供更好、更易获得的治疗配方，并且需要研究负担得起和可接受的丁型肝炎病毒治疗方案。

行动 79：新型病毒性肝炎疫苗。通过加强与研发伙伴、私营部门和社区合作，推进丙型肝炎和戊型肝炎病毒疫苗议程。努力开发有效的丙型肝炎病毒疫苗仍是病毒性肝炎研究议程的重要组成部分。戊型肝炎疫苗已在疫情中广泛使用，但在中国以外的一系列疫情环境以及在死亡风险高的孕妇中使用这种疫苗的经验仍然有限。还需在低收入和中等收入国家使用新生儿乙型肝炎疫苗控制温度链和紧凑型预装自动失效装置方面进行创新，以扩大疫苗接种覆盖面和实现消除目标。

行动 80：乙肝病毒治疗研究。通过加强与研发伙伴、私营部门和社区的合作，促进投资和加强宣传，以确保制定可行的乙型肝炎病毒治疗战略。虽然还不能立即预见从体内消除乙型肝炎病毒的治疗方法，但研究工作仍在继续探索能够大大简化乙型肝炎病毒护理和显著增加治疗机会的有效治疗方法。

6. 性传播感染

本章介绍了关于性传播感染的全球卫生部门战略。介绍了到 2030 年作为一个公共卫生问题终结性传播感染所需的关键战略和业务转变（专栏 6.1）以及重点具体目标、干预措施和创新。本章中为各国建议的各项行动应与第 3 章所述共同行动结合起来实施。

专栏 6.1 到 2030 年作为一个公共卫生问题终结性传播感染所需的关键战略和业务转变：

- 创造一种有助于个人轻松谈论其性健康、采取更安全的性行为以及寻求性传播感染治疗的环境
- 大幅扩大初级预防，增加获得性传播感染筛查的机会
- 增加获得由公共、私营和非政府服务提供者提供的高质量、以人为本的性传播感染病例管理的机会
- 增加性传播感染服务与初级卫生保健、性健康和生殖健康、计划生育、青少年健康和艾滋病毒服务的整合
- 作为国家卫生筹资机制的一部分，确保为性传播感染服务提供充足的资金
- 加强国家卫生信息系统的能力，以确保及时收集和分析分类数据，为卫生政策、治疗指南和资源分配提供参考
- 支持加速性传播感染预防技术、诊断工具、治疗和疫苗的研发

有 30 多种病原体可以通过性传播方式进行传播，而且个人可能同时感染不止一种病毒。性传播感染通常不会引起症状或可能有很长的无症状期，因此，可能会在性交或妊娠期间不知不觉地传播。性传播感染对妇女和女童的影响特别大。如果不进行治疗，根据具体感染的性质不同，性传播感染可能会导致长期不可逆和潜在的致命后果，包括慢性骨盆疼痛、癌症、异位妊娠、不孕症、不良妊娠结果、新生儿死亡和先天性异常。一些性传播感染也可能会增加感染艾滋病毒的机会。

从范围方面来讲，关于性传播感染的全球卫生部门战略并不局限于特定病原体，而是认识到性传播感染可通过采取综合卫生系统战略的方式来进行预防、诊断和治疗。通过重点关注已经感染或有性传播感染风险的人员的总体需求，这种方法有助于提供以人为本的卫生服务。各国需要解决导致性传播感染传播的个人、社区和结构性因素，确保人们能够获得高质量的卫生保健服务，以防止性传播感染的传播，并在没有污名化和歧视的情况下为感染者提供治疗和护理。

具有全球意义的三种主要感染是梅毒（梅毒螺旋体）、淋病（淋病奈瑟菌）和人类乳头瘤病毒感染，这三种疾病是一些全球具体行动要消除的目标^{42,43,44}。这些感染值得特别关注，因为它们的发病率和流行率高，有严重的不良结果，已有针对特定感染的成本高效的工具，以及可能产生治疗耐药性等因素。其他重要感染包括衣原体（沙眼衣原体）、滴虫病（阴道毛滴虫）、单纯疱疹病毒和人类嗜 T 淋巴细胞病毒 1 型（HTLV-1）（专栏 6.2）。

专栏 6.2 人类嗜 T 淋巴细胞病毒 1 型（HTLV-1）

人类嗜 T 淋巴细胞病毒 1 型，又称 HTLV-1，是一种主要通过性交传播的逆转录病毒，包括通过精液和阴道分泌物。它也可通过血液和母乳传播。传播的风险因素包括无保护的性行为、注射毒品和接受输血。HTLV-1 可导致一系列临床综合征，包括成人 T 细胞白血病和 HTLV-1 相关脊髓病/热带痉挛性瘫痪。在流行病学、公共卫生影响、疾病进展和更广泛的健康后果方面存在重大差距，包括预防 HTLV-1 的传播和疾病管理。少数国家已经制定 HTLV-1 预防、检测、治疗和护理相关政策、战略、预算和服务。各国可以将 HTLV-1 相关疾病的预防和管理纳入性传播感染服务、癌症预防和管理以及神经系统疾病等其他规划领域。通过将控制措施纳入推广避孕套和血液安全筛查等现有疾病控制干预措施和公共卫生战略可以降低 HTLV-1 的发生率和发病率。

本战略的下一节所介绍的全球具体目标是根据当前数据得出的估计数，很多国家的这些数据非常有限。世卫组织和技术伙伴需要继续支持各国政府和其他利益攸关方为收集关于性传播感染的数据制定和实施实用的方法。

6.1 性传播感染具体目标

下表 6.1 列出了性传播感染的影响和规划覆盖指标和具体目标以及政策阶段性目标。

⁴² 消除艾滋病毒、梅毒和乙型肝炎母婴传播三项行动。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁴³ 世卫组织淋菌抗菌药物耐药性监测规划网络。日内瓦：世界卫生组织；2019 年（<https://www.who.int/initiatives/gonococcal-antimicrobial-surveillance-programme/gasp-network#:~:text=The%20WHO%20Gonococcal%20Antimicrobial%20Surveillance%20Programme%20%28GASP%29%20is%20an%20antimicrobial%20susceptibility%20in%20gonorrhoea%20in%20participating%20countries>，2021 年 12 月 31 日访问）。

⁴⁴ 消除宫颈癌行动。日内瓦：世界卫生组织；2020 年（<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>，2021 年 12 月 31 日访问）。

表 6.1 到 2030 年要实现的性传播感染的影响和覆盖指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标
影响	15 至 49 岁人群中每年新增梅毒、淋病、衣原体和滴虫病 ^b 病例数	3.74 亿	<3 亿	<1.5 亿 ^c
	15 至 49 岁人群中每年新增梅毒病例数	710 万	570 万	71 万
	15 至 49 岁人群中每年新增淋病病例数	8230 万	6580 万	823 万
	每年每 10 万活产中先天性梅毒病例数	425	< 200	< 50
	到 15 岁时完全接种人乳头瘤病毒疫苗的女童百分比	14%	50%	90%
覆盖	接受产前检查的孕妇进行梅毒筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	66% / 78% ^d	> 85% / > 90%	> 95% / > 95%
	重点人群 ^e 进行梅毒筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	无数据/无数据	> 80% / > 90%	> 90% / > 95%
	重点人群 ^e 进行淋病筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	无数据/无数据	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%
	女性在 35 岁前使用高效检测方法进行宫颈癌筛查并在 45 岁前再次进行筛查的百分比/进行筛查并确定已接受癌前治疗或侵入性癌症治疗的女性百分比		>40% / > 40%	> 70% / > 90%
	向世卫组织淋球菌抗微生物药物监测规划报告淋病奈瑟菌抗微生物药物耐药性的国家数量	36%	>60%	> 70%
阶段性目标	计划 — 在过去五年内已对国家性传播感染计划进行更新的世卫组织会员国数量	44% ^f	>70%	> 90%
	政策 — 在过去三年内已对国家性传播感染病例管理指南进行更新的世卫组织会员国数量	无数据	>70%	>90%
	监测 — 拥有强大的性传播感染监测系统 ^g 的国家数量		>50%	>90%

^a 2020 年底的最新数据。所有数据将按年龄、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类。

^b 可治愈的性传播感染。

^c 2025年具体目标反映了全部4种疾病发病率均下降20%（2020年基线），而2030年具体目标反映了到2030年梅毒和淋病新增病例减少90%以及衣原体和滴虫病新增病例减少50%的目标。

^d 2016年估计数。

^e 重点人群由各国自行确定；筛查对象包括男同性恋者、性工作者和艾滋病毒感染者。

^f 估计值基于112个国家在过去五年内更新的关于国家性传播感染战略计划和国家性传播感染治疗指南的报告，参见：世卫组织《全球卫生部门性传播感染战略（2016-2021年）国家执行情况评估：国家调查结果》

^g 强大的性传播感染监测系统包括四项核心能力：病例报告；对产前保健、男人和重点人群的定期流行率评估；对性传播感染综合征病因的定期年度审查以及纠正漏报的症状数据；淋病奈瑟菌抗微生物药物耐药性监测。

6.2 战略方向 1：提供高质量、循证、以人为本的服务

本节介绍了各国为了更广泛地提供和获得高质量的性传播感染服务而采取的重点行动。本节所述行动应与第3章战略方向1之下所述相关行动结合起来实施。它们的实施必须适应每一个流行病学背景中受影响最大的人群的需求（专栏6.3）。

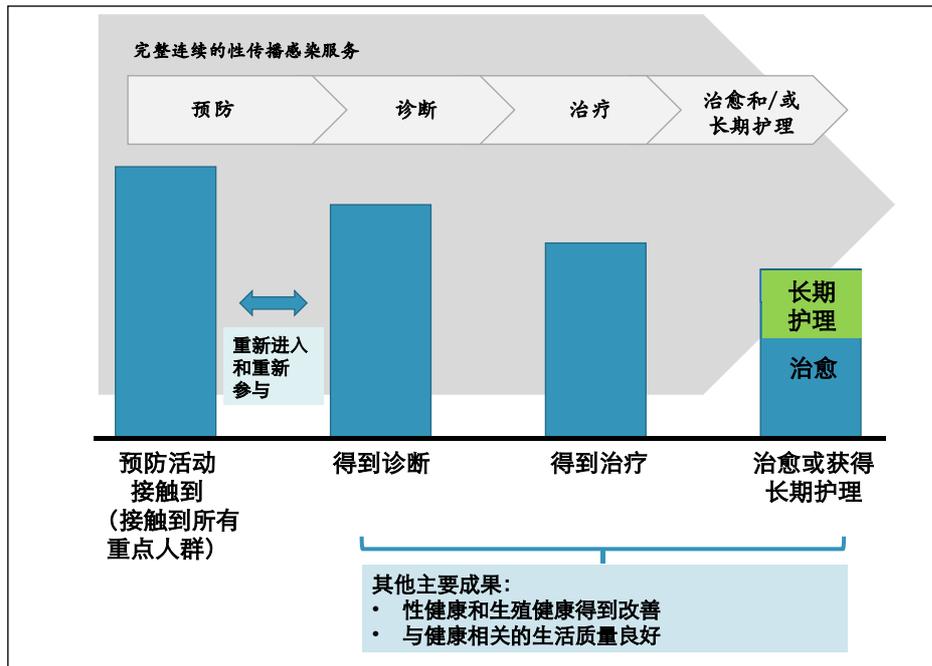
专栏 6.3-性传播感染的重点人群

卫生系统需要重点关注接触特定人群，以便在防治性传播感染方面取得公平的进展，同时要考虑在发病率和流行率、性行为与当地情况方面的差异。在很多环境中，重点人群包括男女青少年、青年、性工作者及其客户、男男性行为者、变性人、艾滋病毒感染者、其他性传播感染患者和孕妇。在很多环境中特别容易受到性传播感染的其他群体还包括遭受过性别暴力的人员、土著人民、流落街头的儿童和青年、受冲突和内乱影响的人以及残疾人。

6.2.1 性传播感染服务提供干预措施

行动 81：完整连续的性传播感染服务。在促进性健康和福祉的框架内，提供完整连续的全面性传播感染服务，以满足人们的需求。完整连续的性传播感染服务为实施全面满足人们在预防、检测、治疗和护理方面的需求的基本干预措施提供了一个组织框架。就性传播感染而言，有两种不同的途径可以提供完整连续的服务，一种是针对可以治疗和治愈的感染，另一种是针对终身感染的服务。卫生服务的安排应该让患有可治愈性传播感染的人员在当天就能得到诊断和治疗，患有终身性传播感染的人员能够坚持长期护理。应对坚持服务链进行监测，以确定哪里出现追踪缺失和哪里需要补救（图6.1）。诊断和治疗策略以及获得位置便利的转诊服务能够有助于优化个人和群体层面的结果。

图 6.1 性传播感染的服务参与率



行动 82: 性传播感染一揽子干预措施。确定一套与每个国家的具体情况相关且根据不同人群和环境的需求进行量身定制的核心循证干预措施。每个国家都需要为整个服务过程中确定一套性传播感染基本干预措施，并特别关注与性传播感染相关的不同卫生服务需求。干预措施的选择应考虑到数据、科学证据、良好做法和社区投入情况，并考虑到疾病负担、公平、有效性、阻力、成本、可接受性和可行性。这套干预措施应与全民健康覆盖福利一揽子计划对接起来，并在可行和相关情况下与初级卫生保健挂钩。

行动 83: 预防性传播感染（对共同行动 1 予以补充）。扩大针对不同人群和地点的初级预防干预措施。根据年龄、性别和环境的不同，人们可能需要不同的性传播感染预防方案，而且个人的风险和需求可能会在整个生命全程中发生变化。应该分析数据，以确定针对不同人群和地点的预防干预措施的最佳组合，并进行以人为本的监测，以使服务能够适应不同人群的需求。主要干预措施包括以性健康和生殖健康为重点的综合教育（如行动 1 所述）、使用避孕套、提供伴侣服务（如行动 7 所述）、必要时的暴露后预防、在适当时推广自愿的男性包皮环切手术，以及针对单纯疱疹病毒感染者的抑制疗法。

行动 84: 性传播感染疫苗（对共同行动 1 予以补充）。实施全面的人乳头瘤病毒疫苗接种规划，并根据疫苗的发展情况，加快对其他性传播感染疫苗の利用。已有能

够预防人乳头瘤病毒感染的有效疫苗，更广泛地提供这些疫苗将会大大减少宫颈癌、阴茎癌和肛门癌的新增病例。目前，已有 100 多个国家将人乳头瘤病毒疫苗纳入疫苗接种战略，但需要提高国内覆盖率，并且需要加强推广少女疫苗接种战略。应当消除在接种疫苗和疫苗犹豫方面的障碍。一些资源充足的国家正在实施人乳头瘤病毒疫苗规划，以期将青春期内的男孩纳入疫苗接种范围。

行动 85: 性传播感染的垂直传播（对共同行动 3 予以补充）。防止性传播感染的垂直传播（母婴传播）。包括艾滋病毒、梅毒、淋病、衣原体、单纯疱疹病毒和 HTLV-1 在内的几种性传播感染可以垂直传播。减少垂直传播需要增加获得产前保健服务的机会，并确保产前诊所拥有能有效预防和管理这些感染的手段。为了预防再次感染可治愈的性传播感染，应帮助孕妇通知其性伴侣接受治疗。就梅毒而言，孕妇越早接受筛查和治疗，不良分娩结果的风险就越低，最好是在第一次产前检查时进行筛查和治疗。需要对感染梅毒且未经苄星青霉素 G 治疗的婴儿或母亲进行适当的复查。在妊娠期最后三个月内，应考虑对怀疑患有原发性生殖器疱疹的妇女采用抑制性单纯疱疹病毒疗法，以预防新生儿疱疹，并对其婴儿进行复查。另外，所有新生儿都应接种乙型肝炎疫苗，在母亲未定期接受淋病和衣原体感染筛查的环境中，应在新生儿出生后定期进行眼炎常规预防。

行动 86: 对性传播感染的认识和寻求治疗的行为。提高对性传播感染及其症状的认识，并鼓励个人及早寻求治疗。卫生保健环境、社区环境和其他环境中的卫生教育活动必须让有关性健康的对话正常化。应采取积极的方法开展宣传和适合年龄的教育运动，以促进性健康，教育个人预防和认识性传播感染的体征和症状，并认识到寻求治疗和预防再次感染的重要性。社区团体也需要开展健康促进活动和有针对性的教育活动。包括自我采集标本和远程医疗在内的自我护理策略可以减少在获得性传播感染服务方面的障碍。

行动 87: 有症状的性传播感染的病例管理。为有症状的性传播感染患者提供有效和全面的病例管理，防止继续传播。个人需要能够在其感到舒适并以非歧视和非污名化方式提供护理的环境中获得高质量的性传播感染服务，包括在初级卫生保健环境、社区环境和药房。如果可能，应通过病原学检测为诊断提供支持并及时报告。还应采取远程医疗、快速诊所、药房服务、自我检测和自我采集样本、流动诊所和快速伴侣疗法等新方式提供性传播感染服务，以提高性传播感染诊断、护理和治疗的质量和便利性。需要定期更新循证的国家病例管理指南，以反映在治疗和诊断方面的进步以及在耐药性方面的发展。随着可靠和负担得起的质量有保证的新型诊断检测工具的出现，需要对国家病例管理指南进行相应地调整。在可能的情况下，应扩大淋病、衣原体、梅毒和滴虫病的病征管理向病因管理的过渡，并实现在初级卫生保健的高覆盖率。

行动 88: 针对性传播感染的性伴侣服务（对共同行动 7 予以补充）。实施意在提供自愿伴侣通知和可获得的伴侣复查服务的战略。 伴侣服务可以为避免性传播感染的进一步传播和再次感染做出重要贡献。只有在自愿参与服务的情况下，才应提供伴侣服务干预措施。必须确保为先证病例及其伴侣保密。快速伴侣治疗和针对性伴侣的自愿提供者协助转诊等循证策略以及为艾滋病毒检测开发的潜在社交网络方法为接触被诊断为其他性传播疾病感染者的性伴侣并为其提供伴侣管理服务提供了机会。也可以对在 COVID-19 接触者追踪方面的创新（包括通过使用数字平台）进行相应调整，以便用于支持自愿伴侣检测和相关服务。

行动 89: 对重点人群进行性传播感染筛查。增加重点人群获得性传播感染筛查服务的机会。 对重点人群进行筛查并对所有感染者进行治疗可以改善个人健康状况，降低社区流行率。国家性传播感染政策和指南应根据现有流行病学数据确定筛查策略。所有孕妇在妊娠期间应至少接受一次艾滋病毒和梅毒筛查，并且应尽早进行筛查，包括采取艾滋病毒暴露前预防措施的个人在内的重点人群应定期接受艾滋病毒和梅毒筛查。此外，在可能的情况下，还应利用质量有保证的淋球菌和衣原体感染诊断检测工具对重点人群进行筛查。应考虑从多个解剖部位取样和汇集样本。应按照国家指南定期对育龄妇女进行宫颈疾病筛查。目前，性传播感染筛查规划因可利用的低成本卫生服务点准确诊断检测工具有限而受到限制。需要努力增加性传播感染实验室检测工具的可达性和可负担性。

行动 90: 性传播感染并发症和后遗症的治疗。对性传播感染并发症及其后遗症提供适当的预防和管理。 性传播感染的早诊断和早治疗将会对盆腔炎、宫外孕、神经梅毒、播散性淋球菌和衣原体感染等并发症和后遗症起到预防作用。早诊断和早治疗也有助于预防由人乳头瘤病毒和 HTLV-1 等一些性传播感染引起的癌症。

行动 91: 性传播感染的耐药性。对抗微生物药物耐药性模式进行监测，为提出治疗建议和制定政策提供参考。 在世界很多地方，用于治疗淋病的大多数药物都普遍存在耐药性问题。具有潜在抗微生物药物耐药性的其他性传播感染病原体包括生殖支原体和阴道毛滴虫。抗微生物药物耐药性的发展是一个全球性挑战。各国需要加强和扩大对治疗失败的监督和监测，并且需要参与建立区域实验室网络，以便进行淋球菌培养和抗微生物药物敏感性检测。应该利用通过抗微生物药物耐药性监测获得的数据定期更新国家治疗指南和政策。加强国家药品监管和处方政策，提高卫生保健提供者和消费者对正确使用抗微生物药物的认识也很重要，特别是在重点人群中。应对与性传播感染有关的抗微生物药物耐药性的工作应与世卫组织全球抗微生物药物耐药性总体行动计划²⁰保持一致。用于治疗淋病的大多数药物普遍存在耐药性，为了应对挑战，世卫组织加强了淋球菌抗微生物药物监测规划，建立了一个实验室网络，以协调淋球菌抗微生物药物耐药性监测与全球抗微生物药物耐药性和使用监测系统的联系。

6.2.2. 加强与其他卫生领域整合与联系的病性传播感染干预措施

行动 92: 将性传播感染服务与其他卫生服务联系起来 (对共同行动 9 和 11 予以补充)。加强性传播服务与其他卫生服务之间的联系、合作和整合。在提供其他卫生服务的同时提供性传播感染服务可能会降低成本, 提高效率, 增加获得服务的机会和提高服务利用率。鉴于性传播感染在各人群中的发病率很高, 将性传播感染服务纳入初级卫生保健至关重要。性传播感染的预防和病例管理应与艾滋病毒预防服务密切联系起来, 包括针对艾滋病毒重点人群的社区和外展服务。与青少年卫生服务和学校卫生教育服务联系起来对于帮助青少年男女非常重要。性传播感染服务也需要与癌症服务建立有效的转诊机制。可以将性传播感染服务和其他服务结合起来的其他领域包括计划生育、孕产妇和新生儿护理、免疫接种、非传染性疾病、精神卫生和健康促进, 包括性健康促进。各国应该根据本国国情和卫生系统的特点, 开发适当的整合和联系模式。

6.3 战略方向 2: 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响

本节介绍了为加强卫生服务提供和其他卫生系统职能而专门针对性传播感染采取的重点行动, 包括多部门合作。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 2 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 93: 以人为本的性传播感染服务 (对共同行动 18 和 19 予以补充)。增加获得以人为本的性传播感染服务的机会和提高其利用率。除非增加高风险人群获得服务的机会, 否则, 针对性传播感染的具体目标就无法实现。必须扩大对简化服务提供模式的利用, 并且必须与其他卫生服务更广泛地结合起来, 包括初级卫生保健、艾滋病毒、产前保健以及性健康和生殖健康。性传播感染规划的大规模实施应以科学为指导, 包括通过与初级卫生保健和社区服务分担任务的方式来提供分散服务。卫生系统必须提高初级卫生保健服务的能力, 以便在预防和管理艾滋病毒和病毒性肝炎的同时预防和管理性传播感染。需要集中努力, 通过采取专门针对男人和男孩具体需求的干预措施, 让他们参与性传播感染服务。必须开发服务提供模式, 包括通过社区主导的服务提供模式, 使重点人群能够获得和接受高质量的非污名化性传播感染服务; 并使个人能够成为促进自身健康的积极参与者。

行动 94: 性传播感染的筹资 (对共同行动 23 予以补充)。实施旨在增加对性传播感染预防 and 治疗的投资的战略。尽管有预防和治疗性传播感染的干预措施, 但各国政府和外部发展机构尚未优先考虑为采取公共卫生方式应对性传播感染提供资金。各国需要寻找机会为促进性健康事业筹集资金, 并将性传播感染的预防和治疗纳入更广泛的努力以增加对卫生事业的总体投资。

行动 95：性传播感染基本用品（对共同行动 24 予以补充）。确保公平可靠地获得负担得起、质量有保证的性传播感染药品、诊断工具、疫苗、避孕套和其他卫生产品。应将性传播感染预防、诊断和治疗用品纳入国家卫生采购和供应管理系统，以确保选择、以合理的价格采购并有效交付正确的产品。库存监测系统对减少缺货具有重要作用，应与国家需求和供应预测联系起来。国家和区域集中采购可能有助于降低成本、保证质量和避免缺货。提供质量有保证的商品很重要，采购未获得世卫组织预认证或未经严格监管机构批准的产品的国家在这方面会面临挑战。青霉素就是这种情况，因为它是目前已知唯一能预防先天性梅毒的药物。世卫组织正在与合作伙伴开展合作，以期能够在不久的将来确保青霉素的质量。

行动 96：私营部门和非政府组织性传播感染服务。与私营部门和非政府组织合作，增加获得高质量性传播感染服务的机会。有很多提供者在提供性传播感染服务，包括私营部门和非政府组织。影响客户就是否利用以及在哪里利用性传播感染服务问题做出决定的因素包括：服务可用性；对疾病严重程度的认识；以及费用、保密、是否方便用户使用和疗效等与护理有关的问题。各国政府需要鼓励私营部门、非政府组织和社区团体采取创新方法并与之开展合作，加强预防宣传，增加疫苗、实验室服务、治疗和护理服务的供应。将私营和非政府服务提供者纳入改善性传播感染服务国家工作的机制包括卫生特许经营、公私伙伴关系以及对私营部门卫生保健工作者开展性传播感染培训。应加强国家卫生信息系统，鼓励非公共部门卫生保健服务提供者分享服务提供数据，并参与质量监测系统。

行动 97：性传播感染的实验室能力。提高实验室能力，改进性传播感染的病例管理和监测工作。由于性传播感染通常无症状，适当的实验室诊断和筛查至关重要。应扩大实验室能力，利用现有实验室系统和网络以及质量保证体系来改进客户管理和监测。了解各种症候群的病因和监测耐药性应该是这项工作的一部分。需要确定不同级别卫生保健对实验室的要求，并配备经过适当培训的工作人员和充足的实验室设施。需要建立转诊系统，以确保适当运输样本和及时返回检测结果。

行动 98：性传播感染的卫生人力（对共同行动 25 予以补充）。提高全体卫生人力在性传播感染病例管理方面的能力。需要扩大对所有卫生保健工作者的整体性健康教育和培训，以增强他们的信心和技能，确保所有寻求性健康服务的人都能在没有污名化和歧视的环境中获得服务。卫生保健工作者，包括初级卫生保健和社区一级的卫生保健工作者，应接受性健康培训，了解性传播感染史，并能提供以人为本、可获得、可接受和适当的服务。

6.4 战略方向 3：生成并使用数据来推动行动决策

本节介绍了为加强卫生信息系统以便提高数据可用性、使用和问责而针对性传播感染采取的行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 3 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 99：性传播感染卫生信息系统（对共同行动 30 至 32 予以补充）。对加强性传播感染卫生信息系统进行投资，并将其与更广泛的卫生信息系统更有效地联系起来。性传播感染监测拥有四项核心能力：病例报告、监测流行率、对性传播感染综合征病因进行评估和监测抗微生物药物耐药性。性传播感染的监测工作应与国家卫生信息系统保持一致。加强病原体监测和耐药性监测将需要在数据收集和分析以及在加强国内实验室能力和质量方面进行投资。需要改进病例数据的系统性报告，并寻找机会扩大监测范围，从只发现前来就诊和治疗的有症状的综合征病例报告扩大到包括无症状或未就医的个人。数据应按性别、年龄、社会经济地位、地域和其他相关人口特征进行分类，包括与国家重点保持一致，以监测在获取和结果方面的公平。报告系统还应收集与先天性梅毒等性传播感染相关的其他健康结果的数据。

行动 100：来自私营部门和非政府服务提供者的性传播感染数据。建立监测系统，收集关于私营部门和非政府服务提供者提供的性传播感染服务和分发的医用品数据。在私营部门实验室、药房和临床医生为性传播感染诊断和治疗服务的主要提供者的国家，必须促进这些提供者定期向国家卫生信息系统报告。这应得到以下方面的支持：建立这些提供者的登记册、标准化报告和病例定义及工具，以及有确保数据质量、保密、协调和反馈以改进服务的适当机制。

6.5 战略方向 4：让获得权能的社区和民间社会参与进来

本节介绍了让社区、受影响人口和民间社会利益攸关方参与宣传、提供服务、决策和旨在解决与性传播感染有关的社会和结构性障碍的举措而采取的行动。本节所述行动应与第 3 章中战略方向 4 之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 101：社区和民间社会在性传播感染方面发挥领导作用（对共同行动 33 和 34 予以补充）。动员和支持社区和民间社会组织，改变卫生服务提供模式，并进行法律改革，以防止污名化、歧视和其他社会障碍限制人们获得性传播感染服务和侵犯其人权。受影响特别大的社区代表，包括青年和面临污名化和歧视的重点人群及其他社区的代表，应参与性传播感染服务的设计、推广、实施和监测，并参与宣传工作，以扩大对这些服务的支持。社区主导的服务提供方法能够提高个人能力，使其能够在更多的干预措施中做出选择，包括通过支持自行采集常见性传播感染的样本等方式增加自我护理的可能性。卫生系统应借鉴艾滋病毒领域的社区参与和赋能策略，提升社区和

社区服务提供者作为合作伙伴在促进性健康方面的作用。社区和民间社会参与在解决性传播感染患者可能面临的污名化和歧视方面发挥着关键作用。其中一些障碍可以通过调整现有服务提供模式以满足受影响人群的需求的方式来克服。其他障碍可能需要审查和修订某些限制获取卫生服务的法律、法规和政策。应鼓励已在努力减少与艾滋病毒相关的污名化和歧视的民间社会组织和其他利益攸关方将对性传播感染的关注纳入其工作中。

6.6 战略方向 5：促进创新以产生影响

本节介绍了为促进和传播创新以加快在性传播感染方面发挥影响而采取的具体行动。本节所述行动应与第3章中战略方向5之下所述相关共同行动结合起来实施。

行动 102：预防性传播感染的创新方法。确定、评价和推广预防性传播感染的最佳做法。需要新的预防模式和产品来扩大现有干预措施的范围并满足个人的需求，包括疫苗、暴露后预防以及将避孕与预防包括艾滋病毒在内的性传播感染结合起来的多种用途预防技术。在提供社区和伴侣服务等艾滋病毒预防服务方面的进展也需要评估其对预防性传播感染的作用，并酌情扩大规模。社交媒体和其他信息渠道在传播卫生信息方面发挥着越来越大的作用，应对它们在性传播感染服务方面带来的机遇和挑战进行评估。

行动 103：预防性传播感染的新疫苗。鼓励对性传播感染疫苗的研究和临床试验进行投资，包括通过加强与私营部门和社区的合作。疫苗开发是性传播感染研究议程的一个关键组成部分。这包括以加强了解发病机理、免疫力和预防各种感染的相互关联为目的开展研究。必须加强监管途径，以便及时将获得许可的性传播感染疫苗推向市场并扩大规模，还应建立机制，确保向有感染风险的人公平分配疫苗。来自观察研究的数据表明，B群脑膜炎奈瑟球菌疫苗对淋病奈瑟球菌有一定的预防作用，随机对照试验正在进行中。旨在评估单纯疱疹病毒治疗性疫苗的临床前试验正在进行中，预防衣原体感染的早期临床试验也在进行中。旨在开发其他性传播感染疫苗的临床前试验研究正在进行中，包括用于预防单纯疱疹病毒和淋病的预防性疫苗。

行动 104：新的性传播感染诊断工具和检测策略。支持开发和评价新的性传播感染诊断工具和检测策略。迫切需要可以负担得起且能同时诊断多种病原体的快速复合型检测平台，以及适合在没有实验室或利用实验室机会有限的卫生保健环境中使用的可靠的卫生服务点护理技术。这些检测工具的开发将会促进从症候群型治疗向病因治疗的转变。淋病、衣原体、宫颈癌的人乳头瘤病毒筛查都需要有低成本的快速卫生服务点诊断检测工具，并且需要有能够区分活动期梅毒和感染史的快速低成本检测工具。开发可靠的低成本诊断工具对检测人乳头瘤病毒以及先天性梅毒和盆腔炎等性传

播感染相关并发症也会有帮助。除了诊断感染之外，还需要有分子诊断检测工具来快速识别和描述抗微生物药物耐药性。还需要研究如何在适当时改进从不同解剖部位收集样本的方法，以及如何在各种环境中优化使用这些检测工具的操作研究，包括对自我检测的选择。

行动 105：性传播感染的新疗法。支持开发性传播感染及其并发症和后遗症的新疗法和进行临床试验。需要对治疗性传播感染的多个方面进行研究，包括最佳剂量、药物组合、药物相互作用和治疗模式，以改善新疗法的可及性和合规性。需要有新的低成本且便于使用的梅毒口服治疗方案。因为用于治疗淋病的最后治疗方法正在出现耐药性问题，并且正在开发中的新药很少，所以迫切需要开发淋病的新治疗方案。由于正在出现抗微生物药物耐药性，也需要有治疗滴虫病和生殖支原体感染的新治疗方法。

7. 实施、问责和监测

有效实施关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的全球卫生部门战略需要有强有力的领导、伙伴关系、团结和问责。本章介绍了实施这些战略需要考虑的关键业务因素。还介绍了世卫组织应为支持国家和伙伴努力采取的行动，并介绍了这些战略的问责框架。

7.1 实施战略

这些全球卫生部门战略为指导各国和合作伙伴制定和实施循证应对措施以终结艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行提供了一套全面的行动。认识到这三个疾病领域存在的共性和差异，这些战略倡导将共同行动和针对具体疾病的行动结合起来，以便在以人为本的全民健康覆盖框架内，通过采取可行和相关的协调一致的综合方法最大限度发挥影响。

每个区域和国家的独特背景将决定如何实施制定规划和提供服务，以便能够在维持针对具体疾病的进展的同时推进共同目标。鼓励各国根据本国和国家以下级别的具体情况、人口卫生需求以及卫生系统的优缺点做出决策。总体目标应该是通过满足不同人群和环境需求的差异化服务提供模式，公平实施影响最大和成本效益最高的干预措施。各国还需要确定在多大程度上加强艾滋病毒、病毒性肝炎、性传播感染和其他相关卫生领域以及初级、二级和三级卫生保健之间的协调一致和整合。服务整合必须适合本地条件，以便所有人都能以协调一致的方式在不同服务提供点获得完整连续的卫生服务，包括正规卫生机构之外的服务提供点和在整个生命全程根据其需求提供服务。这些决定也可能随着时间的推移而演变，以应对不断变化的卫生需求和环境。

应更新国家一级的政策框架，以便能够采取有效的提供模式，例如可能需要进行监管改革以承认社区卫生工作者是卫生系统的一个组成部分，或为多学科卫生保健团队制定有针对性的培训规划。鼓励各国从战略高度利用各种创新来优化服务提供模式，例如扩大数字卫生技术的使用。世卫组织将向各国提供指导和支持，以便将这些战略的实施作为国家卫生部门计划制定过程的一部分。世卫组织还将支持各国开展能力建设活动，以便为优化服务提供模式以满足其需求开展必要的研究，包括就整合服务提供模式开展研究。

7.2 伙伴关系的重要性

很多卫生和发展伙伴与卫生部合作，共同应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行问题。如果不能让所有合作伙伴都参与到一个由国家主导并得到世卫组织和

合作伙伴支持的共同议程中来，并加强各系统和部门之间的合作，就无法实现全球目标。

国家领导：这些全球战略为各国制定到 2030 年终结艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染并推进全民健康覆盖的国家战略提供了总体愿景和指导。国家一级的成功实施需要国家在确定重点、确保可持续资源和确保决策者、卫生服务提供者、社区和其他利益攸关方在有利的法律和社会环境中采取一致行动方面拥有自主权和发挥领导作用。

多边和双边捐助和发展机构、基金和基金会：全球、区域和国家各级伙伴采取协调一致的方法对于加快进展至关重要，所有伙伴之间还应大力合作，努力实现共同的目标和具体指标，并将共同方法作为全民健康覆盖和初级卫生保健议程的一部分，为实施战略提供协调一致的支持。除联合国机构外，为卫生部门应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染做出贡献的主要全球伙伴包括全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金、国际药品采购机制、全球疫苗免疫联盟、比尔及梅琳达·盖茨基金会、美国总统艾滋病紧急救援计划以及很多其他双边伙伴。与艾滋病毒相比，为全球病毒性肝炎和性传播感染应对措施提供支持的伙伴关系和供资机制历来较少。在这两个疾病领域动员和维持新的伙伴关系对于加快实现 2030 年目标尤为重要。终结这些流行病还需要采取跨部门办法，并且需要与更广泛的合作伙伴的努力保持一致，以应对相互关联的主要卫生和发展挑战。

民间社会和社区：自应对艾滋病毒的早期阶段以来，民间社会和社区组织在艾滋病毒相关宣传、服务提供和问责方面发挥了主导作用。最近，它们还成功地倡导对病毒性肝炎和性传播感染作出更强有力的应对。COVID-19 大流行激励全世界社区组织加大创新力度，使服务能够在信任的环境中更接近有需要的人。在各国努力实现终结这些流行病的总目标的同时，必须促进和更有效地利用民间社会 and 社区的贡献。

其他伙伴：学术和研究机构、专业机构和私营部门实体也在不断变化的全球卫生领域的创新、服务提供和宣传方面发挥重要作用。需要在国家和全球层面建立协调机制，以促进其重点与其他利益攸关方的重点保持一致。

7.3 世卫组织的作用

世卫组织的核心职能是提供全球卫生管理、发布循证规范和标准以及向各国提供技术援助，因此，世卫组织在促进到 2030 年终结艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行方面具有独特的优势。世卫组织还在最高层面倡导为卫生事业提供政治支持和可持续资金，并坚定地支持在所有应对措施中采取公平、性别平等和基于权利的方法。这些承诺载于《世卫组织组织法》，也载于《2019-2023 年第十三个工作总规划》

“增进健康，维护世界安全，为弱势人群服务”的使命中，并成为世卫组织一切工作的基础。

世卫组织将为支持第3至第6章概述的国家行动采取以下行动：

行动 A：战略领导和伙伴关系。为卫生部门消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染流行病的工作提供全球战略指导，包括通过最高政治级别的领导、跨部门伙伴关系和卫生外交。世卫组织将与会员国和合作伙伴密切合作，作为全民健康覆盖总目标的一部分，加强和保持对消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染流行病的承诺。作为全民健康覆盖基本福利一揽子计划的一部分，世卫组织将倡导为全球卫生部门应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染提供充足的资金，并将推行全面的可持续性战略。为了应对在消除儿童艾滋病毒感染方面缺乏进展的情况，世卫组织、儿基会和艾滋病署将发起一个新的全球联盟和倡议，以跟进 2015-2020 年消除儿童、青少年和青年妇女艾滋病感染全球快速通道倡议——“出生不感染艾滋病毒、保持不感染、不得艾滋病”。为了解决重点人群中感染艾滋病毒的人数越来越多的问题，世卫组织将开展一项旨在向重点人群提供全面和差异化服务的行动，包括解决卫生部门中的污名化和歧视问题。为了解决在扩大卫生部门应对病毒性肝炎方面的资金缺口，世卫组织将召集一个全球伙伴联盟，目标是筹集促进资金，以促进消除病毒性肝炎流行病对公共卫生的威胁。为了重申全球对应对性传播感染的承诺，世卫组织将领导一个由合作伙伴、倡导者和受影响社区组成的多部门联盟，以提高认识和利用资金。世卫组织将在所有工作中促进民间社会和社区行为者（包括重点人群领导的组织和网络）切实参与国家一级的决策，并将确保它们在世卫组织各技术咨询小组中的代表性。最后，世卫组织将确保总部和所有区域办事处拥有艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染方面的专门知识和能力，以确保向疾病负担最重的国家提供支助。

行动 B：公共卫生宣传和沟通。提高和保持全球对需要采取紧急行动以消除这些流行病的认识和承诺，包括采取措施缩小在应对艾滋病毒方面的差距，加快应对病毒性肝炎的势头，以及重振性传播感染的应对工作。世卫组织将支持与应对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染有关的全球和国家宣传和交流工作，建立循证公共卫生信息系统，提高对这些疾病的负担和影响的认识；消除与这些疾病相关的污名化、歧视和羞耻感，包括在卫生部门内；并帮助围绕性健康和福祉而非疾病重新展开论述。世卫组织将利用与民间社会、学术界、研究界、媒体和其他利益攸关方的伙伴关系开展传播活动。世卫组织将为全球、区域和国家宣传以及卫生交流运动提供支持，包括编写核心材料和工具，以及利用数字和社交媒体扩大外展活动。

行动 C：规范和标准。在与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关的一系列专题领域制定循证规范、标准和其他全球公共卫生产品，促进所有国家采用最新指南、工具和服务提供方法。世卫组织将通过一个强有力的动态和及时的过程，评价新的证

据和更新规范指导，走在持续发展的科学和技术工作的最前沿，制定和更新与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关的一系列专题领域的全球规范、标准和工具。世卫组织还将为采取综合方法来应对艾滋病毒、病毒性肝炎、性传播感染和其他卫生问题提供业务指导，并促进采取以人为本且能适应特定地点和特定人群需求的方法。世卫组织将利用不断发展的数字平台，让利益攸关方能够最大限度利用这些产品。

行动 D：创新。为确定艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染全球研究议程提供领导，支持在所有国家提供和推广有效的卫生创新。世卫组织将支持各国利用近年来在疫苗、卫生服务点诊断工具、治疗策略和服务提供方法方面取得的巨大科学进步，加快在消除这些流行病方面取得进展。世卫组织将把各国政府、社区和研发伙伴汇聚到一起，以确定研究重点、制定良好研究实践的规范和标准以及促进将创新转化为负担得起的卫生技术和循证政策为中心，为正在进行的创新和研究提供支持。世卫组织还将与合作伙伴和厂商合作，确保所有国家都能尽快获得负担得起的基本新技术。世卫组织将通过与政府、研究伙伴和资助伙伴开展合作，促进循证创新在卫生系统内的可及性和利用，并将推动在研究和创新方面开展南南合作。

行动 E：技术支持。向各国提供技术支持，以审查、调整和实施其国家艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染对策，加强初级卫生保健和卫生系统。世卫组织将加强其在国家一级作为国家艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染应对政策制定、战略计划制定和实施的技术支持伙伴的工作，并让社区有效参与决策和服务提供。世卫组织还将支持各国加强公共卫生机构和建设卫生系统能力。世卫组织将根据各国的国情和能力调整其支持，并将重点关注促进发挥影响和国家应对的公平和可持续性。

行动 F：全球监测和报告。监测和报告在实现艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染全球具体目标方面的进展情况，以促进循证决策和确保问责。世卫组织将为收集、分析和使用与艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染相关的卫生数据制定全球标准，支持各国建设国家卫生数据平台的能力。世卫组织将倡导收集和报告按性别、年龄、重点人群、地理位置和其他相关变量分列的数据，以评估差距和促进公平。世卫组织将促进数据透明度并将数据用于决策，定期报告全球进展情况。

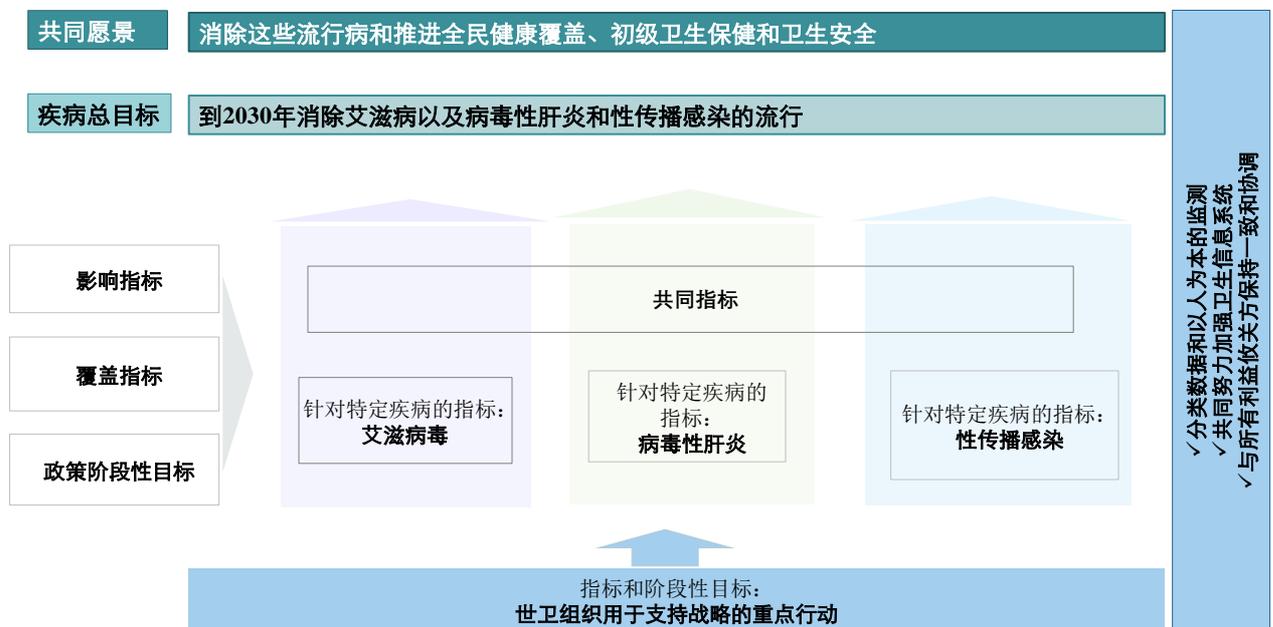
7.4 问责、监测和报告

消除艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的流行需要各级集体问责和透明的问责机制，包括针对具体疾病和更广泛的卫生系统行为体之间的问责机制。第一章介绍的这些战略的变革理论概述了在世卫组织和合作伙伴的支持下，以协调和互补的方式实施国家行动的途径将使世界更接近于消除这些流行病和推进全民健康覆盖和卫生安全

的目标。将对照这些行动在中心领域的重点指标和阶段性目标进行定期全球监测和报告，从而确保对这些国家行动和世卫组织行动进行问责。

全球问责：在全球一级，全球卫生部门战略的问责框架是基于选定的共同行动和针对特定疾病的行动的指标和具体目标，并对这些指标和具体目标进行相关分类，用于监测全球应对措施的影响、覆盖面、公平性和质量。问责框架还包括用以跟踪与政策和系统相关的重点领域进展情况的共同和针对特定疾病的阶段性目标。图 7.1 对全球问责框架进行了概括。附件 2 提供了完整的衡量框架及指标和具体目标。

图 7.1. 2022-2030 年期间分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的全球卫生部门战略的衡量框架



衡量框架为所有重点影响和覆盖指标以及政策阶段性目标设定了 2025 和 2030 年全球具体目标。全球监测将基于通过既有机制从会员国和合作伙伴收集的数据，并注意统一各疾病领域的的数据收集过程。除官方卫生统计数据外，世卫组织还将推动纳入从社区组织和网络收集的信息。数据收集和分析工作将与艾滋病署领导的全球艾滋病监测进程和一些伙伴进程进行对接。在所有监测和报告活动中，世卫组织将确保数据按性别、年龄和其他人口特征进行充分分类，以跟踪不平等现象，找出差距，并重点关注接触到被落在最后的人群。将在 2024、2026、2028 和 2031 年向世界卫生大会提交进展报告，2026 年报告将提供一次中期审查。

2026 年中期审查：这些全球卫生部门战略是从之前较短的战略框架演变而来，跨越了九年的时间。2025 年具体目标将为开展强有力的中期审查提供依据，并为在 2026

年根据需要调整这些战略以及在必要时确定追赶行动提供支持。这些战略将在一个不断变化且不可预测的环境中实施，尤其是考虑到 COVID-19 疫情的持续影响。中期审查还将确保与 2026 年后多部门全球艾滋病战略和包括全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金在内的主要合作伙伴的下一阶段战略进行持续对接。

国家级问责：国家艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染战略应伴有国家问责框架，包括与标准化全球指导一致的指标和具体目标。有效的问责机制以及民间社会的大力参与和透明度评估与报告对于在国家一级的有效实施和自主权至关重要。鼓励各国定期对其战略在国家一级的实施情况进行多方利益攸关方审查，并将针对具体疾病的行为者和更广泛的卫生部门行为者聚集到一起。

世卫组织问责：世卫组织将通过与其以下核心职能领域相关的选定重点指标和阶段性目标对自己的绩效和对全球卫生部门战略的贡献进行监测，包括：领导力；宣传和沟通；规范和标准；技术支持；和报告。世卫组织的监测将与 2019-2023 年第十三个工作总规划及以后的成果框架进行对接。世卫组织的艾滋病毒活动在艾滋病署的统一预算、成果和问责框架以及在世卫组织关于通过联合国联合规划（艾滋病署）筹集资金和世卫组织自筹资金的报告中得到反映。作为监测和报告卫生可持续发展目标的监管机构，世卫组织还将采取与更广泛的卫生和发展监测协调一致的方法，确保在评估艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染总目标和具体指标的实现情况方面取得进展。

7.5 实施成本

关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略介绍了卫生部门在控制和消除这三种流行病方面对可持续发展目标的贡献。在对服务成本、对每种疾病的影响、改进的基线数据以及为优化 2025 和 2030 年具体目标实现情况而确定的跨领域行动进行评估的基础上，首次对这些战略的实施成本进行了综合核算。

成本核算数据来自世卫组织 2021 年艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染全球进展报告⁴⁵中公布的新数据、战略的覆盖范围和影响目标以及对单位成本和服务成本的全面审查。此外，还根据 2020 年确定的差距对这三种疾病的预防、卫生系统和社区服务提供的相关成本进行了修订。成本核算涵盖低收入和中等收入国家，为保持一致性，与 2021-2026 年全球艾滋病战略⁴⁶成本核算中包括的 118 个国家保持一致。基线年度是 2020 年的数据或 2019 至 2020 年的数据，以考虑到与 COVID-19 相关的服务中断。为了避免重复计算，还对各种疾病的成本进行了调整，并发挥了各项战略之间的协同作

⁴⁵ 《关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的全球进展报告》，2021 年。世界卫生组织，2021 年。

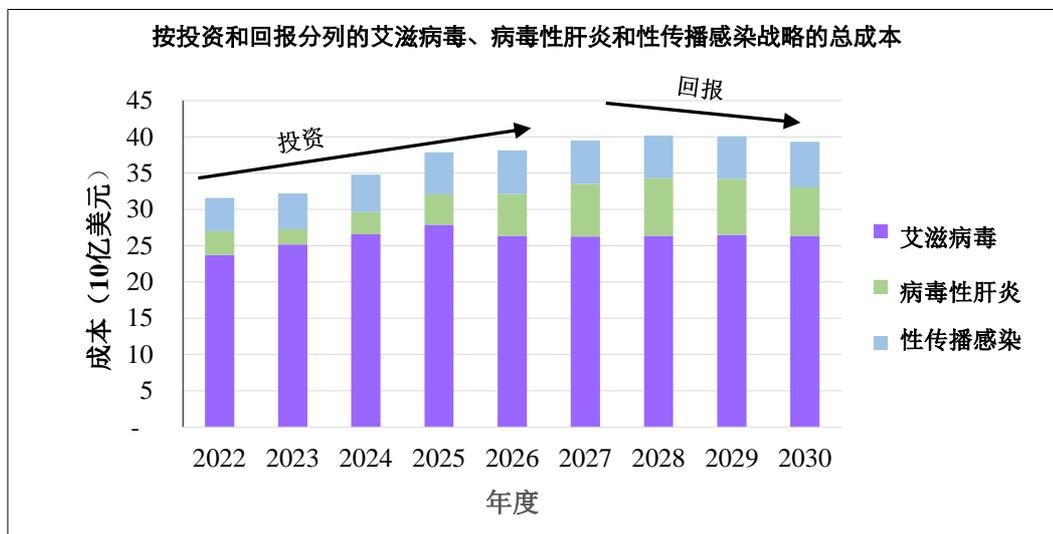
⁴⁶ 《消除不平等，消除艾滋病，2021-2026 年全球艾滋病战略》。艾滋病署，2021 年。

用，特别是在艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染重点人群的诊断和加强卫生行动方面。

在世卫组织 2021 年全球进展报告和战略制定过程中确定了一些跨领域行动，并根据拟议的世卫组织行动和国家行动，为这些跨领域行动提出了 2022-2030 年效率衡量标准。最后，还与合作伙伴们一起进行了成本核算，并与全球艾滋病战略和《加速消除作为公共卫生问题的宫颈癌全球战略》⁴⁷等其他成本核算工作保持一致。成本核算的重点是卫生部门对影响目标的贡献。

艾滋病毒战略的总成本（图 7.2）在 2025 年达到最高，为 279 亿美元，性传播感染战略的总成本在 2026 年达到最高，为 63 亿美元，病毒性肝炎战略的总成本在 2028 年达到最高，为 79.6 亿美元。这三项战略的总成本在 2028 年达到最高，略低于 402 亿美元。随着跨领域战略行动的实施，影响和效率得以实现后，到 2030 年，总成本将下降到每年 392 亿美元。

图 7.2. 分别关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的 2022-2030 年全球卫生部门战略总成本核算

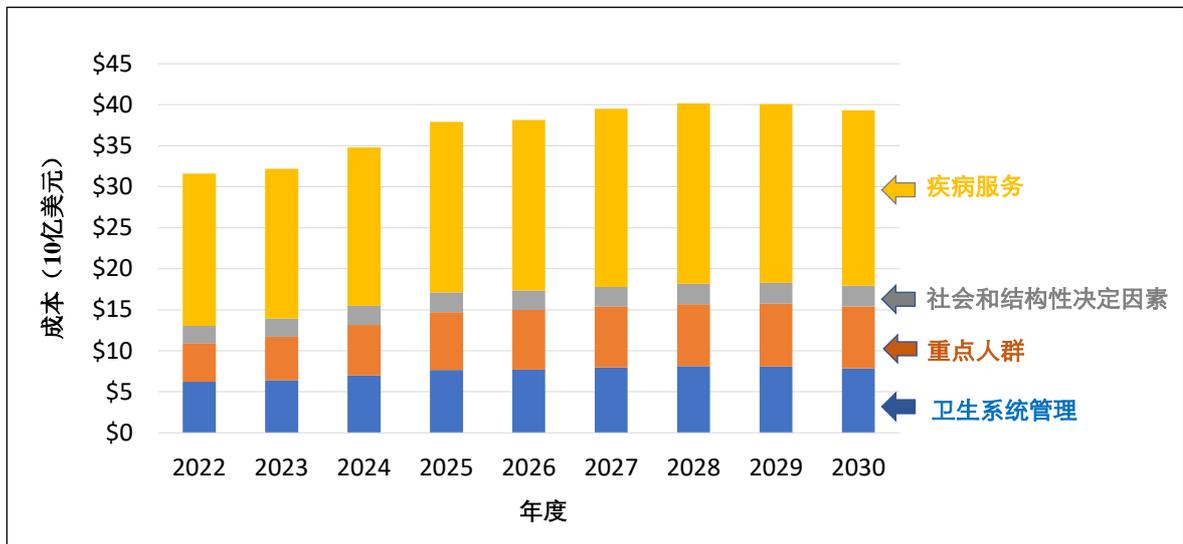


为避免重复计算，对这三项战略的成本进行了综合核算，未重复核算全球艾滋病战略中已经概述的费用。成本核算显示，这三项战略在分担成本方面有相当大的提高效率的可能。每年专门用于卫生管理和加强成本的 81 亿美元就是这种情况，占到 2028

⁴⁷ 《加速消除作为公共卫生问题的宫颈癌全球战略》。世卫组织，2020 年。

年总成本的 20.2%。成本核算还确定了另外两个领域的强大协同作用。第一个领域是对艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的重点人群进行投资，总额 75.7 亿美元，占到总成本的 18.8%。第二个领域（图 7.3）涉及健康问题的主要社会和结构性决定因素，每年 24.6 亿美元，占到总成本的 6.1%。关于社会和结构性决定因素的工作，特别是有关解决污名化、卫生部门内的歧视和诉诸司法的干预措施，为开展这三种疾病领域内的工作提供了坚实的基础。

图 7.3. 与卫生系统以及艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染重点人群相关的协同投资领域；以及健康问题的主要社会和结构性决定因素，包括与卫生部门内污名化和歧视相关的决定因素



多部门全球艾滋病战略的卫生部门部分占到总成本的 93%。卫生部门以外的成本侧重于对弱势儿童的社会支持、综合教育方法（主要利用教育部门的活动）、对少女和青年妇女的经济赋能以及社会经济促进因素。在 2028 年投资额达到最高时，它们每年将达到 20.7 亿美元。与之前的 2016-2021 年战略相比，当前全球艾滋病战略对孤儿和弱势儿童的支持有所下降。卫生部门最大的成本构成包括成人抗逆转录病毒药物（每年 47 亿美元）、成人抗逆转录病毒服务提供和实验室服务（39 亿美元）以及避孕套（24 亿美元）。此外，还有大量资源用于支持其他重点，包括解决污名化和歧视问题（12 亿美元）、解决有害的法律和政策问题（12 亿美元）以及确保针对重点人群的服务（62 亿美元）。这三项疾病战略是一致的，这样以来，这些成本就不会在其他战略中重复，例如，这里包含减少伤害和性传播感染治疗成本。

对于**病毒性肝炎战略**，根据关于艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的世卫组织2021年全球进展报告中提供的改进国家数据，从2019和2020年开始，数据中包括基线单位成本、服务覆盖率和病毒性肝炎发病率、流行率和死亡率，并包括因新型冠状病毒病导致的相关服务中断的影响数据。此外，还利用国家药物和诊断数据以及国家专利到期日期来预测2030年之前的单位成本。全球卫生部门战略预计乙型肝炎和丙型肝炎病毒检测和治疗的覆盖率每年将显著增加10%，因此，成本将在2028年达到80亿美元的最高值，然后，随着影响和效率的提高，每年下降15%至，到2030年达到67亿美元。到2050年，在死亡率方面取得的许多进展将会持续几十年。

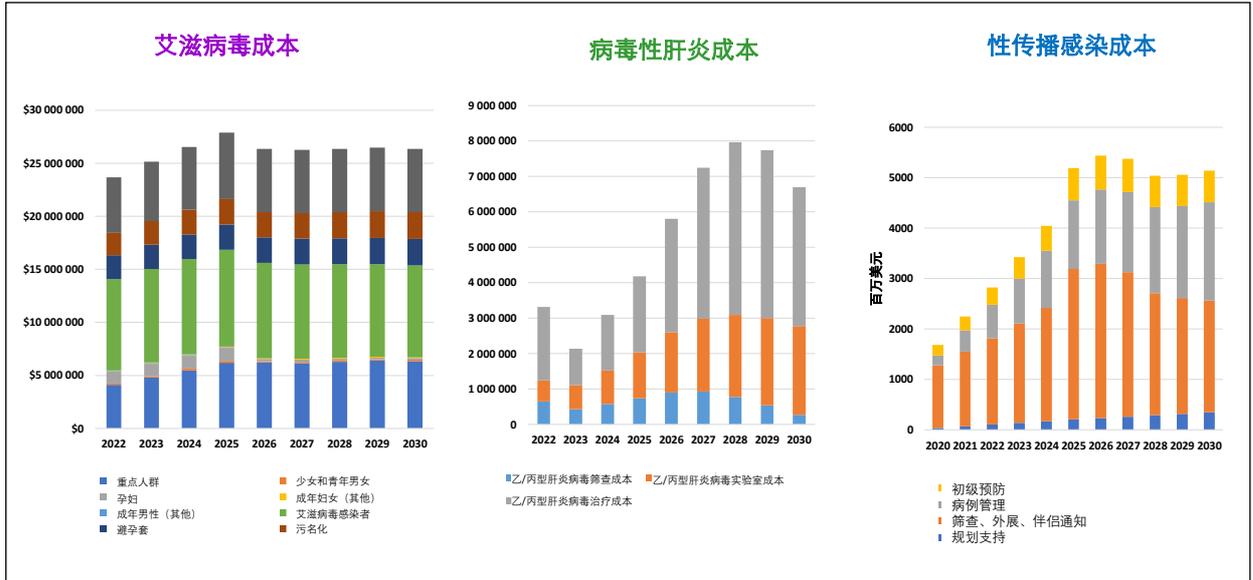
随着时间的推移，治疗成本下降，实验室成本在总成本中所占的比例越来越高，这主要是因为乙型肝炎病毒治疗成本下降，这表明需要进行该战略中提到的在乙型肝炎诊断和治疗方面的创新。成本下降会一直持续到2023年，因为在埃及进行的初步努力产生了影响，并在其他国家进行了推广，这表明了迅速与其他国家开展合作的重要性。丙型肝炎的治愈意味着随着国家实现普及的目标，国内的治疗人数会迅速下降，就像埃及那样。该战略中的病毒性肝炎行动对于管理成本和影响至关重要，包括降低乙型肝炎病毒治疗基线成本以便与艾滋病毒保持一致，将丙型肝炎病毒治疗成本适用于所有符合条件的国家，以及加强社区外展和诊断。最后，跨领域行动对于实现该战略的各项目标至关重要，例如在减少艾滋病毒危害、持续接种疫苗以及对卫生和社区系统进行大量投资方面。

对于**性传播感染战略**，进行了第一轮国家一级多国成本核算，包括对性传播感染高风险人群和较低风险人群以及在获得性传播感染服务方面机会较多的人群或机会较少的人群的国家需求进行了分类。相比之下，前一次的战略成本核算是在世卫组织区域一级进行的，没有针对具体国家的投入和产出。本次更新后的成本核算与加速消除作为公共卫生问题的宫颈癌全球战略的成本核算是一致的，但在分析中对它们进行了区分，因此，成本也不相同。与人乳头瘤病毒相关的成本会产生前期成本，特别是在对10至14岁女童补种疫苗期间。就性传播感染规划而言，全球卫生部门战略具体目标意味着每年投资将从目前水平逐步大幅增加，到2026年翻一番，然后，由于影响和效率的提高，成本将会出现下降。

总成本将在2026年达到最高值，每年63亿美元，其中与性传播感染相关的成本为每年54亿美元，占总成本的86%。为了实施全球卫生部门战略的战略方向，成本核算中包括到2030年达到每年3.44亿美元（除艾滋病毒成本以外，还包括用于提高性传播感染和艾滋病毒防治结果的成本）的初级预防增加成本以及到2030年将达到每年19亿美元的针对重点人群的外展和筛查、解决治疗失败问题和抗微生物药物耐药性威胁的成本。随着性传播感染发病率下降，外展筛查和诊断在总成本中所占的份额将逐渐

增加，这凸显了到 2025 年在性传播感染诊断方面采取新的方法方面进行创新和提高效率的重要性。

图 7.4. 到 2030 年应对艾滋病病毒、病毒性肝炎和性传播感染所需的投资



在 2025 年之前，艾滋病病毒、病毒性肝炎和性传播感染都需要增加投资，到 2030 年出现成本下降。

附件 1：国家行动和世卫组织行动综合清单

注意：本附件中行动的编号沿用叙述文本中的章节编号。

战略方向 1 — 提供高质量、循证、以人为本的服务

共同行动（第 3 章）：

行动 1：初级预防

行动 2：减少伤害

行动 3：艾滋病毒、梅毒和乙肝病毒的垂直传播

行动 4：儿童和青少年的预防、治疗和护理

行动 5：感染预防和控制

行动 6：综合检测

行动 7：自愿伴侣通知和其他伴侣服务和社交网络方法

行动 8：卫生保健环境中的污名化和歧视

行动 9：传染病和非传染性疾病

行动 10：结核病

行动 11：性健康和生殖健康

行动 12：精神卫生

行动 13：残疾

行动 14：性别暴力

行动 15：性别平等

<u>艾滋病毒行动（第4章）：</u>	<u>病毒性肝炎行动（第5章）：</u>	<u>性传播感染行动（第6章）：</u>
<p>行动 36：完整连续的艾滋病毒服务</p> <p>行动 37：艾滋病毒一揽子干预措施</p> <p>行动 38：艾滋病毒预防</p> <p>行动 39：用于预防艾滋病毒的抗逆转录病毒药物</p> <p>行动 40：自愿进行男性包皮环切手术</p> <p>行动 41：以人为本的艾滋病毒检测</p> <p>行动 42：艾滋病毒治疗</p> <p>行动 43：艾滋病毒耐药性</p> <p>行动 44：抗逆转录病毒药物毒性</p> <p>行动 45：艾滋病毒疾病晚期</p> <p>行动 46：艾滋病毒感染者的长期护理和 生活质量（对共同行动 9 予以补充）</p> <p>行动 47：消除垂直传播以及儿童和青少年的 艾滋病毒预防、治疗和护理（对共同行 动 3 和 4 予以补充）</p> <p>行动 48：艾滋病毒感染者和感染艾滋病毒 风险升高者的传染病和非传染性疾病（对 共同行动 9 予以补充）</p> <p>行动 49：艾滋病毒和结核病（对共同行动 10 予以补充）</p> <p>行动 50：提供康复服务，以应对与艾滋病毒 相关的残疾（对共同行动 13 予以补 充）</p>	<p>行动 61：完整连续的病毒性肝炎服务</p> <p>行动 62：病毒性肝炎一揽子干预措施</p> <p>行动 63：乙型和丙型肝炎病毒的垂直传播 （对共同行动 3 予以补充）</p> <p>行动 64：病毒性肝炎疫苗（对共同行动 3 予 以补充）</p> <p>行动 65：病毒性肝炎检测</p> <p>行动 66：病毒性肝炎治疗</p> <p>行动 67：病毒性肝炎感染者的长期护理</p> <p>行动 68：儿童和青少年病毒性肝炎的预防、 治疗和护理（对共同行动 3 和 4 予以补充）</p> <p>行动 69 慢性乙型和丙型病毒性肝炎以及原发 性肝癌（对共同行动 9 予以补充）</p>	<p>行动 81：完整连续的性传播感染服务</p> <p>行动 82：性传播感染一揽子干预措施</p> <p>行动 83：预防性传播感染（对共同行动 1 予以补充）</p> <p>行动 84：性传播感染疫苗（对共同行动 1 予以补充）</p> <p>行动 85：性传播感染的垂直传播（对共 同行动 3 予以补充）</p> <p>行动 86：对性传播感染的认识和寻求治 疗的行为</p> <p>行动 87：有症状的性传播感染的病例管 理</p> <p>行动 88：针对性传播感染的性伴侣服务 （对共同行动 7 予以补充）</p> <p>行动 89：对重点人群进行性传播感染筛 查</p> <p>行动 90：性传播感染并发症和后遗症的 治疗</p> <p>行动 91：性传播感染的耐药性</p> <p>行动 92：将性传播感染服务与其他卫生 服务联系起来（对共同行动 9 和 11 予以 补充）</p>

<p>战略方向 2 — 优化系统、部门和伙伴关系以产生影响</p>		
<p>共同行动（第 3 章）：</p> <p>行动 16: 全民健康覆盖 行动 17: 初级卫生保健 行动 18: 提供差异化服务 行动 19: 分散化 行动 20: 特殊环境 行动 21: 数字创新 行动 22: 有效和包容性治理 行动 23: 筹资 行动 24: 基本卫生用品 行动 25: 加强卫生人力 行动 26: 法律、监管和政策改革 行动 27: 建立多部门伙伴关系，消除污名化、歧视和其他社会和结构性障碍 行动 28: 在大流行和其他突发卫生事件期间保护人民 行动 29: 管理未来的疫情</p>		
<p>艾滋病毒行动（第 4 章）：</p> <p>行动 51: 为艾滋病毒提供差异化服务（对共同行动 18 予以补充） 行动 52: 艾滋病毒基本卫生用品（对共同行动 24 予以补充）</p>	<p>病毒性肝炎行动（第 5 章）：</p> <p>行动 70: 分散化和差异化的病毒性肝炎服务（对共同行动 18 和 19 予以补充）</p>	<p>性传播感染行动（第 6 章）：</p> <p>行动 93: 以人为本的性传播感染服务（对共同行动 18 和 19 予以补充） 行动 94: 性传播感染的筹资（对共同行动 23 予以补充）</p>

	<p>行动 71: 病毒性肝炎筹资 (对共同行动 23 予以补充)</p> <p>行动 72: 病毒性肝炎基本用品 (对共同行动 24 予以补充)</p> <p>行动 73: 病毒性肝炎卫生人力 (对共同行动 25 予以补充)</p>	<p>行动 95: 性传播感染基本用品 (对共同行动 24 予以补充)</p> <p>行动 96: 私营部门和非政府组织性传播感染服务</p> <p>行动 97: 性传播感染的实验室能力</p> <p>行动 98: 性传播感染的卫生人力 (对共同行动 25 予以补充)</p>
--	---	--

战略方向 3 — 生成并使用数据来推动行动决策		
共同行动 (第 3 章):		
<p>行动 30: 数据的可用性、分析和使用</p> <p>行动 31: 以人为本的数据监测</p> <p>行动 32: 卫生信息系统</p>		
艾滋病毒行动 (第 4 章):	病毒性肝炎行动 (第 5 章):	性传播感染行动 (第 6 章):
<p>行动 53: 以人为本的艾滋病毒数据监测 (对共同行动 30 和 31 予以补充)</p> <p>行动 54: 艾滋病毒卫生信息系统 (对共同行动 32 予以补充)</p>	<p>行动 74: 以人为本的病毒性肝炎数据监测 (对共同行动 30 和 31 予以补充)</p> <p>行动 75: 病毒性肝炎卫生信息系统 (对共同行动 32 予以补充)</p>	<p>行动 99: 性传播感染卫生信息系统 (对共同行动 30 至 32 予以补充)</p> <p>行动 100: 来自私营部门和非政府服务提供者的性传播感染数据</p>

战略方向 4 — 让获得权能的社区和民间社会参与进来		
共同行动（第 3 章）： 行动 33：社区和民间社会领导 行动 34：社区卫生工作者		
艾滋病毒行动（第 4 章）： 行动 55：社区和民间社会在防治艾滋病毒方面发挥领导作用（对共同行动 33 和 34 予以补充）	病毒性肝炎行动（第 5 章）： 行动 76：社区和民间社会在防治病毒性肝炎方面发挥领导作用（对共同行动 33 予以补充）	性传播感染行动（第 6 章）： 行动 101：社区和民间社会在性传播感染方面发挥领导作用（对共同行动 33 和 34 予以补充）

战略方向 5 — 促进创新以产生影响		
共同行动（第 3 章）： 行动 35：创新伙伴关系		
艾滋病毒行动（第 4 章）： 行动 56：新的艾滋病毒诊断技术和检测方法 行动 57：抗逆转录病毒药物预防的新方案 行动 58：优化抗逆转录病毒药物的使用 行动 59：艾滋病毒疫苗 行动 60：艾滋病毒疗法	病毒性肝炎行动（第 5 章）： 行动 77：新型病毒性肝炎诊断技术和检测方法 行动 78：针对乙型和丙型肝炎病毒的优化抗病毒药物 行动 79：新型病毒性肝炎疫苗 行动 80：乙肝病毒治疗研究	性传播感染行动（第 6 章）： 行动 102：预防性传播感染的创新方法 行动 103：预防性传播感染的新疫苗 行动 104：新的性传播感染诊断工具和检测策略 行动 105：性传播感染的新疗法

世卫组织行动（第7章）：

行动 A：战略领导和伙伴关系

行动 B：公共卫生宣传和沟通

行动 C：规范和标准

行动 D：创新

行动 E：技术支持

行动 F：全球监测和报告

附件 2：衡量框架
到 2030 年要实现的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染影响指标和具体目标^a

疾病领域	影响指标	2020 年基线 ^b	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
共同	降低发病率					
	<ul style="list-style-type: none"> - 每年新增艾滋病毒和病毒性肝炎病例数 - 15-49 岁人口中每年新增梅毒、淋病、衣原体和滴虫病^c病例数 - 经验证实现消除艾滋病毒、乙型肝炎或梅毒垂直（母婴）传播的国家数量 	450 万	<150 万	<50 万	疾病、世卫组织区域、年龄、性别。 性传播感染、世卫组织区域 世卫组织区域	世卫组织全球报告和全球疾病负担。 世卫组织
	健康生活——减少了死亡和癌症					
	<ul style="list-style-type: none"> - 每年因艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染而死亡的人数^e - 每年因艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染而新增的癌症病例数量 	230 万	<170 万	<100 万	疾病、世卫组织区域、年龄、性别 世卫组织区域、疾病原因	世卫组织全球报告和全球疾病负担。 国际癌症分析研究机构
		120 万	<90 万	<70 万		
艾滋病毒	每年新增艾滋病毒感染人数	150 万	37 万	33.5 万	世卫组织区域、年龄、青少年性别、重点人群	艾滋病署/世卫组织

疾病领域	影响指标	2020年基线 ^b	2025年 具体目标	2030年 具体目标	分类	数据来源
	每年每千名未感染者中新增艾滋病毒感染数量	0.19	0.05	0.025	世卫组织区域、年龄、青少年性别、重点人群	艾滋病署/世卫组织
	15岁以下儿童每年新增艾滋病毒感染人数	15万	2万	1.5万	世卫组织区域、年龄、性别	艾滋病署/世卫组织
	每年与艾滋病毒相关的死亡人数	68万	25万	<24万	世卫组织区域、年龄、性别、原因，包括艾滋病毒隐球菌脑膜炎、肺结核、严重细菌感染	艾滋病署/世卫组织
	艾滋病毒感染者中因结核病、乙型肝炎和丙型肝炎死亡的人数	21万	11万	5.5万	世卫组织区域	艾滋病署/世卫组织
病毒性肝炎	5岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率 ^f	0.94%	0.5%	0.1%	世卫组织区域	世卫组织全国代表性调查/建模/研究
	每年新增乙型肝炎感染人数 ^f	150万新增病例 每10万人20例	85万新增病例 每10万人11例	17万新增病例 每10万人2例	世卫组织区域	世卫组织全球报告、全国代表性调查/建模/研究。
	每年新增丙型肝炎感染人数	157.5万新增病例 每10万人20例	100万新增病例 每10万人13例	35万新增病例 每10万人5例	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告和伙伴数据（疾病分析中心基金会等）

疾病领域	影响指标	2020年基线 ^b	2025年 具体目标	2030年 具体目标	分类	数据来源
	注射吸毒者中每年新增丙型肝炎感染人数	每100人8例	每100人3例	每100人2例	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（布里斯托尔大学、疾病分析中心基金会等）
	每年死于乙型肝炎的人数	82万例死亡 每10万人10例	53万例死亡 每10万人7例	31万例死亡 每10万人4例	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（国际癌症研究机构、伦敦帝国理工学院疾病分析中心基金会等）
	每年死于丙型肝炎的人数	29万例死亡 每10万人5例	24万例死亡 每10万人3例	14万例死亡 每10万人2例	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（布里斯托尔大学、疾病分析中心基金会等）
性传播感染	15-49岁人口中每年新增梅毒病例数	710万	570万	71万	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测
	15-49岁人口中每年新增淋病病例数	8230万	6580万	823万	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测
	每年每10万例活产中先天性梅毒病例数	425	<200	<50	世卫组织区域、年龄、男性伴侣	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测

疾病领域	影响指标	2020 年基线 ^b	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
	15 岁前完全接种人乳头瘤病毒疫苗的女童百分比	14%	50%	90%	世卫组织区域、收入；评估国内地区	世卫组织全球报告

^a 拟议的影响指标和具体目标符合可持续发展目标的具体目标 3.3 以及指标 3.3.1 和 3.3.4。

^b 由于 2020 年报告的数据中存在与 2019 冠状病毒病(COVID-19)相关的服务中断，因此，一些具体目标以 2019 年数据为依据。所有数据将按年龄、性别以及适当针对相关疾病的关键和重点人群进行分类。

^c 可治愈的性传播感染。

^d 包括到 2030 年使梅毒和淋病的新增病例数减少 90%以及衣原体和滴虫病的新增病例数减少 50%的具体目标。将对死亡率数据进行进一步分类，以评估应对死亡驱动因素和原因的迫切需要。对于艾滋病毒，这些数据中包括隐球菌脑膜炎、结核病、严重细菌感染数据；对于病毒性肝炎，这些数据中包括其他癌症和有害使用酒精数据。

^f 请注意，本表中的具体目标是全球性具体目标，各国在设定本国具体目标时应根据本国国情进行相应调整。例如，在一些国家，五岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率的具体目标可能低于 0.1%或 0.2%，尽管全球总的具体目标是 0.1%。

到 2030 年要实现的艾滋病毒指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
影响	每年新增的艾滋病毒感染人数	150 万	37 万	33.5 万	世卫组织区域、性别、年龄（青少年）、重点人群	艾滋病署/世卫组织
	每年每 1000 名未感染人口中新增艾滋病毒感染人数（可持续发展目标 3.3.1）	0.19	0.05	0.025	世卫组织区域、年龄、性别	艾滋病署/世卫组织

	指标	2020年基线 ^a	2025年 具体目标	2030年 具体目标	分类	数据来源
	每年15岁以下儿童新增艾滋病病毒感染人数	15万	2万	1.5万	世卫组织区域、年龄、性别	艾滋病署/世卫组织
	每年死于艾滋病病毒相关原因的人数 ^b (包括按艾滋病病毒隐球菌脑膜炎、结核病和严重细菌感染分列)	68万	25万	<24万	世卫组织区域、年龄、性别	艾滋病署/世卫组织与卫生计量和评估研究所和国际癌症研究机构的合作
	死于结核病、乙型肝炎和丙型肝炎的艾滋病病毒感染者人数 ^c	21万	11万	5.5万	世卫组织区域	艾滋病署/世卫组织
	经证实已经消除艾滋病病毒、乙型肝炎或梅毒垂直(母婴)传播的国家数目	15	50	100	世卫组织区域	世卫组织全球报告
覆盖	知道自己艾滋病病毒状况的艾滋病病毒感染者百分比 ^d	84%	95%	95%	世卫组织区域、年龄、性别、重点人群	世卫组织/艾滋病署
	知道自己艾滋病病毒呈阳性者正在接受抗逆转录病毒治疗的百分比 ^d	87%	95%	95%	世卫组织区域、年龄、性别、重点人群	世卫组织/艾滋病署
	接受治疗且抑制病毒载量的艾滋病病毒感染者的百分比 ^d	90%	95%	95%	世卫组织区域、年龄(青少年)、性别、重点人群	世卫组织/艾滋病署
	使用综合预防和规定服务包的艾滋病病毒风险人群的百分比	8%	95%	95%	世卫组织区域、性别、重点人群	世卫组织/艾滋病署
	最后一次与客户或非固定伴侣性交时使用避孕套/润滑剂的百分比		90%	90%	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织/艾滋病署

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
	为每个注射毒品者分配的针头或注射器数量（作为伤害减少综合规划的一部分）	200	200	300	世卫组织区域重点人群	世卫组织/艾滋病署
	接受结核病预防性治疗的艾滋病毒感染者百分比	50%	95%	95%	世卫组织区域、性别、重点人群	世卫组织、全球结核病报告
	接受包括性传播感染和病毒性肝炎在内的综合卫生服务的艾滋病毒感染者和风险人群的百分比		95%	95%	世卫组织区域	世卫组织/艾滋病署
阶段性目标	污名化和歧视-艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播疾病感染者以及遭受污名化和歧视的重点人群的百分比		不到 10%	不到 10%	世卫组织区域、重点人群	世卫组织/艾滋病署
	法律和政策-制定了惩罚性法律和政策的国家百分比	因人群而异 ^e	不到 10%	不到 10%	世卫组织区域	世卫组织/艾滋病署
	性别平等-15-49 岁人群中近期（过去 12 个月）遭受亲密伴侣暴力行为的发生率 ⁴⁸	13%	5%	2%	世卫组织区域、年龄、城市/乡村	世卫组织全球报告
	整合-与其他综合卫生服务联系起来的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播疾病感染者的百分比		95%	95%	世卫组织区域、疾病	世卫组织全球报告

⁴⁸ 可持续发展目标指标 5.2.1：有过伴侣的 15 岁及以上的妇女和少女在最近的 12 个月内遭受现任或前任亲密伴侣的身体、性或心理暴力的比例，按暴力形式和年龄分列（<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=5&Target=>。2022 年 4 月 28 日访问）

	指标	2020年基线 ^a	2025年 具体目标	2030年 具体目标	分类	数据来源
	晚期疾病 -开始抗逆转录病毒治疗时CD4细胞计数少于200/mm ³ 个（或处于第三或第四期）的人口百分比 ^f	30%	20%	10%	世卫组织区域、年龄、性别	世卫组织全球报告
	差异化服务提供 -已实施六个月药品补充的国家百分比	19个国家	50%	80%	世卫组织区域	世卫组织/艾滋病署
	创新-疫苗或疗法覆盖的其他疾病（艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染）的数量		1	2	艾滋病毒、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、性传播感染	世卫组织全球报告

^a 2020年底的最新数据。一些具体目标使用2019年的数据，因为报告的2020年数据中存在与COVID-19相关的服务中断的情况。目前预计，COVID-19不会影响到2025年的具体目标。所有数据将按年龄（包括青少年）、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类

^b 将对死亡率数据进一步分类，以评估是否迫切需要解决死亡驱动因素和原因，特别是到2025年将艾滋病毒隐球菌脑膜炎引起的死亡减少50%，到2030年将结核病和严重细菌感染引起的死亡减少90%

^c 数据将按原因分列和报告，包括降低死亡率所需的一系列结核病服务干预措施、对结核病症状的系统性筛查、结核病的快速诊断和预防性治疗以及耐药结核病的治疗。

^d 在所有年龄、性别和重点人群中实现

^e 艾滋病毒传播61%、变性人24%、性工作者87%、使用或持有毒品者83%，同性性关系36%

^f 实现所有艾滋病毒感染者都应得到CD4检测结果，到2025年至少达到90%，到2030年达到95%

艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染的共有指标和具体目标以**粗体**显示。

到 2030 年要实现的病毒性肝炎指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
影响	5 岁以下儿童乙型肝炎表面抗原) 流行率	0.94%	0.5%	0.1%	世卫组织区域	世卫组织全国代表性调查、建模和研究
	每年新增乙肝感染人数 ^b	150 万新增病例 每 10 万人 20 例	85 万新增病例 每 10 万人 11 例	17 万新增病例 每 10 万人 2 例	世卫组织区域	世卫组织全球报告、全国代表性调查、建模和研究
	每年新增丙型肝炎感染人数	157.5 万新增病例 每 10 万人 20 例	100 万新增病例 每 10 万人 13 例	35 万新增病例 每 10 万人 5 例	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告和伙伴数据
	每年注射吸毒者中新增丙型肝炎感染人数	每 100 人中 8 人	每 100 人中 3 人	每 100 人中 2 人	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（布里斯托尔大学、疾病分析中心基金会等）
	每年死于乙型肝炎的人数	82 万死亡 每 10 万人中 10 人	53 万死亡 每 10 万人中 7 人	31 万死亡 每 10 万人中 4 人	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（国际癌症研究机构、布里斯托尔大学、伦敦帝国理工学院疾病分析中心基金会等）
	每年死于丙型肝炎的人数	29 万死亡 每 10 万人中 5 人	24 万死亡 每 10 万人中 3 人	14 万死亡 每 10 万人中 2 人	世卫组织区域、性别、年龄、重点人群	世卫组织全球报告、伙伴数据（布里斯托尔大学、疾病分析中心基金会等）

覆盖	乙型肝炎-乙型肝炎感染者得到诊断/治疗的百分比	30%/30%	60%/50%	90%/80%	世卫组织区域按年龄和性别分类	世卫组织全球报告和伙伴数据
	丙型肝炎-丙型肝炎感染者得到诊断/治愈的百分比	30%/30%	60%/50%	90%/80%	世卫组织区域按年龄和性别分类	世卫组织全球报告和伙伴数据
	新生儿及时接种肝炎疫苗和接受其他干预措施以预防乙型肝炎病毒垂直（母婴）传播的百分比 ^c	50%	70%	90%	世卫组织区域	世卫组织全球报告
	向每位注射吸毒者分配的针头和注射器数量^d	200	200	300	世卫组织区域	艾滋病署/世卫组织
	血液安全-进行血液传播疾病筛查的血液单位的比例	95%	100%	100%	世卫组织区域	世卫组织全球报告
	安全注射-采取安全卫生保健注射的比例	95%	100%	100%	世卫组织区域	世卫组织全球报告
阶段性目标	计划 -对肝炎消除计划进行了成本核算的国家数量	待定	30	50	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告
	监测 -每年报告疾病负担和服务链的国家数量	130	150	170	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告
	丙型肝炎病毒药物获取 —价格平均下降百分比（到2025年相当于仿制药价格）	20%	50%	60%	世卫组织区域、国家收入	全球肝炎报告系统/伙伴数据、获取药品和诊断服务
	乙型肝炎病毒药物获取 —平均价格中平均下降百分比（到2025年与艾滋病毒药物价格保持一致）	20%	50%	60%	世卫组织区域、国家收入	全球肝炎报告系统/伙伴数据、获取药品和诊断服务

	消除 -经验证实现消除丙型肝炎和/或乙型肝炎的国家数量	0	5	20	世卫组织区域、负担百分比	全球肝炎报告系统/伙伴数据
--	------------------------------------	---	---	----	--------------	---------------

^a 2020年底的最新数据。一些具体目标使用2019年的数据，因为报告的2020年数据中存在与COVID-19相关的服务中断的情况。目前预计，COVID-19不会影响到2025年的具体目标。所有数据将按年龄、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类。

^b 请注意，本表中的具体目标是全球性具体目标，各国在设定本国具体目标时应根据本国国情进行相应调整。例如，在一些国家，五岁以下儿童乙型肝炎表面抗原流行率的具体目标可能低于0.1%或0.2%，尽管全球总的具体目标应该是0.1%。

^c 另外，还应评估接种第三剂乙肝疫苗的12个月以内婴儿的比例。

^d 作为全面减少伤害战略的一部分。

到 2030 年要实现的性传播感染指标、具体目标和阶段性目标

	指标	2020 年基线 ^a	2025 年 具体目标	2030 年 具体目标	分类	数据来源
影响	15 至 49 岁人群中每年新增梅毒、淋病、衣原体和滴虫病 ^b 病例数	3.74 亿	<3 亿	<1.5 亿 ^c	世卫组织区域，分别对每种性传播感染进行分析，并通过流行率进行衡量	世卫组织全球报告，基于现有研究的估计
	15 至 49 岁人群中每年新增梅毒病例数	710 万	570 万	71 万	世卫组织区域、年龄	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测
	15 至 49 岁人群中每年新增淋病病例数	8230 万	6580 万	823 万	世卫组织区域、年龄、性别	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测
	每年每 10 万活产中先天性梅毒病例数	425	< 200	< 50	世卫组织区域	世卫组织全球报告、全球艾滋病监测
	到 15 岁时完全接种人乳头瘤病毒疫苗的女童百分比	14%	50%	90%	世卫组织区域、收入。对国内地区进行评估	世卫组织全球报告
覆盖	接受产前检查的孕妇进行梅毒筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	66% / 78% ^d	> 85% / > 90%	> 95% / > 95%	世卫组织区域、年龄	世卫组织全球报告
	重点人群 ^e 进行梅毒筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	无数据/无数据	> 80% / > 90%	> 90% / > 95%	世卫组织区域、年龄、重点人群	世卫组织全球报告
	重点人群进行淋病筛查的百分比/在筛查结果呈阳性时接受治疗的百分比	无数据/无数据	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%	世卫组织区域、年龄、重点人群	世卫组织全球报告

	指标	2020年基线 ^a	2025年 具体目标	2030年 具体目标	分类	数据来源
	女性在 35 岁前使用高效检测方法进行宫颈癌筛查并在 45 岁前再次进行筛查的百分比/进行筛查并确定已接受癌前治疗或侵入性癌症治疗的女性百分比		>40% / > 40%	> 70% / > 90%	世卫组织区域、年龄	世卫组织全球报告、国际癌症分析研究机构
	向世卫组织淋球菌抗微生物药物监测规划报告淋病奈瑟菌抗微生物药物耐药性的国家数量	36%	>60%	> 70%	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告
	计划 - 在过去五年内已对国家性传播感染计划进行更新的世卫组织会员国数量	无数据 ^f	>70%	> 90%	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告
	政策 - 在过去三年内已对国家性传播感染病例管理指南进行更新的世卫组织会员国数量	62% ^g	>70%	>90%	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告
	监测 - 拥有强大的性传播感染监测系统的国家数量 ^g		>50%	>90%	世卫组织区域、国家收入	世卫组织全球报告

^a 2020 年底的最新数据。所有数据将按年龄（在适用时包括青少年）、性别以及在相关时这种疾病所特有的重点人群进行分类。

^b 可治愈的性传播感染。

^c 2025 年具体目标反映了全部 4 种疾病发病率均下降 20%（2020 年基线），而 2030 年具体目标反映了到 2030 年梅毒和淋病新增病例减少 90% 以及衣原体和滴虫病新增病例减少 50% 的目标（2020 年基线）。

^d 2016 年估计数。

^e 重点人群由各国自行确定；筛查对象包括男同性恋者、性工作者和艾滋病毒感染者。

^f 估计值基于 112 个国家在过去五年内更新的关于性传播感染国家战略计划和性传播感染国家治疗指南的报告，参见：《世卫组织全球卫生部门性传播感染战略（2016-2021 年）国家执行情况评估：国家调查结果》。<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025585>

^g 强大的性传播感染监测系统包括四项核心能力：病例报告；对产前保健、男人和重点人群的定期流行率评估；对性传播感染综合征病因的定期年度审查以及纠正漏报的症状数据；淋病奈瑟菌抗微生物药物耐药性监测。

监测世卫组织行动

世卫组织行动	指标
行动 A: 战略领导和伙伴关系	a. 卫生资金 ——支持增加三个疾病领域的全球和国内资金，以填补至少 80% 的所需资金 b. 消除伙伴关系 ——消除三种疾病垂直（母婴）传播和成人传播的实施的验证标准
行动 B: 公共卫生宣传和沟通	c. 国家政策变化和外交 ——监测和缩小大多数国家在服务提供方面的差距，包括针对重点人群 d. 对艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的共同方法的宣传 ——加快实施共同诊断方法以及融合性传播感染的共同艾滋病毒预防方法的国家数量
行动 C: 规范和标准	e. 更新指南 ——艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的主要治疗、预防和战略信息指南至少每三年更新一次 f. 为迅速改变政策和实施指南提供支持 ——确保 80% 的国家在两年内采纳世卫组织指南中的关键建议
行动 D: 创新	g. 对治疗和疫苗创新提供支持 ——为开发更多的艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染疫苗和治疗方法提供支持 h. 诊断工具创新 ——为改进卫生服务点检测和降低诊断工具和药物价格提供支持
行动 E: 技术支持	i. 制定国家计划 ——确保 80% 的国家制定了近期艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染战略计划，并在适当时采取必要的整合和联合方法 j. 三级技术支持 ——在整个世卫组织总部、区域办事处和国家办事处，确保在每个双年度向覆盖 80% 疾病负担的国家提供技术支持
行动 F: 全球监测和报告	k. 全球报告 ——确保 80% 的国家报告经世卫组织验证的艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染的主要负担和服务链数据 l. 计划差距分析 ——对各区域和国家在政策、服务和影响方面的差距进行定期分析，通过全球和区域卫生观察站确定技术支持的先后次序并提供指导

For more information, contact:

World Health Organization
Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

E-mail: hiv-aids@who.int

www.who.int/health-topics/hiv-aids

www.who.int/health-topics/hepatitis

www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections