

中国 2005 年 《艾滋病承诺宣言》报告

国务院防治艾滋病工作委员会办公室

二〇〇五年十二月

目 录

- 一、 现况概述
- 二、 艾滋病疫情回顾
- 三、 国家开展的艾滋病防治工作
- 四、 实现 UNGASS 目标面临的主要挑战以及采取的必要行动
- 五、 国家发展伙伴的支持
- 六、 检查与评估环境

现状概述

近年来，中国政府加大了对艾滋病防治工作的领导，针对艾滋病防治工作的各个环节，采取了切实有效的应对措施，开展了大量的综合预防、治疗、关怀和支持工作，中国的艾滋病防治形势发生了重大变化。

2005年最新评估显示，目前，中国现有艾滋病病毒感染者和病人约65万人（54~76万人），其中艾滋病病人约7.5万人（6.5~8.5万人）。2005年新发生的艾滋病病毒感染约7万人（6~8万人），因艾滋病死亡约2.5万人（2~3万人）。中国艾滋病疫情仍呈上升趋势；新发生的感染以注射吸毒和性传播为主；发病和死亡依然严重；疫情由高危人群向一般人群扩散；存在疫情进一步蔓延的危险。

近两年，中国政府进一步加强了以政府主导、多部门合作、全社会参与的防治机制。胡锦涛、温家宝、吴仪等国家领导人亲赴医院和高流行地区看望艾滋病病人，发挥了表率作用。国务院提出了艾滋病防治工作的九项措施，各级地方政府成立防治领导协调机构，组织动员有关部门和全社会开展了大量工作。非政府组织逐步参与到防治工作中来，国际合作进一步加强。中央财政艾滋病防治专项经费投入不断加大，从2003年的3.9亿元增加到2005年的8亿元，地方财政投入也达到2.8亿元。

在全国范围内，加强了监测检测，建立了网络直报信息系统，扩大了监测哨点，逐步完善实验室筛查和免费自愿咨询检测系统，对部分重点人群进行大规模筛查，发现了大量既往感染者和病人。

广泛开展了形式多样的宣传教育活动，反对社会歧视。累计发放宣传材料1.2亿份，接受培训及“面对面”宣传人数达3490万人。在目标人群中推广使用安全套；启动了128个美沙酮维持治疗门诊和91个清洁针具交换试点。全国无偿献血占临床用血的比例由1998年的22%上升到2005年上半年的94.5%。母婴传播阻断试点工作推广到28个省的271个县（市）。

中国政府制定并积极推动“四免一关怀”政策落实，抗病毒治疗覆盖了28个省（自治区、直辖市）的605个县（区），累计治疗20453人，重点地区病死率有较大幅度下降。因艾滋病致孤儿童免费上学等一系列防治政策逐步得到落实。

目前，中国艾滋病防治形势依然严峻，还面临着诸多的困难和挑战，如：一些地方和部门领导对艾滋病危害的严重性仍认识不足；各地“四免一关怀”政策措施落实不平衡；宣传教育还不够深入，干预措施覆盖范围较小；对重点人群的干预工作仍需要进一步探索；规模巨大的流动人口落实防治措施难度大等。中国控制艾滋病流行的工作依然任重而道远。

《艾滋病承诺宣言》实施情况的核心指标
国家承诺和行动
经费
<p>指标 1. 中国中央政府投入的经费数额</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2003 年：3.9 亿元人民币；2004 年：8.1 亿元人民币；2005 年：8.01 亿元人民币
政策开发及执行情况
<p>指标 2. 国家综合政策指数</p> <p>涉及的领域：预防、关怀和支持、人权、社会参与、监督与评估</p> <p>目标人群：最处危险人群</p> <p><i>相关内容已在文字中描述</i></p>
<p>国家规划：针对最处危险人群的艾滋病检测和预防（<i>此表数据按照 UNGASS 报告要求填写，代表数据来源情况</i>）</p> <p><i>相关内容已在文字中描述</i></p>
<p>指标 3. 在最近 12 个月里（高危人群）接受过艾滋病病毒检测并知晓检测结果的人数百分比</p> <p><i>因数据无法满足 CRIS 软件要求，无法填写</i></p>

指标 4. 预防项目干预（高危人群）百分比

- **CLPE4 - 1：艾滋病预防项目覆盖性工作者的百分比：25.0%**

（引用数据来源 2005 年全国估计数）

注：收集数据无法满足 CRIS 软件要求，不能输入

- **CLPE4 - 4：艾滋病预防项目覆盖注射吸毒者的百分比：45.0%**

（引用数据来源于 2005 年全国疫情估计）

注：收集数据无法满足 CRIS 软件要求，不能输入

知识和行为

指标 5. 高危人群里能正确识别预防艾滋病经性传播的途径并摒弃艾滋病传播错误观点的人数百分比。

- **暗娼：23.5%**

（2004 年国家综合监测数据（妇教所）（15 省）和 05 年 4 月份全球基金第 3 轮数据基线调查数据（中原省份 7 省）。按 22 个点的数据排序，取中位数。该方法较客观的反应了目前暗娼有关艾滋病知识的实际水平，有一定的代表性。

- **同性恋：37.3%**

（引用数据来源：同性恋数据非常有限，来自 2004 年国家综合监测数据辽宁和山东两省）

- **吸毒者：36.0%**

（引用数据来源：2004 年国家综合监测数据只有 8 个省数据（福建/广东/广西/贵州/湖北/四川/新疆/云南）。中位数总体排序是 8 个省，但由于新疆女性没有数据，故按 7 个省排序。该数据具有较好的代表性）

指标 6. 男/女性工作者报告在最后一次商业性行为时使用安全套的百分比

- 暗娼在最近一次商业性行为时使用了安全套的百分比：68.5%

(引用数据来源于：2004 年国家综合监测、2005 年哨点监测、全球基金第三、四轮基线数据)

全国无男性性工作者最后一次安全套使用数据

指标 7. 男性报告在最近一次与男性性伴肛交中使用安全套的百分比

- 男性在最近一次与男性性伴发生肛交时使用了安全套百分比：44.2%(04 年为 3 个省)；41.1%(05 年为 2 个省)

(引用数据来源：2004 年国家综合监测、2005 年哨点监测)

注：收集数据无法满足 CRIS 软件要求，不能输入

指标 8. 注射吸毒者中采取措施(如在最近 1 个月里都避免使用未消毒注射器并使用安全套)减少艾滋病病毒传播的百分比

- 注射吸毒者共针率：50.6%

(引用数据来源：2005 年哨点监测及全球基金第四轮项目数据)

注：收集数据无法满足 CRIS 软件要求，不能输入

影响

指标 9. (高危人群) 艾滋病病毒感染百分比

- **CLPE9 - 1: 嫖客感染艾滋病的百分比 : 0.2%**

(引用数据来自 2005 年全国哨点监测数据)

- **CLPE9 - 2: 性工作者感染艾滋病的百分比 : 0.5%**

(引用数据来自 2005 年全国哨点监测数据)

- **CLPE9 - 3: 注射吸毒者 (静脉吸毒者) 感染艾滋病的百分比 : 8.3%**

(引用数据来自北京市哨点 2005 年数据)

- **CLPE9 - 4: 男男性工作者感染艾滋病的百分比 : 1.5%**

(引用数据来自 2004 年 9 月至 2005 年 1 月北京市中美 GAP 项目调查数据, 采用 RDS(Respondent Driven Sampling 方法)

二、艾滋病疫情回顾

因中国人口众多, 地域广阔, 仅用首都的数据 (人口总数不到全国总人数的 1%, 占地面积不足全国的 0.2%) 难以全面反映中国的疫情, 本报告在描述首都北京市人群感染情况的同时, 对中国的疫情形势和流行特点进行了一个全面分析。

(一) 中国不同人群的流行形势

1、暗娼人群

国家哨点监测的资料和流调数据显示, 全国暗娼人群平均感染率低于 1.0%。北京市哨点监测暗娼人群 HIV 感染率 2004 年为 0.8%, 2005 年为 0.5%。

历年监测结果显示,暗娼中每次都用安全套的比例呈现缓慢上升的趋势,2004年上升幅度略大,而从未使用安全套的比例呈现逐年下降趋势。2005年自述“从未用过安全套”和“每次都用”的比例的中位数分别为9.8%、39.9%。从历年的监测结果看,每次都用安全套的比例呈现缓慢上升的趋势,而从未使用安全套的比例呈现逐年下降的趋势(见图1)。

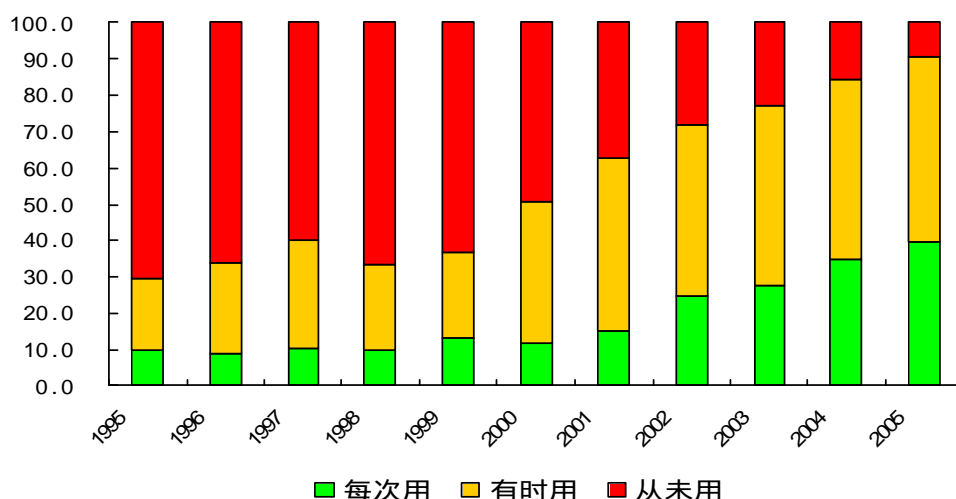


图1 1995年 - 2005年暗娼最近一个月

商业性性行为时使用安全套比例

(数据来源:国家级 HIV 监测哨点资料)

指标6说明:2004年国家综合监测、2005年哨点监测和全球基金第三、四轮基线调查数据结果显示:暗娼最近一次商业性性行为时使用安全套的比例平均为68.5%。国家哨点监测和部分研究均无男性卖淫者最近一次安全套使用率数据。

2、男男性接触人群

该人群数据比较缺乏。从流调和哨点监测的调查数据看，北京、哈尔滨、广州、沈阳、郑州等地男男性接触人群艾滋病病毒感染率在 1% ~ 2% 之间，哈尔滨 2001 ~ 2004 年监测结果显示感染率在 1.2 ~ 1.4%。最近一次肛交性行为时使用安全套的比例约为 40%。中美 GAP 项目监测，北京市 2004 年男男性接触者 HIV 感染率为 1.46%。

指标 7 说明：根据 2004 年国家综合监测和 2005 年哨点监测结果，2004 年男性在最近一次与男性性伴发生肛交时使用安全套的百分比为 44.2%，2005 年为 41.1%。但是，现有数据未按年龄分类；也未按城市和农村分类。总体来说，男男性接触者资料非常有限，目前只有国家综合监测和哨点监测的有限数据。

3、吸毒人群

1995 年以来，吸毒人群感染率呈增加趋势，23 个省份的国家级哨点中吸毒人群总感染率为 6% ~ 8%。2002 年后，全国 31 省（自治区、直辖市）均发现了吸毒人群中艾滋病病毒的感染。检出 HIV 阳性者的哨点的比例逐年增加，检出阳性率高于 5% 哨点数量也逐年增加。云南、四川、广西、湖南等省/区部分哨点的检出率在 20% 以上，新疆伊宁吸毒人群感染率高达 70% 以上。

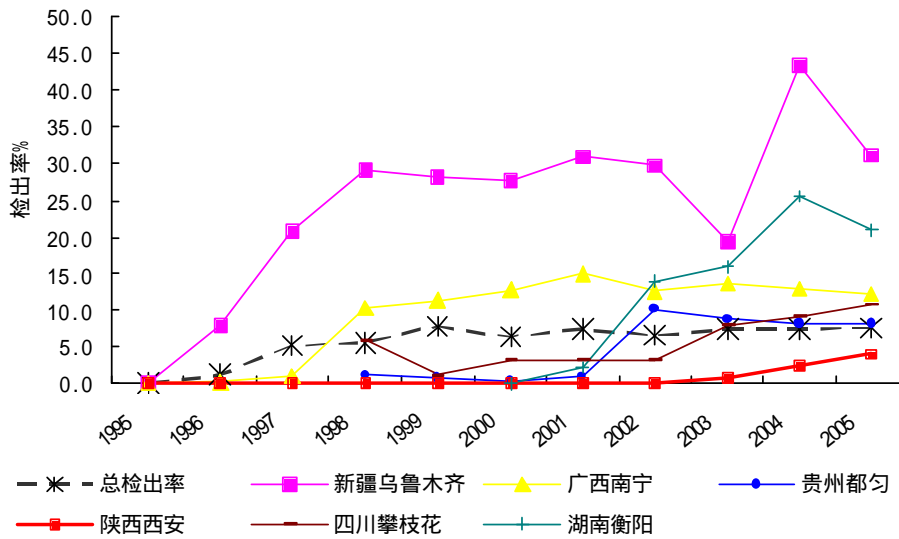


图 2 1995 年 - 2005 年部分吸毒者哨点 HIV 阳性检出率

(数据来源：国家级 HIV 监测哨点资料)

2000 年以前国家哨点监测显示，吸毒者中注射吸毒者比例呈上升趋势，2000 年以后该比例波动在 50~65% 之间。2005 年国家哨点监测显示，吸毒者中注射吸毒者比例为 64.1%。注射吸毒者共用注射器的比例也呈现类似的变化，基本波动在 40%~50% 之间。北京市哨点监测注射吸毒人群 HIV 感染率 2005 年为 8.3%。

指标 8 说明：2005 年哨点监测以及全球基金第四轮的基线数据显示：注射吸毒人群共针率平均为 50.6%。既不共用注射器，又使用安全套的吸毒者 <25 岁年龄组为 8.5%，≥25 岁年龄组为 8.0%。

(二) 中国艾滋病流行特点

1、艾滋病疫情仍呈上升趋势

哨点监测资料显示，吸毒人群中的艾滋病病毒感染率从 1996 年的

2.0%上升到 2004 年的 6.5%；暗娼中的艾滋病病毒感染率从 1996 年的 0.02%上升到 2004 年的 0.9%；高流行地区孕产妇中的艾滋病病毒感染率从 1997 年的未发现上升到 2004 年的 0.3%。中国艾滋病疫情在高危人群中仍呈上升趋势。

2、流行范围广，艾滋病疫情地区差异大

截至2005年11月底，报告艾滋病病毒感染人数累计超过3万例省份是：河南和云南；超过1万例的有：广西、新疆和广东。报告数低于100例（图4）有宁夏、青海、西藏3省（区）。

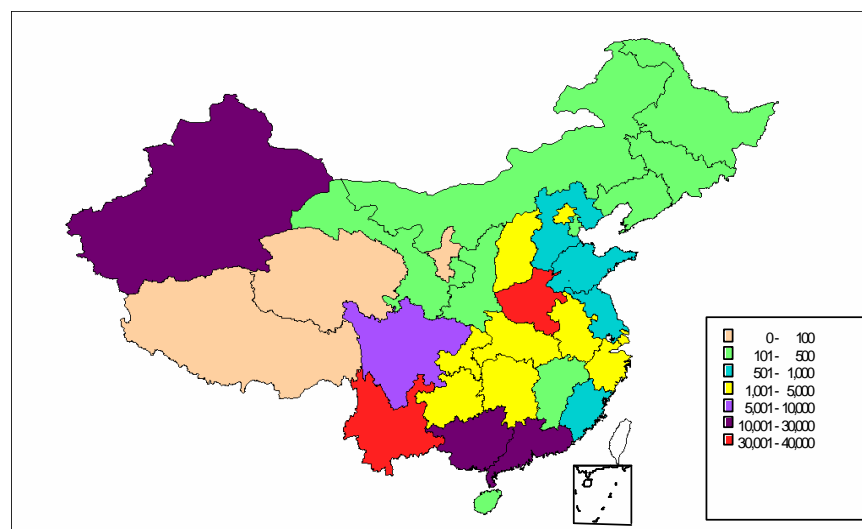


图 4 全国累计报告艾滋病病毒感染者按地理分布(截至 2005 年 11 月)

不同地区的吸毒、暗娼人群感染率存在较大差异。新疆、云南、四川等省（区）部分地区中，注射吸毒人群感染率超过 50%；江苏、浙江、

内蒙古、辽宁等省（区）注射吸毒人群感染率低于 5%。云南、重庆、湖南、广东、广西、四川等省（区、市）的部分地区的暗娼人群感染率超过 1%。

3、三种传播途径并存，吸毒和性传播途径是新发感染的主要途径

目前，注射吸毒和性接触已成为艾滋病传播的主要方式。疫情评估结果显示，现有的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人中，经注射吸毒传播占44.3%，经性传播占43.6%，经采供血/血制品传播占10.7%，母婴传播占1.4%。

据疫情评估，2005年新发生的艾滋病病毒感染者中，经性传播占49.8%，经注射吸毒传播占48.6%，母婴传播占1.6%。

4、艾滋病病人及死亡情况严重

既往有偿采供血人群中的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人虽然仍占较大比例，但主要是1996年以前发生的感染。近两年，全国艾滋病病人报告数和死亡病例报告数大幅增加，说明一些艾滋病病毒感染者进入发病高峰期。2004—2005年，全国报告艾滋病病人数占累计报告病人总数的60.7%，报告艾滋病死亡人数占累计报告艾滋病死亡总数的63.4%。约1/3的病人到艾滋病晚期或机会性感染较重时才接受治疗，影响疗效。

5、艾滋病疫情由高危人群向一般人群扩散

监测资料表明，艾滋病正由吸毒、卖淫、嫖娼等高危人群向一般人群扩散。在云南、河南、新疆等省（区）的部分地区，孕产妇、婚检及临床检测人群中的艾滋病病毒感染率已经达到或超过1%，已达到联合国

艾滋病规划署界定的高流行水平。

6、艾滋病疫情存在进一步蔓延的潜在危险

公众艾滋病防治知识知晓率依然不高,很多人还不知道如何保护自己免受艾滋病侵害。国家疫情监测数据表明,有45.5%的注射吸毒者共用注射器,11%的吸毒者有危险性行为,增加了感染和传播艾滋病的危险,艾滋病在吸毒人群和暗娼、嫖客人群之间的传播加剧。感染者的流动成为艾滋病疫情加快传播的重要因素。此外,大量人口流动、性乱行为增加、性病发病率增加,也是促进艾滋病蔓延的重要因素。

三、国家开展的艾滋病防治工作

2004年,中国政府调整成立了国务院防治艾滋病工作委员会,进一步加强了对防治工作的组织领导,国务院专门召开多次会议,全面部署防治工作,明确职责,落实任务,加强艾滋病防治立法,制订2006-2010年艾滋病防治行动计划,实施预防、控制、治疗、关怀、救助等综合措施,防治工作取得了重要进展。

(一) 政府主导、多部门合作、全社会参与

为有效防治艾滋病,国务院防治艾滋病工作委员会明确了各成员单位职责,确定了今后五年防治工作主要目标、任务和措施。胡锦涛、温家宝、吴仪等中国领导人到医院和艾滋病病人家庭探望病人,慰问医务人员和志愿者。卫生部、财政部、公安部、司法部、铁道部、全国妇联和共青团中央等部门(团体)建立了部门内协调工作机制,有关部门制订了防治战略规划。全国31个省(自治区、直辖市)政府和88%的地市政

府成立防治工作领导协调机构。地方各级政府领导纷纷看望艾滋病病人，慰问防治工作者，参加艾滋病防治宣传，检查指导当地艾滋病防治工作。非政府组织、感染者和社会各界越来越多地参与的防治工作中来，初步形成了政府主导、多部门合作、全社会参与的防治工作机制。

（二）强化政策措施，将艾滋病防治工作纳入规范化、法制化轨道

近两年，中国出台“四免一关怀”政策等一系列重要防治政策。温家宝总理主持召开了国务院常务会议，提出了加强艾滋病防治工作的九项重要措施。要求各级政府把艾滋病防治作为公共卫生工作的重点纳入“十一五”规划，制订并落实行动计划，将防治经费列入各级财政预算；加强宣传教育，在全社会普及艾滋病防治知识；加强疫情监测，在全国建立健全艾滋病监测网络；对重点人群强化干预措施；巩固采供血管理成果，杜绝非法采供血活动；认真落实对艾滋病病人的救治关怀措施，加强农村和流动人口的防治工作；加强艾滋病防治的科研攻关和艾滋病防治法制建设。《艾滋病防治条例》即将颁布，条例规定了各级政府应承担的责任及艾滋病病人的权利和义务等。河南、浙江等省制订了地方性的艾滋病防治法规。

（三）针对关键环节，落实综合防治措施

1、加强监测检测，及时发现艾滋病病毒感染者和病人

加强疫情监测，建立网络直报信息系统，增设国家级和省级疫情监测哨点。至2005年底，国家级疫情监测哨点增加到329个、省级哨点增至400个，基本覆盖了各地区和重点人群。建立57个确认实验室和3756

个筛查实验室，对部分重点人群进行了流行病学筛查。建立免费自愿咨询检测门诊2850个，开展了自愿咨询检测服务。

2、广泛开展宣传教育，反对歧视

卫生部、中宣部、教育部、全国总工会、共青团中央、全国妇联等部门组织开展了职工红丝带、“面对面”、青春红丝带等系列宣传教育活动；开展预防艾滋病宣传海报进村入校活动，覆盖了全国74万个村、5万个居委会、2100所大学和9万所中学；中央党校已把艾滋病防治知识列入教学内容；国务院防治艾滋病工作委员会办公室、中宣部、劳动保障部等多部委联合启动全国农民工预防艾滋病宣传教育工程。各地广泛组织开展了“大篷车巡回演出”、防治知识巡展等形式多样、内容丰富的宣传教育活动。据不完全统计，全国累计发放宣传材料1.2亿份，接受艾滋病培训及“面对面”宣传教育人数达3490万人。

3、推广行为干预和综合预防措施

卫生部、人口计生委等6个部门制订推广安全套预防艾滋病的实施办法。湖北、湖南、四川、云南、海南等省在目标人群中推行了100%使用安全套工作。全国成立了2686个“高危人群干预工作队”，针对以性传播为主的高危人群开展预防干预工作。卫生部、公安部、食品药品监督管理局等部门联合启动了128个美沙酮门诊，设立了91个清洁针具交换试点。加强采供血管理，有效遏制艾滋病经采供血传播。全国无偿献血占临床用血的比例由1998年的22%上升到2005年上半年的94.5%。预防艾滋病母婴传播试点工作已经推广到28个省的271个县（市）。

4、积极治疗病人，提供关怀救助服务

各地积极落实“四免一关怀”政策，建立了抗病毒治疗药品生产、供应体系。加强救治能力培训，建立了9个医疗培训基地；抗病毒治疗覆盖了28个省(自治区、直辖市)的605个县(区)，累计治疗20453人。据河南统计，在开展抗病毒治疗的地区，艾滋病的病死率由2001年的15.4%下降到2005年的7.7%。在河南、湖北等省启动了儿童抗病毒治疗试点项目，为104名患病儿童提供儿童剂型的抗病毒治疗药物。落实因艾滋病致孤儿童免费上学和生活救助政策，已有4385名学龄儿童免费上学，占92.71%。河南、新疆、陕西、山西等地成立了许多感染者自助小组，开展生产自救活动。

(四) 加强督导，增加投入，深化科研，扩大国际合作

全国人大、政协、国务院防治艾滋病工作委员会成员单位，联合对各省(自治区、直辖市)政府落实艾滋病防治政策措施进行督导检查；卫生部会同多部门、国际组织和非政府组织，联合对示范区和国际合作项目开展督导评估。举办全国艾滋病综合防治示范区经验交流会，借鉴和推广有效防治的工作经验和做法。

加大艾滋病防治专项经费投入。中央财政的防治经费从2003年3.9亿元增加到2005年8亿元。地方财政投入从2003年不足1亿元增加到2005年2.8亿元。

国家设立艾滋病防治重大科研项目，在河南、云南建立艾滋病防治研究平台，开展临床治疗方案、治疗药物、疫苗、诊断试剂、流行病学

等研究。加强中医药防治艾滋病的临床研究，取得了重要进展。中国政府加强同联合国艾滋病规划署、世界卫生组织等联合国机构和英国、美国、澳大利亚等国的交流与合作，国际合作项目已覆盖到全国31个省(自治区、直辖市)，国际社会已承诺捐赠约22亿元人民币，支持中国艾滋病防治工作，其中，2003年、2004年两年共拨付约7亿元。

四、实现 UNGASS 目标所面临的挑战和必要行动

(一) 实现UNGASS目标所面临的挑战

1、一些地方和部门领导对艾滋病危害的严重性仍认识不足

部分基层领导对艾滋病防治工作重要性认识不足；发挥多部门参与艾滋病防治工作的作用不够充分，在市、县级尤为突出；部分地区和部门内部沟通不够、工作联系不够密切。

2、“四免一关怀”政策措施落实不平衡

艾滋病流行严重的地区对“四免一关怀”政策落实得较好，而一些非重点地区落实“四免一关怀”政策较差，一些艾滋病病人不能及时得到抗病毒治疗，一些艾滋病致孤儿童的生活救助和免费上学得不到保证；对吸毒感染艾滋病病人的抗病毒治疗缺乏经验。

3、相当多的感染者还没有被发现

检测发现的艾滋病病毒感染者为14.1万人,与评估的感染者65万人相差约51万人，因此，需要扩大自愿咨询检测的宣传，对重点人群进行筛查，增加检测服务的覆盖面，让更多的人能够得到检测服务。

4、宣传教育还不够深入，干预措施覆盖范围较小

居民艾滋病防治知识水平不高，自我保护意识不强，社会歧视现象依然存在。大众宣传教育的广度、深度与防治工作需要有较大差距。一些地方高危人群的干预工作仍在试点阶段，覆盖面不大。

5、对流动人口落实防治措施难度大

目前，全国有1.2亿流动人口。这部分人群普遍缺乏艾滋病防治知识和技能。一些地方将户籍作为享受防治政策和提供服务的条件，使一些流动人口不能及时得到防治服务。

(二) 实现UNGASS目标的主要措施

1、加强对基层领导的防治知识培训，制订防治工作计划，落实防治工作责任

制订培训计划，利用一到两年时间，对中国县级以上政府的有关领导干部开展形式多样的培训；建立防治工作责任制和“一把手”负责制。

2、认真落实“四免一关怀”政策，推广示范区和干预试点工作经验，扩大防治效果

扩大综合防治的覆盖范围。对“四免一关怀”政策落实情况及地方配套政策情况进行全面检查。

3、加强常规监测工作，制订不同人群检测措施

加大监测力度，按照流行特点，建立覆盖不同人群的监测网络，提高监测和检测人员业务素质，广泛开展监测工作，全面掌握疫情动态；进一步研究落实以自愿咨询检测为主、筛查、现场调研等策略并存的检测政策和措施。

4、继续广泛深入开展宣传教育活动，普及防治知识，消除社会歧视

充分发挥大众传媒的作用，针对农民工等重点人群，采取“面对面”等方式开展宣传工作；明确各部门、企事业单位责任，将防治宣传纳入各单位工作范围；充分发挥公众人物、志愿者、艾滋病病毒感染者在宣传教育工作中的重要作用。

5、加大高危人群干预力度，加强采供血管理

加大对高危人群的干预力度，推广综合干预措施，增加美沙酮维持治疗门诊数量，推广清洁针具交换及安全套的使用。发挥高危人群干预工作队的作用，加大目标人群干预力度，扩大覆盖范围。加强采供血管理，保证用血安全。

6、加强法制建设，推进国际合作，充分发挥非政府组织的作用

贯彻落实《艾滋病防治条例》及《中国遏制与防治艾滋病行动计划（2006-2010年）》。制定国家督导评估框架，建立全国统一的督导评估体系。

加强国际合作与交流，争取国际社会资金、技术支持，学习国际先进经验。加强专业技术队伍建设，建立工作激励机制，鼓励专业人员深入基层。充分发挥非政府组织的作用，积极引导人民团体、民间组织、企业以及个人广泛参与艾滋病防治工作。

五、 合作伙伴的支持

最近几年，中国与多边国际组织、双边政府机构、国际非政府组织

和基金会等在艾滋病防治方面开展了良好的合作。中国政府与联合国艾滋病中国专题组保持着紧密的工作关系，通过定期召开专题会议、共同编制“中国艾滋病联合评估报告”、以及一些具体的干预工作，形成了紧密的伙伴关系。

国际合作项目涉及的领域包括行为改变、安全套推广使用、性病管理、艾滋病自愿咨询与检测、预防母婴传播、高危行为的干预、反歧视、关怀与支持、机会性感染和抗病毒治疗、领导力和人员能力建设以及综合监测网络建设等。有些合作项目已起到很好的示范和推动作用，并成为国际上最佳干预实践。

国际合作在中国的艾滋病防治工作中起了十分重要的作用。根据我国的防治实际，继续加强国际合作与交流，争取国际社会增加资金投入，利用国际资源，开展培训提高我国的人员能力和技术水平；在行为监测、加强干预深度和覆盖面、有效开展流动人口的干预、信息分析利用和效果评价以及领导力的开发等方面加强合作与交流，以有效遏制艾滋病在中国的流行，减少艾滋病造成的影响。

六、检查与评估环境

目前，中国国家级艾滋病防治督导评估主要由《中国预防与控制艾滋病中长期规划》和《行动计划》的督导评估，以及国家艾滋病防治示范区项目的督导评估两方面组成。另外各个国际合作项目也都依据各自开展的活动制定督导评估计划，对提高我国艾滋病防治督导评估的总体水平起到了积极的作用。

随着对艾滋病防治工作力度的不断加大,国内外对艾滋病防治投入的不断增加,国务院防治艾滋病工作委员会办公室(以下简称国艾办)近三年,每年组织一次《规划》和《行动计划》的督导检查,并于2004年进行了中期考评;卫生部还先后组织了对42个示范区的两次督导检查。不同的项目都在进行各自的督导评估活动,并建立了相应的评价指标与方法。

但是,中国艾滋病防治督导评估工作存在一些挑战。首先,缺乏统一的督导评估规划和指标体系,督导评估信息的管理和利用有限。在国家级层面上,督导评估由国艾办负责,各项目的督导评估由项目执行机构负责。省级以下由相应的艾滋病办公室负责。各个活动和项目的督导评估都有自己的指标体系,造成指标体系繁多,而且没有统一的数据管理系统,督导与评估数据的利用、交流与分享不足。在督导评估工作中,信息重复收集与不同来源数据难以整合现象并存。其次,督导评估人员和能力不足。国家和各项目的督导评估工作由管理人员或项目官员负责,多为兼职。省级没有专门的督导评估人员,仅为不定期地临时组织有关人员进行行政性的检查,或者临时抽调有关人员参与上一级的督导评估工作。

为改变我国艾滋病防治督导与评估的现状,国艾办正在组织制定“国家防治艾滋病督导与评估框架”,希望国际机构在此领域能够给与技术、能力建设、资金等方面的支持,在未来的两年内完成该框架的制定并试运行。